

498

FACULTAD DE MEDICINA

BIBLIOTECA

No. de ingreso.....

No. de la clasificación.....

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS

SAN MARCOS

Facultad de Medicina

NO. 1001 TITULO DEL PROYECTO DE TESIS: MEDICINA

OLIVERO DE VILLALBA, JOSE

1913

que para obtener el grado de Bachiller en Medicina, presenta el

exalumno

Manuel E. Portugal



Lima, junio de 1913.



Señor Decano:

Señores Catedráticos:

Cumpliendo una exigencia reglamentaria presento a la consideración de la Facultad el presente trabajo sobre "El Tratamiento del Prolapso genital por las operaciones plásticas vaginales", con el que me propongo obter el grado de bachiller.

Antes de entrar en materia quiero dejar constancia, de que en el presente trabajo no pretendo exponer en materia de tratamiento vaginal de los prolapsos genitales ideas nuevas ni métodos operatorios que me pertenezcan en propiedad; mi incapacidad justifica esto, quiero solamente exponer los resultados que he visto obtener con un nuevo procedimiento operatorio en el tratamiento vaginal de los prolapsos genitales y la necesidad de que tengan base anatómica los métodos de tratamiento; exposición de hechos observados y en ningún caso capaces de revolucionar los métodos operatorios, será los que se encuentre en este insignificante trabajo.

Quiero aprovechar la oportunidad para manifestar mis

//agradecimientos a mis excoordinadores de la Facultad de Medicina por haberme orientado luminosamente durante mi permanencia en la Facultad. Pero como sería acto de poca justicia si dejara de hacerle saber de manera especial mi profundo agradecimiento a los doctores Belisario Sosa Artola y Francisco Graña que en toda oportunidad me han hecho al servicio de darme sus consejos y las enseñanzas que su experiencia les había dado; consejos y enseñanzas obtenidas siempre fuera de la cátedra y que se han hecho para mí de un valor inestimable, especialmente con motivo de la ejecución de esta tesis.

- 2 -

La vieja querrela de los vaginalistas y de los antivaginalistas habida con motivo de las histerectomías se repite con motivo del tratamiento de los prolapsos genitales; pero en tanto que los partidarios de la intervención abdominal en la terapéutica de los prolapsos ven en la mayor parte de los casos que la necesidad de una miorrafia perineal se presenta con una claridad meridiana que no da el mas pequeño motivo para la mas insignificante discusión sobre la conveniencia del tratamiento vaginal; en cambio, no son raros los vaginalistas a ultrances que quieren negar completamente la existencia de casos en que las intervenciones sobre los elementos de suspensión-con la paratomía previa ó sin ella- estén indicados.

En ninguna otra ciencia, con mas motivo que en la medicina, es necesario evitar el que los métodos terapéuticos en medicina- estén sometidos a reglas rígidas, invariables, férreas; de aquí que en principio y por este solo hecho se debe rechazar de plano el absolutismo que muchos autores de métodos operatorios pretenden imponer.

Como opinión personal -fruto de la lectura, ya que nuestra experiencia es muy corta- poseemos la de que son los métodos vaginales los que deben primar en el tratamiento de los prolapsos, sin que por esto dejemos de creer que hay casos por otra parte bastante raros en que las intervenciones abdominales no pueden por ningún motivo ser reemplazadas por cualquiera otra intervención.

- . -

Antes de exponer los procedimientos plásticos vaginales, vamos a intentar pasar en revista las ventajas é inconvenientes de cada uno de los métodos operatorios; pero como estos se han multiplicado extraordinariamente y casi puede decirse que se pueden contar a razón de uno por cada ginecólogo, sería haber sumamente extensa el ocuparnos en detalle de cada método operatorio para hacer ver sus ventajas é inconvenientes, por lo que simplemente hablaremos sobre los métodos que corrigen el prolapso, actuando sobre el aparato de suspensión sin especificar cada uno de ellos y en la misma forma de los que actúan refaccionando el aparato de sostenimiento.

- . -

Las operaciones que se efectúan, actuando sobre el aparato de suspensión, ó sea sobre los ligamentos, realizan su objeto unas despues de laparatomía y otras sin ella; a estas intervenciones hay que agregar los casos en que haciendo caso omiso del aparato de suspensión, se fija directamente el útero a la pared abdominal. A estos métodos terapéuticos, tambien, tendremos que agregar la histerectomía, muy a nuestro pesar y solo por seguir la costumbre establecida por todos los autores de ginecología, ya que por nuestra parte creemos que en ningún caso la histerectomía constituye un tratamiento para el prolapso.

Las discusiones promovidas, al querer fijar la posición normal del útero, han sido felizmente sanjadas y ésto

//ha dado lugar a que se conozca perfectamente algunos cambios de posición que parecen preceder al descenso del órgano. La posición a que nos referimos, es de ante-version y ante-flexión; en esta posición, la vagina forma con el eje del útero un ángulo abierto hacia adelante que realiza una defensa natural contra la constante presión de las vísceras abdominales; pues bien, al realizarse el prolapso genital, uno de los primeros cambios que sufre el útero en su posición, consiste en la transformación de la figura geométrica que forman al unirse el eje uterino y el eje vaginal en una línea recta por inclinación de el órgano hacia atrás.

Sabiendo pues que la pérdida de la posición normal del útero constituye el primer escalón en el curso del desequilibrio de la arquitectura pelviana femenina, es claro que lucharán contra él eficazmente las operaciones que traten de volverlo a su posición normal y es esta la primera y mas poderosa ventaja con que cuentan las ligamento pexias.

Pero al lado de estas ventajas se les ha señalado tambien inconvenientes: el primero de ellos es su ineficacia; todo parece dispuesto a probar que los ligamentos uterinos solo son capaces de mantener el útero en su posición mientras no haya una causa que lo obligue mecánicamente a variarla y se comprende perfectamente que si esto es así, nada se conseguirá con tratar de acortar ligamentos que dentro de un tiempo relativamente corto de realizado un trabajo, para el que no están hechos, volverán a dar lugar a

// los mismos fenómenos que motivaron la intervención.

Los acortamientos ligamentarios tienen igualmente el inconveniente -cuando son practicados por métodos extraperitoneales- que tienen todas las intervenciones a cie-
gas, pues los procesos inflamatorios tan frecuentes en el aparato genital femenino y que se apagan y no llegan a cons-
tituir peritonitis generalizadas, porced a las adherencias peritonéales, puedan nuevamente ser puestas en actividad por medio de la ruptura de estas adherencias al practicar la ligamentopexia.

A muchos de los métodos operatorios que emplean la ligamentopexia, previa laparotomía, se les hecha en cara el constituir dentro de la cavidad del abdomen bridas que limitarían orificios, a través de los cuales el estrangula-
miento intestinal no sería raro.

En cuanto a las histeropexias directas, es decir, la fijación inmediata del útero a las paredes del abdomen, aparte el inconveniente de la formación de orificios capaces de estrangular el intestino, tienen el inconveniente gravísimo de imposibilitar casi, por así decirlo, para la maternidad a la mujer que todavía está en condiciones de ser madre; efectivamente la histeropexia directa de la que quizás se abusó en una época, cuenta en su contra con innumerables casos clínicos citados por la mayor parte de los ginecólogos y en los que un embarazo había venido a transformar el fenómeno fisiológico de la maternidad en una enfermedad molestosísima y aún no exenta de peligros en las mujeres que iban a ser madres, después de haber sufrido la histeropexia. Las estadísticas deducidas de todas estas historias clínicas, hacen ver que en todos los casos el embarazo fué mas ó menos pero siempre doloroso, llegando en algunos átos dolores a hacerse verdaderamente intolerables; el desarrollo del feto intraútero no se hace de una manera normal, se observa generalmente la presencia de las presentaciones transversales; la no terminación del embarazo es puede decirse la regla. Después del parto, la hemorragia es muy frecuente, debido a las dificultades que encuentra al volverse a retraer un útero rodeado de adherencias.

Al lado de todos estos gravísimos inconvenientes que tiene este método terapéutico cuando se le aplica durante, lo que podríamos llamar el "período de actividad genital femenino", se puede hacer notar las pequeñas ventajas que esto

procedimiento puede tener con mujeres cuya ovulación terminada las pone al abrigo de la maternidad.

En cuanto a la pretendida inocuidad de la histeropexia abdominal istmica, ella es negada por muchos ginecólogos que citan casos de histeropexias istmicas que han traído durante un embarazo posterior idénticos inconvenientes que las que fijan el cuerpo uterino; y esto es perfectamente explicable, ya que, como se comprende, es extremadamente fácil que por cualquier causa el proceso cicatricial que adhiera al istmo uterino a la pared abdominal puede extenderse al cuerpo del útero.

De paso diremos, que la inutilidad de las histeropexias vaginales es tan grande que ha sido universalmente aceptado y universalmente repetida la gráfica frase de Erelat, al comparar la histeropexia vaginal a un "clavo prendido en una colgadura".

En cuanto a la histerectomía como agente terapéutico, en el tratamiento de los prolapsos genitales debe ser desechado aparte de que las afecciones de un miembro que para ser tratadas necesitan la extirpación de aquel, dan una muy triste idea de la terapéutica quirúrgica -salvo en los casos en que se trata de un órgano rudimentario y sin función, como el apéndice, un diverticulum, etc- tiene el gran inconveniente, por otra parte, de que como la presión abdominal continúa la misma y el periné destruido continúa sin rehacerse, el descenso del útero es reemplazado por el descenso del muñón cicatricial y de las paredes vaginales, con-

- 9 -

//tituyendo un verdadero enterece y haciendo en la mayor parte de los casos"el remedio peor que la enfermedad".

- . -



Una vez que hemos pasado en revista las ventajas e inconvenientes de los métodos que actúan sobre el útero inmediatamente o mediante su aparato de suspensión, vamos a ocuparnos de las ventajas que tienen las intervenciones plásticas de la vagina, a nuestro juicio las mejores.

El aparato de sosten uterino, se encuentra constituido por elementos musculares de potencia perfectamente apreciable, en tanto que en el aparato de suspensión, se encuentran las fibras musculares en el tejido conjuntivo, en proporción tal, que en ninguno de los ligamentos uterinos se puede ver un verdadero músculo suspensor.

Las estadísticas demuestran, con una frecuencia tal, que quien haya observado, aunque sea un pequeño número de prolapsos genitales, puede ya darse cuenta de ello que en la gran mayoría de los casos la preexistencia de una alteración del periné es la regla y que el descenso primitivo del útero es la excepción, de aquí que salte a la vista la ventaja de los métodos operatorios que suprimen el desquiciamiento perineal preparatorio del descenso uterino.

La técnica de las plásticas vaginales es sencillísima; una miorrafia de los elevadores se encuentra al alcance de cualquier médico no especialista, en cambio, en muchas de las intervenciones por otras vías, se vé trabajar laboriosamente a cirujanos que practican a diario estas operaciones.

Las intervenciones vaginales son de una gran inocuidad, el traumatismo operatorio que ellas significan es insignificante, comparado con el que determina una laparotomía y se

// comprende, por supuesto, lo que esto significa en enfermas que como las atacadas de prolapso genital se encuentran, la mayor parte de las veces, ya en la edad madura.

En cuanto a los casos de fracaso de las plásticas vaginales que no son atribuibles a defectos de técnica, se deben, por lo común, a causas de orden general que actúan sobre la totalidad de los tejidos de la enferma y que habrán hecho fracasar también las ligamentopexias ó histeropexias que se hubieran practicado.

Después de haber pasado en revista las ventajas é inconvenientes de los diversos métodos; ventajas é inconvenientes, que no han sido observados por nosotros, ya que en nuestra experiencia personal es insuficiente, sino que han sido señaladas por los diversos ginecólogos, vamos a tratar, antes de hacer la exposición de la técnica de las plásticas vaginales, motivo de este trabajo, de establecer la forma en que se debe proceder al frente de cada caso particular señalando solamente para esto, los que en la práctica diaria obligan a hacer la indicación de un método terapéutico.

Indiscutiblemente, no se puede proceder siempre en la misma forma con todos los prolapsos. Nosotros somos de opinión de que se debe intervenir siempre que sea posible por medio de plásticas vaginales, pero habrán casos en los que otras clases de intervención estarán indicadas, tal sucede,

//

por ejemplo, en los casos en que un descenso primitivo del útero se produce a pesar de la integridad vagino-perineal, en este caso, se debe intervenir actuando sobre los elementos de suspensión y entre los métodos operatorios a encojer creemos que es mejor decidirse por los de la paratonía previa, dada la gran frecuencia de los fracasos en las intervenciones extraperitoneales sobre los ligamentos redondos y dada la ventaja que tiene la laparotomía para la corrección de las lesiones pelvianas concomitantes.

Entre las ligamento-pexias, creo que reúne bastantes ventajas, sobre todos los otros métodos, el del Profesor Juvenal Denegri. Creemos que la histerectomía nunca está indicada en el tratamiento del prolapso porque aparte de que una mutilación en ningún caso se pueda considerar como un tratamiento, tiene el inconveniente de su frecuente fracaso. Yo por mi parte, he tenido la oportunidad de constatar un antecede, en una enfermedad histerectomizada para curarla un prolapso.

La histeropexia directa, encuentra su indicación solo cuando aparte de las indicaciones de una intervención sobre los elementos suspensorios se trata de una enferma libre de la maternidad, que como sabemos complica frecuentemente esta intervención.

En todos los casos que no hemos señalado, creemos que las intervenciones vaginales encuentran su indicación; como se vé, según nuestro modo de pensar, los casos en que las intervenciones vaginales están indicadas son muchos, tanto que

//

la indicación de la intervención no vaginal constituye un
percentage mínimo.

- . . -



Tratamos ahora de hacer la historia de los tratamientos plásticos.

El tratamiento vaginal de los prolapsos, tiene como idea directriz la reconstrucción de la arquitectura vagino-perineal, la que se realiza por medio de dos intervenciones; la colporrafia anterior y la colpo-perineorrafia; debemos hacer notar que al ocuparnos del tratamiento vaginal de los prolapsos, vamos intencionalmente a hacer abstracción de todo aquello que no contribuya a reconstituir un periné ó las paredes vaginales.

La colporrafia anterior tiene alrededor de un siglo de existencia, parece que la operación fué concebida por primera vez por Gerardin en 1823 y practicada por primera vez por Heming, el que la practicó a indicaciones de Marshall Hall, quién la había ideado poco tiempo antes, casi simultaneamente con Gerardin sin tener conocimiento de los trabajos de aquél; despues de esta época, las operaciones aisladas se hacen cada vez mas raras y el método mas en desuso hasta mediados del siglo XIX, en que J. Marion Sims, habiéndola practicado de manera casual, observa sus buenos efectos y la populariza. A partir de Marion Sims, los trabajos de la colporrafia anterior, se multiplican y se realizan las modificaciones de Emmet, de Hegar y de muchos otros.

La colporrafia anterior, no constituye la mayor parte de los casos un tratamiento, por si solo, capaz de corregir el prolapso genital, pero si constituye un tratamiento adyuvante que se hace necesario en la mayor parte de los casos, dada la frecuencia del sistoccele que la colporrafia anterior corrige.

La rareza con el sistoccele se presenta en enfermas que presentan el periné íntegro, nos da idea de su etiología y nos hace ver, igualmente, el porqué las estadísticas demuestran la ineficacia de la colporrafia anterior en los casos en que el desgarré del periné persiste.

El sistoccele que la colporrafia anterior trata de corregir, ha sido evitado antes por la simple extricción de la mucosa vaginal, acompañada de su tejido celular subyacente, en mas o menos cantidad; esto lo vamos a ver inmediatamente al tratar de los métodos operatorios de Hegar, Stolz, Pheling, etc.; pero últimamente Robert Frank de Nueva York, en un artículo publicado en el Journal Medical de esa ciudad, despues de hacerse las dos siguientes preguntas:

1°.- Porqué en manos de cirujanos expertos y de gran experiencia los resultados finales de las plásticas vaginales son tan desiguales?

2°.- Porqué las clínicas quirúrgicas o servicios de cirugía es tan difícil inculcar a los jóvenes cirujanos

//

//la técnica de la cirugía plástica de la vagina, durante el tiempo de su aprendizaje, cuando esto es tan sencillo con otros tipos de operaciones, como la quelotomía, la histerectomía, etc.?

Robert Frank, atribuye estos efectos a la ausencia de fundamento anatómico en los métodos operatorios y achaca el fracaso de la colpo-perineorrafia a defectos en la reconstrucción de la musculatura perineal y en cuanto a la colporráfia anterior cree que estos fracasos se pueden evitar, haciendo metódicamente en todos los casos la sutura de haces conjuntivos perfectamente diferenciados y que él llama ligamentos cardinales y que no son otra cosa que la continuación lateral de los ligamentos pubio-vesico-uterinos. Para realizar esto Frank, ha ideado una técnica especial en que la resección mucosa constituye cuestión secundaria y que vamos a exponer después de reseñar brevemente los principales métodos de colporráfia anterior.

Las ideas de Robert Frank, están lejos de constituir una completa novedad en esta materia, pues a la miorráfia de los elevadores del ano universalmente aceptada y universalmente indicada, con la realización de las colpo-perineorrafias siguió la indicación hecha por Goubaroff, de hacer igualmente una miorráfia pre-uterina suturando las fibras anteriores del elevador anal.

Hegar parece haber tenido el mérito de haber ideado el colgajo mas apropiado para la colporrafia anterior y que como vamos a ver es casi esta, la única diferencia sustancial entre el método de Hegar y los métodos de Polaris, Ehling, Pargan, etc.

Para realizar el procedimiento de Hegar, hay que trazar una enclision elíptica sobre la pared anterior de la vagina, exteriorizando por descenso previo del cuello uterino, el eje mayor de esta elipse tiene uno de sus extremos a un centimetro por debajo del orificio uretral y el otro a un centimetro tambien por encima del hédico de lenca; una vez trazada la incision, se procede a la excision del colgajo, teniendo cuidado al hacerlo de no herir la uretra ni la vejiga, -para facilitar esto se puede introducir una sonda metálica en la vejiga- una sutura hace luego la oclusion de la superficie orenta y disminuye el calibre de la vagina, esta sutura puede ir ó no precedida de sutura del tejido celular.

Stolz y Ehling, han introducido ligeras modificaciones, al primero ocluyendo la superficie orenta por medio de sutura en bolsa y al segundo cambiando el colgajo medio único en los colgajos longitudinales situados, uno a cada lado de la línea media.

En cuanto al procedimiento de Robert Frank, que ya hemos mencionado, su técnica consiste en lo siguiente:

//

//después de la preparación ordinaria para esta clase de operaciones y con anestesia raquídea, ó local se comienza por colocar a la enferma en posición ginecológica, después de la antisepsia de ordenanza de la vulva y de la vagina, se introduce en esta una vaiva posterior, la que pone al descubierto al hocico de Tenea, el que se coje con una pinza, se tracciona sobre ésta y se exterioriza así la pared vaginal anterior; se traza en seguida una incisión longitudinal que comienza en las inmediaciones del meato urinario y termine muy cerca del hocico de Tenea, una vez trazada esta incision se procede a liberar sus dos bordes, teniendo en cuenta al hacerlo de que los colgajos resultantes sean lo mas delgados posible; una vez obtenidos los colgajos se fija en los dos extremos de la incisión longitudinal y en la parte media de los colgajos pinzas que han de servir como puntos de reparo las dos primeras, como punto de reparo y tractores al mismo tiempo las dos últimas. Por debajo del colgajo, se encuentran los haces conjuntivos que unen la vejiga al cuello uterino y que se seccionan por unos cuantos tijeretares después de lo cual se continúa tratando de progresar en la línea media con el dedo cubierto de una gaza a fin de separar lo mas que sea posible la vejiga del cuello uterino; cuando esto se ha practicado, se observa a cada lado de la línea media los ligamentos puvic-vasico-uterinos que sirven como reparo, en este punto se debe tener mucho cuidado al

//

//hacer la disección a fin de no extraviarse dentro de las capas profundas de tejido y de no cortar estos ligamentos. Una vez que se ha llegado a la línea de reflexión peritoneal ó bastante cerca de ella por medio de una sutura a puntos separados, se comienza a reunir los dos ligamentos abriendo en la sutura el cuello uterino, para esto se debe cuidadosamente pasar la aguja primero a través de un pilar; después a través del cuello y luego a través del pilar del lado opuesto, teniendo cuidado de no tomar los tejidos en masa para evitar el poco probable accidente de la lesión de la ureter

Una vez hecho esto y realizada así la parte mas interesante de la operación, se tiene perfectamente remediado el descenso de la vagina y se procede a hacer la sutura del tejido celular, la que se puede realizar ya sea por medio de un surget ó mejor todavía por medio de puntos aislados con material de sutura reabsorvibles.

Como se ha corregido el sistocoele la mucosa vaginal queda excedente y es necesario proceder a la resección de los colgajos de la mucosa vaginal, en cantidad suficiente a las nuevas dimensiones del conducto; generalmente, resecando dos centímetros apartir de su borde se obtiene buenos resultados en los sistoceles de mediano volumen. La sutura de los bordes mucosos se realiza con catgut crónico en la misma forma que en los otros métodos.

Los cuidados post-operatorios son los mismos de to

//

//das las operaciones.

Concluida esta exposición sobre las colporrhafias anteriores, vamos a tratar inmediatamente de las colpo-perineorrhafias.

Las colpo-perineorrhafias parecen haber sido practicadas antes que para curar los prolapso, para tratar las desgarraduras perineales en épocas ya bastante lejanas; efectivamente, a los que antaño se dedicaban al arte de curar, les aparecía el prolapso penital como enteramente aislado en su etiología de las desgarraduras perineales, por otra parte siendo el prolapso una afección cuya etiología se desconocía, no podía por consiguiente usufructuar los beneficios de la terapéutica etiológica; en cambio, las rupturas perineales, especialmente cuando eran completas determinaban accidentes inmediatos como la incontinencia de materias fecales y gases excesivamente molestos y que no necesitaban ningún esfuerzo imaginativo para ligar este efecto a aquella causa y que obligaban a los cirujanos de entonces a intentar la sutura de la desgarradura perineal.

La primera colpo-perineorrhafia de que se tiene datos, parece haber sido practicada en el siglo XI por una mujer llamada Tretula, pero son datos cuya autenticidad, todos los autores creen bastante dudosa.

Pero es Ambrosio Paré el primero que señala en el siglo XVI la necesidad que hay cuando un desgarramiento se produce de coserlo y curar la herida "según las reglas del ar-

//

//te", como él dice haberlo hecho ya dos veces.

Después de Paré, Guillemeau, discípulo de aquél, practica, siguiendo sus consejos la perineorrafia en un caso de ruptura perineal post-partum. Posteriormente, se sucedieron los trabajos en Francia, Inglaterra y Alemania, pero es solo hacia el año 1820 que se vé a Alecock hacer de la indicación de la perineorrafia para mejorar los prolapsos; la primera intervención plástica vaginal ideada para tratar los prolapsos del útero, fué la epishorrafia de Fricke de Hamburgo, después de él Dieffenbach describe en el año de 1845 nuevos métodos operatorios, pero como muy bien dice Charles E. Noble, las intervenciones que intentaban curar el prolapsos "no reunían los tejidos desgarrados sino más bien trataban de ocultarlos"; a pesar de esto, estas operaciones fueron ejecutadas numerosas veces por muchos cirujanos a la cabeza de los cuales, parece haber estado Brown; esta frecuencia trajo como consecuencia el que los operadores encontraran las desventajas salvables en los métodos que ellos efectuaban é hizo que fueran transformando y modificando poco a poco las intervenciones de manera de salvar sus defectos y llegar progresivamente a las técnicas de Hegar, etc.

Posteriormente, se ha pensado en darle mayor fundamento anatómico al tratamiento; el perfecto conocimiento de la etiología de los prolapsos ha conducido a los ginecólogos a practicar sistemáticamente la pterrafia de los

//

//elevadores del ano cuya primera indicación fué establecida por Goubareff y Noble y de la que Ziegenspeck hizo la primera descripción, siendo Duval y Proust a quienes se debe el que la microrrafia se haya establecido definitivamente, pues son estos los que han trazado la técnica que con pocas variantes ejecuta hoy la totalidad de los ginecólogos.



Si hasta hace pocos años el método del avivamiento y el método del desdoblamiento podían ponerse en parangón, actualmente esto es imposible; el método del avivamiento, trata de realizar extemporaneamente el hecho que tiene lugar inmediatamente después de la desgarradura perineal post partum rehacer dos superficies cruentas que al adosarse disminuyen el calibre vaginal, pero para que las intervenciones obtengan éxito en la cura de los prolapsos, no debe limitarse a simples colporrhafias posteriores ya que para la verdadera cura vaginal del prolapso se necesita: estrechar la vagina, dar al periné su longitud normal y rehacer el aparato de sostén del útero; todo esto no se consigue sino con los métodos de desdoblamiento que poniendo a la vista los elementos que forman el periné permiten fácilmente su refeción.

De los métodos de avivamiento, el mas conocido es el procedimiento de Hegar, que si tiene su razón de ser en las rasgaduras del periné incompletas post-partum, el ha perdido, a nuestro modo de ver, su derecho de ciudadanía en el tratamiento vaginal del prolapso; para practicarlo, se traza en la pared posterior de la vagina y en su parte inferior tres insisiones que limiten entre sí los tres lados de un triángulo, la base del cual debe corresponder a la línea de separación entre la mucosa vaginal y la piel; una vez trazadas las insisiones, se fijan tres pinzas a nivel

de los tres ángulos y se procede a hacer la resección del colgajo triangular ~~ilimitado~~, teniendo cuidado de respetar el recto subyacente; estirpado el colgajo, se hace la hemostasia cuidadosa y se procede a la sutura, esta se practica con catgut en las paredes de la vagina y con orin de Florencia en la piel del periné; debe evitarse el dejar espacios muertos que dando lugar a la formación de hematomas hacen ineficaz la operación.

El procedimiento de Hagar ha sido modificado por muchos autores; esencialmente, las modificaciones no consisten sino en cambios en la forma de los colgajos, entre estas modificaciones tenemos la de Martin que trata de conservar la columna posterior de la vagina para lo cual traza un colgajo que está formado por dos triángulos situados uno a cada lado de la columna posterior y que tiene por base una media luna.

Otra modificación es la de Emmet, el cual da al conjunto del avivamiento la forma de una H.

Como se vé, estos procedimientos parecen complicar inutilmente la intervención, en ellos el trazado de la incisión es mucho mas difícil y obliga por lo tanto a alargar la intervención para llegar a un resultado final muy poco diferente al resultado de los casos tratados por ^{el} método de Hagar.

Como eslabon de unión entre los métodos de avivamiento y de desdoblamiento, tenemos el procedimiento de Eolieris

//y al que su autor llama colpo-perineo-plastia por deslissamiento, consiste en trazar una insición a nivel de la línea que separa la mucosa de la piel; hacer el desdoblamiento de la mucosa vaginal de la pared rectal en una cierta extensión, practicar la sutura transformando esta herida transversal en una de dirección anteroposterior hasta obtener la longitud normal del periné, hecho esto se resecta la porción de mucosa vaginal que debe haber excedente y se le dan unos cuantos puntos de sutura.

No consideramos en nuestra lijera reseña el procedimiento del tabicamiento vaginal de Le Fort ni todos los otros procedimientos que tabican completa ó incompletamente la vagina; y esto lo hacemos intencionalmente porque creemos que ellos no constituyen intervenciones plásticas.

En los procedimientos con desdoblamiento previo, los mas usados hoy en día, despues de separar la mucosa vaginal de la cara anterior del recto, se procede a hacer la sutura de los elevadores del ano; hasta aquí estan de acuerdo todos los cirujanos, pero a partir de este punto el desacuerdo surge y en tanto que para unos se debe, inmediatamente despues del desdoblamiento del tabique recto vaginal, proceder a la miorrafia cargádo en masa con la aguja "los elevadores del ano, músculos perineales, fascias y tejido celular para formar de todo una masa común resistente y gruesa que abrace el aza del hilo de sutura"; para otros, en cambio, esta intervención debe ser mas anatómica y solo se debe proceder a practicar la miorrafia despues de la disección prolija de los elementos constitutivos del périné, de modo de realizar la sutura de los elevadores del ano "bajo inspección ocular y despues de su exacto afrontamiento".

La discusion surgida con este motivo, no está aún zanjada, es probable que cuando estadísticas de varios años de intervenciones presten su poderoso apoyo a los argumentos producidos en pró y en contra de cada uno de los métodos sea mas facil decidirse por el mejor.

- . -

El método de desdoblamiento emplea para su realización, en la mayor parte de los casos, un procedimiento operatorio ideado por Lawson-Tait y que ha sido modificada por muchos ginecólogos, entre los cuales resaltan Doleris, Von Zweifel

Fritsch, etc.

La insición es trazada a nivel de la línea que separa la mucosa vaginal de la piel y tiene una dirección transversal; perpendicularmente a esta insición, y en cada uno de los extremos se trasan otras dos insiciones que dan al conjunto la forma de una H; después de esto se procede a hacer el desdoblamiento de la pared vaginal y de la pared rectal, el que se procura llevar lo mas arriba posible, concluido el desdoblamiento unos autores con Lawson-Tait comienzan su sutura con una aguja curva, que introducida por el periné abarque todos los tejidos, es decir el periné de un lado, el elevador del mismo lado, el tejido pre-rectal, el elevador y el periné del lado opuesto; después de haber pasado algunos puntos en esta forma se obtiene un periné bastante sólido y resistente; pero como decíamos hace un instante solo algunos autores proceden así, pues otros, como ya hemos dicho, en cambio de esta sutura en masa, hacen la reconstitución plano por plano, para lo cual separan todo lo posible la vagina del recto, con lo que se consigue poner tensos los elevadores que se presentan como dos cintillas laterales mas o menos adelgazadas, y que es necesario poner bien al descubierto cuando no son facilmente perceptibles; una vez hecho esto, se procede a suturarlos, tratando de reunirlos uno a otro por sus caras y haciendolo de la profundidad a la superficie, reforzando en caso neces-

//

//rio, por medio de puntos mas superficiales que unan los tejidos adyacentes la unión de ambos músculos.

Terminado esto, se hace la sutura de los tejidos avitados pasando profundamente tres ó cuatro puntos de Catgut y en seguida se hace la sutura de la piel por medio del erin de Florencia.

Como intervenciones complementarias en el tratamiento de los prolapsos, se emplea el curetaje y la amputación del cuello. En cuanto al primero su indicación es innegable, en los casos en que al prolapso acompaña la metritis pero creemos que cuando esto no sucede, se puede pasar sin el, como hemos visto hacerlo sin experimentar por esto ningun inconveniente.

La amputación del cuello ha sido indicada por algunos autores en los casos en que al prolapso se una el alargamiento hipertrofico del cuello y por otros en todos los casos de prolapso, pues dicen que las adherencias cicatriciales que la amputación del cuello trae, contribuyen tambien al mantenimiento del órgano en su nueva posición. Dicen tambien los defensores de estas ideas que esta amputación del cuello inicia en el órgano un proceso de esclerosis atrófica que provoca la disminución del volumen del cuerpo del útero, generalmente aumentado en los prolapsos.

La técnica de esta excisión del cuello es la siguiente: aislar después de insiección periservical el cuello uterino teniendo cuidado de hacerlo de pegarse todo lo posible al útero; este aislamiento hecho en una extensión de cuatro ó cinco centímetros apartir del hocico de Tenca se divide el cuello en dos valvas, una anterior y otra pos terior que se amputan separadamente; se sutura después la mucosa vaginal a la mucosa uterina.

La simple revisión de la etiología del prolapso es suficiente para hacernos comprender que una afección como esta de una etiología tan variada no puede ser indefectiblemente tratada por un solo método o por una sola vía, sin embargo creemos que las ventajas del tratamiento plástico vaginal invitan a seguir ese método, siempre que indicaciones preclonantes en sentido contrario, nos obliguen a abandonarlo.

Hay necesidad también de decir desgraciadamente que en algunos casos, apesar de efectuar el cirujano un tratamiento que llene completamente todas las indicaciones capaces de deducirse del estado de la enferma, las recidivas se producen.

La frecuencia con que este hecho se realiza, no se ha podido aún fijar ya que las estadísticas personales de los diversos ginecólogos son tan desiguales que no pueden ser sometidas a comparación.



CONCLUSIONES

- 1°.- En materia de Terapéutica de los prolapsos es necesario apartarse del absolutismo que por apasionamiento domina a la mayor parte de los autores de métodos operatorios.
- 2°.- Todos los métodos operatorios tienen sus indicaciones, pero los mas frecuentemente indicados por ser los que con menos contraindicaciones cuentan, son los métodos vaginales.
- 3°.- Las intervenciones plásticas vaginales realizan al mismo tiempo un tratamiento patogénico y sintomático.
- 4°.- El tratamiento de elección en los prolapsos genitales, consiste en la colporrafia anterior y la colpo-perineorrafia con miorrafia de los elevadores, acompañadas ó no de la amputación del cuello como intervención complementaria.
- 5°.- Las residivas son inevitables en una proporción cuyo porcentaje no se puede señalar con precisión debido a la desigualdad de los resultados obtenidos por los diversos ginecólogos.

6°.- Sería conveniente estudiar hasta donde son ciertas las afirmaciones de Robert Franck que achaca esta desigualdad en los resultados operatorios a la falta cometida en muchos métodos que no reconstituyen cuidadosamente la anatomía perineal.

Lima, junio de 1918.



HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE BELLA VISTA

SERVICIO DE CIRUJIA

MEDICO JEFE: DOCTOR B. SOSA ARTOLA

María Cruz, de 32 años de edad, raza mestiza, natural de Chielayo, de oficio costurera entró al hospital el 30 de junio de 1916, ocupando la cama n°. 5 de la sala de San José.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: sin importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES FISIOLÓGICOS: período menstrual a la edad de 13 años. Peros normales, tuvo seis hijos.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: no ha padecido de ninguna enfermedad grave a no ser una varicela, que la tuvo cuando niña.

DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: ruptura del periné completa, que data del primer parto. Prolapso genital de tercer grado.

TRATAMIENTO: colpocirrafia anterior por el método de Robert Franck. Celpe-perineocirrafia con sutura de los elevadores, operada con anestesia general el 2 de julio del mismo año, operación practicada por el doctor Wislani y ayudado por el autor de este trabajo.

RESULTADO: curación completa, salió el 1°. de agosto.

Esta enferma la he visto posteriormente a la operación y me afirma que está completamente sana.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE BELLAVISTA

SERVICIO DE CIRUJIA

MEDICO JEFE: DOCTOR B. SOSA ARTOLA

Magdalena W. de 75 años de edad, raza mestiza, natural de Coracora, de oficio empleada (barchilona del servicio de la la ternidad de ese hospital), entró a la sala de La Merced ocupan do la cama n°. 10 el 15 de agosto de 1916, ante

ANTESEDENTES HEREDITARIOS: sin importancia.

ANTESEDENTES FISIOLOGICOS: PERSONALES: las reglas comensaron muy joven, nos niega terminantemente haber tenido hijos, ni contac to sexual.

ANTESEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: se ignoran por no querer dar la enferma ningún dato.

DIAGNOSTICO: prolapso genital tercer grado.

TRATAMIENTO: colperrafia anterior procedimiento de Hegar. Colpe-perineorrafia, con sutura de los elevadores operada el 30 de setiembre del mismo año.

RESULTADO: la colperrafia anterior fracasó. De la segunda inter vención salió bien, pudiendo llenar perfectamente sus obliga ciones. A los dos meses penetró al servicio de medicina con una enfermedad de orden médico a consecuencia de la cual falle ció.

H

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE BELLAVISTA

SERVICIO DE CIRUJIA

MEDICO JEFE: DOCTOR B. SOSA ARTOLA

Cesilia Quiroz de 50 años de edad, de raza india, natural del Callao, de oficio cocinera, entro al hospital el 11 de enero de 1918 ocupando la cama n° 4 de la sala de La Merced.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales fisiológicos: se enfermó con el parto a los 15 años, ha tenido ocho hijos de los cuales el segundo fué extraído por Forceps en el servicio de la maternidad del hospital de Santa Ana.

Antecedentes personales patológicos: ha padecido de viruela, paludismo y fiebre tifoidea que curó en este hospital, hace cinco años, fué operada de prolapso en el hospital de Santa Ana con histerectomia abdominal.

Diagnostico: prolapso de tercer grado del muñon: enterocelo.

Tratamiento: colpocirrafia anterior con fijación de la extremidad inferior del colgajo vaginal a la extremidad superior del cuello uterino. Forma del colgajo: cuadrado, sutura transversal. Colpo-perinecirrafia con sutura de los elevadores. Operada el 15 de enero de 1918 por el doctor Sosa Artola, ayudado por el autor de este trabajo.

Anestesia general.

RESULTADO: salió curada el 2 de febrero del presente año.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE BELLAVISTA

SERVICIO DE CIRUJIA

MEDICO JEFE: DOCTOR SOSA ARTOLA

Victoria Viza de 34 años, natural de Lampaca, de oficio lavandera, raza india, entró al hospital el 15 de abril de 1918, ocupando la cama n.º 6 de la sala de La Merced.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales fisiológicos: se enfermó con el período menstrual a la edad de 16 años, tiene seis hijos, partos normales.

Antecedentes personales patológicos, nada de notable.

Diagnostico de la enfermedad actual: rasgadura completa del periné en su primer parto. Prolapso genital en tercer grado.

Tratamiento: colpo-perineorrafia con nierrafia de los elevadores. Colperrafia anterior, procedimiento de Hegar. Operada el 30 de abril del presente año por el doctor Sosa Artola, ayudado por el autor de este trabajo.

Resultado: salió completamente curada el 26 de mayo de 1918.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE BELLAVISTA

SERVICIO DE CIRUJIA

MEDICO JEFE: DOCTOR ROSA ARZOLA

M. W. de 35 años de edad, de raza mestiza, natural del Callao, entré al hospital 28 de mayo de 1918, ocupando la cama n°. 15 de la sala de La Merced.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales fisiológicos: enfermó con el período menstrual, a los 14 años, tuvo cuatro hijos.

Antecedentes personales patológicos: nada de notable.

Diagnóstico: prolapso genital de segundo grado.

Tratamiento: celpe-perineorrafia. Operación practicada por el autor de este trabajo y ayudado por el interno del Servicio, señor Montes, el 4 de junio del presente año.

Resultados: en convalecencia

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE BELLAVISTA

SERVICIO DE CIRUJIA

MEDICO JEFE: DOCTOR SOSA ARTOJA

N. W. de 40 años, natural de Ayacucho, de oficio lavandera, entro al hospital el 29 de mayo de 1918, ocupando la cama n°. 17 de la sala de La Verdad.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales fisiológicos: acusa haberse enfermado del período menstrual a los 13 años, ocho hijos.

Antecedentes personales patológicos: nada de notable.

Diagnóstico: prolapso genital: segundo grado.

Tratamiento: celpe-perineorrafia con miorrafia de los elevadores, operacion practicada el 8 de junio de 1918.

Resultado: en convalecencia.



