

PROCEDIMIENTOS DIVERSOS.—Apuntaré esquemáticamente algunos procedimientos para que se vea cómo el que acabo de describir reúne todas las ventajas.

Procedimiento de Emmet-Kelly.—Avivamiento directo en la forma que indica la figura 265. Sutura directa de los triángulos laterales de la vagina y profunda del recto (fig. 266). La lengüeta de colgajo vaginal parece asegurar una forma más regular de la horquilla que otros proceder. Muy extendido en Norte-América, últimamente ha sido preconizado por Kelly, añadiéndole la disección del esfínter y la sutura aparte del mismo (fig. 267): el colgajo cutáneo que aconseja Kelly para proteger el esfínter, existe también con el tijeretazo en la forma que dejamos descrita. También Kelly aconseja dos puntos para la unión del esfínter anal. El avivamiento lo hace por desdoblamiento y no directo.

Procedimiento de Emmet para la rotura completa.—Avivamiento en forma de mariposa, comprendiendo la región del esfínter: se hace por escisión. Sutura en forma de bolsa, como se ve en la figura 268, cuidando que el primer punto, llamado *sub-esfintérico*, recoja el esfínter. Antes de generalizarse el procedimiento de Lawson-Tait, era el más usado y el que ofrecía mejores garantías.

Procedimiento de Simon-Hegar.—Aplicable sobre todo en los casos de relajación vulvo-perineal consiste en separar un colgajo triangular de base inferior (vulvar) sobre la pared posterior vulvo-vaginal (fig. 269), y en practicar luego una sutura entrecortada del vértice á la base (fig. 270).

En los casos de desgarró total se practica el mismo avivamiento por escisión con sutura aparte del recto, de la vagina y del periné (fig. 271). Se emplea

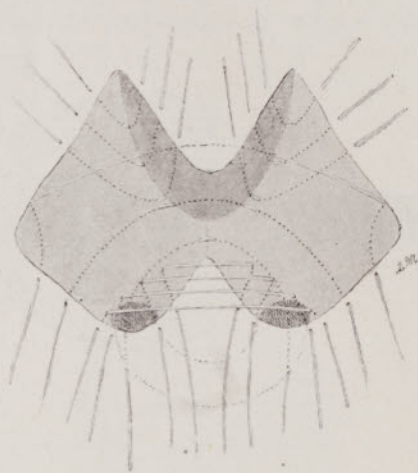


FIG. 267

Esquema del procedimiento Emmet-Kelly (KELLY).

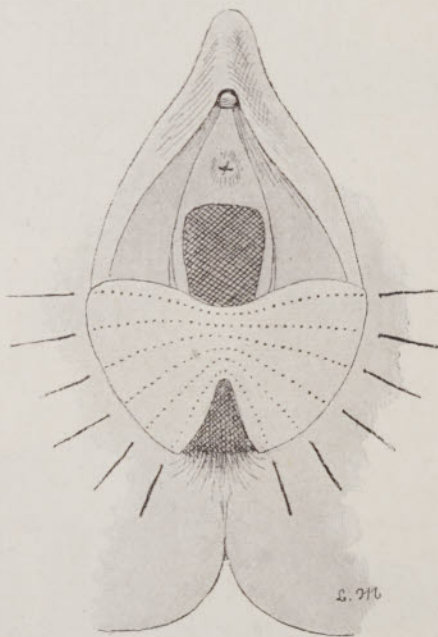


FIG. 268

Procedimiento de Emmet.

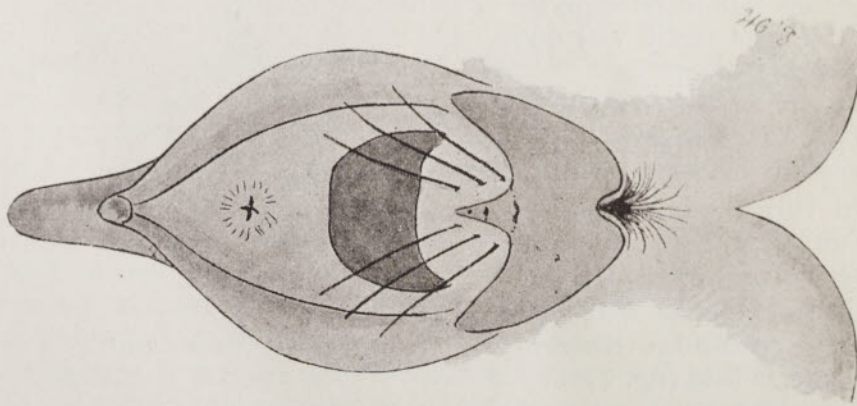


FIG. 269

Procedimiento de Simón-Hegar.
Sutura del vértice del triángulo.

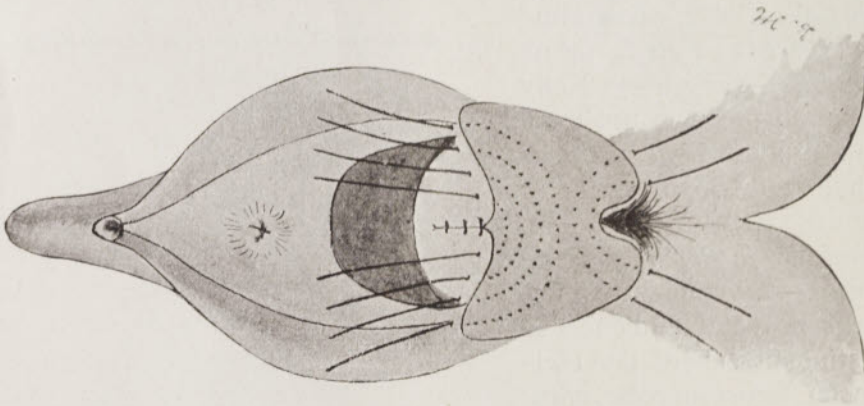


FIG. 270

Procedimiento de Simón-Hegar.
Sutura vaginal y rectal.

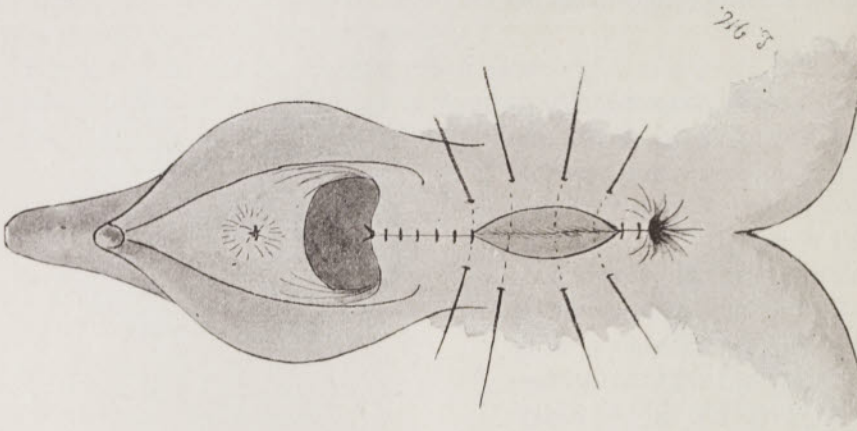


FIG. 271

Procedimiento de Simón-Hegar.
Sutura vaginal, rectal y perineal.

hoy poco para los desgarros, pero tiene todavía fama y es útil para las relajaciones, en cuyos casos es sin duda un buen procedimiento. Como luego indicaré, cuando hay rectocele aplicamos el procedimiento de Hegar convirtiendo el desdoblamiento del tabique en avivamiento triangular resecaando un colgajo triangular de mucosa.

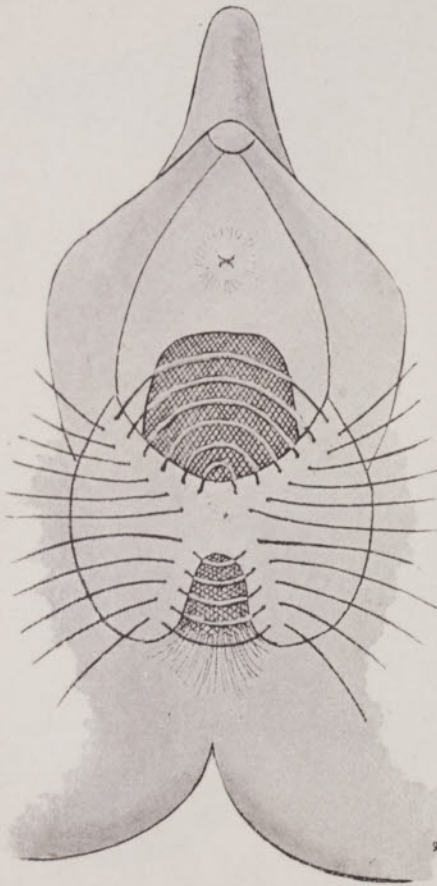


FIG. 272

Procedimiento de Lauenstein.
Suturas vaginal y rectal.

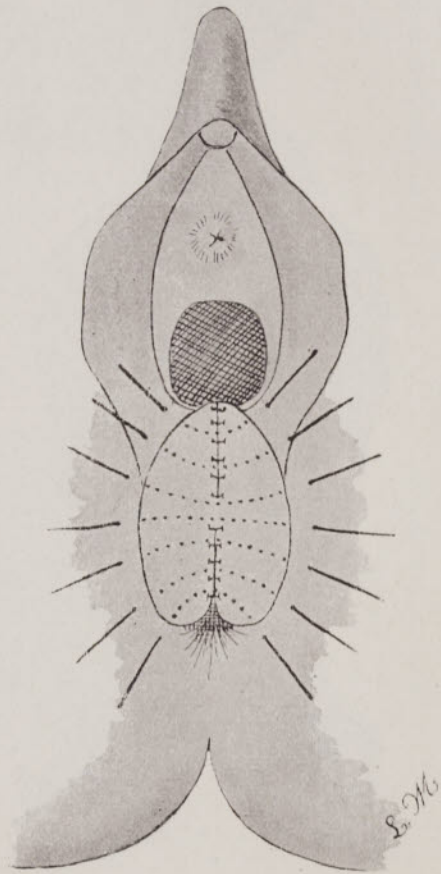


FIG. 273

Procedimiento de Lauenstein.
Sutura perineal.

Procedimiento de Lauenstein. — Avivamiento por desdoblamiento como en el de Lawson-Tait. Su originalidad consiste en la sutura: se practica á punto pasado (Sanger), ó á puntos entrecortados, una sutura submucosa del tabique rectal y del vaginal separadamente (fig. 272). Luego se sutura con puntos perineales profundos la cavidad resultante (fig. 273).

Procedimiento de Martin. — Avivamiento por escisión de las superficies que hay que coaptar y sutura á punto pasado y planos superpuestos con catgut (figs. 274 y 275), recomendado por Schröder, Veit y otros; esta sutura en planos es aplicable á otros procedimientos mixtos.

Procedimiento de Simpson.— Anterior al de Lawson-Tait, es casi igual á éste por el avivamiento hecho por desdoblamiento (fig. 276). Lo que difiere es la sutura, pues une aparte los colgajos rectales y vaginales y luego yuxtapone las superficies cruentas por dos puntos perineales profundos, que sujeta con placas metálicas (figs. 277 y 278).

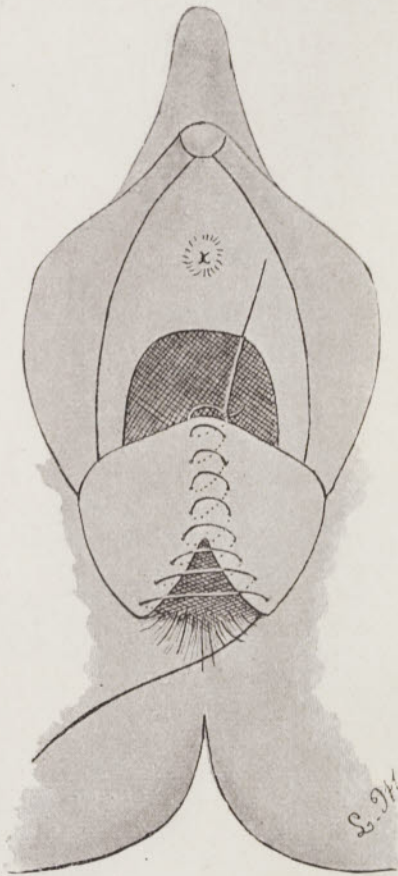


FIG. 274

Procedimiento de Martín.

Avivamiento directo y sutura á punto pasado con catgut.

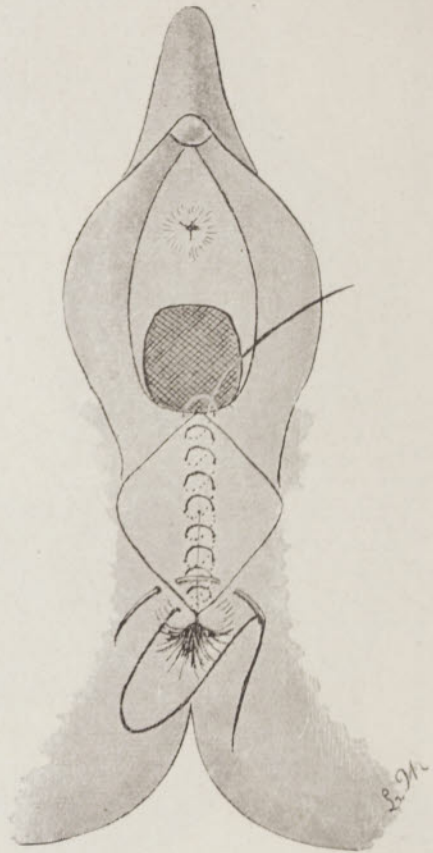


FIG. 275

Procedimiento de Martín.

Segundo plano de sutura.

Procedimiento de Fritchs-Walzberg.— Avivamiento por desdoblamiento á lo Lawson-Tait. Sutura aparte del recto y vagina con puntos á lo Lauenstein. Sutura en planos, pero á puntos entrecortados y con catgut, del embudo resultante.

Procedimiento de Pozzi.— Avivamiento á lo Lawson-Tait. Tres puntos profundos con plata fijados á la piel con fiadores de gasa. Sutura á planos superpuestos con catgut del embudo resultante (figs. 279 y 280).

Procedimiento de Martín, aplicable á las relajaciones.— Avivamiento por

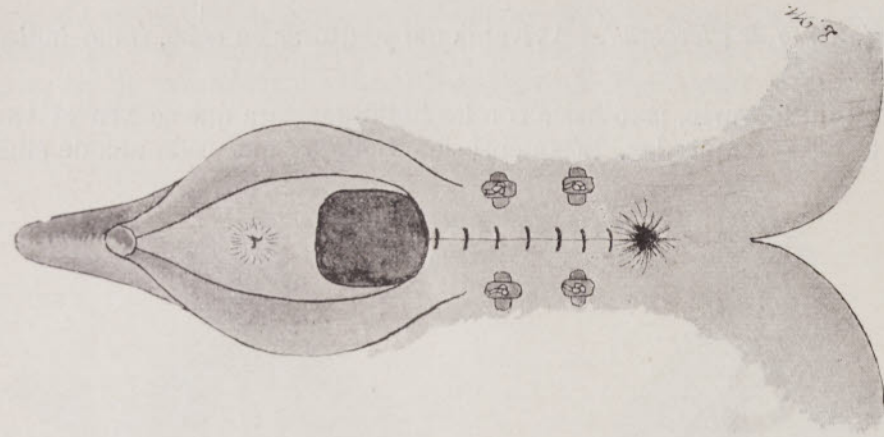


FIG. 278

Procedimiento de Simpson.
Sutura superficial.

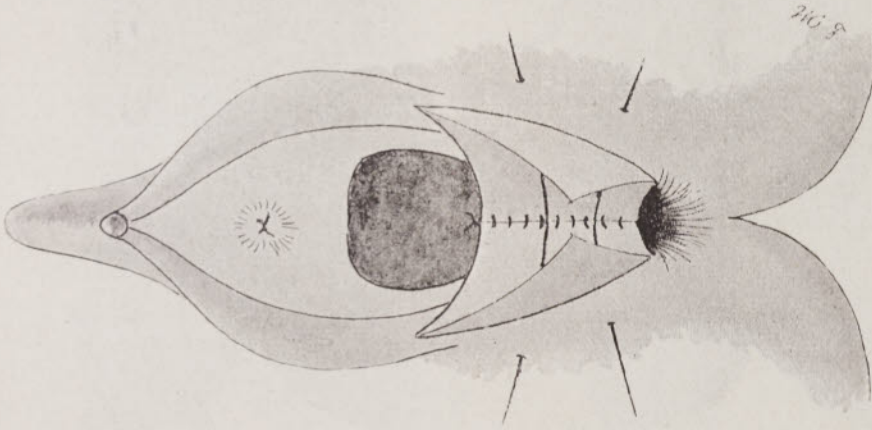


FIG. 277

Procedimiento de Simpson.
Sutura rectal y vaginal y puntos profundos.

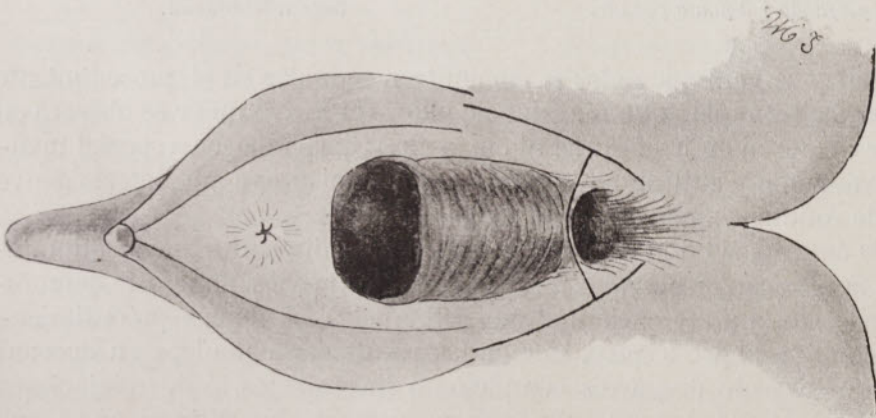


FIG. 276

Procedimiento de Simpson.
Líneas de avivamiento.

escisión en la forma indicada en la figura 281 y sutura consecutiva de los avivamientos vaginales y del avivamiento perineal á punto pasado.

Procedimiento de Cleveland.—Avivamiento y suturas en ocho, como indica la figura 282.

Podrían multiplicarse, pero basta con las indicadas para que se vea la variedad de técnicas empleadas. Búsqense las ventajas que cada una de ellas

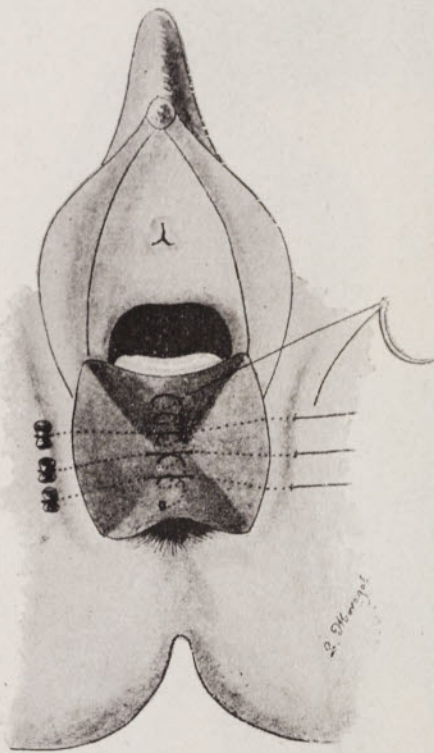


FIG. 279

*Procedimiento de Pozzi.
Sutura profunda y á punto pasado.*

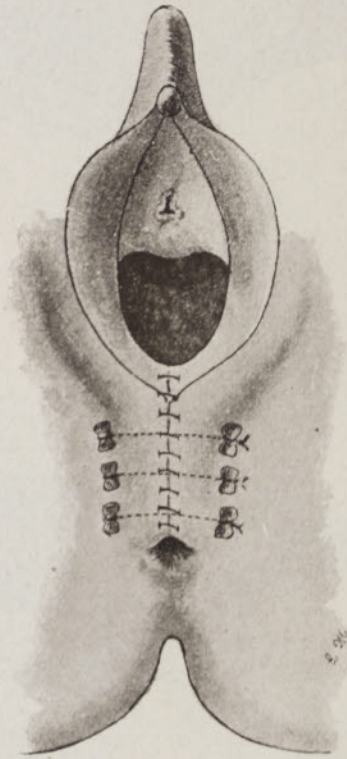


FIG. 280

*Procedimiento de Pozzi.
Sutura terminada.*

puede reportar y se verá que todas se encuentran reunidas en el procedimiento descrito, más fácil y rápido que ninguno de ellos. Un grave lunar se observa en casi todos, y es que ni en las figuras ni en la descripción hacen especial mención del avivamiento y sutura del esfínter, lo que constituye un defecto grave tratándose de roturas completas.

Después de todo, si en la explicación de los procedimientos no resaltan las ventajas de la técnica por nosotros recomendada, los hechos clínicos lo demuestran. No fundamos la preferencia indicada sobre todos los demás procedimientos en una práctica de pocos casos, sino en los resultados obtenidos en docenas de enfermas afectas de desgarros completos ó incompletos, ó de relajaciones acentuadas. No he tenido más que un fracaso en uno de los últimos casos que he operado; lo atribuyo á que apreté demasiado los puntos esfínterianos y se

esfacelaron, y aunque todo el periné se unió y el tabique también, los efectos del órgano de retención, aun existiendo, no son del todo perfectos cuando la enferma tiene diarrea. En todos los demás casos el resultado ha sido perfecto anatómica y funcionalmente: si alguna vez ha supurado algún punto de sutura, no ha perjudicado al resultado final. Tengo algunos casos de desgarró

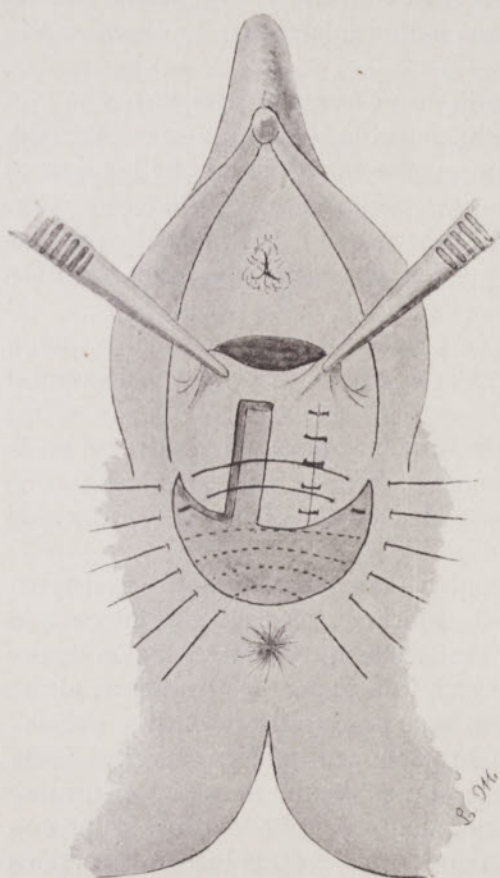


FIG. 281

Procedimiento de Martín para las relajaciones.

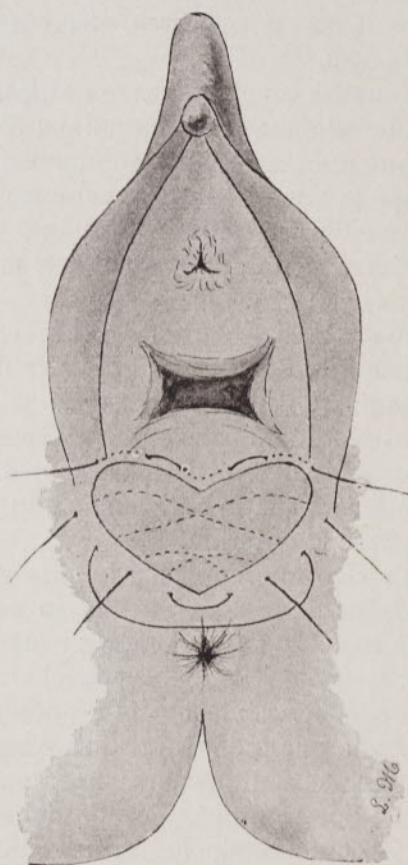


FIG. 282

Procedimiento de sutura de Cleveland.

completo cuya curación se ha mantenido perfectamente después de algunos partos posteriores á la operación.

Por eso no me siento inclinado á modificar una técnica sencilla, rápida é inocua, cuyos resultados son brillantes en todos conceptos.

TRATAMIENTO CONSECUTIVO.—La primera cuestión á resolver es si debe dejarse en el recto un tubo para la salida de gases y excrementos. A Emmet le preocupó mucho esta cuestión y acabó por desecharla; todavía existe hoy quien lo preconiza, si bien la inmensa mayoría no lo usan. El estudio de este punto condujo á Emmet al descubrimiento de la necesidad de suturar el esfínter, y desde entonces sin tubo rectal obtuvo resultados perfectos.

No hay necesidad ninguna de aplicar en el recto un grueso tubo: no sirve más que para provocar tenesmo, producir fenómenos de rectitis y facilitar la infección de la herida. Es preferible prescindir por completo del desagüe rectal y mantener el tubo digestivo en reposo durante unos días. Si antes de la operación se ha purgado abundantemente á la enferma y después se la tiene en reposo y á dieta líquida (caldo y leche) durante cinco días, por lo común no hay que recurrir á medicación ninguna para que el tubo digestivo esté quieto: cuando hay tendencia á la diarrea, creemos indicada la administración de cierta cantidad de opio.

Durante los cinco primeros días, guarda la enferma reposo en cama y el decúbito supino: nunca permito que la enferma orine sola durante ese período, sino que cada ocho horas se practica el cateterismo con el fin de que la orina no empape la línea de sutura, y así se obtiene una herida seca. Durante esos cinco primeros días se renueva el apósito vulvar siempre que está empapado: pasadas las primeras cuarenta y ocho horas suele quedar seca la herida y sin rezumamiento.

El sexto día se aparta la tira vaginal, se practica un lavado, se deja que la enferma orine sola y se administra un purgante para obtener varias deposiciones líquidas.

Al séptimo ú octavo día se permite á la enferma ladearse y moverse en la cama; á los diez ó doce días puede levantarse, y á los quince ó diez y ocho queda terminada la curación. La sutura se retira el día diez ó doce, antes de levantarse la enferma.

Es raro que en las primeras veinticuatro horas experimente la enferma dolor bastante para exigir una inyección de morfina: pasado el primer día la herida es del todo indolora, sin causar otra molestia que una sensación de estorbo: si es dolorosa, debe sospecharse que está infectada. Efectivamente, algunas veces supura alguno de los puntos, pero á pesar de ello la sutura permanece firme y la unión se realiza porque en su parte principal ya está cicatrizada á los tres ó cuatro primeros días; tan sólo en el caso de que la supuración fuese abundante, se retiraría más pronto la sutura; siempre que he visto alguna supuración ha carecido de importancia por lo que toca al resultado definitivo, pues se agota rápidamente: una sola vez he visto desprenderse puntos espontáneamente, y fué en aquel caso, ya referido, en que se esfacelaron los dos puntos del esfínter.

Ordinariamente no hay dificultad ninguna para obtener las primeras deposiciones, y yo creo más ventajoso purgar á la enferma el sexto día que no mantener desde el segundo día deposiciones diarias con la administración sucesiva de aceite de ricino ó mantener el estreñimiento durante diez ó doce días. Lo primero, porque la yuxtaposición de los bordes de la mucosa rectal no se ha unido hasta el cuarto ó quinto día y el paso de materias excrementicias los primeros días puede dificultar su cicatrización, en tanto que el sexto día está ya unida la herida, y conservando todavía la sutura se sostiene la coaptación, y no son de temer las dilataciones que la evacuación rectal pueda ocasionar; la salida de gases los primeros días no perjudica el éxito de la reunión, porque no dilata el orificio anal. Mantener la enferma estreñida durante diez ó doce días es casi seguro que provocará la formación de bolas rectales, que al ser expelidas dila-

tarán excesivamente el ano y pueden rasgar parte de la cicatriz obtenida; aun purgando al sexto día no siempre nos vemos libres de la existencia de esas bolas, que difícilmente expulsan las enfermas espontáneamente, sino que hay que extraerlas: debe hacerse por el ginecólogo ó por un ayudante inteligente, y nada tan fácil como introducir el índice y sacar porciones de materia fecal endurecida, haciéndolas pasar rozando la parte posterior del ano en tanto el dedo protege la anterior; como los puntos permanecen todavía en su sitio, no hay peligro de una separación de la unión obtenida. Desde el séptimo día no hay inconveniente en suministrar enemas para facilitar la evacuación del recto.

La sutura debe retirarse colocando la enferma en la mesa, para tener bien despejado el campo operatorio y obrar con libertad, ya que quizás el único inconveniente de la técnica que recomendamos es la dificultad que á veces existe para retirar los puntos de sutura, por hallarse la herida completamente cicatrizada y los nudos de los puntos ocultos por debajo de la línea de cicatrización.

Para extraerlos se cogen los extremos, á cuyo fin hemos recomendado dejar los dos largos y anudados para evitar confusiones, se corta el nudo de un punto y se cogen con pinzas de Pean los dos cabos, que á veces salen de la herida separados por una banda de cicatriz, y se tira de uno de ellos hasta hacer visible el nudo; en general hay que dislacerar algo la cicatriz para hacerlos visibles y poder cortar el asa. Como se ha de cortar profundamente, á veces se corta el cabo cogido y no el asa, y entonces queda el otro extremo como fiador para cortar el asa y no dejar el punto perdido. A pesar de estas precauciones, alguna vez me ha ocurrido perder un punto; debe evitarse en lo posible, no porque perjudique en nada al resultado de la operación, sino porque ocasiona alguna pequeña molestia á la enferma hasta que se elimina, cosa que por lo común no tarda en ocurrir. Recuerdo uno que no se eliminó hasta los dos años con motivo de un parto.

Nunca debe quitarse la sutura hasta que el ano haya funcionado varias veces, lo que hace que en algún caso se retarde dos ó tres días esta operación, cosa que no tiene inconveniente ninguno, por cuanto la sutura es, por regla general, bien tolerada y hay enfermas que con ella se levantan, andan y se sientan sin experimentar gran molestia.

PRONÓSTICO DE LA PERINEORRAFIA.— Es de todo punto favorable, tanto por lo que toca á la vida de la enferma como á los resultados obtenidos. Esas grandes infecciones que provocan edemas de la región, desunión de la herida y obligan á retirar la sutura antes de tiempo, suponen faltas en la técnica de la antisepsia ó en la técnica operatoria. Respecto á la primera, ya sabemos á qué atenernos, y respecto de la segunda, no hay duda que las suturas que dejan espacios muertos entre las superficies de coaptación, ó que penetran en la mucosa rectal, son las más peligrosas, y por eso hay que desecharlas.

«En otras épocas, dice Pozzi, la falta de antisepsia y la multiplicidad de suturas del lado de la vagina y del recto hacían la infección de la herida casi inevitable en su parte profunda.» Esas suturas múltiples son siempre peligrosas en una zona en que tan difícil es obtener una región operatoria aséptica; es ésta de aquellas operaciones en que la técnica tiene tanta importancia como la antisepsia. Las fistulas que quedan entre el recto y la vagina, dejando una enfer-

medad casi tan molesta como la primera y que obliga á una nueva intervención, no deben existir; son muchos los casos que hemos tenido con desgarro alto del tabique; ni uno solo ha quedado con fistula.

El pronóstico de los resultados funcionales es también favorable sin reserva; si alguna vez se ven perinés al parecer bien restaurados, y que no cumplen sus funciones como órgano de sostén y de retención, cúlpese á la técnica empleada ó al operador, que no tuvo bastante en cuenta la importancia de los órganos y planos musculares y fibrosos al practicar la operación.

Terminemos repitiendo que la perineorrafia no influye en el mecanismo de los partos sucesivos, y que el nuevo periné no está más expuesto que otros á la rotura.

CISTOCELE

Muchos autores conceden poca importancia al cistocele como enfermedad independiente, considerándolo más bien como epifenómeno ó complicación del prolapso uterino. Ciertamente que casi siempre que existe prolapso genital hay cistocele, pero en bastante número de casos se presenta el colpocele anterior aislado y sin otro prolapso del aparato genital, y aun si he de atender á mis observaciones, es quizás la forma más frecuente de prolapso. Hegar, Martín, Emmet, Labadie-Legueu, Gersuny y muchos otros, le conceden también la importancia debida como lesión autóctona.

Etiología y patogenia.—Tres factores principales influyen en el prolapso de la pared vaginal anterior al través de la vulva.

El parto ocupa el primer lugar en la etiología del cistocele ó colpocele anterior. El desgarro del periné en más ó menos grado, quitando apoyo al segmento pubiano que sobre él descansa, es uno de los factores principales, porque la pared vaginal anterior se encuentra sin apoyo, y á poco que alguna otra concausa contribuya, el cistocele no tarda en iniciarse. Los partos múltiples, produciendo una relajación del tabique vulvo-rectal y de las paredes vaginales, preparan el desarrollo fácil del colpocele anterior, tanto que en las grandes múltiples es frecuentísimo encontrar cierto grado de cistocele. Veit cree que el parto obra produciendo irritación y edema de la vagina, y sobre todo de la región uretral, que se edematiza é hincha, lo cual ocasiona que la región uretral obre como cuña en la vulva y produzca su dilatación, á causa del tenesmo vulvar y vesical que sostiene durante este período. Ciertamente que esta causa existe y algunos cistoceles deben á ello su origen, pero no es la principal, por cuanto muchos colpoceles se desarrollan fuera del período puerperal; y no es raro ver cistoceles que durante este período amenazan convertirse en enfermedad autóctona, desaparecer espontáneamente en cuanto la infiltración é irritación producida por el parto desaparecen. El cambio, la relajación de los medios

de sostén persiste constantemente y origina la evolución de la dolencia; en el mismo sentido obra la edad al producir la relajación senil, y así se ve más frecuentemente en las mujeres de edad avanzada que en las jóvenes.

Otra causa que contribuye poderosamente al desarrollo del cistocele es la costumbre, muy generalizada en el sexo femenino, de retener la orina largo tiempo; cierto que la expansión vesical por la plenitud de la vejiga tiene lugar principalmente á expensas de la cara superior de la misma y hacia el abdomen, pero la cara inferior no permanece indiferente y se distiende también, con lo que se inicia una relajación de la pared vaginal anterior, la que, repetida una y otra vez, acaba por ocasionar el prolapso vaginal, insinuándose la pared al través de la abertura vulvar, que va dilatándose bajo su acción: existen casos en vírgenes y nullíparas en los que no cabe invocar otra causa, pudiendo encontrarse como concausa, en las de edad algo avanzada, la relajación senil.

Indudablemente, la inclinación de la pelvis puede influir en el desarrollo del colpocele anterior, según que el ángulo formado por la vagina con el horizonte sea más ó menos agudo. Si la pelvis presenta una inclinación muy acentuada, de manera que la abertura vulvar venga hacia atrás, y por tanto la inclinación de la vagina sea menor, entonces ocurre fácilmente que el punto débil que forzosamente dejan los planos constituidos por los segmentos pubiano y sacro y por el elevador del ano (1) en su superposición, es más vertical; obrando entonces la uretra como cuña, ya que casi nunca falta en estos casos uretrocele, va insinuándose por el intersticio existente, y tras la uretra sigue la vejiga, que por la topografía existente tiene menos apoyo en el segmento sacro que cuando la pelvis tiene la inclinación normal; y así, en circunstancias tales, se ven verdaderas hernias de la pared vaginal anterior al través de la vulva y con muy escasa dilatación de ésta. Las profesiones que obligan á la mujer á estar de pie muchas horas favorecen por igual mecanismo el desarrollo del cistocele.

Cualquiera que sea el origen del cistocele, no hay duda que la uretra, obrando á manera de cuña para insinuarse en la abertura vulvar, favorece mucho la salida de la pared vaginal anterior. Gersuny cree que la causa íntima del cistocele es la rotura ó relajación de la cubierta de tejido celular que, obrando como órgano de sostén, envuelve la vejiga y se encuentra entre la vejiga y la vagina; esta rotura ó relajación tendría lugar á consecuencia del parto, y también se comprendería fácilmente de esta manera la acción que la distensión vesical produciría sobre dicha capa celular; la distensión repetida produciría la relajación, como los partos repetidos producen la relajación vulvo-vaginal. Pero aparte este origen, es indudable que las demás concausas que he enumerado tienen su importancia, y que si las tenemos siempre en cuenta no encontraremos con tanta frecuencia como muchos autores suponen, casos de prolapso genital de patogenia muy obscura. Si á lo dicho añadimos que hay mujeres con verdadera predisposición á los prolapsos porque sus tejidos parece carecen de la tonicidad debida, y que estas mujeres son, por regla general, artríticas, comprenderemos la frecuencia del prolapso de la pared vaginal anterior.

Anatomía patológica. — El cistocele reviste diferentes grados, según sea

(1) Véase pág. 35.

mayor ó menor la salida que al través de la vulva forma la pared vaginal anterior.

Un primer grado de cistocele en el que la pared anterior de la vagina asoma al través de la vulva, más ó menos dilatada, sin formar verdadera hernia ó tumor, es verdaderamente frecuente, y lo es más todavía la salida ó prominencia de la región uretral, que muchas veces existe sin que la vagina haya sufrido todavía descenso.

En un segundo grado, la pared vaginal anterior forma verdadera hernia y aparece fuera de la vulva un tumor liso y redondeado como un huevo de gallina; cuando reviste el cistocele este grado es muchas veces intermitente y sujeto al estado de plenitud de la vejiga; cuando ésta se vacía, desaparece para reaparecer más tarde; generalmente este grado de prolapso desaparece también con el decúbito horizontal.

En el tercer grado el tumor extra-genital tiene el volumen de una cabeza de feto y aun más; es liso, esférico, y muchas veces persistente después de la micción y en el decúbito horizontal, por más que éstos dos hechos disminuyen algo su volumen; al tacto el tumor es más ó menos blando y depresible, según sea la plenitud de la vejiga.

El colpocele anterior está constituido generalmente por la pared vaginal anterior y la pared vesical, que sigue adosada á la vaginal como en estado normal; se comprende que así sea, ya que en la patogenia del cistocele hemos visto que más bien la vejiga empuja á la vagina que no es ésta la que arrastra á la vejiga. A veces se halla la pared vaginal muy engrosada, y hasta el tejido celular submucoso infiltrado de modo que la vejiga está profundamente situada, pudiéndose dar el caso de que exista un prolapso puro de la pared vaginal, un colpocele sin cistocele; cuando esto ocurre, es debido á algún estado sub-agudo de inflamación de la mucosa vaginal; son, sin embargo, muy contados, y por regla general puede decirse que siempre que hay colpocele anterior existe también cistocele.

Cuando el cistocele es muy pronunciado, la vejiga, saliendo en gran parte fuera de la vulva, sufre una verdadera flexión en el cuello; á veces éste es arrastrado también, y entonces la flexión ocupa la misma uretra.

Es muy común que el cistocele no se encuentre solo, sino que exista, además, algún otro prolapso, como el de la pared posterior ó del útero. Lo primero, porque una de las causas que más favorecen al cistocele, cual es el desgarro del periné, también facilita el desarrollo del colpocele posterior, y lo segundo porque, aun no existiendo, el cistocele acaba por obrar como causa de descenso del útero, arrastrándolo por tirantez continua hacia la vulva. Pero en los casos típicos de cistocele, que son los que se observan más á menudo, la relajación de la pared vaginal anterior comienza en el fondo de saco vaginal anterior, encontrándose el útero en su sitio, si bien, por regla general, existe un ligero descenso y una mayor movilidad del órgano.

El roce continuo y el contacto del aire en la mucosa vaginal prolapsada hacen que ésta se presente engrosada, cutificada, endurecida y muy poco sensible.

El tejido celular submucoso está reducido á delgadas laminillas, exceptuando los casos antedichos, en que hay infiltración del mismo y engrosamiento de la mucosa. Las adherencias de la mucosa vaginal con la pared vesical son

laxas, excepto aquellos casos en que procesos flogísticos han hecho estas adherencias más íntimas.

Síntomas y diagnóstico.—La mujer experimenta la sensación de un cuerpo extraño que sale al través de los genitales. Cuando el prolapso es reducido, más que cuando está muy desarrollado, los roces que establece con las ninfas á la entrada de la vulva, producen en muchas enfermas sensaciones molestas de prurito y excitaciones nerviosas, que explican la influencia del cistocele sobre el estado general de la enferma, que se traduce por fenómenos neuropáticos, lipemanías, á veces manifestaciones neurálgicas, etc.

Cuando el prolapso es mayor, ocasiona neuralgias locales que se irradian especialmente hacia las ingles, y sensación de peso en la región, á la vez que el estorbo para la deambulacion y toda clase de ejercicio que supone la existencia de un cuerpo extraño voluminoso que forma procidencia al través de la vulva.

Los trastornos urinarios son frecuentísimos en el cistocele. Cuando es reducido, el tenesmo vesical es lo más frecuente; en cambio, cuando adquiere grandes proporciones, se observan casi siempre fenómenos de retención. El acodamiento del cuello de la vejiga ó de la uretra, si aquél ha descendido también, hace la micción difícil y á veces imposible, tanto, que á veces las enfermas recurren á ciertas maniobras para vencer esta dificultad: sea adoptando el decúbito horizontal, sea practicando una verdadera taxis sobre el tumor, para que la reducción total ó parcial del mismo facilite la micción; en los grandes cistocelos casi nunca se evacúa la vejiga por completo, pues por un lado ésta ha perdido algo de su contractilidad, debido á la posición viciosa que ocupa, y de otro existe la dificultad mecánica que opone la flexión del cuello vesical ó la de la uretra.

No es raro encontrar falsa incontinencia, sobre todo diurna: es debida, por lo común, al rebosamiento producido por la retención constante de cierta cantidad de orina. La misma *polakiuria*, tan frecuente en los cistocelos, es debida al mismo fenómeno. Cuando la enferma guarda el decúbito horizontal, en el que generalmente tiene lugar la reducción del prolapso, suelen desaparecer estos síntomas, á no ser que exista cistitis, coincidencia, por otra parte, muy frecuente, ya que una vejiga en tales condiciones presenta toda suerte de facilidades para la infección.

A la exploración se encuentra un tumor blando, esférico, rojizo, que forma prominencia en la vulva. Separando bien los grandes labios podremos ver su continuidad con la uretra, y si la inspección nos deja en duda, el tacto podrá solventarla. La inspección hacia la parte posterior del tumor nos permite ver si existe el hocico de tenca; si el tumor se presenta en toda su superficie liso, introduciremos un dedo entre el mismo y la pared vaginal posterior, y esto nos permite apreciar si el útero ocupa su sitio normal. Por regla general, el tumor es fácilmente reductible, tanto, que á veces para apreciarlo es necesario hacer el examen estando la enferma de pie y aun haciéndola andar un poco, pues tanto el decúbito vulvar como la actitud de sentarse bastan frecuentemente para reducir el prolapso.

Comprobada la existencia del tumor en la pared anterior de la vagina y del útero en su sitio, el diagnóstico queda hecho, pues son muy pocas las enfermedades que puedan confundirse con el cistocele.

Los quistes vaginales son los que mejor simulan el cistocele; pero los quistes vaginales raras veces alcanzan grandes proporciones; no se encuentran en la línea media, como el cistocele, sino á los lados de la vagina, son más duros, no cambian por la evacuación de la vejiga, aunque pueden dislocarse algo: no son reductibles como el cistocele.

El engrosamiento y edema de la pared vaginal anterior simulando el cistocele es muy raro; más duro y resistente que el cistocele, no se modifica por la evacuación de la vejiga, y si es reductible, la tumoración dura persiste dentro de la vagina.

El uretrocele no puede confundirse con el cistocele por la región que ocupa muy anteriormente á éste, y que la inspección sola basta para diagnosticarlo, así cuando el uretrocele está solo como cuando viene acompañando al cistocele. En aquél la pared vaginal anterior ocupa su sitio.

Hecho el diagnóstico de cistocele, conviene señalar las circunstancias que lo acompañan, sea de descenso del útero, sea de desgarro del periné ó de relajación vulvo-anal, por la importancia que tienen para el tratamiento.

Curso y complicaciones. — Es enfermedad eminentemente progresiva; á veces se inicia en la juventud para llegar á constituir en la vejez un cistocele de tercer grado. Los cistoceles de primero y segundo grado no están sujetos á grandes complicaciones, pero los de tercero ocasionan con frecuencia complicaciones peligrosas.

La persistencia del prolapso de la pared vaginal anterior, tirando constantemente sobre la inserción vaginal del cuello del útero, acaba por producir sobre este órgano un descenso directo ó la elongación del cuello.

Empero las complicaciones más temibles vienen por parte de la vejiga. El remanso constante de cierta cantidad de orina hace que con gran facilidad sobrevengán cistitis intensas que pueden convertirse en infecciones ascendentes del aparato urinario. No es raro que en el fondo vesical se desarrollen cálculos, cuyo origen se encuentra precisamente en la orina estancada por causa de la retención crónica (1).

Los prolapso de tercer grado, difícilmente reductibles, pueden ulcerarse con facilidad, siendo estas ulceraciones, más ó menos extensas y profundas, muy rebeldes al tratamiento. Se cita algún caso en que ha llegado á perforarse la vejiga, lo que no ocurre, seguramente, más que cuando existe un abandono incomprensible.

Aparte estas complicaciones, por fortuna no muy frecuentes, el cistocele no es enfermedad grave, y muchas enfermas lo conllevan y toleran años y años.

Tratamiento. — El *tratamiento paliativo* apenas tiene aplicación en los casos de cistocele; algunas indicaciones podrán ser provechosas al principio de su desarrollo para evitar que alcance mayor grado: éstas se dirigirán á la causa productora, evitando continúe obrando y aumentando el prolapso, como son ciertas profesiones, y la recomendación de evacuar con frecuencia la vejiga. Cuando existe cistitis, el tratamiento oportuno puede producir verdadero alivio.

(1) VARNIER: *Annales de Gynecologie et d'Obstetrique*, tomo XXIV, pág. 201; 1885.

El tratamiento paliativo por medio de los pesarios tiene escasas aplicaciones, porque todos los que tienen apoyo en el pubis, al deslizarse la mucosa vaginal, son arrastrados al exterior, y los que no se apoyan en el pubis, permiten la salida del cistocele, con lo que no se logra el objeto. El único pesario que puede tener alguna aplicación es la vejiga ó pesario de Gariel, consistente en una vejiga de caucho que se introduce vacía en la vagina y se insufla hasta llenarla lo bastante para desplegar las paredes vaginales y ser retenida. Es un tratamiento puramente paliativo, ineficaz en los grandes colpoceles y en las grandes relajaciones vulvo-anales, y, por tanto, poco recomendable.

El tratamiento curativo es quirúrgico, y consiste en la colpografía anterior. Algunos autores, considerando que el cistocele es consecutivo, suprimen el tratamiento directo de la dolencia y se dirigen, como Veit (1), á la reconstitución del suelo perineal sin intervenir sobre el cistocele directamente, limitándose, cuando reconstituído el suelo perineal todavía la uretra forma cuña en su abertura, á escindir una parte de ésta; es manifiestamente un error y exponerse en ciertos casos á una recidiva segura. Cuando la causa única reside en la relajación ó rotura del suelo perineal, bastará una de las intervenciones descritas en el capítulo anterior; pero, además, siempre que el cistocele alcance un grado adelantado, debe obrarse directamente sobre el mismo practicando la colpografía anterior.

Comprende la operación dos tiempos: avivamiento y sutura.

El avivamiento se practica sobre la pared vaginal anterior, habiéndose recomendado diferentes formas y procedimientos de avivamiento. Sims hacía un avivamiento semilunar ó en ángulo de vértice inferior; Emmet añadió el avivamiento en la base y señaló otras formas de avivamiento (2) para casos especiales; Fheling aconsejó dos avivamientos laterales para respetar la columna rugosa de la línea media, en general algo unida á la vejiga; Doleris traza un triángulo de vértice inferior hacia la uretra y de base superior hacia el fondo de saco vaginal anterior; Stolz lo practicaba circular; Hegar aconsejó (3) un avivamiento oval ó elipsoide con la base hacia arriba, que después despreció, y hoy es el tratamiento de elección adoptado por Pozzi, Legueu, Kelly y muchos otros. Creemos también que es el procedimiento preferible y que puede adoptarse en todos los casos.

Separados los grandes labios, se implanta una pinza de garfios en la base de la uretra y otra tocando al cuello del útero, con las que se pone tirante y al descubierto la pared vaginal anterior. Se traza con el bisturí la forma del avivamiento partiendo de la pinza anterior con una curva á cada lado, que venga á confluir en la posterior y circunscriban una figura oval más ancha hacia atrás que hacia adelante. Al dibujar el avivamiento debe tenerse en cuenta la magnitud del prolapso, teniendo presente que, por lo común, más se malogra una colpografía por defecto de avivamiento que por exceso. Trazado el dibujo con el bisturí, se coge con una pinza el borde izquierdo del avivamiento y con el bisturí se profundiza el corte á toda la mucosa vaginal; luego se va disecando la

(1) *Enciclopedia de Ginecología*, tomo I, pág. 410.

(2) EMMET: *La Pratique des maladies des femmes*, págs. 344 y 345.

(3) HEGAR Y KALTENBACH: *Gynecologie operatoire*, pág. 373.

mucosa vaginal con el bisturí, la tijera ó mejor con el dedo, reservando el bisturí ó la tijera para las adherencias anormales que puedan encontrarse hasta haber extirpado toda la mucosa vaginal comprendida en el dibujo trazado (lámina XII, 1). Creo preferible esta manera de practicar el avivamiento á los procedimientos, algo automáticos, recomendados por Cheron con su *clamp* y por Hegar con sus pinzas, que forman un repliegue que se corta en su base con la tijera. Alguno de éstos podrá ser algo más rápido, pero el que acabo de indicar lo es mucho. Tampoco uso los instrumentos especiales de Horn, usados y recomendados por Martín, porque no encuentro nada mejor para hacer el colgajo que las pinzas de Pean ó los dedos, ni nada mejor para la disección del mismo que el bisturí usual. Creo preferible también esta manera de disecar el colgajo que no una incisión media, á partir de la que se va separando hacia los lados la mucosa vaginal hasta donde sea preciso, como han recomendado recientemente Gersuny (1) y Marzi (2), aunque estos autores llevan otra idea, que luego expondré.

Los únicos accidentes que pueden ocurrir durante este tiempo son la perforación de la vejiga y la hemorragia. La perforación vesical es difícil procediendo con el cuidado y la pericia que exige el caso; no diré que alguna vez no pueda ocurrirle al más avisado, pero por lo común acusa descuido ó impericia. La hemorragia es á veces algo copiosa: muchos recomiendan ligaduras con catgut de los vasos que más sangran. La mayor parte de veces puede despreciarse procediendo con rapidez, ó cuando más aplicando una pinza de presión hasta el momento en que se aplica la sutura, que la cohibe inmediatamente.

Se recomiendan y practican muchos procedimientos de sutura para la colporrafia anterior: sutura entrecortada con seda, plata, crin ó catgut; sutura profunda á punto pasado, y superficial entrecortada; sutura profunda y superficial á punto pasado y con catgut, etc. Gersuny funda su sutura en su teoría de que es la atmósfera de tejido celular relajado la causa del prolapso, y sutura en planos distintos y con catgut el tejido celular hasta llegar á los lados de la vagina, concediendo escasa importancia á la resección y unión de la mucosa; Marzi, por el contrario, concediendo toda la importancia como órgano de contención á la columna rugosa anterior de la vagina, replega los dos colgajos laterales en la línea media y los sutura para formar una columna de sostén.

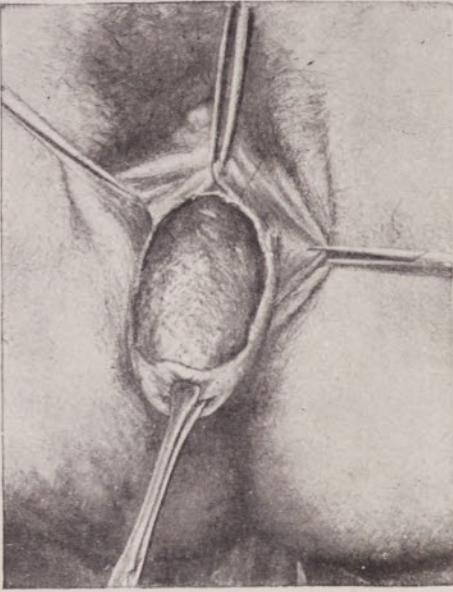
He aquí la técnica que vengo empleando hace muchos años, y que me da muy buenos resultados: como se verá, tiene algo del procedimiento de Gersuny y del de Marzi, en cuanto sutura profundamente la atmósfera celular y procura asegurar la coaptación y cicatrización de la mucosa, aunque al adoptar esta técnica no hubiese tenido en cuenta las de dichos autores ni las ideas en que se inspiran, sino formar un plano de sostén mucoso y submucoso á la vez.

Con un largo trozo de catgut, enhebrado en aguja curva y grande para manejarla mejor con la mano que con el porta-agujas, se hace una sutura profunda que en un solo plano reduzca la superficie cruenta, de manera que los

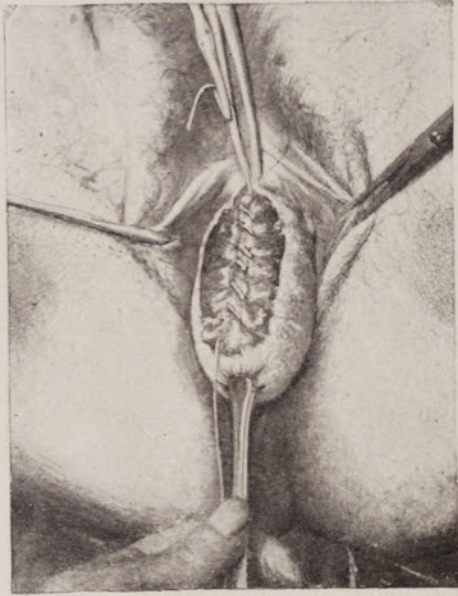
(1) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1897, pág. 532.

(2) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1899, pág. 488.

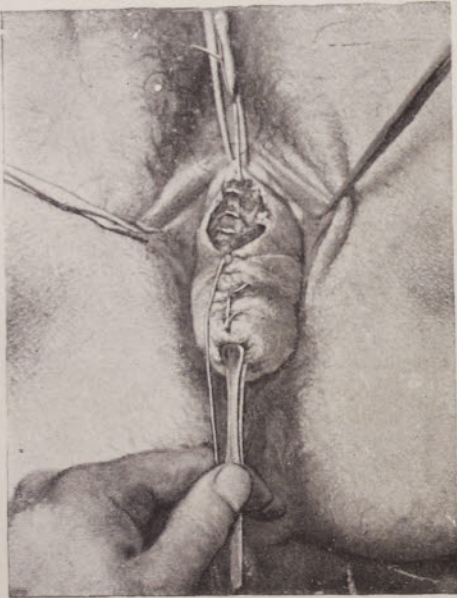
LÁMINA XII



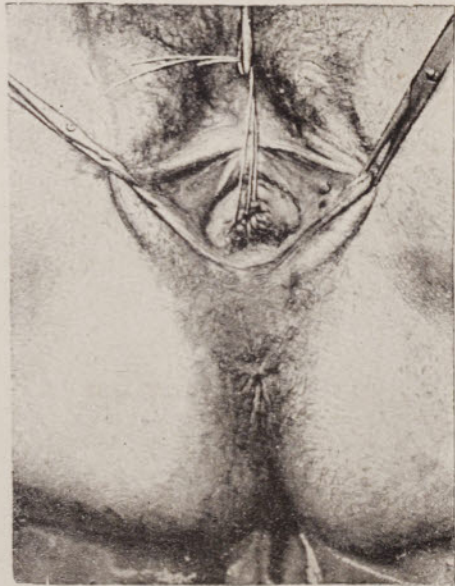
I. — Avivamiento en la colporrafia anterior.



II. — Primer plano de sutura ó profundo.



III. — Segundo plano con puntos de refuerzo.



IV. — Cistocelo reducido y retenido en parte por los puntos de refuerzo.

Colporrafia anterior en el cistocelo.

bordes de la incisión no queden separados más de dos á dos y medio centímetros (lámina XII, II). Hecho este plano profundo, en el que se va cogiendo con la aguja la atmósfera celular de la vejiga y sus capas más externas sin penetrar nunca en el órgano, se fija la sutura en el otro extremo (lámina XII, III) y se comienza la sutura superficial ó de coaptación de los bordes del avivamiento; se hace con el mismo catgut á punto pasado cogiendo lo menos uno ó uno y medio centímetros por fuera del borde, y á la vez que la mucosa, el tejido celular submucoso, para que la coaptación sea extensa; cada centímetro y medio ó dos centímetros se coloca un punto de refuerzo con crin (lámina XII, IV), que á la vez fija el asa de catgut, con el fin de que al reabsorberse el catgut quede el crin dando sostén á la cicatriz reciente, evitando de este modo uno de los inconvenientes señalados al procedimiento, cual es que la cicatriz se separa fácilmente y permite otra vez la reproducción del cistocele; estos puntos de crin se dejan sin inconveniente cuatro ó cinco semanas. Terminada la sutura, queda cohibida la hemorragia.

La colpografía anterior debe preceder á las operaciones plásticas sobre el periné cuando éstas son precisas, cual ocurre la mayoría de veces.

El procedimiento de cistopexia transperitoneal de Tuffier, previa laparotomía, ha tenido pocos imitadores (1); la cistopexia extraperitoneal de Dumorcet (2) no ha tenido más aceptación que la de Tuffier; la suspensión inguinal de Byford (3) tampoco resulta práctica; la cistopexia por sutura á los músculos rectos de la aponeurosis *umbilico-pelviana*, propuesta por Petit (4) para casos especiales, antes de ponerla en práctica en el vivo, aunque ha tenido algún adepto, no tendrá mejor porvenir que las anteriores, y así de algún otro procedimiento parecido, lo mismo que del de Wertheim invirtiendo el útero por el fondo de saco anterior y suturándolo á la pared vaginal anterior. Por regla general, son de desechar todos los procedimientos que por la vía alta intentan corregir el cistocele, porque no se dirigen á la causa que lo originó. En cambio, la colpografía anterior sola ó combinada con otras operaciones plásticas, con ser perfectamente inocua y fácil, produce resultados perfectos.

La gravedad de la operación es nula, y podría hacerse perfectamente sin anestesia si á la vez no tuviesen que practicarse otras operaciones más dolorosas.

Los cuidados post-operatorios son muy sencillos. La enferma puede orinar sola desde el primer momento si no se han hecho operaciones perineales, y en este caso debe sondarse. Ha de permanecer en cama de doce á quince días. Después de cuatro ó cinco semanas se quitan los puntos de crin; los de catgut se han reabsorbido mucho antes.

Es preciso recordar que, cuando existe uretrocele acentuado, la colpografía anterior debe hacerse llegar á esta región ó hacer en ella una pequeña operación plástica que perfeccione la de la colpografía. Procediendo así, los resultados son perfectos y duraderos.

-
- (1) TUFFIER: *Annales de Gynecologie et d'Obstetrique*, tomo II, pág. 25; 1890.
 - (2) DUMORCET: *Annales de Gynecologie et d'Obstetrique*, tomo II, pág. 28; 1890.
 - (3) *American Journal of Obstetrics*; Febrero, 1890.
 - (4) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1900, pág. 852.

RECTOCELE

Está constituido por el prolapso ó caída de la pared posterior de la vagina. Mucho menos frecuente que el cistocele, se presenta algunas veces completamente desligado de otras deformidades vulvo-vaginales, por lo que merece estudio aparte.

Etiología y patogenia. — La etiología del colpocele posterior se encuentra casi siempre en partos anteriores. Cuando existe el desgarro perineal desaparece todo el triángulo que da al periné solidez y resistencia, y la pared posterior de la vagina queda reducida á una membrana yuxtapuesta al recto, y así como en estado normal el periné forma hacia adelante un espolón y la pared posterior de la vagina sigue este espolón dirigiéndose de atrás adelante y de arriba abajo, cuando el periné ha desaparecido la pared vaginal posterior forma un tabique casi vertical, que separa la vagina del recto. Si en tales condiciones la mujer sufre estreñimiento habitual y se acumulan en el recto materias fecales, la pared vaginal es empujada por aquél hacia adelante, formando prominencia en la entrada de la vagina; este hecho repetido produce relajación del tabique recto-vaginal, y lentamente va desarrollándose el colpocele posterior hasta salir de la vulva y formar un tumor parecido al del cistocele.

En las grandes relajaciones vulvo-vaginales producidas por la repetición de partos sucesivos, se encuentran también condiciones abonadas para el desarrollo del colpocele posterior. La mucosa vaginal en estos casos desliza fácilmente sobre la rectal y sobre el periné, que ha perdido toda su resistencia de órgano de sostén y fácilmente forma hernia hacia la vulva, seguida ó no en ese movimiento de descenso de la mucosa rectal.

Alguna vez se observa también el rectocele en enfermas nullíparas, y en las que, por tanto, no cabe invocar como causa las alteraciones anatómicas del suelo perineal. En estos casos siempre se suman varias concausas: el estreñimiento habitual mantiene dilatado el recto por encima del esfínter y empuja constantemente la pared anterior del recto contra la pared vaginal posterior; una profesión que obligue á la enferma á permanecer en posición bípeda durante largas horas, favorece, por la gravedad, la caída de la vagina; la inclinación pélvica, haciendo más vertical la vagina cuanto más inclinada hacia atrás está la vulva, y finalmente, la predisposición que algunas enfermas tienen á sufrir toda suerte de relajaciones, cual ocurre en las artríticas, explican el por qué algunas veces el rectocele puede presentarse desligado por completo de su causa principal y más frecuente, que como he dicho, es la alteración anatómica del suelo perineal.

El colpocele posterior, en más ó menos grado, es casi complicación obligada al prolapso del útero, pues éste al descender arrastra la pared vaginal posterior con mayor facilidad que la anterior, porque ésta se halla más adhe-

rida á la vejiga; así, en tanto que el cistocele como enfermedad autóctona es más frecuente que el rectocele, éste, como complicación del prolapso, es más frecuente que aquél.

Por otra parte, dadas las mismas condiciones anatómicas para el desarrollo del prolapso vaginal, las causas que obran para la producción del cistocele tienen una acción mucho más constante y persistente que las que producen el rectocele. La vejiga, por su propia situación, empuja la pared vaginal anterior, la que, si no encuentra el apoyo del periné, se halla desamparada y sin grandes medios de resistencia para sostenerse en su situación; por su propio peso tiene tendencia á caer, en tanto que el recto empuja hacia adelante, pero no hacia abajo como la vejiga. Además, pronto empiezan en la vejiga los fenómenos de retención que contribuyen en gran manera á aumentar el prolapso, en tanto que en el recto esa retención, aparte de ser rara, pues se evacúa, por lo común, completamente aunque exista rectocele, lo empuja hacia adelante y no hacia abajo, como ocurre en la vejiga.

Anatomía patológica.— Como el cistocele, puede revestir distintos grados, aunque no tan acentuados ni precisos. En el grado más frecuente la pared vaginal posterior asoma por la vulva al separar los grandes labios sin formar hernia: casi queda reducido todo á que, en vez de ser la pared anterior, es la posterior la que aparece; en un grado más acentuado forma verdadera hernia al través de la vulva, constituyendo un tumor esférico y rojizo, de volumen variable; raras veces alcanza el volumen del cistocele exagerado, pero sí es frecuente aparezca como un huevo de gallina.

Algunas veces la inversión vaginal comienza inmediatamente después de la vulva, pero no es lo más frecuente, sino que suele comenzar uno ó dos centímetros más arriba de la entrada vaginal, porque la vagina suele conservarse adherida al recto en la región del esfínter: toman parte en el colpocele los dos tercios inferiores de la pared vaginal posterior, pues la parte alta, en relación con el fondo de Douglas, aunque resulta estirada, no está dilatada.

El colpocele posterior está formado comúnmente por la pared vaginal posterior y por la dilatación de la rectal anterior, que forma á veces un verdadero divertículo por seguir en su prolapso la pared vaginal posterior; á veces es ésta únicamente la que constituye el prolapso; con todo, el hecho es tan poco frecuente, que pueden perfectamente considerarse sinónimos colpocele posterior y rectocele.

Por parte del recto es la pared anterior del mismo tan sólo la que sigue el prolapso, pues la posterior permanece en su sitio y el órgano en conjunto no sufre desviaciones; la dilatación de la pared anterior comienza siempre por encima del esfínter (fig. 283).

El tabique recto-vaginal, en el colpocele posterior, está infiltrado con mayor frecuencia que en el cistocele. La mucosa que lo cubre, al igual que en éste, es dura, callosa y engrosada.

Síntomas y diagnóstico.— Es mucho menos aparatoso el rectocele que el cistocele: cuando no está muy desarrollado, apenas provoca síntoma ninguno; tan sólo cuando forma hernia al través de la vulva, da la sensación de un cuer-

po extraño, y pocas veces llega á producir roces con la parte vulvar anterior; el estorbo que siente la enferma depende más del volumen que de otra cosa, pues en el rectocele los fenómenos de retención son menos frecuentes, y cuando existen, apenas producen síntomas; se comprende que alguna vez podrá haber rectitis á consecuencia de la retención de una cantidad de materias fecales; pero lo que en el cistocele es la regla, en el rectocele es la excepción.

El diagnóstico es fácil. La existencia de una tumoración ó prominencia en la pared vaginal posterior arguye, por regla general, el diagnóstico de colpocele. Como casi siempre que hay rectocele hay cistocele, se observan dos tumoraciones,

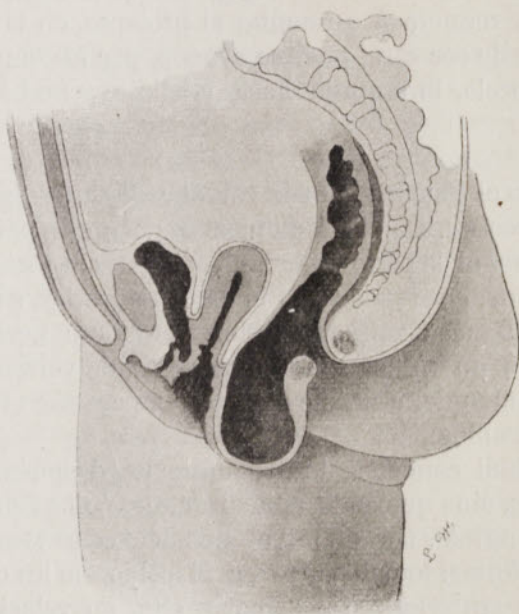


FIG. 283

Rectocele simple.

una anterior y otra posterior, producida ésta por el rectocele. Si no hay más que una, fácil es, por el tacto, cerciorarse de si procede de delante ó de atrás. Los quistes vaginales de la pared posterior y las neoplasias que pudieran simular un rectocele, son rarísimas. La única confusión posible es con el enterocele vaginal: en éste el tumor procede de la parte alta de la vagina y del fondo de saco posterior, pero el medio más seguro para establecer el diagnóstico es el tacto rectal, que nos permite con el dedo observar la dilatación del recto hacia adelante y el grado de la misma. Además, el tacto rectal es lo único que nos permite fijar la parte que el rectocele toma en el colpocele posterior, pues á veces existiendo

éste bastante acentuado se puede encontrar la pared rectal que no ofrece dilatación ninguna. Téngase en cuenta entonces, para diferenciarlo del enterocele, que éste se reduce fácilmente produciendo gorgoteo, porque está constituido por asas de intestino delgado, en tanto que aquél ni se reduce con tanta facilidad ni produce gorgoteo.

Curso y complicaciones. — Es enfermedad eminentemente incurable, de curso lento y que va progresando y aumentando gradualmente.

Por ser de volumen más reducido, raras veces en el rectocele simple que no va acompañado de prolapso del útero, se forman úlceras como en el cistocele.

El rectocele acentuado, ejerciendo tracciones en la inserción de la vagina sobre el cuello del útero, favorece el descenso del órgano, sea por acción directa, sea determinando la elongación del cuello, de manera que el colpocele posterior unas veces es efecto y otras causa del prolapso uterino.

Tratamiento. — El tratamiento por los pesarios en el rectocele no es tan ineficaz como en el colpocele anterior, sobre todo en aquellos casos en que el periné conserva aún cierta resistencia. Si el pesario puede apoyarse á los lados y en el pubis, no es difícil retener la pared posterior prolapsada manteniéndola con un pesario apropiado, estirada hacia arriba y hacia la concavidad del sacro, como veremos al hablar del prolapso del útero y de su tratamiento ortopédico. Sin embargo, el tratamiento ortopédico no es nunca un tratamiento de elección por ser tan sólo paliativo, y es preferible en todo caso recurrir al tratamiento quirúrgico.

En los casos en que exista desgarro del periné, que sin duda son la mayoría, la base del tratamiento es la perineorrafia por el procedimiento indicado, modificado según las circunstancias del caso. Cuando el colpocele posterior es muy acentuado y la pared vaginal, por su distensión, es excesiva, convendrá sin duda un procedimiento que permita resecar parte de dicha pared, á fin de estrechar el conducto. A base de reconstituir la pirámide perineal adosando tejidos profundos de uno y de otro lado, y de estrechar ó de reducir la amplitud del conducto vaginal, resecando, si es preciso, una parte de su pared posterior, obtendremos siempre buenos resultados.

Existiendo muy pocas veces rectocele con desgarro completo del periné, lo que se comprende porque entonces no hay por parte del recto retención ninguna, sino todo lo contrario, la técnica para corregir el rectocele puede uniformarse perfectamente partiendo del principio de que habrá desgarro incompleto ó relajación vulvo-perineal.

El avivamiento, según queda ya descrito, se hace por el procedimiento de Doleris, con una incisión que comprenda la mitad posterior de la vulva y permita desdoblar hacia arriba el tabique recto-vaginal á una gran altura, teniendo la precaución de que hacia los lados el avivamiento sea extenso para que queden denudadas las superficies que han de coaptarse y reconstituir el espesor del periné y del tabique. Si la dilatación vaginal no es excesiva, basta con la sutura descrita en la pág. 437, con resección ó sin resección de una parte del borde vaginal de la mucosa; pero si hay gran dilatación, entonces es fácil cortar con la tijera un triángulo de mucosa de base inferior y vértice superior

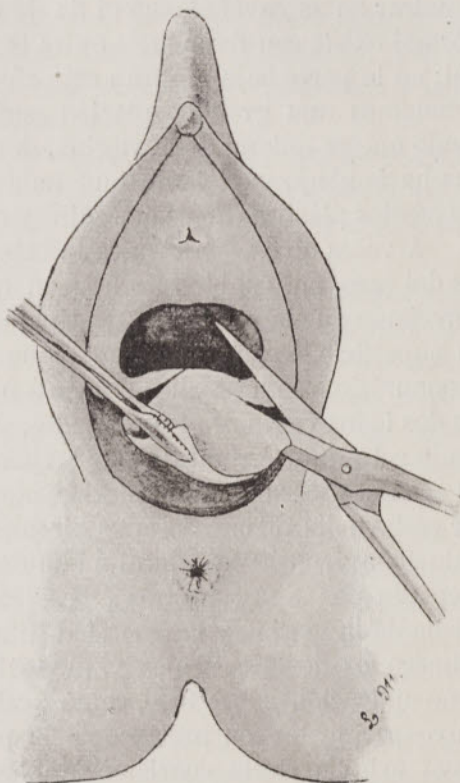


FIG. 284

*Resección de la pared posterior de la vagina,
previo desdoblamiento.*

(fig. 284) más ó menos extenso, según los casos, con lo que se hace una escisión de mucosa como en el procedimiento de Hegar. La sutura entonces comprende dos partes: la perineal, hecha en igual forma que para la perineorrafia, y la vaginal, que se practica con crin á puntos entrecortados, comenzando por el vértice del avivamiento y acabando por la base (fig. 270), y haciendo de modo que los puntos de sutura coaptan una buena superficie de mucosa vaginal para reconstituir en lo posible la columna rugosa posterior; con dichos puntos es bueno, en la parte alta del vértice del triángulo, enganchar la pared rectal sin penetrar en su cavidad, con el fin de reproducir la adherencia que en su estado normal existe con frecuencia entre la pared anterior del recto y la pared vaginal; en la parte baja realizan este efecto los puntos perineales. De esta manera obtenemos una gran coaptación perineal y un estrechamiento, todo lo acentuado que se quiera, de la vagina, dando á su pared posterior la dirección oblicua hacia abajo y adelante que había perdido. He comprobado muchas veces los efectos plásticos de esta técnica y son del todo beneficiosos y duraderos.

A veces no es esta técnica la más conveniente por las condiciones especiales del caso, pues si bien los hay en que con una exploración detenida puede apreciarse que la relajación vaginal está más á un lado que repartida por toda su superficie, á consecuencia de que el desgarró de los planos musculares y aponeuróticos se ha realizado más á un lado que en la línea media, en otros son los dos lados vaginales los relajados, y se observa entonces que en la línea media la columna vaginal tiene todavía consistencia y está adherida al recto. Aunque con el procedimiento anterior pueden obtenerse resultados, es muy útil no ser esclavo del mismo en tales circunstancias y modificarlo haciendo el triángulo del avivamiento lateral ó bilateral, como en el procedimiento de Emmet, aceptado por Kelly y otros (fig. 265). Así se respeta la lengüeta de la parte media de la vagina y la resección recae á ambos lados de la misma; se suturan primero los dos triángulos y luego la base perineal (véanse figs. 266 y 267): tiene aplicación sobre todo, como acabo de indicar, en las grandes relajaciones vulvo-perineales con prolapso de la pared posterior, en las que el periné conserva todavía cierta consistencia, porque de otro modo tiene el defecto de dar un cuerpo perineal poco grueso y sólido.

Raras veces encontrará el ginecólogo un colpocele posterior puro sin lesión vulvo-anal. Con todo, puede ocurrir así, y yo recuerdo un caso de rectocele en el que no existía ninguna lesión perineal: se trataba de una nullípara; en tal circunstancia puede estar indicado hacer simplemente una colporrafia posterior, cual se hace para el cistocele en la pared anterior; sólo recuerdo un caso en que haya practicado una colporrafia posterior simple sin intervención perineal, porque muchas veces aunque ésta no parezca del todo necesaria, es muy ventajoso realizarla.

ENTEROCELE VAGINAL

El *enterocele*, *elythrocele* ó *hernia vaginal* es la salida ó prolapso del intestino, generalmente el delgado, por la vagina; es complicación que á menudo

acompaña al prolapso del útero, pero que á veces existe independientemente de todo otro prolapso genital, constituyendo entonces por sí solo toda la enfermedad. El enterocele ó hernia vaginal tiene lugar por el fondo de saco ó pared posterior, y aunque puede existir el enterocele anterior, como Kelly y otros autores citan algún caso, es tan raro, que podemos prescindir de él, y al decir enterocele entender siempre que se trata de la hernia intestinal posterior á través del fondo de Douglas.

Etiología y patogenia.—Se señalan la multiparidad y los desgarros del tabique, así como el prolapso del útero, como causas del enterocele; pero en estos casos es más bien un epifenómeno que una enfermedad autóctona, y aquí me refiero tan sólo al enterocele independiente y aislado.

Para comprender la patogenia del enterocele, hemos de diferenciar el *enterocele simple* ó prolapso del fondo de Douglas y el *enterocele pediculado*, en el que en la pared posterior de la vagina existe un divertículo peritoneal pediculado.

Al enterocele simple, sin duda el más frecuente, creo, como Berger, que debe atribuírsele un origen congénito. Veit (1) opina que debe su formación á procesos pelvi-peritonícos anteriores, en virtud de los cuales alguna asa intestinal se adhiere al fondo de Douglas, y al sobrevenir la reabsorción de los exudados sigue la adherencia, que ocasiona dificultad en la circulación de las materias fecales; éstas, retenidas, empujarían mecánicamente el peritoneo de Douglas hacia la vagina y lentamente se formaría la hernia. El hecho es cierto, pero esos no son verdaderos enteroceles, sino lesiones pasajeras, como Veit mismo afirma al decir que, si se logra que la enferma deponga regularmente, la lesión se cura. Berger, para explicar la patogenia del enterocele, recuerda que en la vida intrauterina el fondo de saco peritoneal de Douglas desciende, recubriendo la pared vaginal posterior, mucho más abajo que en la mujer adulta, pues llega hasta cerca del periné, y dicho autor invoca la persistencia de esta disposición para conceder al verdadero enterocele un origen congénito, cosa que no repugna ni sería el primer caso de patogenia por este mecanismo (2). Dos casos típicos he visto de enterocele: uno en una múltipara, que formaba un tumor como una manzana en la vagina; otro en una mujer de treinta y cinco años, virgen, y cuyo enterocele formaba en la vulva, después de atravesar la vagina, un tumor como un huevo de gallina. En esta última no podía invocarse la acción relajante del parto ni de otra causa, pues los genitales externos no presentaban alteración y, sin embargo, el enterocele era de los más pronunciados. El otro puede atribuirse á la acción de los partos anteriores, que, distendiendo y aflojando los ligamentos útero-sacros, quitaron apoyo y sostén al fondo de Douglas, y las presiones intestinales bastaron para ocasionar el enterocele.

El origen y patogenia de los enteroceles vaginales pediculados es poco conocido; un botón peritoneal se insinuaría debajo de la mucosa vaginal y lentamente llegaría á formar gruesos pólipos herniarios, como los citados por Gailard-Thomas, Michelson, Prokofjewa y algún otro.

(1) *Enciclopedia de Ginecología*, tomo I, pág. 402.

(2) BERGER: *Traité de Chirurgie*, tomo IV, pág. 831, y *Semaine Gynecologique*, 1896, pág. 297.

Anatomía patológica. — Hay que distinguir las dos formas que acabo de mencionar: el enterocele vaginal simple (fig. 285) forma un tumor en la pared vaginal posterior, hacia la parte alta de la misma, que algunas veces se ha confundido con el rectocele. Su volumen, muy variable, por lo común llena la vagina, pero no sobresale al través de la vulva más que raras veces, como en el caso que he mencionado. El contenido está formado por asas de intestino delgado por lo común, y epiploon, pero á veces se ha encontrado la S iliaca. Las paredes del saco están constituidas por la vagina y la capa peritoneal; hacia la cavidad abdominal la hernia se confunde con el fondo de Douglas, sin que exista en ningún sitio estrechamiento ni repliegue ninguno; el fondo de Douglas

se continúa con la hernia formando un embudo (fig. 285).

Las hernias en forma de pólipo tienen la misma constitución anatómica, y contienen asimismo intestino ó epiploon ó ambos á la vez.

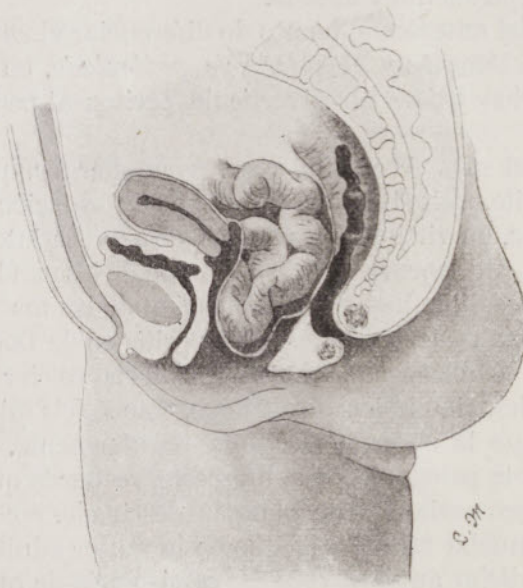


FIG. 285

Enterocele simple.

Síntomas y diagnóstico.

— Cuando acompaña á otro prolapso, es uno de tantos factores que contribuyen á constituir la dolencia, y debe diagnosticarse para obrar en consecuencia al emplear el tratamiento. No suele ser difícil precisar si por detrás del útero y por delante del rectocele que suele existir en estos casos, hay una masa de asas intestinales que se reducen fácilmente á la menor presión con el gorgoteo característico.

El *gorgoteo* es el síntoma principal en los casos de enterocele posterior típico; la reducción del tumor suele ser muy fácil y va acompañada de tan importante signo. Además, se observa su situación en el fondo de saco posterior, existiendo por debajo de él una porción de pared vaginal que ocupa su sitio propio, excepto en los casos en que á la vez que el enterocele existe rectocele; entonces precisa recurrir al tacto rectal para saber la parte que hay que conceder á cada alteración; el mismo tacto rectal servirá, en los casos dudosos, para establecer el diagnóstico diferencial. De los tumores y neoplasias de la pared posterior de la vagina, se distingue el enterocele por su blandura y la facilidad de su reducción.

Las hernias poliposas son de diagnóstico más difícil, pues su forma recuerda la de los pólipos uterinos, su consistencia es mayor que en las hernias simples, y la reducción no es con mucho tan fácil como en el caso anterior. Sin embargo, para evitar el error, bastará la sospecha, porque entonces insistiremos en buscar los signos físicos de una hernia, y aunque con alguna dificultad,

buscaremos esa reducción, que sin ser tan fácil como en el simple enterocele, no es tampoco imposible. Para despertar la sospecha que nos ha de conducir á un diagnóstico seguro, recuérdese que Michelson y Lukein escindieron una como si se tratara de un pólipo uterino, llevándose 24 centímetros de epiploon y 10 de colon transverso. Prokotjewa hizo lo mismo y por el mismo error, extirpando un trozo de epiploon; ambas enfermas murieron. Son errores de diagnóstico que, para evitarlos, basta llamar sobre ellos la atención.

Curso y complicaciones. — Es enfermedad de desarrollo muy lento y que ocasiona pocas molestias, excepto en los casos en que llega á salir por la vulva. De las dos enfermas que he indicado, una de ellas no tuvo conciencia de su estado hasta que el tumor asomó por la vulva.

Se señala algún caso en que un enterocele llegó á poner obstáculo al parto, como el de Meigs (1), en que aquél no se realizó hasta que con gran fatiga logró éste reducir un voluminoso enterocele que existía.

Se citan casos de inflamación de la hernia, algunos de estrangulación, y otros de rotura ó esfacelo durante el parto, ocasionando, como se comprende, complicaciones graves. Las hernias pediculadas son, sin duda, las más expuestas á este género de accidentes.

Todo ello hace que el enterocele vaginal, que ordinariamente apenas produce síntomas ni molestias, no pueda considerarse con indiferencia por los peligros que puede acarrear.

Tratamiento. — El enterocele simple poco desarrollado, muchas veces no exige tratamiento ninguno. Los pesarios, así el de Gariel como otros, bastan, al decir de Berger, para contenerlo en algunos casos. Sin embargo, yo he de manifestar que precisamente en caso de enterocele no me atrevería á emplear ningún pesario, por miedo que, imitando el parto, que es cuando el enterocele es verdaderamente peligroso, pudiese el pesario comprimir una asa intestinal y ocasionar complicaciones graves, que sin él no habrían sobrevenido.

Como los casos no son bastante numerosos para que se haya generalizado una técnica única, ó generalmente adoptada por todos los autores, cada uno ha procedido según sus inspiraciones, creando procedimientos los más variados, obrando los unos directamente sobre el tumor herniario y los otros indirectamente, dirigiéndose al útero ó á los ligamentos útero-sacos. Así procedieron distintamente Berger, Schanta, Reid, Gaillard-Thomas, Freund, Reynier, Goullioud y otros (2).

Sin embargo, parece que la mejor técnica es obrar directamente sobre el saco herniario, como lo han hecho Reid, Goullioud y otros. La conducta variará según los casos. En los de poco desarrollo, como el que arriba he mencionado, y en el que á la vez existía relajación vulvo-anal, hice la colpoperineoplastia llevando el avivamiento hasta el fondo de saco posterior de la vagina, lo que bastó para que el enterocele quedara reducido. En el otro caso, en que había á través del fondo de Douglas un verdadero saco herniario, lo abrí previa reduc-

(1) GAILLARD-THOMAS: *Enfermedades de las mujeres*, pág. 152.

(2) GOULLILOUD: *Annales de Gynecologie et d'obstetrice*, tomo II, pág. 1; 1891.

ción del contenido y lo resequé en un gran trozo, suturando luego los bordes en sentido transversal y en el fondo de saco posterior. Los resultados fueron excelentes. Reid fué quien primero recomendó la resección del saco, habiéndole imitado Schanta y otros, y recientemente Goullioud aconseja lo mismo; este último pudo despegar la vagina sin abrir el peritoneo, y luego ligó el saco peritoneal con catgut; yo abro directamente el peritoneo como para la colpotomía posterior, lo que resulta muy rápido.

Las hernias pediculadas deberán tratarse previa abertura del saco, reducción del contenido y resección por la vía vaginal, y no por el abdomen, como hizo Thomas.