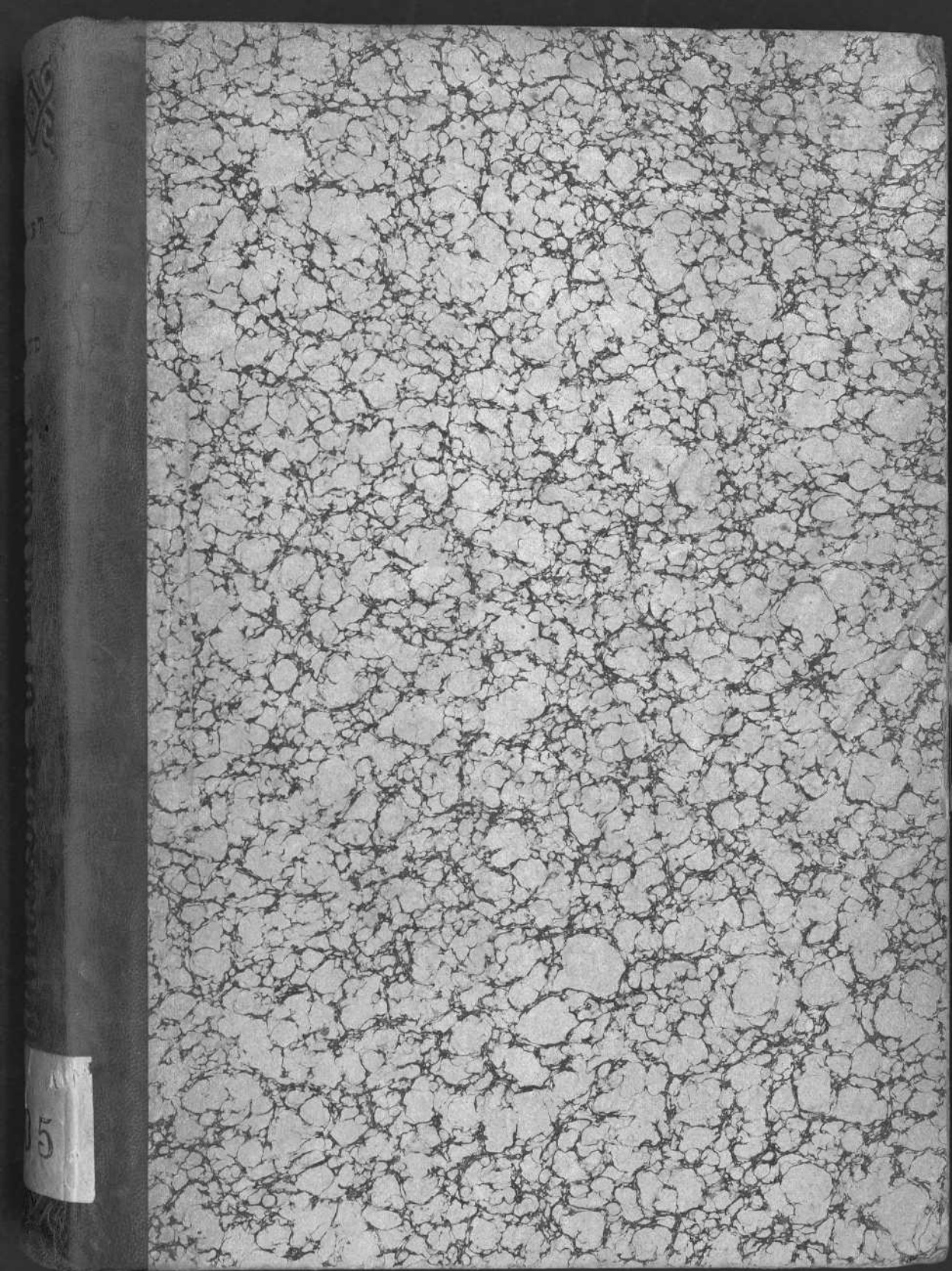




1805

LECCIONES
DE
Ginecología Operatoria



LECCIONES
DE
GINECOLOGÍA OPERATORIA

POR
VULLIET Y LUTAUD

PROFESOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE GÉNOVA,
EX-CIRUJANO DE LA MATERNIDAD,
MIEMBRO CORRESPONDIENTE
DE LA SOCIEDAD GINECOLÓGICA
DE PARÍS, ETC.

PROFESOR LIRRE DE GINECOLOGÍA
EN LA ESCUELA PRÁCTICA,
MÉDICO ADJUNTO DE SAN LÁZARO
MIEMBRO FUNDADOR
DE LA SOCIEDAD GINECOLÓGICA
DE PARÍS, ETC.

TRADUCIDAS

POR

D. Valentín Montero

MÉDICO AGREGADO AL LABORATORIO HISTO-QUÍMICO MUNICIPAL DE SEVILLA

REVISADAS Y CORREGIDAS POR LOS AUTORES

CON UN PRÓLOGO DEL DR. LÓPEZ COMAS

MÉDICO POR OPOSICIÓN DEL CUERPO DE BENEFICENCIA PROVINCIAL



CÓRDOBA

Establecimiento tipográfico "La Región Andaluza,"

1894

Es propiedad del traductor.

Al Ilmo. Sr. D. Antonio Barroso y Castillo

Director general de Establecimientos penales

*Este humildísimo trabajo, te lo dedica,
como prueba de cariño, recuerdo de la ni-
ñez y lazo de imperecedera amistad.*

El traductor

PRÓLOGO



Si bien es cierto que todas las obras didácticas, al tender al objeto fundamental que las inspiran, deben ser de una claridad y concisión suma, si no se quiere perder todo el fruto de los desvelos y desaprovechar por mala exposición ideas á veces muy atinadas; no es menos cierto que en muchas monografías y pequeños textos, están tan reasumidas las materias y tan sin orden expuesta la doctrina que más parecen apuntes tomados con descuido de explicaciones de cátedra, que trabajo bien meditado y estudio razonado y metódico de alguna cuestión profesional.

Hoy que tanto se escribe sobre asuntos médicos y en que tan difícil se hace distinguir el reclamo científico de la científica exposición; hoy que se discuten y controvierten todos los engendros de la ciencia médica con tal saña y encarnizamiento, que parece obscurecida la sombra de Pareo y entronizado Maquiavelo, se hace muy difícil juzgar y emitir opinión, que aunque modesta por su origen, sea libremente expuesta sobre el valor real de determinada publicación: dificultad acrecentada por ser llamada á solventarla quien, como á mí acontece, no tiene autoridad para ello, y sólo mi afición á este género de estudios y la gran amistad que me une al traductor, puede explicar la aceptación de este encargo siempre delicado y difícil. Procuraré, pues, llenarlo con la posible bravedad para no resultar cansado, y para fijar los puntos de vista más salientes, sin entrar en ampliaciones impropias de un prefacio.

Constituye la ginecopatía una especialidad tan natural, y hay tal homología entre las materias de su incumbencia, que ha sido y es una de las ramas de la Medicina más cultivadas y que mejores frutos ha dado en la práctica profesional. Virtualmente dividida en dos secciones, médica y quirúrgica, ha

inspirado publicaciones tan importantes como las de Churchill, Tomás, Scanzoni, Simón, etc.—Semejantes publicaciones abarcaban el conjunto de la Especialidad, y preciso era dar extensión suma al contenido de las mismas, habiendo obra de esta especie que más parecía trabajo enciclopédico médico que obra de estudio.—En estos últimos tiempos el arte quirúrgico se desenvuelve y toma cuerpo al calor del progreso de las ciencias biológicas y físicas, se agiganta el concepto, se ensanchan los límites y se definen las atribuciones de la Cirujía, y la Ginecología al participar de ese adelanto, ensancha considerablemente su esfera de acción, dando á la práctica profesional resultados cada vez más provechosos.—En Ginecopatía casi todo es quirúrgico, en el sentido convencional de esa palabra, y si bien en el aparato genital femenino tienen ó pueden tener asiento casi todas las diátesis hoy reintegradas á la Medicina, aunque con el distinto nombre de distrofias, asientan en general, en aquel aparato desarreglos susceptibles de ser tratados con medios manuales y muchas veces operatorios. Asi es, que la Cirujía Ginecológica ha adquirido un desarrollo considerable y casi ha absorbido por completo el total contenido de la Ginecología. Manifestamos la tendencia y no creemos del caso el hacerla objeto de una crítica, pues ese estudio no es de este lugar.

Así, pues, resulta que la Ginecología operatoria complemento de la Quirúrgica está hoy tan cultivada en todas las naciones, que raro ha sido el año, en el último decenio, en que no haya visto la luz alguna publicación de esa clase ya extranjera ya nacional. En Francia se han editado recientemente varias obras siendo una de las más apreciables la de Vulliet y Lutaud que se editó en París hará unos tres años. Merece esta obra que se la considere bajo muchos aspectos, pues si es notable por salvar los escollos á que nos referíamos al principio, no lo es menos, por su gran originalidad, su claridad en la exposición de la doctrina y el gran mérito de la concisión, en términos tales que ningún concepto hay repetido, y dividida la exposición de la materia en lecciones, resultan éstas tan completas como bien expuestas, con ese gracejo y delicadeza de locución propia de los publicistas franceses.

Veinticinco lecciones comprende esta obra, fiel trasunto de las explicaciones de los autores y conservando el mismo estilo y forma con que fueron recogidas de sus labios, no siendo esta forma expositiva uno de sus menores méritos.

Desde la primera lección se vé la labor innovadora del que alienta el espíritu reformista de la actual época. Así es que señala como principal causa del progreso moderno en Ginecología y de que haya tomado los vuelos operatorios que ha alcanzado á la escrupulosa aplicación de las reglas antisépticas. Esta lección, en medio de su sencillez, es una de la mejor pensadas de este volúmen, pues al preconizar las ventajas del método listeriano señala con minuciosidad las aplicaciones y las circunstancias que más contribuyen á obtener el supremo resultado en toda operación ó manipulación cual és, la completa asepsia del campo operatorio y contornos; sin eso para nada sirven las mayores maravillas de destreza en la ejecución y de inventiva en la concepción de las operaciones. Obra eminentemente técnica estudia con particular interés las posiciones obstétricas lo que constituye un precedente necesario tanto á los trabajos de investigación, como á las manipulaciones activas, y después de extenderse en consideraciones atinadas sobre la influencia de la presión abdominal sobre los órganos de la escavación se pasa á describir la técnica del cateterismo uterino, que tanta importancia tiene en Ginecología y que sirve de antecedente á la dilatación, teniendo para esto último Vulliet un método original que debe merecer las preferencias de los prácticos, pues si bien es de aplicación algo más difícil que los usuales, en cambio es perfectamente aséptico y hasta microbicida aplicación esta última, en muchos casos muy útil.—Las lecciones 6.^a y 7.^a las consideramos de las más interesantes, pues están expuestas las aplicaciones prácticas de las doctrinas de Emmet con gran lucimiento y se concede al raspado uterino un lugar de los más importantes entre las aplicaciones intra-uterinas.

La parte verdaderamente original de la obra es, en nuestra pobre opinión, la que trata del amasamiento en Ginecología y de la Ortopedia uterina.—Realmente es lástima que no



se recabe de la mecanicoterapia ginecológica toda la eficaz cooperación que puede prestar en la Especialidad. Sea efecto del empirismo con que se ha empleado, sea la falta de una técnica conveniente, la verdad es que hasta recientemente no se ha procurado desenvolver esta importante sección.—Hace algunos años que ha empezado á divulgarse en su aplicación y en esta obra se presenta á la consideración del lector un resumen excelente de esta materia.

La Ortopedia uterina está en cinco lecciones admirablemente expuesta y con gran conocimiento de causa tratada la doctrina. En esta materia son realmente reformadores los autores, pues al concepto antiguo sobre la génesis de las posiciones viciosas, han sustituido el concepto moderno.—Los trabajos actuales de los insignes anatómicos Waldeyer y Braun en que tan bien se han precisado las disposiciones de los órganos internos del aparato genital femenino facilitaron á los ginecólogos el conocimiento de estas perturbaciones que constituyen los 4/5 de las dolencias privativas de la mujer como antecedente ó consiguiente. La hegemonía de la retroversión sobre la anteversión y la crítica que basada en estos conceptos teóricos se establece de los distintos pesarios viene á dar á este estudio tales caracteres de originalidad y de verdad que si á eso se añade que los procedimientos quirúrgicos de ortopedia están descritos con gran claridad, habremos de admitir que esta obra encierra mucha doctrina en poca extensión. Al estudio del tratamiento de la Esterilidad también conceden los autores la importancia verdaderamente social que á más de médica encierran. Con mucho método están tratadas estas cuestiones y recomendamos su lectura al que desee encontrar en pocas páginas, un estudio que ocupa en otras obras didácticas una extensión á veces exagerada.

Después de este juicio algún tanto detallado sobre el contenido de la obra y su importancia, daremos nuestra opinión sobre el conjunto de la misma. En estos tiempos en que la rapidez se impone en todas las cuestiones, no deja de tener importancia el fijarse en las dimensiones de las obras que se publican; las muy extensas son poco leídas porque no pueden

ser más que elemento de instrucción para el especialista, pues al clínico general le falta oportunidad para dedicar largas vigili-
as á la adquisición de conocimientos expuestos muchas veces con excesiva proligidad y donde en muchas ocasiones queda oscurecido lo primordial ante la exuberancia de lo accesorio y de detalle. Tiene esta obra el indiscutible mérito de compendiar en pocas lecciones lo más importante de la Ginecología Operatoria y con exquisita selección en las materias, no obstante lo cual, dá la debida importancia á los asuntos que por índole lo reclaman.—Llamada, pues, está á divulgar entre la clase médica española el estudio de estas materias y viene á realizar una necesidad hasta que haya textos nacionales sobre estos asuntos y viertan los ginecólogos de este país, que los hay muchos y buenos, sus opiniones en obras originales, como ya empieza á suceder, y hacemos fervientes votos para que continúe esta tendencia.

La obra está traducida con gran fidelidad por mi amigo el Sr. Montero, que ha procurado esmerarse en un trabajo penoso y por el cual merece plácemes de todos sus compañeros, sobre todo de los cultivadores de la Especialidad. Sólo nos resta recomendarnos á la benevolencia del lector, el que teniendo en cuenta que somos meros aficionados y no tenemos autoridad científica alguna, propenderá á disculparnos, tanto más, cuanto obras como estas se recomiendan por sí mismas sin necesidad de elogios encomiásticos.

Córdoba y Septiembre de 1893.

Dr. Manuel López y Comas.

MÉDICO DE BENEFICENCIA PROVINCIAL

PREFACIO

DE LOS AUTORES

ENSEÑANZA DE LA GINECOLOGÍA OPERATORIA

Creeríamos supérfluo hacer resaltar la importancia que tiene la enseñanza práctica de la Ginecología Operatoria, si ésta ocupara en nuestras facultades el lugar que le corresponde por su importancia terapéutica.

Es necesario estudiar las obras clásicas que se habían publicado hace veinte años, para formar idea exacta de la evolución operada en el cuadro de los estudios ginecológicos desde esta época hasta nuestros días.

Los estudiantes de medicina sólo disponen para sus estudios prácticos, de las obras respetables de Arau, Bernutz y Nonat, los cuales bajo el nombre de *Tratado completo de enfermedades de la mujer* consagran ochocientas páginas á explicar la inflamación, congestión é infartos del útero, no haciendo para nada mención del estudio operatorio. Estos libros clásicos nos describen diez ó doce variedades de vulvitis, vaginitis y metritis, pero guardan silencio sobre la ovariectomía, traqueolorráfia, raspado uterino, histerectomía, la operación de la fistula véxico-vaginal y por lo tanto sobre la enseñanza de la terapéutica quirúrgica.

Apesar de este vacío ellos son la única fuente en que la generación actual ha recibido su instrucción ginecológica.

¡Qué de progresos ha obtenido este importante estudio en menos de un cuarto de siglo!

Sims, ese célebre innovador á quien la guerra de Secesión sacó de su país, vino á Francia y pasmó á los veteranos de la cirugía por su carácter práctico. Velpeau y Nelatón le acogieron con entusiasmo; y del tratamiento de la fístula véxico-vaginal consignaron y establecieron una operación curativa.

Sus *notas clínicas sobre la cirugía uterina*, publicadas simultáneamente en París y en Londres, son el punto de partida del gran movimiento quirúrgico, que se extiende rápidamente por toda Europa y que parece hoy día llega á su apogeo.

El que ojee el libro de Sims, verá que contiene bajo su modesto título el fundamento de todas las innovaciones ginecológicas que se han introducido en los métodos para las operaciones clásicas de incisión del cuello, de la fístula véxico-vaginal, de la colporrafia, de la amputación del cuello, del tratamiento del vaginismo, de la esterilidad, etc.

No tenemos intención de seguir haciendo historia de la cuestión que nos ocupa. Queremos sólo demostrar que la ginecología, exclusivamente farmacológica hace veinte y cinco años, se ha convertido hoy en operatoria ó quirúrgica. Entonces la terapéutica quirúrgica consistía tan sólo en haber uso de las sangrías ó tímidas escarificaciones sobre el cuello si se usaba el bisturí. Hoy podemos asegurar que *la ginecología será operatoria ó no será nada*. Todo ginecólogo que quiera obtener nombre, debe antes poseer todas las aptitudes y las cualidades de cirujano.

Preciso es, desde hoy, insistir sobre la importancia de la enseñanza ginecológica.

¿Y cómo se da esta enseñanza en nuestras Facultades francesas? No solamente no hay Cátedra de Ginecología en París sino que tampoco existe en dicha capital hospital alguno consagrado á esta especialidad.

Las clínicas respectivas de los cirujanos de nuestros hos-

pitales serían un excelente medio práctico para la enseñanza de las operaciones ginecológicas; pero exceptuando un pequeño número de privilegiados que toman parte en estas operaciones á título de ayudantes, los demás en su inmensa mayoría se quedan en la más completa ignorancia de la operación.

Refiriéndonos, por ejemplo, á la operación de la fistula véxico-vaginal, no creemos aventurado decir que á parte del estado mayor del operador, nadie se marcha con beneficio práctico obtenido en la sala de operaciones.

Todas las operaciones ginecológicas, no se prestan por su índole especial á demostraciones útiles para una asistencia numerosa. Yo querría que para que cada uno pudiera obtener beneficios de la enseñanza, empleara todos sus discípulos á título de ayudantes, cosa que es imposible. En primer lugar porque el Jefe de servicio, por su interés particular, emplea siempre los mismos ayudantes que son naturalmente más útiles y más experimentados; y éstos son precisamente los internos y los externos titulares, que de ningún modo estarían dispuestos á abandonar una prerrogativa á la cual su título les dá un derecho indiscutible.

La enseñanza de la Ginecología no puede, pues, darse de otro modo que por la ayuda de libros y de atlas auxiliados por ejercicios sobre el cadáver.

Los libros y los atlas nos describen todo lo que hemos de hacer pero no nos enseñan el *modus faciendi*. Constituyen, pues, documentos útiles de consulta y nada más.

Los ejercicios sobre el cadáver constituyen sin duda el método que nos lleva más directa y rápidamente al fin deseado; pero también están llenas de dificultades especiales estas operaciones ginecológicas.

El cadáver con frecuencia es difícil de obtener y su descomposición es tan rápida que no permite conservarle el tiem-

pó necesario para terminar el grupo de operaciones que hay que estudiar en él.

Otras veces, la rigidez es un inconveniente á darles las diferentes posiciones que son necesarias para ciertas operaciones.

En fin, cuando hay abundancia de cadáveres no se pueden utilizar todos, y cuando hay escasez tenemos forzosamente que interrumpir los ejercicios.

Estas consideraciones explican perfectamente por que las operaciones ginecológicas no les son familiares á la mayoría de los cirujanos.

Gracias á una ingeniosa idea de Schultze, de Yéna la mayor parte de estas dificultades se han resuelto.

Schultze ha hecho construir un maniquí que semeja al vacinete y parte inferior de la mujer; allí adapta una pieza anatómica que comprende los órganos genitales internos y externos juntos y colocados sobre el maniquí según sus relaciones normales.

Toda la parte útil de cadáver se halla dispuesta de tal modo que se presta á las operaciones también como si estuviera el cadáver todo entero.

Tiene para el maniquí un número de piezas suficientes para poder dar un curso completo de medicina operatoria ginecológica, que puede utilizar un número ilimitado de estudiantes.

Se forman tantas secciones de alumnos cuantos maniquís haya y cada estudiante funciona alternando como operador y como ayudante.

De esta suerte puede instruirse un curso con facilidad ocupando dos ó tres horas por día.

Cree Schultze que este procedimiento práctico es completamente indispensable para el estudio de la Ginecología.

No hay universidad actualmente en Austria, Alemania ó Suiza donde no se dé cada año uno ó dos cursos de operaciones ginecológicas sobre el maniquí.

Hay que advertir que de los alumnos que se reúnen en estos cursos, hay mayor parte de médicos en ejercicio que estudiantes propiamente dicho.

Nosotros inauguramos en París en 1887 un curso semejante. El número, celo é interés de nuestros alumnos nos han probado que no estábamos equivocados al exponer que esta enseñanza práctica sería bien aceptada.

El maniquí que nosotros empleamos para nuestra enseñanza, difiere esencialmente del de Schultze: en lugar de estar formado por un armazón recubierto de cuero, lo hemos hecho de metal barnizado. Esta condición, que es importante, le hace impermeable á los jugos cadavéricos y permite que la limpieza se haga más fácilmente.

Gracias á la modificación y perfeccionamiento dado al pedestal, es más fácil simular todas las posiciones ginecológicas.

Las piezas anatómicas se conservan en una preparación esterilizante, que no las altera. Concluida la lección y cuando el discípulo haya terminado el grupo de operaciones á que aquella se presta se inmergen de nuevo.

Este ciclo comprende todas las operaciones y todas las maniobras exploratrices posibles *por las vías naturales*.

Para que los cursos sean completos, se hace preciso disponer de algunos cadáveres enteros, sobre los cuales se ejecutarán aquellas operaciones ginecológicas cuyo método operativo exige incisiones abdominales.

Es imposible hacer simulacros de laparotomías que se practican para extraer tumores sólidos ó líquidos: mas estas operaciones son precisamente aquellas que se pueden con más facilidad estudiar en una clínica y se hacen en condiciones que permiten apreciar bien todos sus detalles á toda una asistencia numerosa.

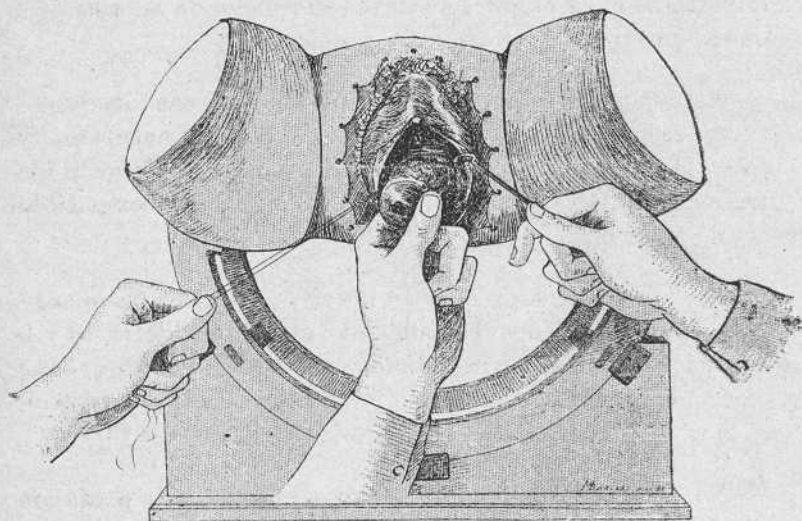


Fig.^a 1.^a—Maniquí de Vulliet y de Lutaud para la enseñanza de la Ginecología Operatoria.

Por esta razón nos decidimos á coleccionar en un volúmen todas las lecciones que hemos dado en este curso, creyendo prestar con esto un buen servicio á los estudiantes y á algunos profesores. Los resultados obtenidos por nuestra primera edición, agotada en menos de un año, nos ha animado á seguir este camino.

La segunda edición que publicamos hoy es mucho más completa que la precedente, y contiene la descripción de los métodos operatorios más recientemente introducidos en la terapéutica ginecológica. Así, describimos los *procedimientos de Terrier de Leopoldo* para la fijación del útero; el de *Nicoletis* modificado por M. Richelot para el tratamiento de las desvia-

ciones uterinas; también el de Mawson Tait para la perineo-
rrafia etc. Todos estos procedimientos se han publicado duran-
te el curso del año 1890.

También hemos creído deber dedicar un capítulo comple-
to al *masage ginecológico*, que tiende á ocupar un lugar muy
importante en la práctica de las enfermedades de la mujer, y
que es muy poco conocido entre nosotros.

Estudiamos con mucha extensión los fibromas uterinos y
las operaciones que le son aplicables por las vías naturales. Se
sabe que muchos cirujanos renuncian hoy día á aplicar la his-
terectomía á estos tumores, que no son siempre incompatibles
con la existencia.

No debemos comprender en nuestro programa las manio-
bras elementales, como el manejo del espéculum, del tacto y la
palpación bimanual, considerando que éstas no pueden estar
bien practicadas sino en el vivo, y no falta ocasión de instruir
á los grupos de estudiantes en la misma clínica.

No debemos terminar sin tributar nuestro más profundo
reconocimiento y gratitud á nuestros antiguos jefes de clíni-
ca MM. Betrix y Bourcart, cuya colaboración nos ha sido tan
útil. A M. Bourcart, debemos la mayor parte de dibujos origi-
nales que figuran en esta segunda edición.

Los autores.

DE LA SEGUNDA EDICIÓN FRANCESA.

LECCIONES

DE

GINECOLOGÍA OPERATORIA

PRIMERA LECCIÓN

INTRODUCCIÓN.—CONSIDERACIONES GENERALES. ANTISÉPSIA.

Señores:

Antes de abordar nuestros trabajos, antes de pasar al estudio de exploraciones y de operaciones ginecológicas, permitidme deciros, aunque no sea mas que breves palabras, sobre la etiología de las afecciones del aparato genital de la mujer.

Se puede asignar á estas afecciones cuatro grandes causas generales.

- 1.º Los defectos de conformación;
- 2.º Los traumatismos;
- 3.º La infección;
- 4.º En fin, las proliferaciones anormales de tejidos que forman los tumores benignos ó malignos.

Es verdad que se podrá decir otro tanto de algunos otros aparatos.

Sin embargo, los órganos de la mujer presentan particularidades, que dan á la *Etiología* de sus afecciones caracteres

propios, cuya determinación ayuda poderosamente al diagnóstico.

Los vicios de conformación, no se revelan en general á primera vista, si no que se traducen por los síntomas que se han presentado desde la época en que los órganos empiezan á funcionar, á la aparición de las primeras reglas, del primer embarazo, del primer parto.

Una vez iniciada la época de los desórdenes, la enferma no acusa tendencia alguna á mejorar espontáneamente: los desórdenes menstruales, la dificultad para la concepción, la tendencia á los abortos y partos laboriosos, se irán acentuando cada día más.

El traumatismo, es siempre accidental, motivado por el mismo ejercicio de la función. En el momento del parto se producen necesaria é inevitablemente desgarraduras en los orificios, rasgaduras en la vagina y relajaciones en la musculatura del armazón pelviano.

Este traumatismo, por regla general, se repara por sí solo; más esta regla está llena de tantas excepciones, que no conocemos ni podemos citar otros órganos sujetos á tanta mutilación.

Estas mutilaciones traen consigo la distensión de la vulva que queda abierta, el ensanchamiento defectuoso del canal cervical, la debilidad de las paredes vaginales y del diafragma que cierra el estrecho inferior: en una palabra, dan lugar á perturbaciones permanentes en el equilibrio normal de los órganos genitales.

La infección sabemos que invade y se extiende de un lado á otro como el traumatismo; su asiento es sobre las escoriaciones superficiales. Sea blenorragica, puerperal ó simplemente catarral, tomará asiento del mismo modo, pero más fácilmente en los órganos genitales, porque estos están más expuestos á presentar soluciones de continuidad de las mucosas en ectropion, ó de las superficies irritadas y denudadas de su epiteliun.

Y ahora encuentro oportunidad de deciros algo, aunque con brevedad, sobre el mecanismo de la infección.

La infección resulta de la inoculación de un virus sobre una superficie viva.

Los virus preexisten ó son aportados por un contagio.

Preexisten desde el momento que se siente una inflamación en el canal genital (vulvitis, vaginitis, salpingitis, etc.)

Los virus aportados son todos aquellos que contenidos en nuestras manos, nuestros instrumentos ó un cuerpo cualquiera se ponen en contacto con los órganos genitales. Una vez inoculados, los organismos virulentos determinan síntomas sobre las soluciones de continuidad en su vecindad inmediata ó á distancia.

Los accidentes determinados sobre la úlcera consisten en una inflamación local, una induración ó una hinchazón seguida de infiltración celular.

La inflamación puede ser sólo superficial y determinar accidentes poco graves; y por el contrario puede llegar hasta producir una verdadera necrosis.

Cuando la inflamación puede, se propaga de la superficie primitiva á las vecinas, é invade sobre todo el tejido celular peri-vaginal ó peri-uterino, caminando de una célula á otra; tomando luego la forma de un edema indurado y general (erisipela uterina); luego se concentra ó circunscribe á un punto y puede formar un absceso. El sitio de elección de estos abscesos se encuentra en el tejido celular comprendido entre los repliegues de los ligamentos anchos. Por lo regular el flemón está situado en el lado correspondiente á la superficie donde se inoculó el virus; y tanto es así, que en la autopsia, por la solución de continuidad se puede seguir perfectamente el trayecto recorrido por la inflamación para encontrar el flemón (parametritis).

El peritonéo pelviano al estar invadido, puede serlo de dos maneras.

1.º Por simple extensión sobre la serosa, de una inflamación establecida en el tejido celular. La pelvicolulitis está combinada entonces con la pelvi-peritonitis.

2.º Por la propagación por medio de una parte del canal tubario, de una inflamación asentada en la cavidad uterina. En este caso la infección se localiza más ó menos al rededor del orificio externo de la trompa, siendo de ordinario bilateral.

La inflamación puede dar lugar á otros desórdenes mecánicos de la circulación, que se revelan por el edema de los

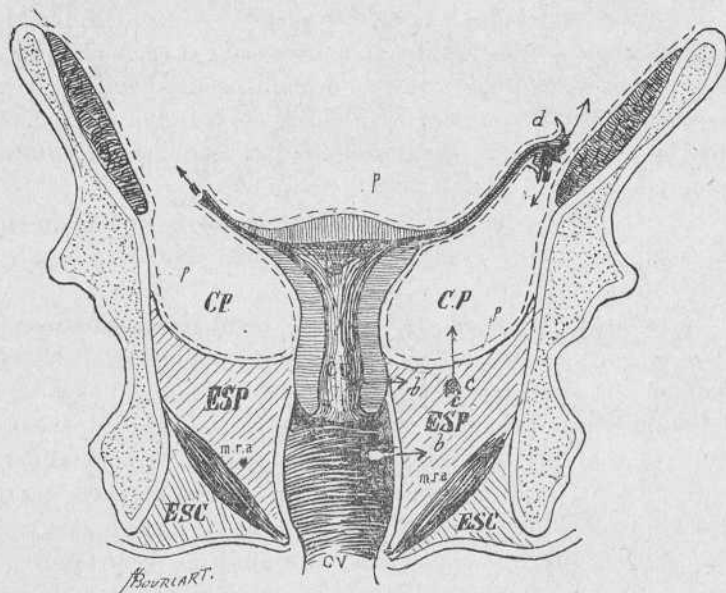


Fig.^a 2.^a—Esquema que representa el mecanismo de la infección de los órganos genitales.—C.P. Cavidad peritoneal.—E.S.P. Espacio sub-peritoneal.—E.S.C. Espacio sub-cutáneo.—Las flechas indican la marcha de la infección ya por las trompas, ya á través de las paredes.

miembros inferiores, así como también por embolias en otras regiones.

Las muertes súbitas por embolia que sobrevienen poco después del parto, pueden también producirse cuando existen trombosis en las venas uterinas.

Después que la terapéutica intrauterina ha tomado tal extensión, los accidentes de este género son mucho más conocidos que lo eran otras veces.

La aspiración ejercida por los movimientos del diafragma, la colocación y deslizamiento de las asas intestinales, son otras tantas causas y circunstancias que favorecen la generalización por todo el peritonéo de una inflamación virulenta primitivamente localizada.

En todos los períodos ó estados de una inflamación virulenta, las ptomainas pueden penetrar en la circulación y dar lugar á la fiebre de reabsorción y á la septicemia.

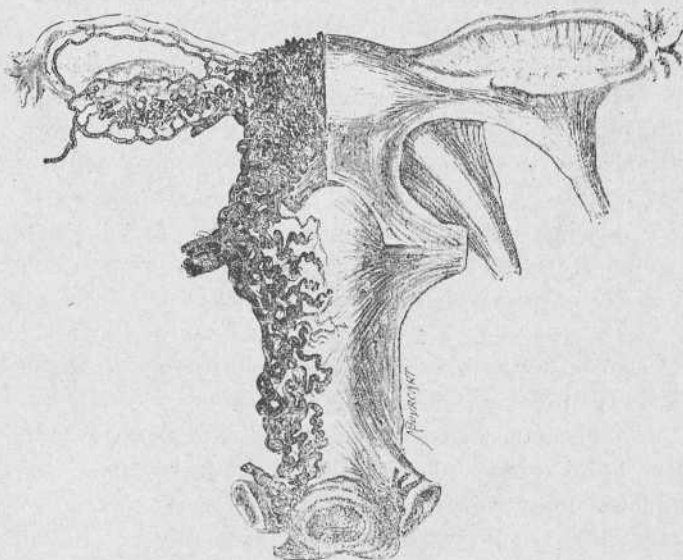


Fig.^a 3.^a—Representa la redecilla venosa en que se desarrollan ordinariamente las trómbosis de origen inflamatorio.

Mencionaremos también, para terminar este ligero sumario de la inflamación, la pioemia que resulta de metástasis procedentes de venas pelvianas atacadas de flebitis virulenta.

En cuanto á los *tumores*, los órganos genitales de la mujer presentan, en razón misma de sus funciones, una aptitud muy especial para la formación de estos tejidos.

Cada mes, son el asiento de una pérdida sanguínea. Su cubierta epitelial se esfolia y se reforma. Una vez operada la fecundación, la matriz aumenta de peso y de volumen, y el hue-

vo, que empieza por una célula simple, cuando llega á su término, pesa muchas libras, porque encuentra en la circulación uterina los materiales necesarios para su crecimiento. ¿Qué tendría de particular, señores, que estos órganos predispuestos á la hiperplasia y la congestión fisiológica, presenten también una tendencia mayor que otros órganos á las proliferaciones patológicas?

No volveré, durante las lecciones de este curso, á molestar vuestra atención con la etiología de las afecciones ginecológicas, pero no pienso pasar al estudio del manual operatorio y reconocimientos exploradores, sin haberos recordado que jamás se ha de proceder al examen físico de una enferma, y mucho menos á una operación cualquiera sin haber adquirido antes todas las noticias posibles sobre los antecedentes morvidos.

Se la dejaré hablar, á la enferma, interrogándola de tal modo que nos diga todo aquello que puede sernos necesario para conocer el origen, la marcha y el asiento de la afección.

Después de este interrogatorio bien dirigido, el diagnóstico se hace en general enteramente claro.

Y es necesario esto, porque precisamente la exploración física de los órganos de la mujer nos dan resultados más incompletos que otros órganos.

La *vista*, el *oído* y el *tacto* son los sentidos de que nos valemos para constituir las bases del diagnóstico en general.

La *vista*, nos sirve en ginecología para la exploración de la vagina, vulva y cuello.

Voy á exponeros con claridad los procedimientos necesarios para hacer el interior de la cavidad uterina accesible á nuestra vista; pero á la aplicación de estos procedimientos y sus maniobras previas no debemos recurrir si no en casos muy especiales é indicados.

El *oído*, si es útil para reconocer las lesiones de vísceras donde el funcionamiento dá lugar á ruidos rítmicos, nos ofre-

ce poquísimos recursos para explorar los órganos pelvianos y abdominales, cuyo funcionamiento es afónico.

Los ruidos del corazón del feto, los de soplo, susceptibles de múltiples interpretaciones, son los únicos fenómenos que proceden del aparato genital. Sirven para establecer el diagnóstico diferencial del parto con otras afecciones semejantes.

La percusión ofrece recursos un poco superiores á los que suministra la auscultación, pero se ejerce, sin embargo, sobre el vientre y la pelvis en peores condiciones que sobre el torax por ejemplo.

Es menester para apreciar estas alteraciones que las masas percutidas estén aproximadas á la pared.

Las adherencias, que son tan frecuentes, pueden alterar con facilidad las leyes de gravitación; y, nos desconciertan, fijando la sonoridad de las asas intestinales ó la macidez de los tumores en los parajes donde ellos se encuentran.

Cuando un derrame ó un tumor está profundamente situado debemos tener menos confianza en la percusión cuyos resultados pueden ser nulos ó muy confusos.

En fin, podremos descubrir y apreciar los derrames libres ó los tumores movibles en la región más declive de la cavidad perineal; pero no es perceptible en su parte más baja y muy poco en el vacinete mientras que la enferma está tendida en decúbito dorsal.

El *sentido del tacto* es el sentido ginecológico por excelencia.

Las circunstancias, sin embargo, le son también, relativamente desfavorables.

Este medio de exploración de los órganos genitales presenta ordinariamente por la parte más profunda muchas dificultades. No es fácil comunmente percibir el ovario ó las trompas como ciertos autores aseguran. Frecuentemente, no se llega, ni aún siquiera estando la enferma anestesiada y en completa resolución muscular, pudiéndose de este modo ejecutar el reconocimiento con ambas manos al través del abdomen.

Pretender lo contrario es hacerse uno mismo ilusiones. En este supuesto, los principiantes que sigan nuestros consejos atribuirán á sus verdaderas causas la insuficiencia de sus investigaciones.

La verdad es que llegamos á tocar la parte profunda de los órganos genitales despues de tener que luchar contra la resistencia que oponen la tensión de las paredes y de los gases del abdomen. Nuestra sensibilidad táctil se embota al vencer esta presión, y los órganos ó tumores, que son con frecuencia movibles, se deslizan delante de nuestros dedos al apretar buscándolos.

El abdomen es como un local oscuro. El que posee un conocimiento exacto de la disposición de este recinto y de la colocación de su mobiliario, puede obrar á tientas si está habituado á ello; pero dedos sin experiencia solo hallarán un verdadero laberinto.

La busca ó averiguación de lesiones, el estudio de su asiento, de su naturaleza, los métodos ó medios ordinarios de la inspección directa, la auscultación, la percusión y el tacto, nos dan frecuentemente, resultados insuficientes; por esto se han imaginado métodos especiales destinados á vencer estas dificultades.

Estos métodos son:

El cateterismo;

La dilatación;

El prolapsus artificial.

La sonda uterina está la primera por orden cronológico.

Después de largas discusiones, sus adversarios fueron poco menos que reducidos al silencio. Yo creo sin embargo, por razones que os diré más adelante, que no iban completamente descaminados. Se halló este medio de diagnosticar las lesiones profundas y se impone por la necesidad.

Después que el prolapsus artificial y la dilatación son de

uso corriente, hay tendencia á preferir á las sensaciones adquiridas y transmitidas de una manera confusa á la mano, las impresiones directas que resultan de la introducción del dedo dentro del útero. El tacto intrauterino asociado á otras exploraciones, la posibilidad de ver el interior de la cavidad uterina, ha transformado no solo las condiciones del diagnóstico, sino también las del tratamiento local.

Pero, señores, toda investigación, que es tolerada por la mucosa genital, tocando ya sea con el dedo ó por medio de otro instrumento cualquiera, es susceptible de provocar accidentes graves. Este género de investigación es complicado, bajo el punto de vista de su técnica y por los accidentes peligrosos á que se expone.

Así el cateterismo, la dilatación, el prolapsus artificial, demandan tanta prudencia como las más serias operaciones.

Esto es lo que, con clara lógica, tenemos que comprender en este curso de medicina operatoria ginecológica.

Es ciertísimo, que en la práctica de la ginecología, en caso de ser requeridos para hacer un diagnóstico, podemos sin necesidad de que haya mediado operación alguna, sino simplemente por los medios de reconocimiento que hemos explicado, hacer correr serios peligros á las enfermas. *Estos peligros resultan* de la infección.

La mucosa genital y sobre todo la del útero es muy delicada y muy vulnerable, por lo cual se hace casi imposible verificar una maniobra cualquiera sin lesionar el epitelium que la reviste.

Esto supuesto, toda solución de continuidad en una mucosa es una puerta abierta á la infección.

Si un virus preexistente es aportado durante una maniobra, se ingerta sobre la mucosa uterina lesionada y se desarrollará rápidamente, por lo mismo que se halla en un medio apropiado, así es que la reproducción de los productos sépticos es casi fatal.

Esta aptitud á la infección, explica, porqué la ginecología

ha estado relegada tanto tiempo á la *medicina*. La experiencia nos ha demostrado que intervenciones leves y anodinas en otras regiones, se convierten frecuentemente en mortales desde el momento en que son practicadas sobre los órganos genitales.

Esta triste esperanza de ver sobrevenir después de un traumatismo por ligero que sea, los flemones pelvianos, las peritonitis, no puede menos que reclamar la abstención y tanto más, cuanto que la mayor parte de las operaciones ginecológicas corrientes, no presentan de ordinario el carácter de operaciones vitales.

Una laceración del cuello, una rasgadura del periné, una procidencia uterina, un fibro-mioma van seguidos de peso, molestias y otros síntomas más ó menos incómodos pero no amenazan inmediatamente á la vida.

Así mismo el cáncer uterino, evoluciona ó se desarrolla con frecuencia tan lentamente, que llegamos á dudar si debemos ó no hacer uso de operaciones peligrosas.

Añadiendo á esto, que se observa en la mayor parte de las enfermedades ginecológicas de plazo largo, que invitan al médico y á la enferma á la paciencia; y se comprenderá perfectamente que por esto los cirujanos estuvieron tan reacios en desplegar audacia y valor en esta región y nó en otras.

Los descubrimientos de los biologicistas modernos, y la aplicación que Lister hizo de su método á la terapéutica quirúrgica, los perfeccionamientos aportados á la hemostasia, nos revelaron la naturaleza del peligro y los medios de conjurarlo.

Hoy día señores, los adeptos de la doctrina de los virus autochtonos son muy raros y cuando una infección se produce somos poco menos que sorprendidos.

Esto, señores, me anima á deciros algo, sobre la desinfección en ginecología.

La desinfección tiene por objeto proteger, las soluciones de continuidad contra los virus morvíficos.

Se procede á la desinfección por la limpieza y por el empleo de sustancias antisépticas.

Por la limpieza ó lavado se apartan ó separan los virus morvíficos. Por el empleo de sustancias antisépticas se les neutraliza ó esteriliza sirviéndonos de la expresión que se le ha consagrado.

En la habitación de espera, deberá estar la enferma que se ha de operar, sosteniéndola en las condiciones de la limpieza más perfecta; debiendo empezar esta por el lavado del campo operatorio propiamente dicho; por las manos de las personas que han de tocar las heridas, por los objetos de curación, las ropas del cuerpo, las camas, los tableros de las mesas de operaciones, todos los instrumentos, y el local donde se ha de operar, pues todos son medios de transmitir la infección y causa de ella.

La transmisión del virus, se hace ordinariamente, por transporte directo. El personal y los objetos que pasan de unas manos á otras forman la cadena que aporta la materia infectante.

También puede extenderse y pasar de un lado á otro por medio del aire, por esta razón no se debe operar mas que en un local bien ventilado, donde el piso, techos y muros no presenten manchas ni suciedades.

La limpieza debe comenzar por hacer el lavado con agua, que presente bajo el punto de vista de su pureza, las mismas condiciones y garantías del agua potable.

Falta luego, naturalmente, asociarle las sustancias propias para destruir las impurezas.

El lavado se hará de una manera perfecta; sin este requisito siempre quedará sobre las superficies lavadas una capa extendida de impurezas preexistentes.

El personal de la operación deberá hacer uso del cepillo de uñas para que toda materia impura adherida sea separada, no

solamente de los contornos de las uñas, sino también de los intersticios de la epidermis.

Los instrumentos, deberán estar desmontados, serán lavados y pulimentados con papel de esmeril llegando á todas las ranuras y á todas las charnelas y articulaciones.

Ciertos operadores ingleses, que llevaron con gran esmero y han observado con gran cuidado la limpieza han podido obtener de la limpieza sola en las operaciones en que la infección no preexistía, resultados excelentes, que otros no han realizado con la limpieza asociada á los antisépticos. La limpieza es indudablemente el ideal de la antisepsia; pero esta antisepsia no puede obtenerse sino en condiciones especiales. No es posible llevarla á efecto ante una numerosa concurrencia que ha de presenciar la operación.

Debemos, distinguir dos casos diferentes, bajo el punto de vista de la terapéutica post-operatoria: en un caso la naturaleza de la operación permite ocluir herméticamente el traumatismo por medio de una sutura al terminar la operación; en otro caso el traumatismo queda abierto, porque la aproximación de los bordes de la herida y la sutura se hace imposible.

En el primer caso es muy fácil operar sin complicaciones sépticas obtener la cicatrización por primera intención; en el segundo, la protección de las heridas contra los virus sépticos es un problema de los más áridos y difíciles, sobre todo en el dominio de la ginecología cuya cavidad genital contiene siempre las dos cosas siguientes: primero, secreciones naturales que son *líquidos de cultura*; segundo, numerosos microorganismos entre los cuales nosotros no podemos distinguir los que son inocentes de los que no lo son. La solución de continuidad de este segundo caso, operación ó traumatismo, es susceptible á pesar de todas nuestras precauciones de ser invadida por los fermentos virulentos.

Si la limpieza forma la base de la desinfección, el empleo

de los antisépticos se hace en esta completamente indispensable.

Todas las sustancias realmente antisépticas pueden dar lugar á ciertos accidentes. Cada una tiene de antemano su historia y recuerdos que no permiten ningún género de duda á cerca de esto.

El antiséptico inocente para el operado no se ha encontrado aún, ni se le encontrará probablemente jamás; porque si un cuerpo es soluble, es reabsorbible y si paraliza la vida de las células del virus invasor, también obrará de una manera análoga sobre las células del organismo invadido. Y no hay manera alguna de prevenir las intoxicaciones; esto es, saberlos reconocer desde las primeras manifestaciones y familiarizarse con los modos de usarlos, que la experiencia ha demostrado ser los menos peligrosos.

Los antisépticos más usados en ginecología son el sublimado corrosivo, el iodoformo, el ácido fénico y además os recomendaré una sustancia recientemente introducida en la terapéutica que es el salol.

El *sublimado*, posee en su grado máximo la acción esterilizante inmediata y enérgica. No obra de un modo irritante sobre los tejidos, pero es un veneno muy violento.

Las soluciones más usadas varían del 1/1000 al 1/5000.

La solución más concentrada de estas es conveniente para desinfectar las manos del operador y de sus ayudantes, y para esterilizar el campo operatorio, antes y después de la operación. Durante la operación es prudente sustituir esta por las soluciones más atenuadas. En las curaciones que suceden á la operación se podrá también recurrir á la solución debil si la elevación del termómetro indicára una infección.

Después de cada lavado, después de cada irrigación falta absorber con algodones asépticos todo el líquido libre.

El sublimado, gracias á su gran afinidad con la materia orgánica tiene una acción violenta, pero pasa rápidamente. No conviene para las curaciones de apósito fijo y durable. Con el sublimado es con quien se libran las grandes y las primeras batallas.

El *iodoformo* ó *el salól* es el que necesitamos, una vez abandonadas las posiciones seguras para impedir el retorno al ofensivo enemigo.

El *iodoformo* es un antiséptico que obra lentamente. No solamente se podrá hacer la desinfección con él sólo sino que creo que no se puede hacer nada útil sin él, sobre todo en ginecología. Puede estar mucho tiempo en contacto con la mucosa ó con una solución de continuidad sin que desaparezca por completo. Se descompone muy lentamente y se desenvuelven dos acciones químicas, embarazando la proliferación simultánea de organismos infecciosos.

El *iodoformo* se emplea en la vagina bajo la forma de gasa iodofórmica, que se encuentra en el comercio perfectamente preparada. Para la cavidad uterina el algodón es un vehículo preferible á la gasa. Yo mismo preparo los tapones de que me he servir. Los sumerjo en una solución etérea de *iodoformo*, variando las proporciones del 1/10 al 1/30, luego los dejo secar completamente antes de usarlos. Ya entraremos en más detalles sobre esta preparación y expondré la técnica del taponamiento cuando tratemos del método de dilatación por los tapones.

El *iodoformo* despidе un olor incómodo que se le hace desaparecer por completo poniendo al terminar el taponamiento unos tapones vaginales empapados en una mezcla á partes iguales de trementina y aceite de olivas. La trementina es un buen desinfectante y desodorante.

Por consiguiente una vez esterilizada la cavidad vaginal y uterina por la acción del sublimado, se la rellena con los tapones iodofórmicos que se remudan lo menos posible, para de este modo proporcionar á las lesiones y partes enfermas el reposo tan necesario para una pronta y completa cicatrización.

El *ácido fénico* y el *salicílico* empleado bajo la forma sólida son caústicos y corrosivos, y también os diré que su combinación no tiene en absoluto este efecto aplicado en las

vías genitales en forma de supositorio vaginal y de bujías uterinas con manteca de cacao, se deposita sobre las paredes, después de fundida la manteca, á manera de polvo impalpable, que obra del mismo modo que el iodoformo. En el iodoformo está el yodo; en el salól el ácido fénico que lenta y gradualmente puestos en libertad, constituyen los agentes de la desinfección. De la analogía de propiedades resulta analogía de usos.

Yo he usado ya mucho el salól, y vislumbro el momento en que le preferiré al iodoformo, para las curaciones y para hacer la dilatación uterina según mi método.

Me sirvo exclusivamente de las preparaciones de salól remitidas por M. Saunter farmacéutico en Génova (olivas bujías uatas.) Empleo el algodón para el taponamiento intra-uterino y vaginal.

Para la desinfección preventiva, dado el caso de que la virulencia no sea muy evidente, coloco una hora antes de operar, una bujía en el útero y uno ó dos supositorios en la vagina, y lo sostengo todo por medio de un tapón. Estas curaciones son también muy eficaces en el tratamiento de las inflamaciones virulentas, yo las prefiero á las inyecciones, á las que recorro cada 24 horas como medio de lavado y limpieza mas bien que como medio terapéutico propiamente dicho.

En 1883 fué cuando comencé yo á taponar el útero por medio del algodón antiséptico. Esta práctica me ha llevado á instituir el método de dilatación por taponamiento progresivo, método en donde la inocuidad es debida enteramente á las propiedades del iodoformo ó del salól. Este sistema de antisepsia que vengo empleando hace seis años de una manera sistemática, ya como medida preventiva, ya como arma contra las infecciones declaradas, nunca ha dado lugar á accidentes graves.

Yo he podido gracias á esto, instituir un tratamiento operatorio, contra ciertas formas de fibromiomas intraparietales, que no se han atrevido á operar hasta ahora por temor á la infección.

Este tratamiento tolera las incisiones intrauterinas que serían evidentemente muy peligrosas sin las inyecciones y las curas antisépticas que yo les hago inmediatamente.

La cavidad uterina no tolera los tubos de desagüe, mas se acomoda muy bien á las curaciones obturadoras que absorven las secreciones y contienen las hemorragias, constituyendo un filtro que evita la entrada de fermentos venidos del exterior.

La volatilidad del ácido fénico le recomienda para las pulverizaciones, según el método Lister.

Desde que el sublimado adquirió el primer lugar entre los desinfectantes, el ácido fénico es mucho menos empleado. Debiendo añadir á esto que las soluciones fenicadas no deben contener ácido fénico sin disolver, porque es muy cáustico. El ácido fénico ataca menos los metales que el sublimado. En solución al 1/2 por 100 conviene perfectamente para la desinfección de los instrumentos. La baselina fenicada al 1 por 10 es la que debe usarse para untar los especulums, los sondas y los dedos.

El ácido bórico, se usa aun para las inyecciones de la vejiga, no se proscribe curar con algunos desinfectantes desusados en ginecología. Me limito á mencionarlos los principales, ó sea aquellos que sus propiedades los hacen mas recomendables, y son los que deberán usarse en los órganos genitales.

Es muy importante cohibir todas las hemorragias, absorber todas las secreciones, porque los líquidos orgánicos son los mejores *caldos de cultura* para los organismos infecciosos.

Todas las superficies operadas deberán estar tan perfectamente aproximadas y firmes cuanto sea posible á fin de restablecer la continuidad del revestimiento epitelial, que es la más segura garantía contra los ingertos del virus.

Me parece supérfluo exponeros la técnica de los lavados. Os señalaré, sin embargo, la importancia de todo lo que comprende las operaciones del lavado, en la entrada de la vagina, en el monte de venus, en la ranura perineal, y en el circuito del

año. Así mismo se hace preciso, rasurar el vello el cual forma un depósito de suciedad, que se oculta para aparecer de nuevo con el sudor ú otras humedades.

Las inyecciones deberán ser largas y abundantes. El irrigador deberá contener lo menos cinco litros de líquido; si la irrigación se ha de prolongar, convendrá mejor, tener dispuestos dos depósitos de líquido en vez de uno solo, á fin de no suspender la operación para volver á llenar el irrigador vacío.

Aquí presentamos diferentes modelos de cánulas para irrigación intra-uterina.

Las cánulas de Budin, Pinard, las pinzas de inyección de Aug. Reverdin, no pueden ser introducidas en el útero sino cuando está lo bastante dilatado para dar acceso á un instrumento de grueso calibre. Nos parece mejor servirnos de cánulas mucho más delgadas, cuando las dimensiones de la cavidad



Fig.^a 4.^a—Sonda intra-uterina de doble corriente, de Pinard.

Nota.—Se ha suprimido la fig.^a 5.^a en la edición española por su poca importancia.

uterina no exceden mucho de las naturales, tales como las sondas ordinarias, de hombre, de doble corriente, las cánulas metálicas de Thienmant, ó las cánulas flexibles constituídas por dos sondas trenzadas, ó unidas. En el mismo momento en que estas pequeñas cánulas no funcionan bien libremente en la cavidad uterina, se hace preciso antes de servirse de ellas, ensanchar el canal cervical por medio del cateterismo ó por la introducción de un tallo de laminaria. El líquido debe penetrar y volver á salir con libertad en todas partes, sin enviarlo con mucha fuerza para evitar la mucha presión.

Algunas veces, he tenido que asistir accidentes como dolores súbitos, síncope, etc., que son considerados como efecto de la penetración en el peritonéo, del líquido inyectado.

Para estas curaciones siempre hago levantar la enferma de medio cuerpo arriba, y manejo el irrigador de manera que no penetre el líquido mas que á cada inspiración. Introduzco la

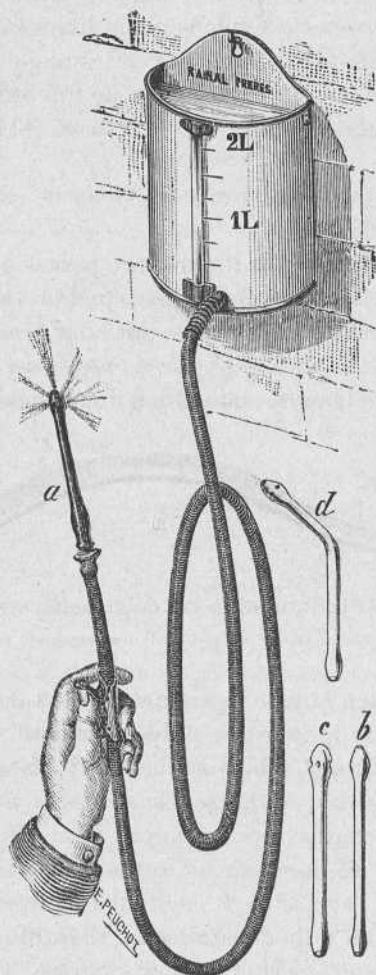


Fig.^a 6.^a—Irrigador vaginal de Esmarch.

cánula cuanto me es posible y modero la presión para que el lavado resulte derramado en retorno con suavidad y nó por la fuerza de presión del líquido. Desde que tomo estas precaucio-

nes jamás he visto que las irrigaciones vayan seguidas de tales accidentes. Los irrigadores que os recomiendo son el de Esmarch (fig.^a 6) y el de Pinard (fig.^a 7). Cuando estas inyecciones deban hacerse en decúbito dorsal se empleará con ventaja la vasija representada en la (fig.^a 8) que permite la salida continua del líquido inyectado.

Tenemos, después, necesidad de enjugar ó secar las heridas que se van á operar. Para este uso, la uata es preferible á las esponjas porque se puede estar más seguro de su estado de asepsia y porque no hay necesidad de llevar muchas veces el mismo pedazo sobre la herida.

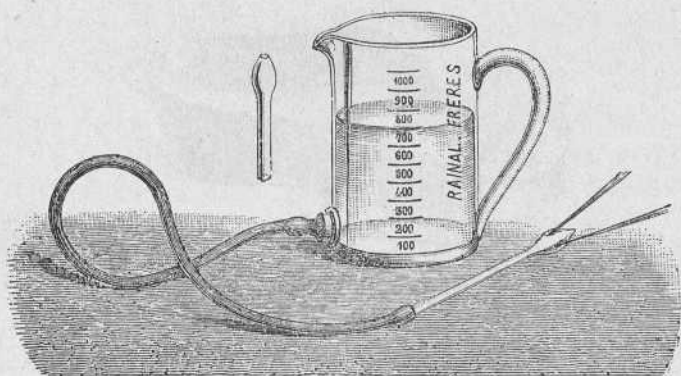


Fig.^a 7.^a—Otro modelo de irrigador vaginal.

Ya os he dicho, señores, que el virus puede preexistir en el medio operatorio: esto es lo que ordinariamente ocurre en aquellas operaciones ginecológicas que se practican por las vías naturales. En la laparotomía, por el contrario, se opera ordinariamente en un medio aséptico, porque las lesiones están generalmente al abrigo de las influencias exteriores.

Las operaciones que se practican por las vías naturales son: ó las operaciones de austoplastia ó las ablaciones de tumores de los órganos. En el primer caso la inflamación que resulta del ectropión de las mucosas, y de la salida de los líquidos por las fistulas tiene desde el momento que determinar por sí mismas la infección ó las circunstancias que favorecen su desa-

rollo. En el segundo caso, refiriéndonos á neoplasmas en desorganización, que segregan constantemente productos saniosos é icorosos, escuso decirlos que son circunstancias eminentemente sépticas.

Un estado semejante necesita una desinfección preventiva.

Se han propuesto para esta desinfección las irrigaciones permanentes. Yo, en absoluto, no soy partidario de esto. En la hinchazón, la inbibición ó maceración determinada por el agua no hace mas que disminuir la resistencia de los tejidos.

Las irrigaciones profusas, inmediatamente antes y duran-

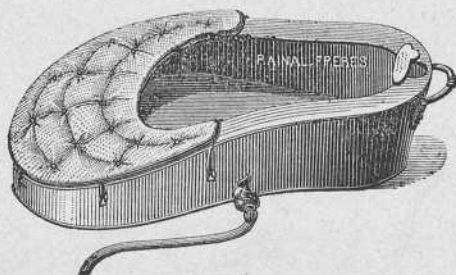


Fig.^a 8.^a—Basija para facilitar el derrame durante la irrigación.

te toda la operación, son por el contrario el más seguro medio de poner el traumatismo al abrigo de la infección.

Resumiremos, diciendo que la exploración y operaciones de la ginecología moderna estarán perfectamente justificados, si se hacen con arreglo á la más estricta observancia de las leyes de la antisepsia.

Lo mejor que pueden hacer los críticos y los negligentes que disienten de esta doctrina, es limitarse á los procedimientos de investigación y á la terapéutica de una ginecología puramente farmacológica.



LECCIÓN SEGUNDA

DE LAS POSICIONES MÁS USUALES, PARA LOS RECONOCIMIENTOS Y LAS OPERACIONES.

Señores:

La elección de la posición debiera depender del género de intervención que uno se propone. Pero no sucede así, pues que ordinariamente, la rutina es la que determina la elección. El estudiante adopta en su práctica posterior la posición que le enseñó su maestro, que á su vez la aprendió del suyo, y así sigue de generación en generación; esto mismo sucede en todos los países. Los ingleses y los americanos colocan sus enfermas sobre el costado según indica su costumbre; nosotros las colocamos en la propiamente dicha posición francesa, por el mismo motivo.

Sobre las posiciones para las maniobras simples y las curaciones es muy natural no provocar discusiones inútiles, pero es preciso saber cual posición es más cómoda, y en cada caso particular, cual hemos de hacer adoptar á la enferma como mejor y más ventajosa.

Las posiciones usadas en Ginecología son:

La estación de pié derecho;

El decúbito horizontal;

La posición francesa;

La posición de la talla (Simón);

La posición genu-pectoral;

Y el decúbito lateral (Sims).

Estación de pié.

En todos los tratados que yo conozco se representa como muy eficaz en esta posición la presión abdominal sobre el plano pelviano y sobre los órganos genitales.

Unos pretenden que se lleva esta presión á la cara posterior del útero, otros que obra directamente sobre el fondo, ó esta fuerza se descompone para pasar, parte hácia adelante y parte hácia atrás de este órgano.

Estas son hipótesis que á nuestro parecer se prestan más bien á defender teorías más ó menos ingeniosas, que ha explicar los hechos de una manera concluyente.

Creo, señores, que el papel de la presión abdominal ha sido considerablemente exagerado y que el equilibrio uterino no depende de un mecanismo que le reduciría con perjudicial exceso.

En la posición de pié, el plano pelviano no tiene, en el estado normal, que sostener ningún peso; cada una de las vísceras abdominales tiene los medios de suspensión independientes, que la mantienen en su nivel. Esta no es por consiguiente la causa de donde proviene el peso.

Es verdad que los intestinos son movibles, pero están llenos de gases que los hace muy ligeros y sus extremos ó partes terminales en donde se acumulan las materias sólidas y pesadas están fijas detrás y no por bajo de la matriz. De esta suerte los intestinos están adheridos á la columna vertebral por el mesenterio, de consiguiente no se alojan libremente sobre los planos pelvianos.

En las contracciones diafragmáticas durante la inspiración es cuando únicamente pueden imprimir alguna presión

sobre estos planos y sobre los órganos genitales. Según esto, ¿qué sucede durante la inspiración? El diafragma baja y hace volver atrás la masa intestinal; más la avertura de la cúpula diafragmática mira hacia delante, las fuerzas desarrolladas por la contracción del diafragma, empujarían por consiguiente los intestinos en la dirección de la pared anterior abdominal.

El mesenterio que sujeta el intestino arriba y le fija abajo adquiere una parte de la fuerza y le desvía hacia adelante.

Si observais una persona que respire marcando bien los movimientos abdominales, podreis ver que las partes de las paredes, las más proyectadas hacia adelante durante la inspiración, se encuentran sobre el perímetro que pasará poco más ó menos al nivel del ombligo.

Las incursiones de la pared alcanzan su máximun y no pasan adelante porque la región menos resistente del vacío está comprimida entre el borde de los músculos derechos hacia adelante y el borde de la masa sacro-dorsal hacia atrás. Aquella se parece exactamente á la respiración jadeante de un caballo cansado por la carrera. La fuerza incidente cae por esta razón muy oblicuamente de atrás á adelante, se minora sobre el mesenterio, y se minora también en virtud de la elasticidad del medio que atraviesa y de la pared que la recibe.

Entre tanto la fuerza será reflejada de todos los puntos del perímetro abdominal sobre el cual ha sido recibida. Cada uno de los costados ó vacíos enviará de retorno esta fuerza sobre el plano del gran vacinete del costado opuesto; esto es, sobre una extensa superficie inclinada y dispuesta de la manera más conveniente para neutralizarla ó aniquilarla. Y en cuanto á los esfuerzos que provienen de la parte anterior de la pared abdominal, serán reflejados sucesivamente, siguiendo una línea que pasará por cima de los planos pelvianos é irá á perderse en la cavidad del sacro. Pero, señores, desde el momento en que las fuerzas reflejas comienzan á entrar en actividad, la expiración sobreviene y lleva hacia arriba todo el paquete intestinal.

Cuando al emitir la orina se encuentra en la próstata un impedimento crónico, dichas fuerzas se ejercen instintivamente haciendo llevar la presión intra-abdominal sobre la vejiga, por eso se afirma é inclina hácia adelante el cuerpo; se contrae la pared abdominal y se doblan las piernas para disminuir la oblicuidad del vacinete; los planos pelvianos están así mejor dispuestos á recibir de la presión desarrollada por el esfuerzo, el suplemento de fuerza necesario para ayudar á la contracción de la vejiga y salvar el obstáculo que se opone á la emisión de la orina.

¿Qué hacen los individuos que padecen de estreñimiento ó constipación habitual? Exajeran esta aptitud y estas condiciones para hacer llevar el esfuerzo hácia atrás sobre la ampolla rectal.

El esfuerzo cambia las condiciones de la gravitación intra-abdominal porque transforma las paredes flácidas que absorven, en paredes ríjidas que repercuten ó devuelven las fuerzas. Estas mismas fuerzas toman una dirección más vertical; y en fin, estando suspendida la expiración las fuerzas reflejas tienen tiempo de ganar la región profunda los planos pelvianos, que si no están dispuestos á resistir un esfuerzo permanente, pueden perfectamente sobrellevarle si este es momentáneo ú ocasional.

Para resumir diremos, que en el estado normal no hay órganos que pesen ó graviten sobre los planos pelvianos; por que están colocados bajos y muy oblicuamente para estar expuestos á las presiones desarrolladas por el acto de la inspiración.

Los órganos genitales no llevan más carga que su propio peso, el cual basta por sí sólo para determinar las variaciones en el momento que los puntos de apoyo y los ligamentos se han debilitado ó relajado.

Cuando los ligamentos del útero y los planos pelvianos poseen su tonicidad normal, la posición, la inclinación y el

nivel de los órganos genitales no varían sea cualquiera la posición del cuerpo en este caso; como los órganos son móviles y las paredes vaginales están relajadas es fácil explorar todas las partes accesibles empujándolas hacia el dedo y se puede combinar la palpación con el tacto vaginal cuando el obstáculo se encuentra sobre la pared abdominal, y nó del lado del plano pelviano. Creo que basta con lo explicado en lo concerniente á la presión intra-abdominal.

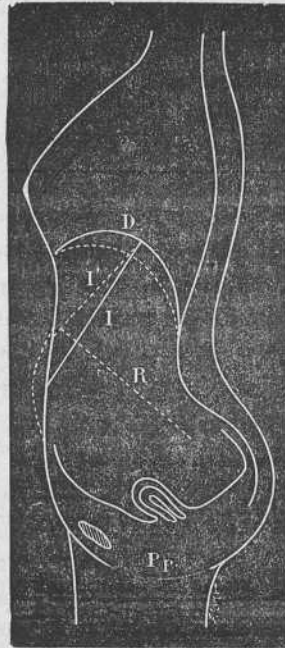


Fig.^a 9.^a—Representa el efecto de la presión sobre los órganos pelvianos

Si al contrario, el diafragma pelviano y los ligamentos estuvieren patológicamente relajados, el útero y sus anejos descienden por su propio peso en el vacinete y su situación hacia abajo y atrás se encuentra en la estación de piés, sobre todo durante el esfuerzo.

Cuando el útero está antevertido, el centro de gravedad

del cuerpo uterino está delante de la base de sustentación, ó la antecurvatura de la matriz se acentúa, la cara anterior del útero se presenta así muy accesible al dedo, el cuello está desviado hácia atrás en la cavidad del sacro.

La posición de pié acentúa la retroversión; la cara anterior del cuello se pone en contacto de la pared vaginal superior, se siente el fondo del útero en el *culo de saco* de Douglas.

Los tumores que flotan libremente en la cavidad abdominal y los derrames ó colecciones líquidas que gravitan también hácia los bajos fondos de la misma, ofrecen en el *fondo de saco* de Douglas, medios poco á propósito para las exploraciones detalladas.

El exámen en la actitud de pié no exige complicados preparativos, y es aceptada por las enfermas sin gran repugnancia. Es conveniente para un exámen rápido y como para entrar en materia y diagnosticar las desviaciones hácia atrás y hácia abajo. Cuando se tiene que dirigir un tratamiento ortopédico ú operatorio contra estas desviaciones en la posición de pié, podrá hacerse la aplicación; y como en esta posición sufre la mujer las mayores desviaciones y dislocaciones, también en ella se puede establecer el diagnóstico.

La enferma se pone en pié con las piernas separadas ó levantada una de ellas y colocada sobre un mueble. Delante de la enferma se coloca el cirujano con una rodilla en tierra, pudiendo apoyar el codo sobre la rodilla que tiene levantada. De este modo podrá registrar el periné por un movimiento de extensión de la pierna que tiene en alto, evitándose así las contracciones de ésta que dificultarían en otro caso la libertad de los movimientos del dedo.

Se puede obtener un verdadero grado de relajación de la pared abdominal, para practicar una exploración bimanual, haciendo inclinar hácia adelante á la enferma, que apoyará sus dos manos sobre las espaldas del explorador.

Decúbito dorsal

El decúbito dorso-horizontal con las piernas extendidas no es favorable al exámen de los órganos genitales, porque las aberturas de la región vulvo-anal no son accesibles á la mano.

La pared abdominal no está contraída pero está tensa.

Conviene esta posición para percutir, auscultar y para poder efectuar la mensuración. Conviene para las exploraciones que no son esencialmente ginecológicas. Las enfermas que guardan cama se ofrecen con prontitud al exámen en esta actitud, que es fácil de modificar para obtener la siguiente

Decúbito dorso-coxal inclinado (posición francesa.)

La enferma está incorporada ó elevada de medio cuerpo arriba, la cabeza ligeramente inclinada sobre el torax, el asiento elevado, las piernas separadas y en flexión. Esta es la posición más usada en Europa.

La pared abdominal está floja por la flexión moderada del tronco que aproxima las inserciones torácicas á las pelvianas de los músculos abdominales. Está muy flexible sobre todo en su parte inferior y durante la espiración.

Los orificios de la región perineal son fácilmente accesibles, todas las exploraciones táctiles ó instrumentales se pueden por esta razón ejecutar con mucha facilidad.

Hemos hecho construir un sillón especial para los reconocimientos en esta posición; ya indicaremos más estensamente en el curso de nuestras explicaciones, las diferentes posturas que se pueden adoptar en este mismo decúbito ó posición francesa.

Posición de la talla (ó de Simón.)

Para obtenerla, se modifica la posición precedente doblando más aún las piernas sobre los muslos y los muslos sobre la pelvis, dejando el tronco completamente horizontal, levantada la cabeza, bajando el asiento.

El ángulo que forma la dirección de la columna vertebral con la del sacro se disminuye, la presión intra-abdominal y la tensión de las paredes se encuentran reducidas á su minimum; la palpación sobre la pared abdominal se ejerce también en las mejores condiciones; y el periné y la vulva son fácilmente accesibles. Esta posición se debe escoger en todos los casos en que hay que determinar el prolapsus artificial, practicar exploraciones por el recto ú operar sobre el periné.

En la casa de las enfermas se examinan sobre una cama cualquiera ó sobre una mesa. Con los cogines ó almohadas y los cobertores se improvisa fácilmente un aparato bastante, para que podamos dar á la enferma la inclinación necesaria.

Posición Americana ó genu-pectoral. (1)

Marion Sims es el primero que ha empleado esta actitud para la exploración de los órganos genitales. Consiste en colocar la paciente de rodillas sobre un plano horizontal suficientemente elevado, para asegurar la comodidad del exámen ó de la operación, sobre una mesa por ejemplo; después se la hace inclinar el busto desde la pelvis hasta que una de sus megi-

(1) Se han suprimido las figuras 10, 11 y 12, por ser las mismas que figuran más adelante con los números 149, 150 y 151, que pueden consultarse.

lias encuentre el plano horizontal de la mesa y se apoye sobre ella.

Los muslos pendientes deben conservar la dirección primera, esto es, perpendiculares á el plano horizontal. Es necesario que la enferma no tenga nada al rededor de ella que la oprima el talle, y los brazos deben tenerse algo separados del cuerpo. Entonces se recomienda á la enferma que ponga en flexión la espina dorsal en forma de ensilladura, pero como las mujeres no comprenden generalmente esta expresión, les digo que hagan por llegar á la mesa con el pecho, y así se consigue muy bien.

Por el sólo hecho de esta posición las vísceras pelvianas gravitan desde el vacinete hácia el epigástrico á causa de la gravedad, y no del epigástrico hácia el vacinete. Todo el contenido abdominal se amontona hácia el diafragma, de suerte que los planos pelvianos superiores encuentran bastante espacio libre para poderse separar de la cavidad inferior.

Si se hace penetrar el aire por la vulva, la vagina se distiende á la manera de una vejiga insuflada; y una vez rechazada contra el coxis la comisura posterior, y dilatada la cavidad vaginal, están accesibles á la vista como puede estarlo la cavidad bucal cuando la boca está muy abierta.

Cuando la posición está bien tomada; cuando la mujer respira largamente con un ritmo regular; cuando en una palabra, la enferma no hace ningun esfuerzo, los intestinos no pasan mas allá de la pelvis para levantar la pared véxico-vaginal.

Pues bien, una vez distendida la vagina, si se afirma la vulva y se hace recuperar tranquilamente á la enferma la posición vertical, el aire puede aún subsistir mucho tiempo en la vagina y mantenerla distendida. Esto no sucedería, ciertamente, si la presión intra-abdominal obrara realmente, sobre la pelvis de la manera tan intensa que generalmente se creía.

Los tumores que aparecen contíguos al útero, se alejan;

los otros abrazados á la pared posterior del vacinete se acercan á la pared abdominal.

En percutiendo la región epigástrica, se llega á hacer constar la presencia de líquidos libres, que en otras posiciones ó decúbitos hubieran podido escapar á la investigación.

En suma, todas las partes movibles gravitan tanto cuanto le permiten sus ligamentos hácia la región más declive: la umbilical y la epigástrica.

En esta posición se llega muy difícilmente al contenido, abdominal, por medio de la palpación sobre la pared anterior del abdomen. El útero es menos accesible al tacto porque se aleja más de la vulva.

Por el contrario, la vagina se transforma en cavidad, y el cuello se hace muy accesible á la vista. La introducción de la sonda que puede hacerse sin el auxilio de la vista, se ejecuta muy cómodamente.

Las desviaciones del útero, y el prolapsus de la vagina, se reducen por sí mismos, á menos que no estén fijos por adherencias en su situación anormal.

Esta posición no es favorable á la comprobación de las relajaciones del útero, sino cuando las actitudes ó la gravitación se verifican en el sentido ordinario.

Como los diámetros de la vagina estendida son más considerables que los de la vulva dilatada, se hace posible examinar toda la superficie de las paredes vaginales, y atraer al campo iluminado las partes laterales que queden en la sombra. Se puede hacer uso, para esto, de depresores, ganchos ó pinzas de garras.

El cirujano debe estar familiarizado con los reconocimientos y exploraciones en la posición americana, pues tiene ventajas que le son propias, y por otra parte permite registrar mayor colección de datos que por el examen en otras actitudes. Es ciertamente preferible cuando tenemos necesidad de practicar algunas operaciones sobre las paredes vaginales;

sobre todo, sobre la pared anterior que es bien visible y está fija. Conviene para levantar las suturas, para poner las suturas secundárias, para vigilar las operaciones practicadas y su marcha en la curación; porque en esta posición no se expone á separar las partes recientemente reunidas, como sucede por la aplicación prematura de los espéculums ordinarios.

Decúbito lateral izquierdo.

La posición que acabamos de describir es fatigante y difícil de hacer guardar mucho tiempo. Se puede obtener, á poca costa, las mismas ventajas del decúbito lateral izquierdo, en el cual la mejilla izquierda y el torax quedan colocados como en la posición precedente, mientras que el vacinete, gracias á un movimiento de torsión de la columna vertebral llega á descansar sobre la cadera izquierda.

El eje de la espalda es, pues, paralelo; el eje de las caderas, es casi perpendicular á la mesa; el brazo izquierdo es rechazado del cuerpo hácia atrás; la columna vertebral debe estar ensillada ó en flexión como en la posición precedente. La enferma respira profundamente. Las vísceras gravitan hácia la parte más declive que es el vacío izquierdo.

La presión intra-abdominal sobre todo, si se ha exagerado la flexión de las piernas, es incómoda porque estando disminuída la capacidad abdominal, por la compresión de todo un flanco contra la mesa, los intestinos se empujan por el acto respiratorio contra la pared véxico-vaginal á la que imprime un movimiento de vaivén. Ya se verá como se puede sujetar é inmovilizar esta pared con los tenáculos, las pinzas herinas ó los depresores.

Esta posición, es mucho menos molesta que le precedente.

Yo recomiendo á los principiantes, que empiecen por familiarizarse con la primera y recurran después á la segunda, procurando siempre que la luz penetre en la vagina perpendicularmente.

En resumen, *la posición francesa*, es aquella que se presta á mayor número de maniobras exploratrices.

El tacto.

La exploración bimanual.

La aplicación de los especulums ordinarios.

El cateterismo.

La dilatación ordinaria.

La posición de la talla, es, sobre todo, una posición operatoria. Conviene para la ejecución de las operaciones que se han de hacer sobre el útero distendido sobre las paredes vaginales invertidas y sobre el periné.

La histerectomía vaginal.

La traquelorráfia.

La fístula véxico-vaginal.

La perinorráfia.

La posición genu-pectoral y el decúbito lateral izquierdo conviene cuando es imposible el descenso del útero para practicar las operaciones que interesan las paredes vaginales (excepto la posterior) y para el cuello. Facilitan estas posiciones los medios de ver en conjunto toda la cavidad vaginal.

Tienen una ventaja para registrar las superficies operadas de la traquelorráfia, de las fístulas, de las colporráfias anteriores; cuando estas operaciones tienen que ser ejecutadas en la posición de Simón, se puede juzgar de las suturas sin producir dislaceraciones en las superficies operadas, poner las suturas secundarias á tiempo y retirar los hilos definitivamente, si la reunión es completa.

La posición genu-pectoral es la que sólo debe usarse para la dilatación del útero, según mi método de taponamiento progresivo. A medida que aquel se dilata, el aire penetra en la cavidad de la matriz como en la vagina; estando distendido

permite continuar la dilatación con el objeto de explorar con la vista y de ver la cavidad uterina toda entera.

En esta posición, una vez dilatado por completo el útero, se pueden examinar las lesiones en todos sus detalles, reconocer su extensión y ejecutar con él á todas luces las operaciones que estas lesiones exigieren.

En la posición genu-pectoral y en las que de esta posición se derivan se ve mucho mejor el periné. Esta es sin duda la causa de que los operadores ingleses y americanos hayan reseñado mejor que lo hacemos nosotros las lesiones perineales, provocadas por el parto. Dichos operadores las ven producirse (desde que empiezan) y se encuentran en las mejores condiciones para intervenir inmediatamente.



LECCIÓN TERCERA

EL CATETERISMO UTERINO

Señores:

La penetración de un cuerpo extraño en la cavidad uterina puede acarrear el aborto, el traumatismo y la infección: este es un axioma que el ginecólogo prudente debe siempre tener presente.

Por consiguiente podrá practicar el cateterismo:

- 1.º Asegurándose que la enferma no está en cinta.
- 2.º Maniobrar delicadamente de modo que se provoque el menor traumatismo posible.
- 3.º Poner todos los medios para no determinar la implantación ó ingerto de los virus preexistentes llevados á las vías genitales por el cateterismo en el momento de su ejecución.

La sonda uterina es con exceso universalmente adoptada, como el único medio de llegar al fin que uno se propone con el cateterismo, pero tiene al mismo tiempo la desventaja de sustituir á otros medios de investigación menos dislacerantes y que dan resultados más precisos.

Los novicios, sin embargo, obtendrán un gran beneficio en familiarizarse en el manejo de los instrumentos especiales y adquirir destreza en los procedimientos técnicos de la ginecología, antes de emplear en las curas la sonda metálica.

De este modo, el tacto vaginal y la exploración bimanual nos informarán sobre la situación, la forma, los cambios y el volumen de la matriz; siendo estos datos más completos y también más exactos que los adquiridos por medio de la sonda uterina.

Las bujías rígidas y las flexibles también son convenientes para la medición de la cavidad.

La dilatación y el prolapsus artificial, nos permiten penetrar en el útero y con el dedo llegar al fondo de dicho órgano.



Fig.^a 13.—Sonda uterómetro flexible de Sims.

Las impresiones diversas percibidas con el dedo son, bajo el punto de vista de la investigación, del todo distintas á las percibidas por el intermedio de una varilla metálica.

Estas maniobras son de una ejecución muy complicada; mas rodeadas de precauciones son en ciertos casos menos dislacerantes y más instructivas que el cateterismo, que se lleva á efecto con la sonda uterina ordinaria.



Fig.^a 14.—Sonda uterómetro de ballena del Dr. Crequy.

Cuando se haya de hacer uso de la sonda como de una palanca para imprimir distintos movimientos al útero, los catéteres metálicos gruesos son más inofensivos que las varillas metálicas de punta casi aguda que no sólo hieren el interior de la matriz, sino que son susceptibles á poco esfuerzo de perforar sus paredes sin que el operador se entere.

Si pudiera establecerse una estadística de las inflamaciones y de los abortos producidos por la sonda metálica, su re-

sultado nos induciría con seguridad á usar con mucha reserva el empleo de este instrumento.

Se han imaginado para rectificar y calibrar la urétra del hombre todo un arsenal de sondas cuya forma, volúmen y consistencia varían al infinito. Sin embargo, el mismo objeto llena las unas que las otras, siendo igualmente útiles para el cateterismo del útero.

Describiremos como instrumentos para el cateterismo las sondas rígidas y las flexibles.

Sondas rígidas.

1.^o *La sonda rígida ordinaria.*—La sonda uterina es de metal maleable, con o plata fina ó cobre recubierto; tiene de 20 á 25 centímetros de largo y de 2 á 3 milímetros de diámetro. Un mango de madera ó un pabellón aplastado sirven de medio de presión y su extremidad termina en un engrosamiento redondeado, generalmente de forma olivar. Las divisiones decimales métricas permiten apreciar y medir la profundidad á que ha llegado la sonda dentro de la matriz.

Una muesca en la sonda de Valleix, un engrosamiento en la de Simpson, y en otras una simple señal de lima, marcan la longitud normal del útero. Estos puntos de referencia, difíciles de conocer cuando está introducida la sonda, son superfluos, pues basta sólo recordar que el útero en su estado normal mide cerca de $6\frac{1}{2}$ centímetros de profundidad. Una marca de color, colocada en el mango, indica el lado donde se encuentra la concavidad del instrumento.

2.^o *Los catéteres metálicos.*—Los catéteres que hace mucho tiempo uso, son los destinados á la urétra del hombre. Los números comprendidos entre 12 y 18 de filiere Charriere son los que más convienen, por ser su calibre proporcionado al del canal uterino.

Para poder mover la matriz en distintos sentidos, los ca-

téteres finos exponen más aún que la sonda uterina, siendo mucho mejor recurrir, para este género de exploraciones, á los números más gruesos (entre 20 y 30) dilatando gradualmente el conducto uterino, si no está capaz de admitir las sondas de este calibre por primera intención.

Siendo voluminoso el diámetro del catéter introducido en la matriz, será probable que provoque menos traumatismos á los movimientos y á las presiones.

Cuando el útero está ajustado como un guante á un catéter grueso de calibre uniforme, la parte que está en contacto se adhiere en toda su longitud sobre las paredes uterinas, de tal modo, que la extremidad no puede describir en la cavidad más que dos arcos de círculo muy limitados.

Por el contrario un catéter delgado y abultado en su extremidad entrará con desahogo y obrará en el útero como una

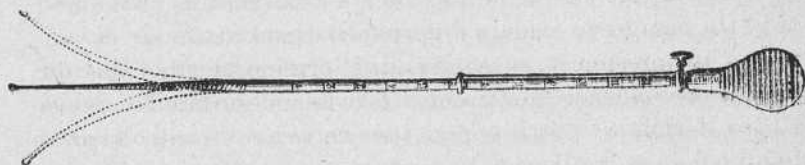


Fig.^a 15.—Sonda intra-uterina de tallo flexible de Lutaud.

palanca, donde el punto fijo se encuentra en la parte inferior del canal cervical, y el brazo de la potencia es mucho más largo que el de la resistencia. Una acción suave de la mano podrá dar lugar á que el pico de la sonda ejerza una presión violenta sobre la pared uterina.

La longitud y la curvatura de los catéteres metálicos destinados á la urétra del hombre, convienen perfectamente para el cateterismo uterino.

Los modelos macizos son más convenientes que las sondas huecas, porque éstas pueden provocar lesiones en la mucosa con las aristas de sus aberturas.

Nosotros hemos modificado la sonda metálica, dando una gran flexibilidad á la extremidad del instrumento (figura 15). Esta extremidad se introduce más fácilmente en el canal cervical y se amolda á sus sinuosidades, sin que sea necesario pa-

ra avanzar imprimirle una forma determinada. Esta sonda está provista de un aparato ó corredera que permite medir la profundidad de la cavidad.

Introducción de las sondas rígidas.—La enferma debe colocarse en la posición francesa.

Antes de comenzar el cateterismo, se reconoce por el tacto bimanual la situación y la dirección del útero, á fin de saber qué curvatura ha de darse á la sonda y en qué dirección se ha de conducir. El cateterismo puede practicarse con ó sin la ayuda del espéculum.

El cateterismo sin expéculum.

El dedo servirá de guía á la sonda para atravesar la vagina y la introducirá enseguida en el orificio uterino. Hay que tener el mayor escrúpulo en el lavado y desinfección del canal genital y de los instrumentos que se han de introducir en la matriz. Yo he visto hace muy poco un quiste ovárico, que era completamente indolente, inflamarse y supurar como consecuencia de la introducción de la sonda uterina. Siendo lo más probable, que el instrumento insuficientemente desinfectado, haya llevado consigo gérmenes sépticos que desde el útero se propagaran al quiste.

La sonda se tomará como una pluma de escribir. Si el útero está encorvado hacia adelante y anterovertido, se procederá como para el cateterismo de la uretra, es decir, se principia la operación colocando la sonda de tal modo que su concavidad mire al monte de Venus y el mango esté levantado. Si el útero está retrovertido y en retroflexión, la sonda se llevará hacia abajo y la concavidad mirará al periné.

La extremidad de la sonda se debe apoyar sobre la yema del dedo colocado en la vagina; se la pasará de manera que no abandone jamás la cara palmar del dedo conductor, en donde

la última falange colocada sobre el lábio posterior del cuello atiende á la llegada del pico de la sonda y la ayuda á deslizarse en el orificio uterino.

Una vez conseguida su introducción, se deprime fuertemente el periné para dar movimiento al mango de la sonda, á fin de que la extremidad pueda avanzar en la parte profunda del canal.

También se puede manejar la sonda conduciéndola por la canal que resulta de la justa-posición de dos dedos.

En general la sonda recorre fácilmente el canal uterino; sin embargo, la entrada por el orificio externo puede necesitar un desbridamiento. Más dentro puede haber otros obstáculos que detenga la marcha de la extremidad del instrumento. En todo caso no debemos emplear la fuerza para vencer la resistencia; si no se logra con procedimientos de paciencia y dulzura, debe renunciarse á los catéteres rígidos y recurrir á las bujías blandas ó flexibles, para hacer la dilatación progresiva.

A dos centímetros y medio del orificio externo se encuentra el orificio interno que es normalmente la parte más estrecha del canal uterino. A su nivel la mucosa parece dispuesta con especialidad á las turgencias en las inflamaciones agudas, y á las proliferaciones en las inflamaciones crónicas. Se encuentran fisuras que producen la dismenorrea y que son causa de que el cateterismo sea doloroso y difícil. Esto sucede en el punto en que comunmente se repliega el útero en los casos de flexión; estas incurvaciones traen consigo, necesariamente un estrechamiento del canal por aplastamiento. La parte cervical del útero es casi insensible, en tanto que á partir del orificio interno del órgano está el canal dotado de mayor sensibilidad.

Los dolores que provoca el contacto de la sonda, vienen mecánicamente á aumentar más las dificultades que se pueden encontrar al franquear el orificio interno. Aún en el estado normal, el paso de la sonda, á su nivel, ocasiona un cólico que indica que el instrumento ha penetrado en la matriz. Fre-

cuentemente se desprende un poco de sangre que indica que se ha lesionado la mucosa, cosa inevitable, desde que se notó una resistencia ó un obstáculo cualquiera.

Cuando el tejido uterino es flojo y esponjoso, cuando la cavidad está dilatada se penetra sin encontrar ninguna resistencia y sin producir dolor. No se advierte la llegada de la sonda á la cavidad uterina cuando no sale ninguna sangre.

Cuando existe una anteversión ó una anteflexión, se facilita la entrada de la sonda levantando el cuerpo del útero por medio de un dedo colocado en el culo-de-saco anterior. En el caso de retroversión ó retroflexión se podrá, igualmente, hacer esta maniobra por medio del dedo colocado en el fondo de saco posterior ó introduciéndolo por el recto. Cuanto más se aproxima la sonda al fondo del útero, hay que proceder con más lentitud y prudencia, porque si está enferma la pared puede suceder que sin sentir su llegada la perforemos sin que de ello se aperciba el operador. Por esta razón los catéteres gruesos exponen menos que la sonda uterina ordinaria. Cuando existe una endometritis, el cateterismo produce dolores violentos muy patogneumónicos.

El cateterismo con ayuda del espéculum.

La introducción de la sonda con la ayuda del espéculum es ciertamente mucho más fácil; se vé el orificio, en que se hace penetrar, y la divergencia del eje que existe normalmente entre el útero y la vagina se encuentra disminuida, porque la separación de las valvas del espéculum dá por resultado mover la matriz y colocarla de tal modo que su eje parece la prolongación del eje de la vagina.

Esta luxación hace perder á la sonda una gran parte de su valor, como exploradora, pues no se puede hacer con ella más que medir la cavidad uterina y explorar sus paredes y su contenido.

Retirado el espéculum, la matriz guarda la situación y la

curvatura que le dió la sonda, y no recupera la que venía teniendo con anterioridad.

Introducción de la sonda en la posición genu-pectoral.

Para introducir la sonda estando la enferma en el decúbito lateral izquierdo ó en la posición genu-pectoral se descubre el cuello por medio del espéculum de Sims y se dirige la maniobra directamente con la vista.

El útero es muy movable en esta actitud y se esconde ó escapa á las presiones de la sonda, si no se le fija antes por medio de un tenáculo.

Los cambios y desviaciones de una matriz que no está sujeta por adherencias no existen, cuando las enfermas están en las actitudes ordinarias. En las que están como á cuatro pies ó sobre el costado, el útero se reduce del mismo modo, y el cateterismo solamente sugiere algún indicio que pueda servir para el diagnóstico de los cambios de posición.

Introducción de la sonda, guiada sobre el dedo colocado en el recto.

Cuando se trata de vírgenes ó mujeres en quienes la vagina no tiene dimensiones para admitir el espéculum ó el dedo, se puede introducir la sonda por la vagina y conducirla sobre el dedo colocado en el recto.

El tabique recto-vaginal es tan delgado que el dedo puede notar el orificio uterino y guiar la extremidad de la sonda hasta el cuello. El cateterismo puede ejecutarse sin desflorar una vírgen, haciéndolo en esta forma. Bien comprendereis que esta maniobra es muy conveniente y provechosa.

Sondas flexibles.

Yo empleo todas las variedades de sondas flexibles destinadas al cateterismo uretral en el hombre; particularmente las sondas cónicas, olivares y las enceradas.

Las sondas cónicas olivares, gracias á la gran flexibilidad de su engrosamiento terminal, contornean los obstáculos con una gran facilidad. Por la simple progresión de sus extremidades cónicas se obtiene rápidamente un grado de dilatación, para el cual se necesitaría la introducción sucesiva de muchas bujías de calibre uniforme y de distintos gruesos.

Las bujías blandas enceradas guardan impresas las sinuosidades por donde han pasado, prestándonos por este motivo muy grandes servicios. Una vez conseguido que franqueen el orificio interno, se las sostiene un rato en el sitio, para evitar que sean expulsadas por las contracciones uterinas. Cuando el canal uterino es sinuoso salen describiendo un movimiento de espiral y conservan impresas las estrecheces del trayecto que han recorrido. Si no salen espontáneamente se las retira por medio de tracciones muy suaves que no alteren la forma impresa.

Frecuentemente es más fácil penetrar en la cavidad uterina si le damos á una bujía de Robiquet de metal maleable las mismas curvas que presente la bujía de cera.

La inferioridad de las bujías y sondas blancas ó flexibles respecto á las metálicas consiste en que aquéllas no nos suministran dato alguno sobre la dirección del útero.

El Doctor Terrillon ha inventado el histero-curvímetro que tiene la curvatura y la dirección del útero; este instrumento se compone de una varilla metálica hueca y graduada que termina por una parte flexible de caoutchouc. La varilla y el caoutchouc forman un canal continuo que aloja un mecanismo de transmisión. Este mecanismo mueve una aguja que oscila sobre un cuadrante graduado que está colocado sobre el mango del instrumento. Esta aguja marca á la vez la amplitud y el sentido de las flexiones uterinas; un anillo metálico se desliza á lo largo del instrumento, y se le puede fijar á voluntad por medio de un tornillo de presión.

Introducción de las sondas flexibles.

Se descubre primero el cuello, valiéndonos del espéculum,

porque estas bujías no son bastante fuertes para poderlas conducir con el dedo como las sondas rígidas. Se coge la sonda con las pinzas, cerca de su extremidad; á medida que penetra se la va cogiendo más abajo; cuando toca el fondo se coloca la pinza al nivel del orificio, para de este modo poder medir la profundidad del útero.

Las bujías enceradas ofrecen bastante resistencia y no necesitan de las pinzas para su introducción. Se procede lentamente, porque la temperatura de la matriz reblandece la parte que progresa.

La sonda ordinaria constituye un excelente fiador para las sondas olivares. Yo las introduzco en el canal de la sonda flexible y la coloco de tal modo que la extremidad de la sonda

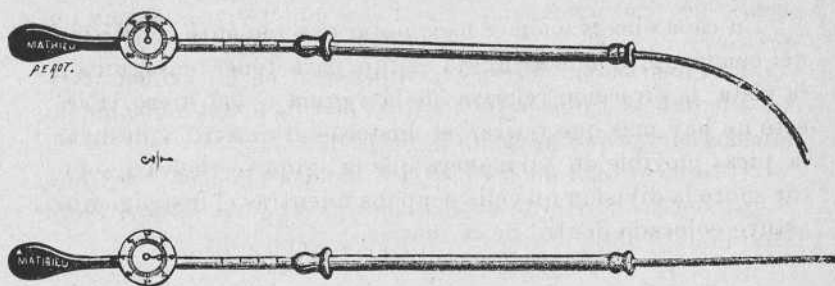


Fig.^{as} 16 y 17.—Utero-curvimetro con cuadrante del Dr. Terrillon.

uterina pueda penetrar hasta la parte más delgada, quedando tan sólo flexible esta extremidad. Se conduce en su progresión como la bujía conductora del uretrótomo. Se insinúa la primera al atravesar las estrecheces y las desviaciones abriendo y penetrando, necesariamente, enseguida, la parte de la sonda convertida en rígida por la presencia del fiador.

Introducción del histero-curvimetro del D.^r TERRILLON.

Es preciso descubrir el cuello por medio del espéculum é introducir la extremidad del instrumento en el orificio externo. Una vez que esta extremidad se ha hecho pasar, se

Pone el manguito metálico, deslizándolo hasta que esté en contacto con los labios del hocico de tenca. Esta pieza obrando como fiador todo alrededor de la parte flexible, favorece la progresión é impide doblarse delante del útero. Luego que se ha llegado al fondo de la matriz se fija la pieza movable sobre la varilla por medio de su tornillo de presión.

Se retira el espéculum, la parte rígida del histero-curvímetro se encuentra colocada en el eje de la vagina y su parte flexible en el de la matriz, si la aguja marca *O* significa que los dos ejes están en la misma línea. Si oscila de izquierda á derecha, los dos ejes forman un ángulo abierto hacia delante. El ángulo tiene su abertura hacia atrás si la aguja tiene oscilaciones de derecha á izquierda.

En cada observación se hace notar exactamente la división del cuadrante donde la aguja se fijó, para tener enseguida á la vista la dirección relativa de la vagina y del útero. Para esto no hay mas que retirar el histero-curvímetro y deslizar la pieza movable de tal manera que la aguja se vuelva á colocar sobre la división que ella ocupaba mientras el instrumento estuvo colocado dentro de la matriz.

En resumen, el uso de sondas rígidas se impone:

1.º Porque se necesita apreciar la capacidad de la cavidad uterina dilatada. La amplitud de movimientos que se la puede imprimir desde el momento que se introducen, permiten apreciar las dimensiones en todos sentidos de la cavidad.

2.º Porque comunican al útero movimientos completos para apreciar su movilidad, para colocarle de costado, recto ó hacia la vejiga, para separarle de las partes vecinas y estudiar las relaciones que con ellas tiene; para colocar ó atraer los anejos á la línea media y hacerlos accesibles á la exploración bimanual.

3.º Porque pueden apreciarse los accidentes ó salientes sobre la pared interna, ó descubrir un tumor pediculado. En este último caso pueden estar indicadas varias sondas simul-

táneamente alrededor del tumor, como las cucharas de los forceps alrededor de la cabeza de un feto.

4.º Porque se puede apreciar y precisar el sitio que ocupa el útero englobado (ó envuelto) en una tumefacción.

Las sondas flexibles son preferibles á las duras cuando el cateterismo tiene por objeto explorar un canal desviado, contraído ó tortuoso.

Aquéllas convienen como medio de dilatación progresiva: nos determinan perfectamente la profundidad de la cavidad; y el hístero-curvímetro nos dá á conocer la dirección y curvatura del eje uterino.

Ya veis, señores, que la sonda uterina está muy lejos de ser el instrumento exclusivo del cateterismo, como parece resultar de la lectura de muchos libros clásicos, los cuales, aunque llevan por título «Del cateterismo uterino», tratan únicamente de la sonda uterina.

Como este instrumento está calculado sobre las dimensiones de la cavidad uterina, se presta á un gran número de exploraciones; y es evidente que su empleo se extenderá tanto más cuanto más experiencia se adquiera.



LECCIÓN CUARTA

DE LA DILATACIÓN UTERINA

Señores:

Las razones que nos obligan á practicar la dilatación uterina pueden reducirse á tres:

1.º Cuando queremos ensanchar y enderezar el canal uterino retraído ó tortuoso, con el fin de asegurar una vía normal, tanto para la salida de los líquidos, como para la entrada de los espermatozoarios.

La dismenorrea, los cólicos uterinos y la esterilidad son las razones que nos indican este género de dilatación.

2.º Cuando necesitamos introducir en el útero instrumentos ó el dedo, ya para explorar, ya para la práctica de alguna operación ó para las curaciones.

El calibre de los objetos ó cuerpos que hemos de introducir en la cavidad determina el grado de la dilatación que hemos de realizar.

3.º Cuando necesitamos, por último, ver el interior de la matriz, ya para esclarecer un diagnóstico incierto, ya para atender directamente y registrar con la vista las lesiones profundas. Las numerosas tentativas para hacer visible la cavidad uterina, ya por endoscopia, ya por diafanoscopia, demuestran suficientemente la necesidad frecuente de auxiliar el reconocimiento del tacto con el de la vista.

En el estado normal, el útero no presenta una cavidad, sino un canal bastante estrecho, sobre todo, al nivel del istmo.

Y sin embargo, por su especial constitución, puede su dilatación adquirir grandes proporciones.

Las funciones mismas del útero explican la razón de esta dilatabilidad.

Este órgano es susceptible de sufrir dos clases de dilatación.

Una es la que nosotros provocamos por los medios mecánicos; y la otra es espontánea; es el resultado de el desarrollo en la cavidad uterina de tumores diversos ó del producto de la concepción.

En el primer caso se obtiene el máximum de dilatación en un tiempo relativamente muy corto; este máximum depende del grado de elasticidad que presenta el tejido parietal en el momento en que se procede á la dilatación. Teniendo estos tejidos su coeficiente de elasticidad, provocaremos inevitablemente lesiones más ó menos graves si nos pasamos de él.

La dilatación obtenida por los números mayores de las sondas de Hegar, puede considerarse como el máximum factible por nuestros medios mecánicos. Asimismo estos números gruesos no penetrarán sino en una matriz previamente reblandecida ó dilatada por cualquier proceso patológico, es decir, cuando las condiciones de extensibilidad primitiva normal de las paredes se haya aumentado.

Esta dilatación puede dar acceso en la matriz á un dedo solo ó acompañado de un instrumento de pequeño calibre. Es de poca duración, porque el útero empieza á retraerse desde el mismo momento en que se retira el agente dilatador.

La dilatación espontánea, fisiológica ó patológica, se diferencia de la artificial:

1.º En que aquélla se determina por la estancia permanente y el crecimiento progresivo del agente dilatador (feto ó tumor).

2.º En que este agente no se limita sólo á distender las paredes del útero, sino que provoca también un trabajo plástico que le aumenta en todas sus dimensiones.

3.º En que la dilatación marcha mucho más lentamente.

4.º en fin, en que puede alcanzar proporciones mucho

más considerables, pues el útero llega á contener muchos fétos por todo el tiempo de la gestación, y productos patológicos enormes.

Yo he instituido un método de dilatación, por el cual distiendo las paredes como en la dilatación artificial ordinaria, y al mismo tiempo provoco modificaciones plásticas, análogas á las que determinan la dilatación espontánea.

Si deseo que el grado de dilatación sea considerable, imito artificialmente el proceso de dilatación espontánea, procediendo lenta y gradualmente.

El procedimiento consiste:

1.º En obturar la cavidad por cuerpos extraños incapaces de provocar el traumatismo ni la infección.

2.º En dejar estos cuerpos extraños fijos en la matriz.

3.º En aumentar de una manera gradual y con regularidad el volumen.

Empezaremos por exponer la dilatación por los procedimientos ordinarios, y enseguida describiremos nuestro método. En la práctica asocio muchas veces los procedimientos ordinarios á mi método.

De los procedimientos de dilatación ordinaria.

Los medios empleados para operar la dilatación son de tres clases:

1.º Lechinos dilatables, esto es, trozos de sustancias que al humedecerse aumentan de volumen.

2.º Dilatadores metálicos, compuestos de muchos brazos. Estos dilatadores se introducen cerrados, y una vez franqueado el orificio interno se abren sus brazos.

3.º Bujías cilíndricas, que se van reemplazando por otras de mayor calibre, hasta obtener la dilatación que se desea.

En fin, al empezar ó durante el curso de una dilatación, podemos tener necesidad de servirnos de instrumentos cortantes para escindir estrecheces situadas en los orificios ó á lo

largo del canal uterino. Podemos servirnos para esto del bisturi ó de metrótomos de láminas ú hojas ocultas. Ya trataremos de estas operaciones cuando nos ocupemos de las discciones en su capítulo.

Las sustancias más usadas de que nos servimos para preparar los conos y lechinos dilatadores, son: la esponja preparada, la laminaria digitata y el tupelo.

La esponja. Se corta de una esponja fina y flexible un pedazo redondeado en forma de cono, de 5 ó 6 centímetros de largo y de un diámetro variable según el grado de dilatación que deseemos obtener y según la longitud del canal á que se le destina (de 1 á 5 centímetros de diámetro la base); este pedazo se hará completamente aséptico, limpiándolo primero

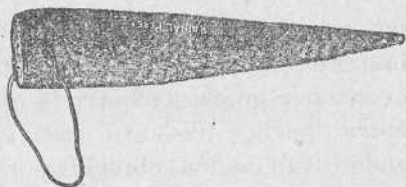


Fig.^a 18.—Esponja preparada para la dilatación intra-uterina.

de todo cuerpo extraño, y bañándolo después en una solución fuerte de sublimado ó de ácido fénico. Ya bien limpio y perfectamente séptico, se atravesará este cono desde el centro de su base al centro de su punta, por un alambre bruñido, como una aguja de hacer media, por ejemplo; se la sumerge, así dispuesta, en una solución fenicada de goma arábiga, y se la envuelve con un bramante en todo su contorno, bien apretadas sus vueltas y unidas las unas á las otras; se deja, y cuando esté seca por completo, se le quita el bramante y se afina su superficie con papel de lija ó con una lima.

Las esponjas en esta forma preparadas, son las que exclusivamente se pueden usar; sucede con frecuencia que las que se encuentran en el comercio no son suficientemente asépticas

ó antisépticas, y están formadas de muchos pedazos, que en cuanto se humedecen en el útero se disocian.

La introducción de la esponja es difícil por lo regular: 1.º porque su extremidad no es bastante rígida; esto se remedia carbonizándola ligeramente á la llama de la lámpara de alcohol; 2.º porque no siendo susceptible de pulimento su superficie, no resbala sobre las paredes uterinas, sino que se agarra y se enrosca, sin que á veces se pueda franquear desde luego el orificio interno.

Para hacer la esponja preparada más lisa se han ideado artificios complicados, de los cuales sería inútil ocuparnos. Para dilatar el útero hasta su fondo es preciso hacer muchas aplicaciones sucesivas de esponjas, pero estas aplicaciones pueden dar lugar á accidentes sépticos.

Yo por mi parte no empleo la esponja más que cuando un sólo trozo es bastante para producirme la dilatación que deseo. En el caso contrario, prefiero recurrir á otros procedimientos, ó dejo correr muchos días entre cada aplicación de esponja, conservando la dilatación obtenida por un taponamiento intra-uterino de algodón iodoformado.

Al dilatarse la esponja penetra en los repliegues del arbol de la vida, siendo difícil retirarla sin arrancar pedazos de mucosa; por esto es poco prudente dejar la esponja en la matriz más de ocho á diez horas. Antes de practicar la dilatación, é inmediatamente después de concluída debe hacerse una inyección intra-uterina con soluciones de sublimado.

La laminaria digitata, seca, tiene la propiedad de doblar su volumen en el espacio de ocho á doce horas cuando se somete á la influencia de la humedad.

Los trozos que preparan de esta sustancia se presentan bajo la forma de tallos duros, compactos y pulimentados ó lisos. Unos son macizos y otros son huecos. Estos últimos se hinchan con más rapidez.

Aunque la madera sea más fácil de limpiar y esterilizar que la esponja preparada, antes de introducir el tallo de laminaria tengo la costumbre de rasparle con un pedazo de cristal, limpiando así la superficie externa, que es la que ha estado expuesta al aire y á contactos sospechosos. Después le sumerjo con rapidez en una solución antiséptica y le introduzco inmediatamente en el útero.

Se puede también imprimir á estos tallos de laminaria una ligera curvatura que facilitará su introducción.

La laminaria resbala fácilmente hasta el fondo del útero, no lastima el epitelium como la esponja y es también menor el peligro bajo el punto de vista de la infección. Cuando se la retira, se encuentra frecuentemente en el punto que ha estado en contacto con el orificio interno, una depresión (especie de cuello) que con frecuencia nos dificulta su retirada.

Introduciendo simultáneamente varios tallos delgados de



Fig.º 19.—Tallo de laminaria para la dilatación del cuello uterino.

laminaria colocados unos junto á otros, podremos conseguir una considerable dilatación.

Los tallos de grueso calibre que se encuentran en el comercio no aumentan su volumen proporcionalmente tanto como los delgados. Por consiguiente, es preferible usar éstos, reuniendo ó agrupando varios en forma de azevillos, cuando tenemos necesidad de obtener una dilatación más considerable.

Yo prefiero mucho más la laminaria á la esponja; aquélla penetra más fácilmente; nos da una dilatación más regular y más profunda en menos tiempo; está menos sujeta á provocar la infección y es más fácil de retirar. La aplicación de la más rigurosa antisepsia nos aconseja, sobre todo, la preferencia de la laminaria, pues sean las que se quiera las precauciones adoptadas, nunca puede considerarse *absolutamente* aséptica la esponja preparada.

El útero tiene de ordinario una profundidad que excede la longitud ordinaria de los tallos expansibles; por esto debe medirse con la sonda uterina, y cortar de las sondas de laminaria que se destinan para la uretra del hombre, trozos del largo necesario.

Tupelo.—El tupelo se hincha más pronto que la laminaria,

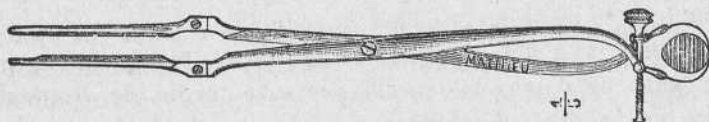


Fig.ª 20.—Dilatador bivalvo del profesor Pajot.

pero es más rugoso y áspero, y una vez embebido no queda redondo; su dilatación es angular, pudiendo herir las paredes uterinas.

Los dilatadores mecánicos.

Nos es imposible dar una descripción de todos los dila

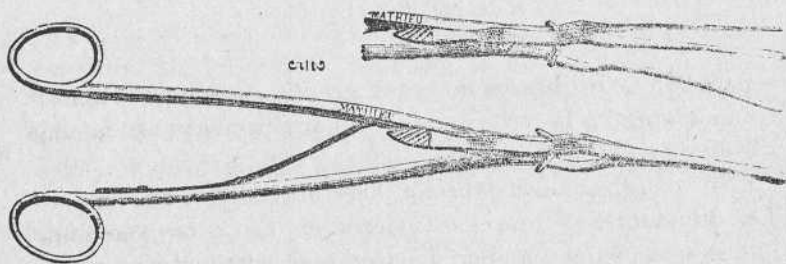


Fig.ª 21.—Dilatador trivalvo de Huguier ó Scanzoni

tadores. Los unos tienen la forma de un espéculum (dilatadores bivalvos de Lesnenant, Deschenaux, Mathieu).

Otros verifican la dilatación por la separación de brazos, variando su número de dos á cuatro.

<i>Ellinger</i> ,	2	brazos	que se separan paralelamente.
<i>Pajot</i> ,	2	—	— — — —
<i>Huguier</i> ,	3	—	— — — —
<i>Leblond</i> ,	4	—	— — — —
<i>Schultz</i> ,	2	—	un modelo dilata bilateralmente.
»	»		Otro modelo de delante atrás.

Estos dilatadores tienen todos el inconveniente de mandar toda la presión á una parte reducida de las paredes, porque los brazos son en general delgados; el traumatismo, por lo tanto, es más considerable por este medio de dilatación que por los otros; los brazos se cimbran más ó menos, como resortes, cuando la resistencia es grande, de tal modo que la

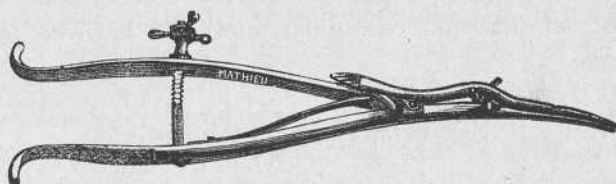


Fig.^a 22.—Dilatador de tres valvas de Sims, para la dilatación forzada del cuello del útero.

separación de los brazos no es tan grande dentro de la matriz como aparece á la vista, cuando el instrumento se maneja libremente.

Su complicada construcción hace muy difícil su limpieza. Los dilatadores de brazos estuvieron en uso otras veces más que lo están en el día. Son dislacerantes cuando tenemos que servirnos de ellos para provocar grandes dilataciones, destinadas á practicar el tacto intra-uterino. Para las dilataciones de menor calibre el cateterismo progresivo y los lechinos dilatadores nos llevan más fácil y sencillamente al fin que nos proponemos.

No obstante, se podrá recurrir á ellos, en ocasiones con alguna ventaja, cuando tenemos necesidad de hacer unifo

el calibre de una dilatación irregular, de obrar sobre un punto limitado ó superficie resistente.

Bujías cilíndricas dilatadoras.—Lawason Tait, Frich y Hegar, se sirven de instrumentos análogos á los que ha imaginado Simón para la dilatación de la uretra.

Las bujías de Hegar más usadas son cilíndricas, macizas, con una ligera curvatura; su extremidad es redondeada y cónica, su mango aplastado; tienen una longitud de 12 á 14 centímetros.

La más delgada de la série tiene 2 milímetros de diámetro, la siguiente 3, y así sucesivamente. El calibre de cada número aumenta en su diámetro un milímetro, que da una circunferencia de 3 milímetros. Debemos procurar tener para los casos en que la dilatación es difícil, bujías cuya circunfe-



Fig. 23.—Bujía dilatadora de Hegar.

rencia no exceda en más de milímetro y medio á la del número anterior.

Cuando la dilatación se hace para verificar el tacto intrauterino, es preciso llegar hasta las de 16 ó 17 milímetros de diámetro.

Las más gruesas miden hasta 26 milímetros; esto permite introducir el dedo é instrumento de cierto calibre.

La dilatación obtenida por bujías de 6 á 10 milímetros basta para poder hacer en el útero inyecciones, cauterizaciones con la piedra infernal y con el ácido nítrico; y para introducir una pinza de pólipos.

No hay necesidad de pasar de estos límites cuando se aplica la dilatación al tratamiento de una estrechez del canal.

Se sumerge todo el juego de bujías en un baño de solución fenicada al 5 %.

La vagina debe irrigarse antes de la operación con un líquido antiséptico.

Hegar coloca á la enferma en el decúbito lateral izquierdo y descubre, con el espéculum de Sims, el cuello que fija implantando en él un tenáculum ó una pinza de garfios; después introduce una bujía de pequeño calibre y sigue gradualmente colocando hasta las más gruesas. No es siempre necesario proceder metódicamente á la introducción sucesiva de todos los números de la série, porque si la dilatabilidad del órgano es grande, se puede sin inconveniente alguno saltar de tiempo en tiempo un número. Por el contrario, si hay una gran resistencia, debe dejarse algunas de las bujías más tiempo colocadas, teniendo que recurrir á los números intermedios que ya mencionamos antes.

Como término medio, es suficiente una hora para conseguir una dilatación que permita la introducción del dedo. Con la anestesia conseguimos la dilatación más fácilmente y en menos tiempo. El método de Hegar es rápido, no provoca accidentes sépticos y es poco doloroso; una dilatación considerable se puede obtener en una sola sesión de anestesia.

La dilatación del útero provoca accidentes que son siempre imputables á la infección.

El método que voy á describiros, ya se emplee solo ó ya como complemento de otros, constituye un medio excelente de defensa contra la infección, pues permite la introducción y permanencia en el útero de sustancias que dificultan el desarrollo de los virus. Se le ha tachado de ser largo, pero, señores, esta misma lentitud y su inocuidad es lo que le recomiendo y á ellas debe su extensión. Por lo demás, consiste en producir artificialmente un proceso natural muy lento. Esta lentitud sólo es un inconveniente para el médico; pero tal objeción tiene para mí poquísima fuerza, supuesto que hace mucho tiempo tengo observado que los buenos resultados en ginecología no están al alcance de las personas precipitadas.

DILATACIÓN POR EL PROCEDIMIENTO VULLIET.

En 1883, es decir, dos años antes que Herff de Darmstadt, ya me servía del iodoformo para los apósitos fijos en la cavidad uterina. Empleo también el éter como vehículo para impregnar de iodoformo el algodón que era mi material de curaciones.

Esto resulta probado hasta la última evidencia en un artículo que publiqué en 1884 en los *Anales de Tocología*.

Esta idea en sí misma no tiene nada de notable; yo en esto he seguido los consejos de Mr. Doleris, diré más, que no tiene nada absolutamente de original, pues que sabemos todos que Mosetig de Moorhof es el que primero señaló las ventajas generales y especiales del iodoformo en la terapéutica quirúrgica.

Lo único importante que esta cuestión de prioridad puede tener para mí es que yo hago del taponamiento aséptico del útero la base del método que ahora os expondré, método que tiene aquí gran importancia bajo el punto de vista terapéutico.

De todo el material nuestro para las curaciones, el algodón es la sustancia menos irritante y más fácil de apretarse y de ser introducida en pequeños volúmenes y es, por otro lado, susceptible de impregnarse bien en las sustancias antisépticas.

Los antisépticos rápidamente solubles no convienen para la preparación de tapones que tienen que estar colocados en una cavidad de secreciones abundantes.

Prefiero el iodoformo por la lentitud con que desarrolla sus efectos.

El iodoformo da lugar alguna vez que otra á una intoxicación. Yo empleo como sucedáneos el salol y la trementina mezclados á iguales partes con el aceite de olivas.

Confecciono los tapones con algodón antiséptico, no comprimiéndolos; los más pequeños son del tamaño de una habichuela de Soissons, y los mayores del de una nuez. Se pasan con un doble hilo por su centro.

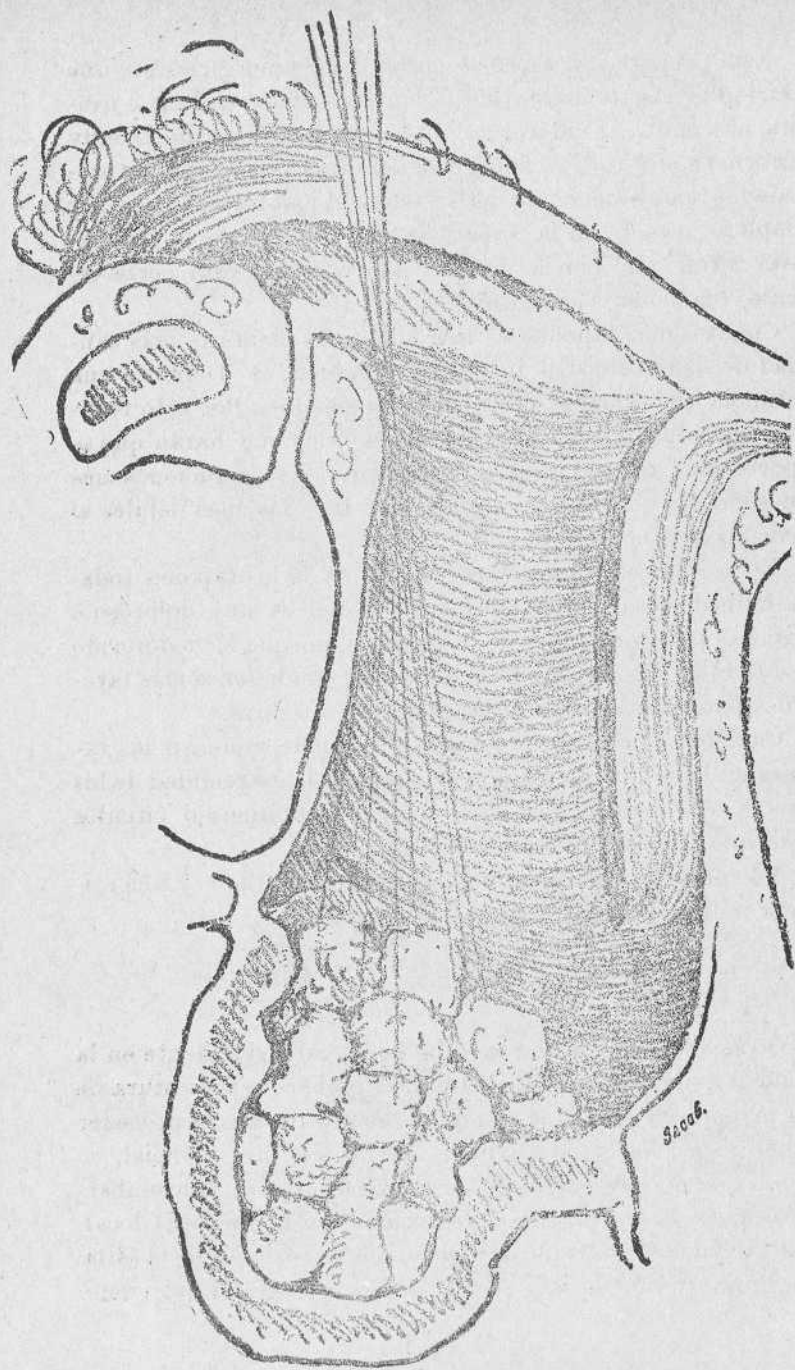


Fig.^a 24.—Colocación de los tapones en la dilatación por el procedimiento del Dr. Vulliet.

Esta preparación especial consiste en sumergirlos en una solución etérea de iodoformo y hacerlos secar; el éter se evapora; en cuanto al iodoformo, queda extendido de modo muy uniforme sobre toda la superficie del tapón. Gracias á las propiedades tan absorbentes del algodón, el iodoformo queda por completo intacto en la superficie. Para convencerse de ello, basta cortar uno por la mitad y se verá que está perfectamente blanco en su interior.

Cuantos más tapones se introducen en el útero, más cantidad de iodoformo se introduce también, es decir, de una sustancia que es capaz de producir accidentes. Por esto recorro á las soluciones atenuadas, que son las que harán que se soporte más tiempo este taponamiento. Las soluciones más concentradas que yo uso son al 1 por 10 y las más débiles al 1 por 30 de éter.

No se debe en ningún caso hacer uso de los tapones todavía húmedos, porque el contacto del éter es muy doloroso é irrita las partes internas de la matriz y porque el iodoformo en estado de disolución se encuentra en condiciones más favorables para una absorción muy rápida y excesiva.

Cuando nos coja desprevenidos, se puede sumergir los tapones en la solución etérea; se toman por la extremidad de los hilos y se les hace describir en el aire un molinete ó círculos hasta que estén completamente secos.

Yo conservo mis tapones en botes bien cerrados y una etiqueta indica el grado de iodoformización,

Técnica de la dilatación.—Posiciones.

Otras veces verificaba la dilatación exclusivamente en la posición genu-pectoral; aún hoy día prefiero esta postura de una manera general, y si el objeto que nos lleva es el proceder á una inspección de la cavidad uterina sin luz artificial, yo estimo que no hay medio de sustituirla por otra. Sin embargo, después de los progresos realizados con la anestesia local, dilato todavía el útero en *descenso* y en la posición de la talla. Cinco minutos antes de la sesión, pongo alrededor del cuello

y en la cavidad unos tapones empapados en una solución de cocaína al 5, 10 y hasta al 20 por 100, según los casos; se puede enseguida coger y atraer el útero á la vulva sin dolor.

Técnica de la dilatación por el taponamiento.

Vamos, pues, á describir la dilatación por el taponamiento, primero en la posición genu-pectoral, y enseguida en la posición de la talla.

Posición genu-pectoral.—(fig.^{as} 10 y 11.) Yo elevo el periné con una valva tan larga como sea posible (fig.^{as} 20, 21 y 22.)

El cuello se coloca ordinariamente enseguida en el eje que se quiere; si no está bien orientado deprimó la pared véxico-vaginal por medio de una valva de plata larga y delgada de modo que se pueda colocar el orificio externo bien á la vista; esta valva basta como medio de fijación y reemplaza ventajosamente á los instrumentos de garfios ó garras.

Se hace la operación sobre una mesa alta á la claridad de un buen día, procurando que los movimientos y la colocación del individuo sean con arreglo á las exigencias de la luz.

Posición de la talla.

Cuatro ó cinco minutos antes de las sesiones introduzco el espéculum de Cusco, y coloco sobre el cuello un disco de algodón empapado en una solución de cocaína á 5, 10 ó 20 por 100 y suficientemente grande para cubrir el cuello hasta las inserciones con los culos de saco.

Después de tenerle el tiempo necesario para que la cocaína produzca su efecto, retiro el tapón y desciendo el útero (figura 30, consúltese la lección 5.^a)

Introducción de los tapones.

Una vez en posición la enferma, se explora el canal uterino para determinar su calibre y su dirección; si el canal uterino

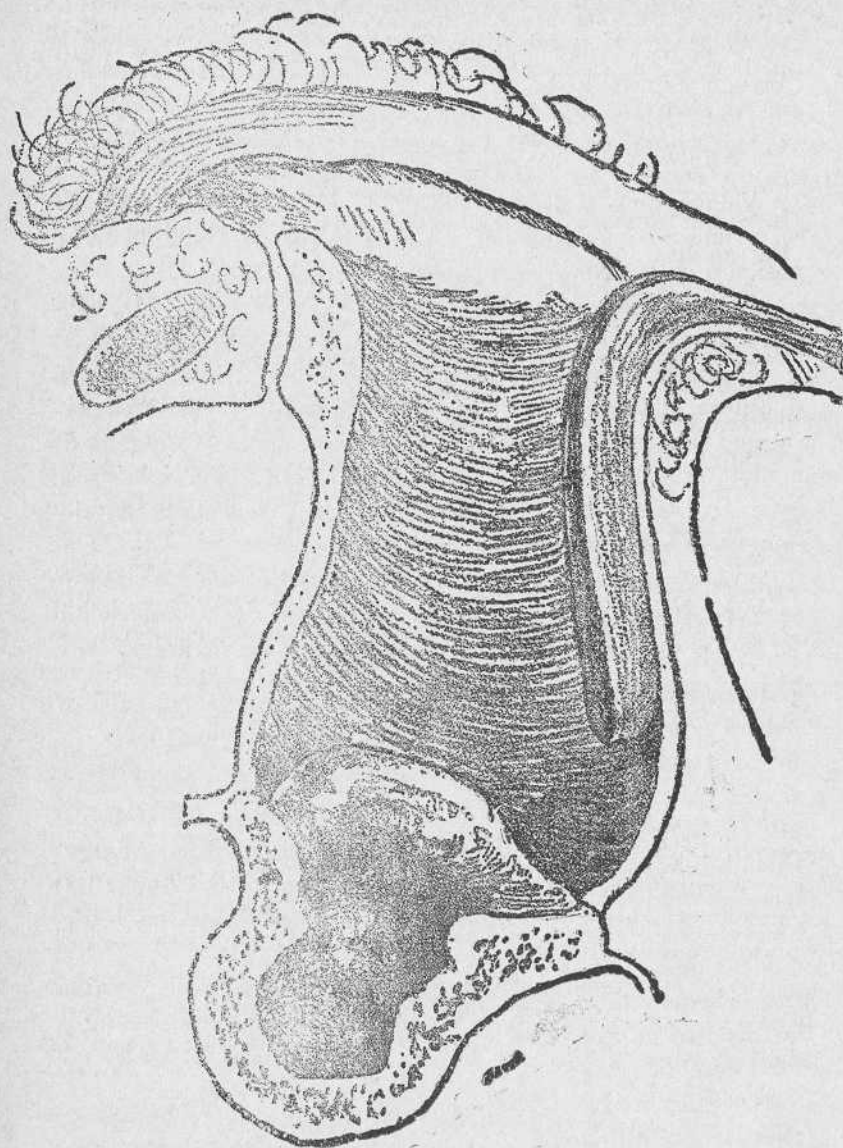


Fig.^a 25.—Dilatación de útero por el procedimiento del Dr. Valle, retirados los tapones.

es ancho, se puede desde luego empezar la dilatación por la introducción de los tapones; si está estrecho, tortuoso ó sinuoso, se podrá diferir la obturación hasta que esté recto, recalibrado y ensanchado.

Esta dilatación preliminar debe llegar á tal grado, que los pequeños tapones puedan penetrar hasta el fondo de la cavidad. El efecto debe resultar, no de la acción aislada de cada tapón, si no de la distensión producida por la acumulación de los tapones.

Con un pequeño tallo de laminaria ó con el cateterismo progresivo conseguiremos dar al canal uterino la permeabilidad necesaria. Ocurre algunas veces que los tumores (los fibromas del segmento inferior) desvian y rechazan el cuello de tal modo que le hacen inaccesible: en este caso comprendereis que es imposible la introducción de cuerpos extraños en el útero.

Una pinza de curaciones larga y delgada, curva para la posición genu-pectoral, recta para la de la talla, sirve para coger el tapón y llevarlo sobre el orificio externo, y una vez colocado allí, debe llevarse hasta cierta profundidad en el cuello.

Algunas veces el útero se llena de mucosidades que le hacen resbaladizo, las contracciones uterinas le esprimen ó expulsan al exterior y hacia los lados de las pinzas; cuando esto ocurre es de necesidad sacrificar dos ó más tapones hasta que la cavidad esté bien enjuta. La pinza ha de llevarse sobre el centro y no sobre los costados del tapón, debiendo mantenerla allí hasta que las contracciones hayan cesado por completo. Cuando el tapón está bien engastado y fijo, se puede pasar hasta el fondo el tapón, valiéndose de un cateter rígido ó de una sonda uterina; la penetración del hilo fiador, nos advertirá que el tapón camina al paso que la sonda; alguna vez se necesita la acción alternada de dos sondas para que auxiliándose la una con la otra, puedan hacer llegar el algodón hasta el fondo de la cavidad.

Después del primer tapón introduzco el segundo y así sucesivamente relleno la cavidad hasta el orificio externo. Procedo como el dentista que hace la obturación de un diente cariado.

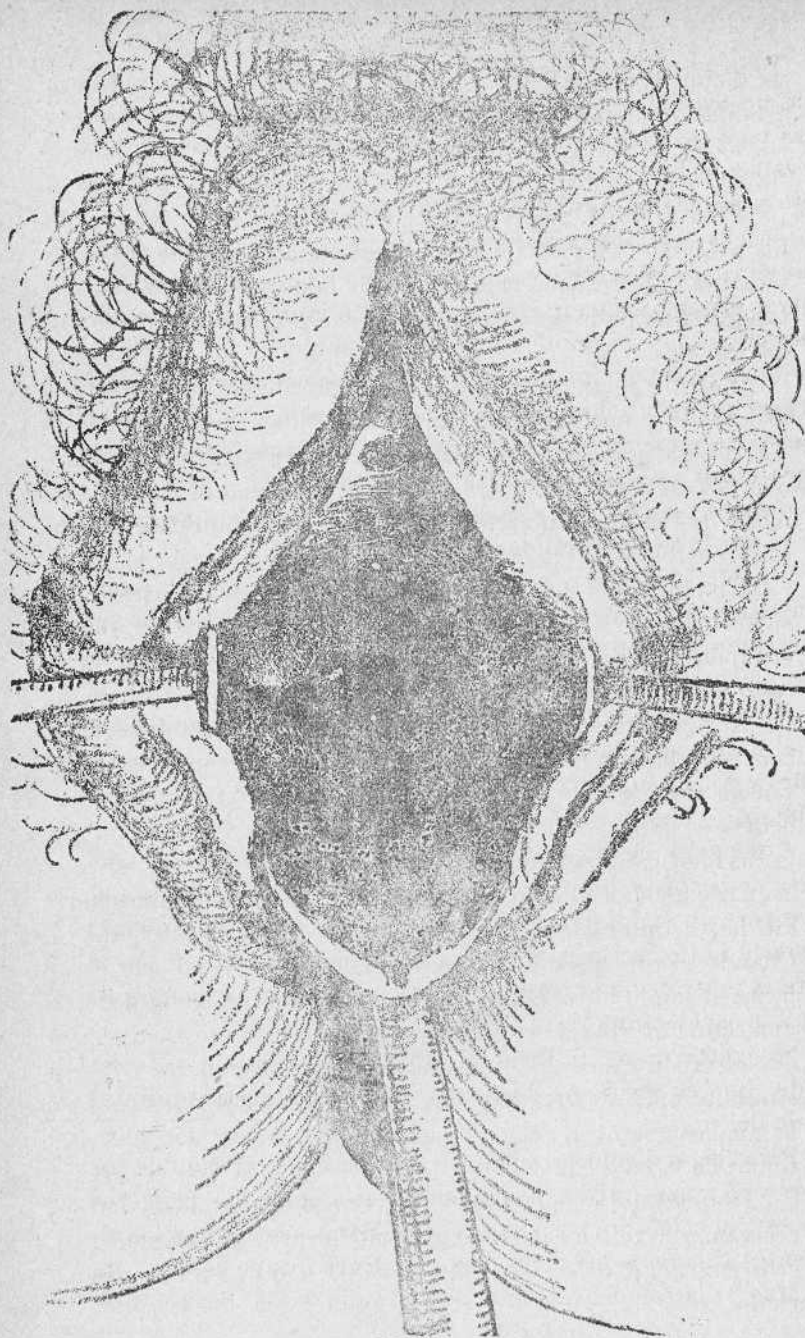


Fig.^a 26.—Útero completamente dilatado por el procedimiento del Doctor Vulliet.

Dejo estos tapones fijos durante cuarenta y ocho horas; esto no ocasiona en general ningún inconveniente y las enfermas no cesesitan precisamente guardar cama. No las permito la estación prolongada de pié ni ejercicios violentos; pero las dejo pasear tranquilamente por su habitación.

Muchos de mis imitadores, en lugar de poner á las enfermas en la posición genu-pectoral, que yo recomiendo, prefieren operar sistemáticamente y sin recurrir á la cocaína; las enfermas sufren lo que no me asombra. Yo no puedo impedir á nadie haga el taponamiento en todas las posiciones que las enfermas quieran tomar. Si estas posiciones son mejores que las que yo recomiendo, las aceptaré; pero si procediendo de otro modo que yo se aumentan las dificultades para el operador y los dolores para las enfermas, no se puede verdaderamente hacer recaer la responsabilidad sobre mi método.

Ni en la clase pobre ni en la pudiente he encontrado jamás resistencia por parte de las enfermas; y cuando he tenido que interrumpir ó renunciar definitivamente á una dilatación ha sido por otras varias razones.

Al cabo de cuarenta y ocho horas del primer taponamiento, el útero está blando, flojo y extensible; retiro todos los tapones y coloco inmediatamente otros más gruesos y en mayor número.

A medida que la cavidad uterina se dilata, es preciso ocuparse de la forma que hay que dar á la dilatación. Si ésta se hace para un simple examen con el dedo, basta un calibre más ó menos uniforme; pero si nuestro objeto es reconocer con la vista el interior de la matriz, es preciso buscar la manera de dar á la cavidad una forma más ancha.

Se podrá desde un principio disponer los tapones de tal modo, que su reunión forme un cono cuyo vértice mire al fondo del útero.

Para llegar á colocar muchos tapones, unos al lado de los otros y al mismo nivel, se retienen ó se sujetan los primeros que se han colocado por sus hilos, mientras se empujan los siguientes al lado de los otros hasta la altura que se desee.

Mas si la cavidad uterina es profunda, si su dirección es

inclinada, si los labios del cuello son voluminosos, la dilatación presentará sus dificultades.

Cuando los tejidos uterinos no están alterados, la dilatación del segmento inferior tarda en obtenerse más que la del segmento superior. La resistencia es algunas veces tal que la obturación sola es impotente para vencerla; en este caso recu-

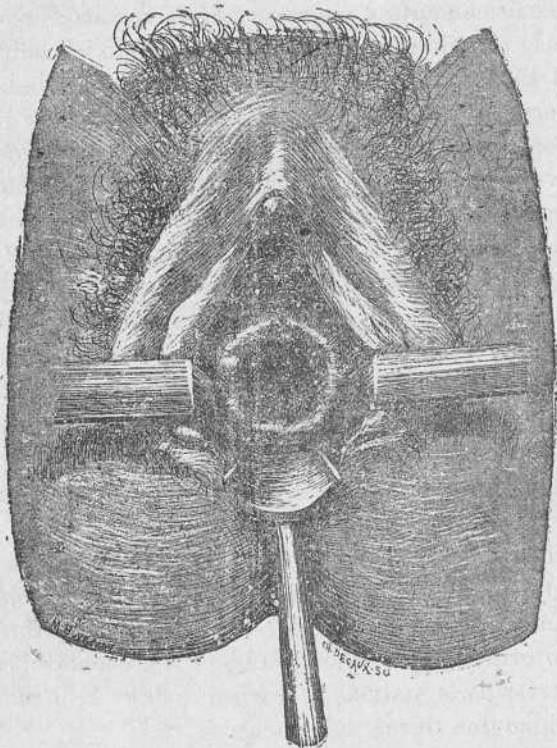


Fig.^a 27.—Dilatación del cuello uterino por el procedimiento del Dr. Vulliet.

rró á un manojito de tallos de laminaria, y coloco en el centro del manajo algunos tapones de algodón y empujo hasta llegar en el canal cervical á la profundidad que deseo.

El manajo se encuentra de este modo separado en su base y dispuesto en forma de pirámide; al cabo de diez ó quince ho-

ras, la dilatación ha tomado la forma cónica que sostengó para los taponamientos ulteriores. Aplicando antes y después el algodón iodofórmico, el recurso ocasional de los tallos dilatables, ó de las sondas de Hegar, no ofrece ningún peligro; de obturación en obturación, adquiere la cavidad dimensiones tales, que una vez desembarazada del relleno de algodón y dejada al aire libre, se puede ver perfectamente hasta el fondo. Jamás he pensado que todos los úteros fuesen susceptibles de este grado de dilatación.

Las sondas dilatadoras y las bujías de Hegar no constituyen más que procedimientos de una aplicación universal, y no nos dan en el primer útero que se presente más que la dilatación máxima que ellos pueden producir.

La posibilidad, por parte de la matriz, de sufrir la dilatación, está ligada á preexistencia de ciertas condiciones producidas por circunstancias especiales (afecciones de la cavidad, gravitación, etc.)

Querer dilatar cuando estas circunstancias no existen es un contrasentido. También lo es exceder ó traspasar el grado útil de dilatación y proponerse hacer visible una cavidad cuando no sea absolutamente preciso ayudar al reconocimiento con el sentido de la vista.

Algunos aseguran que el reconocimiento por medio del tacto es casi siempre suficiente. Puede bastar ya que se han contentado sólo con esto hasta el presente; pero pretender que no reportará ningún provecho el explorar y hacer visible el interior de la matriz, es sostener conclusiones muy contrarias al buen sentido práctico.

Las grandes dilataciones no están, á mi modo de ver, indicadas sino en las afecciones que tienen su asiento en la profundidad de la cavidad ó en las paredes del cuerpo uterino. Pues estas afecciones (tumores fibrosos, endometritis fungosas, cánceres) tienen hipertrofiadas, reblandecidas y casi destruída la pared. En estas condiciones está dispuesto ó preparado el útero á sufrir la dilatación, que se consigue á causa de

su estado con mucha facilidad. La hiperplasia determinada por el taponamiento fijo, es semejante á la hiperplasia debida á la afección, y de aquella semejanza resulta la tolerancia del útero para permitir un taponamiento ó relleno voluminoso.

La dilatación de mediano ó pequeño calibre, marcha en general más lentamente. Convienen para las afecciones que no aumentan la dilatabilidad del órgano (desviaciones, endometritis sin vegetaciones).

Puede también el útero estar endurecido por una inflamación crónica, lo cual hace que sus paredes sean menos extensibles que en su estado normal.

Para todas las afecciones de este género, las grandes dilataciones son inútiles. Se puede recurrir á todos los procedimientos más violentos y más rápidos, á los cuales se asociará con ventaja el taponamiento, ya sea para sostener entre dos sesiones el terreno conquistado por el primero, ya para conservar á voluntad el camino abierto, ya en fin, para asegurar la inocuidad de las maniobras.

Betrix dice que él necesita como término medio de seis á ocho taponamientos en el espacio de quince á veinte días, para obtener una dilatación que permita la inspección directa de la cavidad uterina.

Aquello fué necesario por las varias dilataciones á que tuvo que atender á un mismo tiempo, pero no determina el término medio necesario en casos de la misma naturaleza. En el cáncer se llega al resultado que se desea con tres ó cuatro obturaciones. En los casos que yo dilaté en el hospital Beanjón, dos fueron suficientes.

En los fibromas intra-parietales es menester de seis á ocho obturaciones. En las endometritis crónicas se necesitará ordinariamente, si se han de obtener ventajas, llegar al grado preciso de dilatación para poder aplicar el espéculum intra-uterino que permite ver sucesivamente una gran parte de la mucosa.

Yo me sirvo también del espéculum intra-uterino para se-

parar las vegetaciones, las prominencias de los tumores que obstruyen la cavidad y entorpecen la inspección.

Esta última consideración voy á haceros aún: la obturación de la cavidad uterina, tal como yo la practico, no facilita solamente la exploración del interior del útero, sino que es al mismo tiempo un método terapéutico. El taponamiento aplicado á toda especie de hueco tiene una eficacia reconocida hace mucho tiempo. El tapón lleva los tópicos sobre toda la extensión de la superficie enferma, absorbe los líquidos que segregan y aseguran su curación (juega el papel del *drainage*). Cuando es una afección virulenta la que tiene su asiento en el útero, el taponamiento ejercerá sobre ella la acción más salutífera; pero cuando el taponamiento se ha de emplear sólo con un fin terapéutico, consistente en separar simplemente las superficies, no es necesario que las distienda ni las esfuerce. En todos los demás procedimientos de la dilatación se sirven de

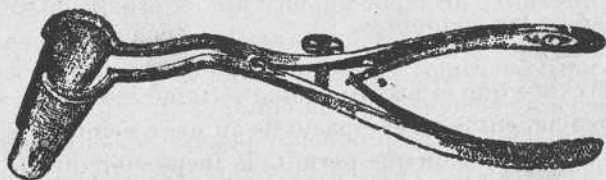


Fig.^a 28.—Espéculum intra-uterino del Dr. Vulliet.

agentes que pueden provocar accidentes sépticos; en el método del taponamiento este agente los conjura y los detiene.

El útero muestra para el taponamiento una tolerancia que yo he sido el primero en publicar. Es raro que resista lo mismo el tapón que penetra fácilmente, como el que por no haber calculado bien la cantidad de algodón necesita ser empujado con más fuerza. Sólo algunas veces se producen cólicos sin importancia. Cuando empezamos á aplicar este método, notamos algunos síntomas que atribuimos á un movimiento febril. Yo creo que esto fué un error de interpretación. El iodoformo no determina como primeras manifestaciones tóxicas sino la agitación psíquica y la cardíaca.

Nosotros nos servimos ahora para la aplicación y preparación de tapones de la solución etérea de iodoformo al 1 por diez. La aceleración del pulso y la inquietud de las enfermas eran debidas indudablemente á la acción del iodoformo en exceso; pero desde que recorro á las soluciones más diluídas, y desde que conozco más á fondo la acción del iodoformo, no he vuelto á observar estos accidentes febriformes.

Acontece, por el contrario, algunas veces, que sobreviene sin causa apreciable un parto del tapón ó de todo el relleno de tapones. Yo llamo así á algunos dolores que expulsan á la vagina el algodón colocado en la matriz. Después de dos ó tres días de reposo, vuelvo á emprender la dilatación, la cual se lleva ya á cabo, ordinariamente, sin nuevos incidentes.

He visto sobrevenir en tres enfermas las náuseas y las perturbaciones gástricas, análogas á las que acompañan al embarazo.

En dos casos, un taponamiento fijo ha producido sobre las perturbaciones nerviosas crónicas el mismo efecto sedativo que el que observamos en ciertas mujeres que no se encuentran bien sino cuando están en cinta.

La dilatación no ha producido jamás accidentes sépticos; por el contrario, los virus preexistentes por ella se han detenido ó se han atenuado.

La dilatación tiene un efecto hemostático conocido desde muy antiguo: descongèstiona la mucosa y determina la isquemia en los vasos superficiales.

Este efecto es tan pronunciado, que me ha hecho renunciar, después de la dilatación, á las operaciones que yo me proponía ejecutar contra los fibromas que daban lugar á hemorragias abundantes.

Resumen. La dilatación del útero está indicada:

- 1.º Para calibrar y enderezar su canal.
- 2.º Para penetrar en él con instrumentos de mayor ó menor calibre, ó para introducir tópicos sólidos ó líquidos.
- 3.º Para introducir en él el dedo solo ó acompañado de algún instrumento. En los dos últimos casos, plegará siempre

que el calibre de la dilatación exceda del diámetro de los cuerpos introducidos.

Mas la dilatación indicada debe ser considerable, pero se debe proceder con lentitud y miramiento, y si para llenar las indicaciones del primero y segundo caso bastan los primeros procedimientos, cuando se trate del tercero será por lo regular muy ventajoso asociar á ellas la obturación según mi método.

Y 4.º Para inspeccionar el interior de la cavidad uterina con ó sin la ayuda del espéculum intra-uterino.

Cuando la dilatación se dirige á este fin, debe llevarse á un

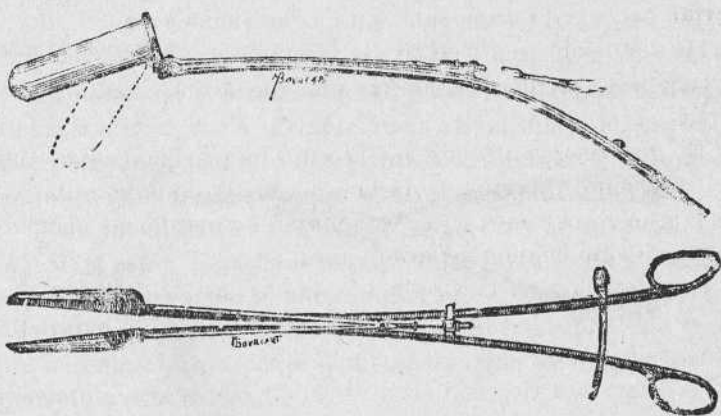


Fig.as 29 y 30.— Nuevo modelo de spéculum intra-uterino de curvatura variable del Dr. Vulliet.

grado que es imposible por los procedimientos ordinarios. Es menester desde luego emplear exclusivamente el método de la obturación progresiva cuando otros procedimientos no nos han bastado. La obturación es susceptible de las mismas aplicaciones que la sonda fija. Impide la aproximación de las partes que se tiene interés en tener separadas; constituyen un *drainage* excelente en las afecciones virulentas de la cavidad uterina y hasta de las trompas. Tiene una acción hemostática segura. Asociada á los otros procedimientos, nos asegura las

dilataciones permanentes que nos permiten renovar á voluntad nuestras intervenciones.

Haciendo desaparecer la hiperplasia de las paredes, es susceptible de prestar sus servicios en todas partes y de modificaciones plásticas considerables. Tiene una acción sobre ciertas neurosis muy semejantes á las del embarazo.

Nos proporciona la solución del problema de la endoscopia uterina; nos permite diagnosticar, curar, operar, observar con la misma vista los tumores operados hasta en las partes más profundas de la cavidad uterina.

En el curso de nuestras lecciones tendremos ocasión de hablar de las aplicaciones especiales de la dilatación, lo cual formará el complemento indispensable de esta exposición sumaria.

LECCIÓN QUINTA

DEL DESCENSO Y PROLAPSUS ARTIFICIAL DE LA MATRIZ Y DE SUS APLICACIONES

Señores:

El útero, en el estado normal, puede ser fácilmente desviado hacia arriba, hacia adelante, hacia atrás ó hacia los costados, casi pulgada y media ó dos pulgadas. También puede bajar tanto que descienda el cuello al nivel de la vulva.

Esta movilidad es funcional: los medios de suspensión de la matriz están dispuestos para permitirlo. Sin esta movilidad, el coito, la gestación, el parto, sufrirían toda clase de estorbos; y la vejiga y el recto no podrían soportar aisladamente y menos aún simultáneamente la distensión que soporta en sus tegumentos esta cavidad.

El útero, lo mismo que el intestino, están rodeados por un repliegue del peritoneo; sus sujeciones son de naturaleza mesentérica. Las dos láminas ú hojas del mesenterio, en lugar de adosarse la una á la otra después de envolverle como sucede para los intestinos, divergiendo y ganando la periferia del vacinete, van á hacer la continuación del peritoneo parietal.

En cuanto al peritoneo parietal, se adhiere á los órganos subyacentes por medio de un tejido celular laxo que les permite cierto grado de deslizamiento. Resultando de aquí que cuando tiramos de la matriz hacia la vulva, la hoja descendente del peritoneo parietal cede obedeciendo al esfuerzo de tracción. Este esfuerzo no se ha de sentir sólo sobre algunos

ligamentos, sino que se hace extensivo á otros parajes y se reparte, sobre todo, por todo el fondo ó *culo-de-saco* peritoneal. El mesenterio en general, y el del útero en particular, constituyen un sistema de sujeción que aunque sostienen el órgano, le dejan sin embargo una movilidad más ó menos grande. Hacia atrás y al nivel de los ligamentos de Douglas, el tejido celular es más denso que en otras partes; pero la disposición es aquí poco más ó menos que en el resto de la periferia.

En cuanto á los tejidos subperitoneales, que están junto á la cara inferior del mesenterio, no oponen resistencia alguna al prolapsus. Ya sea el descenso de la matriz ocasional ó provocado, ó ya resulte de diversas condiciones patológicas, siempre la matriz permanece al nivel de los ligamentos de Douglas que ofrecen la resistencia más considerable.

Estas nociones sobre el mecanismo de suspensión del útero y las que he de desarrollar cuando nos ocupemos de la presión intra-abdominal, formarán la base de una doctrina de desplazamientos uterinos, que tendré tiempo de exponer cuando nos ocupemos de la ortopedia de la matriz.

Podreis, con perfecto derecho, provocar artificialmente desplazamientos semejantes á los que resultan del ejercicio de las funciones normales, pero con todos los miramientos posibles y sin excederse de ciertos límites.

- *El descenso sin peligro.* La maniobra del descenso no podía menos de provocar objeciones fundadas en los peligros que ella puede hacer correr. Es, sin embargo, el miedo de provocar los desórdenes que son imaginarios el que ha impedido largo tiempo que aquél sea de un uso corriente. En cuanto á su utilidad, no puede ponerse en duda más que por aquellos que no lo han experimentado ó que no han sabido sacar partido de su experiencia. El útero está situado en la parte más alta, poco accesible y difícil de explorar, pero una vez descendido es fácil tocarle y penetrar en él.

Una vez dilatada la matriz, ya no será ésta el órgano en conjunto, sino que cada una de sus paredes se podrá tocar aisladamente con un máximo de precisión resultante de un

mínimum de distancia, y de masas interpuestas entre las dos manos, que irán al encuentro la una de la otra.

La dilatación y el prolapsus asociados, pueden concurrir al mismo objeto; y la exploración de las partes altas del útero son el progreso más serio y el más indiscutible de la ginecología moderna.

Contra-indicaciones.

Puede hacerse el descenso de todos los úteros?

Evidentemente no. Siempre que existen exudaciones pelvianas, flegmasías uterinas ó peri-uterinas, adherencias anormales recientes ó antiguas, es peligroso y es frecuentemente imposible ejercer tracciones fuertes sobre la matriz. Pero estas condiciones anormales son fáciles de reconocer, ya por sus síntomas propios, ya por parte de la misma movilidad del útero, y ya, en fin, por la resistencia que se percibe en el momento en que se quiere determinar el prolapsus.

Manual Operatorio.

Para hacer descender el útero se le sujeta por los medios siguientes:

- 1.º de el tenáculum;
- 2.º » pinzas tenáculum (mono ó polígrifes);
- 3.º » hilos pasados al través del cuello.
- 4.º » la serrefin que os presento.

Cualquiera que sea el instrumento que se escoja, se debe tener la seguridad de que hará buena presa. Los tenáculos de un solo dardo no valen nada y son de una colocación difícil la mayor parte de ellos. El tenáculo, es un instrumento más propio para la fijación que para hacer tracción.

Las pinzas sujetan mucho mejor; las unas penetran poco su bocado, sujetan más bien comprimiendo; las otras son de ga-

rras aceradas, que penetran mucho en los tejidos. Estas últimas determinan menos traumatismo y un traumatismo más fácil de curar que el de las primeras. Yo he ensayado un modelo, creo que de origen inglés, en el cual uno de los brazos termina en una pequeña paleta ó espátula, y el otro por dos garfios ó ganchos agudos. Por más que el tejido no estaba alterado, me produjo dos desgarraduras, y la pinza soltó ó dejó escapar su presa.

Los anillos de las pinzas en forma de tijeras, impiden retirar el espéculum de Cusco ó el cilíndrico que nos haya servido para descubrir el cuello. Se hace preciso nos sirvamos de un espéculum articulado por un solo costado *para hacer pasar la pinza, no por la abertura del espéculum, sino lateralmente* por entre las dos valvas, lo cual es más fácil. Yo he hecho construir una pinza que se abre y se cierra por el deslizamiento de un manguito ó resorte, teniendo la ventaja de poderla emplear con todos los espéculums. El mango es delgado, ocupando por esta razón menos que la pinza ordinaria, y es muy largo, de suerte que la mano del ayudante que ejerce la tracción no incomoda al operador.

El hilo de seda grueso constituye un excelente medio de tracción; pero siempre es laborioso y algunas veces es imposible su colocación. Es preciso recurrir á las pinzas de garfios para fijar, tirar y hacer salir el cuello; se opera después atravesando su base con una aguja. Todo esto es largo y penoso. Cuando el cuello es corto, se puede del mismo modo, tomando las más grandes precauciones, atravesar los tejidos por bajo del nivel de las inserciones de los *culos-de-saco*. No obstante, una vez colocado presenta grandes ventajas, ocupa poco espacio en la vagina y no tiene dureza ó no es áspero ni ofensivo, ni embaraza el paso del dedo, si tenemos que introducirlo á través del cuello.

Si después de haber atravesado el cuello de parte á parte con un hilo doble á su largo, se hace pasar enseguida alguna de sus extremidades quedando en forma de asa, el cuello se encuentra á la vez atravesado y encerrado circularmente. Así se conseguirá una presa más sólida y más extensamente re-

partida, lo cual tiene muy especiales ventajas cuando los tejidos son friables. Otro artificio que da dos presas, una por cada lado de los labios, consiste en arponar en el canal la parte media del hilo y se tira de él hacia fuera y se le secciona.

Las *serres-fine* de tres garras son muy fáciles de colocar y de quitar; se cierran automáticamente y se abren con la ayuda de una simple presión; esta *serre-fine* está provista de un hilo que sirve como medio de tracción después de implantar sus garras. Reune la doble ventaja de la pinza de garras y de los hilos.

Las pinzas ó los hilos, deben aplicarse cuanto sea posible sobre la línea media. Las presas en sentido lateral son más ofensivas á causa de la vecindad del parametrium.

Cuando los labios están deformados por un ectropión, por vegetaciones, desgarrros é hipertrofias parciales, se hace preciso empezar con la ayuda del saca-balas, aproximarlos y sostenerlos en su situación normal, y se coloca enseguida el instrumento de tracción. Esta precaución es sobre todo necesaria cuando nos vemos precisados á ejecutar una operación de restauración, como por ejemplo la operación de Emmet.

En algunas mujeres, sobre todo en las viejas, suele ocurrir que no hay labios. En este caso, se determina con las pequeñas pinzas una salida de tejido alrededor del orificio externo y una vez conseguido, se colocan las pinzas de garras más gruesas.

Posición de la enferma anestesiada.

La posición más conveniente, ya para determinar el prolapsus, ya para proceder á las operaciones y á las maniobras que se ejecutan sobre el útero descendido, es la de la talla, ó sea la posición de Simón. No obstante, se puede atraer el útero hacia la vulva en todas las posiciones ginecológicas. Si ha de ser larga la sesión debe la enferma estar anestesiada.

Si se ha de determinar un prolapsus moderado y de corta duración, en las mujeres poco sensibles se puede pasar sin la anestesia. En este caso, unto el cuello y la vagina cinco minu-

tos antes de operar con una pomada de cocaína al 4 por 100; esto basta ordinariamente para suprimir toda sensación dolorosa al momento de colocar las garras de las pinzas; siempre hay tiempo de recurrir á la anestesia general, si esta local fuera insuficiente.

Cuando recurrimos al prolapsus es en general para realizar una serie de maniobras, previstas ó imprevistas, que reclaman la más rigurosa antisepsia.

Pero las medidas antisépticas no serian recomendadas por el objeto principal, sino que lo serán desde el momento en que tenemos que implantar las garras en el cuello. Para que la desinfección sea completa, es necesario dilatar grandemente la vagina é irrigarla perfectamente. Un tapón de algodón, montado sobre unas pinzas servirá para lavar las paredes durante las irrigaciones.

Cuando el útero es el asiento de flujos sospechosos, es preciso practicar las inyecciones y la limpieza con un escobillón suave.

El cuello no debe cogerse muy cerca del borde, debiendo colocarse interiormente el brazo más delgado de la pinza, y en esta forma se puede practicar el tacto intra-uterino.

Una vez asegurada la presa, se levanta al espéculum ó se retiran suficientemente las valvas de Simón, para que las paredes vaginales puedan invertirse al empezar la tracción. La fuerza desplegada no debe nunca exceder de cuatro á cinco libras. Un dedo colocado en la vagina, vigila el descenso del útero y deprime el periné. Si se nota una resistencia anormal, se reconoce, ya por los culos-de-saco, ya por el recto, para apreciar el estado de tensión de los ligamentos de Douglas, ó de cualquier otra causa susceptible de retener el órgano. En caso de obstáculo absoluto es preciso renunciar al descenso; pero si el útero está descendido en cierto grado, se puede, ordinariamente, dilatando la vulva más todavía, realizar las maniobras proyectadas, aunque se tenga que ir más profundamente, y de consiguiente con mucha menos facilidad. La tracción se hará siguiendo la misma curva que cuando manejamos el forceps.

A medida que el útero desciende, se inclina hacia atrás, sufre una luxación como en el prolapsus patológico; su eje se hace rectilíneo, los repliegues, las desigualdades, los ángulos de las plegaduras se disminuyen de manera que el acceso de la cavidad se hace muy fácil. Las maniobras del prolapsus artificial varían según el objeto que uno se propone. Se baja el útero, ya para explorar, ya para operar. Las exploraciones se hacen sobre el útero dilatado ó sin dilatar.

Exploración del útero descendido sin dilatar.

Se introducen en el recto uno ó dos dedos, tanto cuanto sea posible, procurando que su cara palmar mire á la matriz; la otra mano, haciendo presión sobre el hipogastrio inmediatamente por cima de la sínfisis pubiana. Un ayudante tirará suavemente de la matriz y mientras desciende el operador la busca apretándola entre sus dos manos, resultando que de este modo podremos apreciar su forma, sus dimensiones, consistencia, los accidentes ó relieves que pueda presentar su superficie exterior; todos los segmentos del útero pasarán sucesivamente por sus dedos, que acaban por encontrar hacia atrás el fondo de la matriz.

Sea que el operador vuelva el útero de lado por una presión simultánea de las dos manos, sea que un ayudante le desvíe lateralmente por medio de un catéter metálico introducido hasta el fondo de la matriz, se puede llegar á explorar los anejos y las partes laterales del útero; á reconocer el asiento, las alteraciones de forma, volumen y consistencia de la trompa y del ovario, y á estudiar las relaciones del útero con los tumores vecinos ó contiguos.

La castración, la salpingotomía exigen investigaciones preliminares tan precisas como sea posible. El descenso, asociado á la exploración bimanual, constituye el método menos incierto para deducir sobre las condiciones obtenidas del ovario y de las trompas y tomar una decisión operatoria. No se pueden hallar ordinariamente por la exploración bimanual imple.

La palpación recto-abdominal del útero descendido, facilita las investigaciones detalladas sobre la pared posterior; gran presión, también la pared anterior si es necesario explorarla; se dilata la uretra y se introduce un dedo en la vejiga para practicar el tacto véxico-rectal.

Podemos servirnos para dilatar la uretra, lo mismo del dedo que de las bujías graduadas de Hegar, después de ejecutar una ó más incisiones bilaterales ó múltiples en la entrada del meato urinario.

Exploración del útero descendido y dilatado.

Este género de exploración se destina á permitir la introducción del dedo hasta el fondo de la matriz. Esto se consigue con una dilatación previa suficiente. Los principiantes cometen generalmente la falta de probar la maniobra antes de que la dilatación de la cavidad llegue al grado que se necesita.

Así no se puede obtener resultado alguno; y si para completar la dilatación es necesario forzar con el dedo para atravesar el canal uterino, las garras de las pinzas desgarran los tejidos, soltando la presa.

Hay que emplear mucho menos fuerza cuando la dilatación es completa. Hay otra razón por la cual debe dilatarse extensamente. El tacto intra-uterino puede poner al descubierto lesiones cavitarias ó parietales que reclamen una intervención quirúrgica. Aquí es donde interesa sacar provecho de la anestesia y de la dilatación para operar durante la sesión. Aquélla será más fácil; se puede deslizar sobre los lados del dedo los instrumentos necesarios. De otro modo: De otro modo nos podrá dar un resultado contrario la operación; el útero volverá sobre sí mismo, y cuando se vuelva á operar será preciso empezar de nuevo. Cada operador debe, pues, conocer el diámetro del trozo de laminaria ó de esponja, ó el número de Bujías de Hegar que pueda permitir á su dedo el acceso hasta el fondo del útero.

Pero aun cuando se tenga apresado el útero con toda la mo-

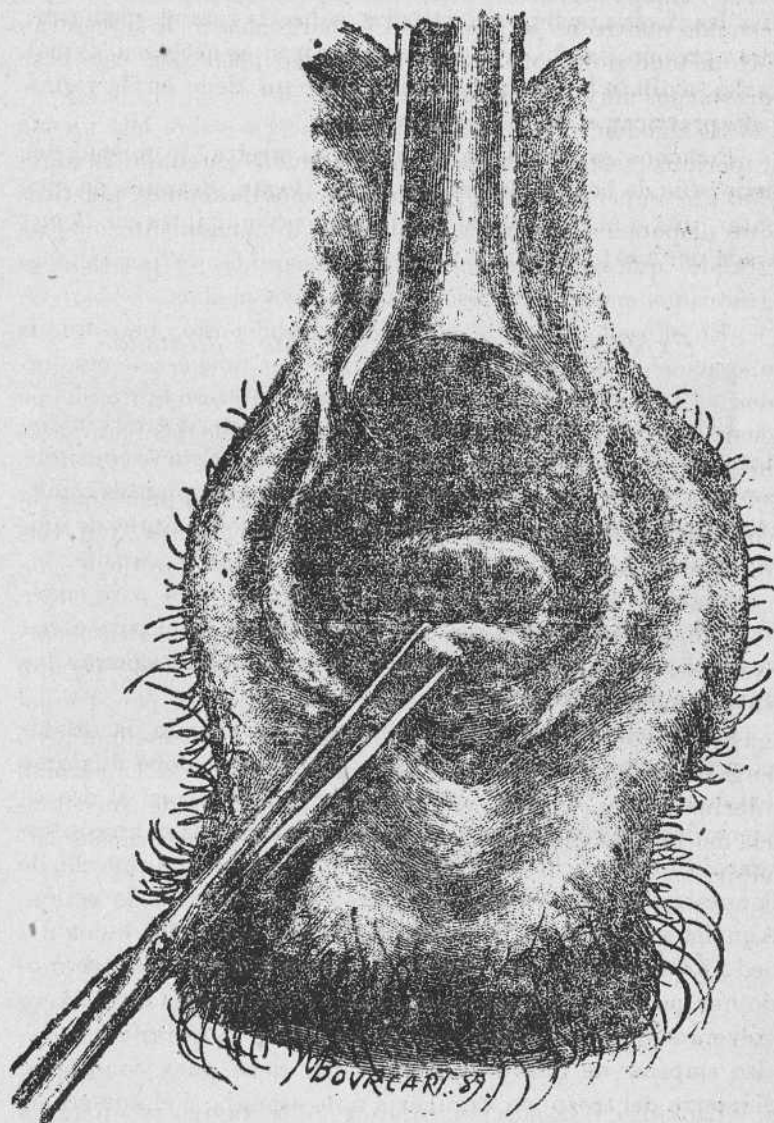


Fig.^a 31.—Dilatación y descenso del útero. El útero muy dilatado está descendido y conducido hasta la vulva.

deración posible, puede ocurrir que el dedo no entre en él, ó que estando dentro no se pueda, sin embargo, hacer lo necesario. Mi método de taponamiento progresivo puede en este caso prestarnos muy buenos servicios.

El algodón impide á la matriz rehacerse sobre ella misma y permite sostener el grado de dilatación obtenido. El algodón fijo imprime en las paredes las modificaciones plásticas que disponen el útero á sufrir una dilatación ulterior más grande, que se puede determinar enseguida, ya por tapones graduados más voluminosos, ya por otros medios.

En el caso en que la entrada sea suficiente, pero que la operación no se haya podido terminar por razones de otro orden, el taponamiento mantiene dilatado el útero tanto tiempo cuanto el tratamiento lo exija, y desinfecta las maniobras hechas y las que se van á ejecutar.

Gracias al prolapsus asociado á la dilatación, podremos reconocer con una gran limpieza todas las afecciones cavitarias ó parietales que dan lugar á las modificaciones de relieve ó de consistencia perceptibles por el tacto.

Fungosidades, induraciones, hipertrofias generales ó particulares, pólipos, fibromas, etc., etc. En combinando el tacto intra-uterino con las exploraciones por el recto y por el hipogastrio, se puede también descubrir los fibromas escondidos ó engastados en la pared, que no pueden salir ni á la cavidad uterina ni á la cavidad peritoneal. La diferencia de consistencia del tejido sano y del neoplasma basta para hacérselos percibir.

Del descenso determinado con un fin operatorio.

Operaciones sobre las paredes vaginales.

La vulva y la porción inferior de la vagina se dilatarán todo lo más ámpliamente posible por medio de las valvas de Simón. El prolapsus uterino no tiene otro objeto que hacer descender é invertir las paredes vaginales. Si la operación in-

teresa la pared anterior (fistulas, colpografia anterior) se puede traer el cuello hacia abajo y volverle hacia atrás contra el periné; si interesa la pared posterior, el cuello deberá rehacerse y colocarse del mismo modo, pero contra la comisura anterior. (Colporafia posterior, colpoperineorafia, etc.)

Una vez terminada la tracción sobre el útero, se puede presentar delante ó en el campo del orificio vaginal la porción de pared que debe avivarse y suturarse.

Nos servimos para la fijación en los avivamientos de pequeñas pinzas de garras colocadas sobre cuatro puntos diametralmente opuestos en la periferia de la zona que se va á avi-

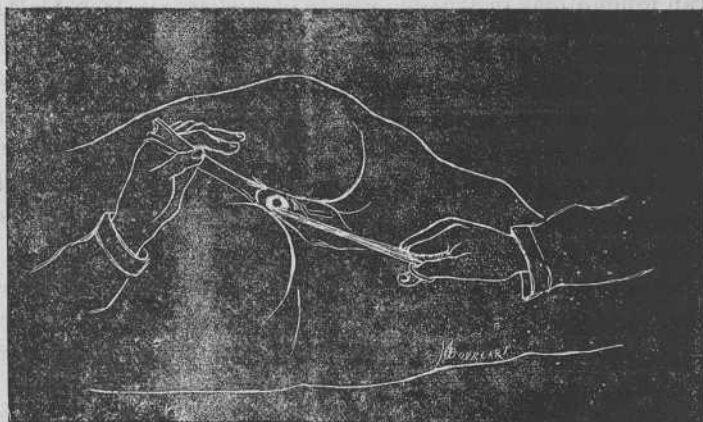


Fig.^a 32.—El útero descendido á la vulva con un fin operatorio (Traquelorrhafia).

var. Dos ayudantes sostienen estas pinzas de tal modo que por la inclinación y la tensión que le den á los tejidos presenten la mayor comodidad al operador. El descenso permite operar como al descubierto; las operaciones de las fistulas, las colporrafias, son de este modo más visibles que en la posición de Sims. Podemos servirnos de instrumentos de tamaño ordinario que son más fáciles de manejar que los largos bisturis y las largas pinzas que se tienen que emplear cuando usamos la posición americana.

Operaciones sobre el cuello y el útero no dilatado.

En la traquelorrafia, en las amputaciones bajas, altas ó totales del útero, es suficiente tirar del cuello directamente hacia abajo, y deprimir el periné con una sola valva, corta ó larga, de bordes levantados, presentando del lado del útero una escotadura que permita atraer el cuello cerca del operador. Los elevadores ordinarios sirven para descubrir, de costado ó hacia arriba, los puntos visibles.

Todas las operaciones que se practiquen sobre el útero serán mucho más ordenadas y más regladas cuando se les desciende que cuando se opera en su sitio.

Se puede constantemente lavar con esponja, irrigar de modo que quite la sangre que impide casi siempre distinguir las partes realmente avivadas de las que no lo están. Es fácil ver los vasos y ligarlos de una manera segura, y si los *culos-desaco* han sido abiertos, la sangre se derramará fuera, pudiendo penetrar en la cavidad peritoneal.

A un grado moderado, el prolapsus facilita el curaje el escobillonaje ⁽¹⁾. El cateterismo en las estrecheces, la penetración de las sondas expansibles y de los dilatadores de todo género y en general todas las operaciones practicadas en el cuello.

Operaciones sobre el útero dilatado.

Cuando la matriz contiene restos del huevo, vegetaciones blandas ó duras, pólipos, fibromas pediculados adheridos ó parietales, es frecuentemente imposible limpiar completamente la cavidad, pasar las asas de hilo alrededor de los pedículos, practicar incisiones para desbridar los tumores, enuclearlos y

(1) Me veo precisado á transcribir así estas palabras que emplea el autor para evitar un gran rodeo que se exigiría para expresar su idea de un modo castizo castellano (N. del T.)

separarlos, si el útero no está dilatado y descendido de modo que el dedo pueda guiar los instrumentos.

Yo pude extirpar dos pólipos que radicaban en la parte

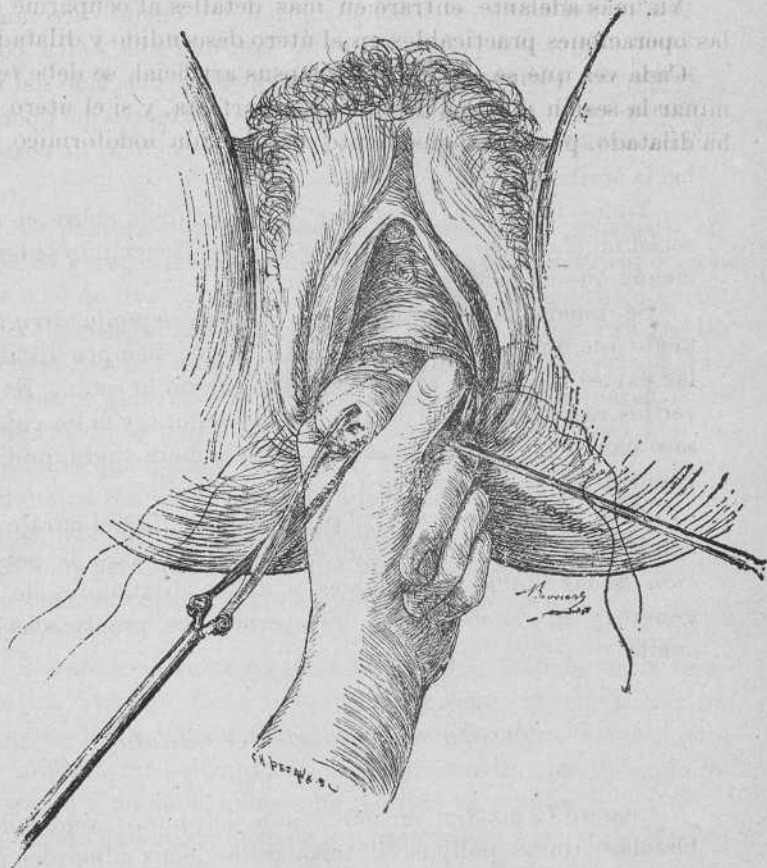


Fig.^a 33.—Prolapsus artificial completo (hysterectomia).

más profunda de la cavidad, provocando dilataciones que dieron acceso á mis dos dedos acompañados de unas tijeras ó de pinzas, y al mismo tiempo determinando un prolapsus á su

grado máximo. Cualquiera que sea la operación que ha de practicarse en el interior del útero, es mucho mejor no emprenderla que dejarla sin terminar, y el mejor medio de evitar esto es llevar el prolapsus y la dilatación á su grado máximo.

Ya, más adelante, entraré en más detalles al ocuparme de las operaciones practicables en el útero descendido y dilatado.

Cada vez que se efectúa el prolapsus artificial, se debe terminar la sesión por una desinfección perfecta, y si el útero se ha dilatado, por un taponamiento con algodón iodoformico

LECCIÓN SEXTA.

EL CURAJE (RASPADO) DE LA CAVIDAD UTERINA

Señores:

La palabra *curaje* expresa de la manera más general la acción de extraer mecánicamente de una cavidad natural ó accidental ó de una superficie enferma los productos patológicos.

El *curaje*, aplicado á la cavidad uterina, se legitima por las mismas razones que justifican el empleo del *curaje* en general.

Que se aplique á los huesos, á los tejidos articulares, á los tumores de la piel ó de las mucosas, la experiencia nos ha enseñado que cuando existen en su superficie ó en su trama productos fungosos, caseosos, incapaces de eliminación espontánea, siendo de naturaleza benigna ó maligna, hace falta quitarlos para que se verifique un trabajo reparador en los tejidos sanos, colocados al descubierto por el *curaje*.

Recamier es quien ha introducido este método en la terapéutica uterina. Él se sirve de un cureter grueso y macizo, después de un cureter fenestrado que aún lleva actualmente su nombre (raro ejemplo de un instrumento, que datando de cuarenta y un años, aún no ha perdido su nombre).

Simón extendió el uso de los curéteres en Alemania, Marión Sims en Inglaterra y en América, y se populariza y se extiende apesar de la oposición de Braun, Scanzoni, Hildebraud. Recamier era un innovador de ingenio; sus instrumentos fueron el espéculum y el cureter; sus operaciones el descenso; la histerectomía vaginal han impreso á la ginecología la impulsión á que debe su transformación.

Extraño es que, apesar de la gran autoridad de su autor,

no hayamos prestado á estos descubrimientos la atención que ellos merecen, sino después de largas peregrinaciones por el extranjero. Sea lo que quiera, el *curaje* ginecológico tiene un origen indiscutiblemente francés.

¿En qué casos se hará el *curaje* del útero?

Siempre que existen en las paredes de la cavidad uterina restos ó proliferaciones que den lugar ya á hemorragias, ya á secreciones abundantes que por su intensidad ó su duración puedan acarrear la extenuación ó la auto-infección.

Indicaciones.

El *curaje* está indicado:

En los neoplasmas malignos (carcinoma, sarcoma);

En la endometritis crónica;

En la endometritis puerperal;

En los sobrepartos y en los abortos desde el momento en que la expulsión del huevo no ha sido completa.

Si una proliferación ó un neoplasma forma un tumor duro y circunscrito, pediculado ó sesil, el *curaje* no debe aplicarse; es preciso en estos casos recurrir á otros procedimientos, como la enucleación, escisión, ablación con el *écraseur* ó el asa galvánica. Los instrumentos que se usan para el *curaje* uterino son la uña, los cureteres y los escobillones.

La uña.

Por do quiera que el cirujano puede, á falta de la inspección por medio de la vista, debe emplear la del tacto, debiendo preferir sus dedos á los instrumentos que se usan á ciegas. Las sensaciones táctiles directas sugieren sobre la forma la disposición y la consistencia de los tejidos patológicos, datos más superiores que los que trasmite un cureter con que reconocemos ó recorremos los mismos tejidos.

La uña que raspa, obra bajo la vigilancia constante de la

yema ó pulpa del dedo, vigilancia que puede á cada instante llegar á ser aún más completa por la contrapresión ejercida con la otra mano.

La uña realiza la completa extirpación de las partes más blandas que el tejido normal, mejor que ningún instrumento; y si al lado de estas partes blandas se encuentran tejidos cuya consistencia excede de la del tejido normal, el dedo los descubrirá y podrá servir solo ó con la ayuda de tijeras á su enucleación y á su separación.

No se debe usar la uña más que cuando es posible el descenso de la matriz ó se puede introducir la mano en la vagina, estando la matriz dilatada en un grado suficiente.

Desde que empieza el raspado en el interior de la matriz deberá la enferma estar anestesiada. Tiene para cada mano una zona inaccesible, porque no se puede raspar más que las superficies que miran á la palma de la mano. Esta zona comprende un cuarto de circunferencia, colocado á la izquierda para la mano izquierda y á la derecha para la mano derecha. Un raspado completo del útero con la uña necesita por consiguiente el uso sucesivo de ambas manos.

Curéters.

Los *curéters* son instrumentos de acero montados sobre sus mangos. La extremidad en cuchara es redonda, elíptica ó prolongada; unas veces son macizos, otras agujereados ó calados. Los bordes varían: unos son de corte agudo y otros de corte obtuso. Los *curéters* cortantes sirven para separar los tejidos que presentan ciertas adherencias y para quitar los pedazos de mucosa alterada. Los *curéters* sin filo cortante se emplean para operar en los casos de ligeras adherencias, más fáciles de separar; como por ejemplo las fungosidades friables y los restos del huevo casi despegados. El práctico ejercitado se servirá siempre de *curéters* cortantes, con los cuales obrará con más ó menos intensidad, según la consistencia y las adherencias de los tejidos que ha de extirpar. Los grandes *curé-*

teres de bordes paralelos convienen para raspar á grandes cortes toda la extensión de una ó de las dos paredes.

En los cuernos uterinos, en las regiones laterales, en las aufractuosidades de una ulceración, se emplea con más ventaja las cucharas de pequeñas dimensiones.

Mr. A. Reverdin ha mandado construir un cureter, cuyo mango está perforado en toda su longitud, sirve de cánula de modo que puede hacerse el raspado bajo una irrigación continua.

Manual Operatorio.

Tres cosas hemos de tener presentes para determinar el límite del raspado, ó sea hasta donde hemos de llegar en esta operación:

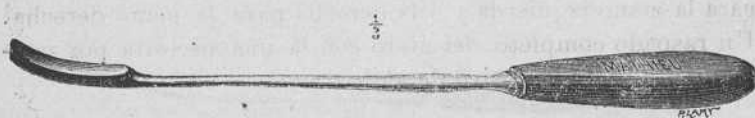


Fig.^a 34.—Cureter de Récamier.

- 1.^a La resistencia encontrada;
- 2.^a El ruido que se percibe, y
- 3.^a El carácter ó aspecto de los residuos.

La mano percibe muy claramente cuando la cuchara encuentra algún tropiezo ó arrastra alguna cosa, y cuando se resbala ó se desliza sobre una superficie sin penetrar en ella. La blandura y la friabilidad de los tejidos patológicos nos dan sensaciones muy diferentes de las que nos trasmite el contacto de los tejidos normales. El raspado de masas blandas comunica á la mano vibración suave y vaga; el de los tejidos sanos produce una verdadera crepitación que se percibe por el oído.

El cirujano debe aplicar el cureter con sumo cuidado siempre que opera en la cavidad uterina, pues si sus pared

reblandecidas á causa de metritis crónicas ó degeneraciones cancerosas, cualquier esfuerzo puede perforarlas.

Nosotros hemos observado muchos casos de perforación uterina producida por el *curetaje*, si bien alguno de ellos no han sido mortales.

A medida que los residuos se van separando, descienden sobre el orificio y es preciso reconocerlos y examinarlos. A la simple vista se reconocerá su naturaleza; y si el diagnóstico fuera dudoso, puede uno servirse del microscopio. Cuando las partículas sólidas formen con la sangre una masa informe, se recoge todo en un vaso lleno de agua y se limpia, valiéndose del batido; este es el mejor medio para desplegar los pedazos de mucosa recojida y para aislar las partículas sólidas mezcladas con la sangre y las secreciones.

Escobillonaje.



Fig. 35.—Cureter de Sims.

Las fungosidades muy blandas, los tejidos despegados, pero sin embargo unidos por simple superposición, las capas lardaceas, las secreciones viscosas, se pueden separar á beneficio de un lavado hecho con algodón, colocado en una pinza ó en un tallo metálico, como el porta-algodón de Playfair.

Yo me sirvo de fósforos de madera: la extremidad fosfórica se corta y pongo el fósforo en medio de un pedazo de algodón más ó menos cuadrado y le envuelvo alrededor del palito, debiendo el algodón sobresalir un poco de las extremidades para que forme como un pincel suave.

Este es el escobillón, que si bien es sencillo, nos da buenos resultados, y su principal ventaja es el poder preparar muchos para no usar dos veces el mismo. Este evita las manipulacio-

nes sucias que hay que hacer para colocar el algodón en el instrumento de Playfair; una pluma de ganso, provista de sus barbas, puede también prestarnos excelentes servicios.

Mr. Doleris ha introducido en la terapéutica uterina una brocha de crin parecida á los limpia-pipas ó limpia botellas; las barbas de la brocha varían en longitud y fuerza. Este instrumento, que es excelente para operar la limpieza de los residuos libres, es susceptible también cuando la brocha es ruda ó áspera de lacerar los tejidos fungosos ó friables; puede uno servirse de él en muchos casos en sustitución del cureter ó servir á éste de complemento.

Cuando la matriz está ya irrigada y brochada podemos estar seguros de su limpieza.

La maniobra consiste en meter y retirar muchas veces el escobillón, revolviéndole sobre sí mismo y dirigiéndole ya hacia un lado, ya hacia otro, procurando que siempre llegue hasta los cuernos uterinos.

Del curaje en los neoplasmas malignos.

Empleando solo el *curaje* en los neoplasmas uterinos, no podemos obtener más que resultados paliativos.

Empezamos porque es extremadamente pequeña la proporción de enfermas que consultan al médico en una época en que el carcinoma ó el sarcoma están aun bastante limitado para poderse extirpar enteramente; y después porque el *curaje* no puede extraer más que las partes blandas de esos neoplasmas; es decir, las partes superficiales que están en vías de desintegración. La base sobre que descansan las partes blandas, es en general dura, escirrosa. Verdaderamente se puede extraer esta base por enucleación ó por medio de la uña y de la tijera; pero cuando se queda desembarazado el útero de estas partes duras, quedará aún en su periferia una tercera zona, que no es ni más dura ni más blanda que el tejido normal, y que sin embargo está infiltrada de un semillero de células malignas. Esta tercera zona, que es la que reproduce los elemen-

tos cancerosos más jóvenes y más vivaces, no es susceptible de desaparecer por el *curaje*.

Por superficial que sea una ulceración cancerosa, es menester no olvidar que esta ulceración no es más que uno de los frentes de un tumor circunscrito ó de una infiltración difusa, y que todo lo demás de este tumor existe en el interior de la pared uterina. El daño resulta más bien de las reproducciones que vienen desde la profundidad que de los productos mortificados en la superficie.

El *curaje* de los neoplasmas malignos se hace con el cureter cortante y con la uña. Por minucioso y completo que pueda ser el raspado con el cureter, no se penetra con él en las anfractuosidades de la ulceración con tanta seguridad como con la uña. Además la acción repetida de la uña sobre un mismo punto consigue escindir las partes duras, disociarlas y determina su enucleación. Es preciso recurrir finalmente á las tijeras para completar la acción de la uña y para preparar los bordes y el fondo de la superficie raspada.

Un *curaje* curativo no es aplicable más que en el cancer que es superficial y limitado, es decir, cuando existe alrededor del neoplasma cierto espesor de tejido que se supone sano. El cureter prepara el terreno para recibir las aplicaciones caústicas, que determinarán una cáscara bastante profunda para destruir la parte más periférica de la infiltración.

En donde la extirpación ó la completa destrucción del cancer no es fácil, es preciso recurrir á un *curelaje* paliativo bastante á separar los tejidos mortificados y granugientos en los cuales se producen las hemorragias. Separarse de esto es exponerse inútilmente á *perforar las paredes* y á provocar la aparición prematura de las perforaciones y de las fístulas.

El curaje en la endometritis crónica.

El tratamiento de la endometritis crónica es uno de los problemás más complejos de la ginecología.

Parecía que debía obtenerse una curación completa y rápida en la endometritis aplicando directamente en la matriz tópicos sólidos y líquidos. Por esto se recurría como lo más conveniente á las inyecciones, á la introducción de pomadas, á los glicerolados, á pedazos de lapiz de nitrato de plata, etcétera; pero no tardó en conocerse que la endometritis se hacía por lo regular rebelde á todos los tratamientos ó se obtenían de estos procedimientos alivios muy pasajeros seguidos de recidivas inevitables.

Hoy día el curaje es el que está á la moda. Yo conozco dos prácticos que son víctimas de una verdadera curomanía.

Cualquier caso afortunado les ha enloquecido de tal modo que hacen el raspado á toda mujer, aunque presente síntomas de un catarro uterino y aunque esté en un estado más ó menos agudo. He visto los resultados de esta práctica brutal, que son bastantes para desacreditar un método, que si se aplica con arreglo á sus indicaciones racionales, constituye la más eficaz de las intervenciones, por más que no sea infalible.

Esto, señores, nos hace distinguir muchas formas y muchos grados en la endometritis. Ni la endometritis aguda ni la subaguda deben ser tratadas por el curaje. Estos estados se combaten por el reposo y por una terapéutica puramente antiflogística, resolutive y calmante. El curaje no es aplicable más que á ciertas formas, francamente crónicas que se resisten á los otros tratamientos.

La inflamación crónica determina las alteraciones de textura de la mucosa, que son el punto de partida de las proliferaciones, ya del tejido conjuntivo (endometritis intersticial) ya del tejido epitelial (endometritis parenquimatosas). Cuando la proliferación se hace del lado de la superficie, da lugar á las granulaciones, á las vellosidades y á diversas vegetaciones. Cuando se produce por parte de su profundidad, la mucosa aumenta de espesor y los tumores hiperplásicos penetran frecuentemente hasta en la capa muscular. La endometritis crónica puede también determinar la atrofia y la esclerosis de la mucosa. La forma atrófica de la endometritis se observa en to-

das las edades como terminación de las endometritis agudas intensas.

Esta es la forma ordinaria que toma esta afección: la mujer manifiesta los signos de un catarro intenso, pero en los sujetos de edad los vasos de la mucosa pueden llegar á dilatarse hasta romperse, y entonces las hemorragias persistentes pueden hacer creer la existencia de un cancer ó de fibromas.

Cualesquiera que sean los caracteres histológicos de las alteraciones de la mucosa, estamos llamados á intervenir enérgicamente desde el momento en que se producen estas hemorragias y estos flujos catarrales ó purulentos, pues debilitan á las enfermas, paralizan su actividad y concluyen en general por afectar su moral.

Yo considero, sin embargo, el raspado como el último recurso ó como extremo recurso del tratamiento.

La inflamación crónica en general procede de la aguda, que es de origen virulento; los virus que más ordinariamente penetran en el aparato genital son: el blenorragico, el puerperal y un tercero más común y menos específico que es el virus catarral. Los tres son capaces de determinar las endometritis que pueden pasar al estado crónico; pero mientras que el virus blenorragico y el virus puerperal dan lugar á síntomas muy agudos que sirven de dato para señalar la época de la invasión, el virus catarral se asienta generalmente sobre la mucosa de una manera más oscura.

Sin embargo, sabemos que la distensión de una cavidad por retención de líquidos que han debido salir (stenosis) que las desgarraduras que exponen la mucosa vaginal á la acción del aire libre (desgarros del periné) ó la mucosa uterina en la vagina (laceración del cuello) favorecen la implantación del virus catarral, que no es fácil se pueda instalar y desenvolverse sobre las mucosas intactas.

Si se pueden descubrir las primeras causas de una endometritis será necesario tenerle en cuenta para el tratamiento y no limitarse á separar mecánicamente una mucosa enferma que será reemplazada por otra que no tardará en formarse. Yo os citaré un ejemplo sacado de mi práctica para hacerme comprender.

Hace algunos meses vi á una señora que presentaba unas laceraciones bilaterales profundas del cuello; los dos labios estaban en ectropión.

Esta enferma hacía relación de todas las enfermedades que relacionaba como causa de la laceración; tenía pérdidas abundantes durante el periodo menstrual, y constantemente, aunque en pequeña cantidad, en los intervalos. Como la mucosa cervical erosionada daba sangre en el momento del examen, no busqué otras causas de estas hemorragias.

Hice la operación de Emmet. Una vez terminada, teniendo separados los labios, fuí grandemente sorprendido al ver en la parte superior de la cavidad corporal unas fungosidades que tapizaban en toda su extensión la pared.

Ya había avanzado mucho para retroceder; tampoco juzgué prudente complicar la traquelorrafia con el raspado.

Entonces reuní los labios en coacción perfecta y los suturé herméticamente. Al cabo de ocho días retiré los hilos de sutura, y la reunión era completa; estoy persuadido que hubiera tenido que volver á ver esta enferma para tratar su endometritis fungosa; pero yo quise esperar después á las reglas, que se presentaron al cabo de quince días; se produjo después un verdadero flujo *loquial*. Las segundas reglas cuatro semanas después y desapareció el flujo loquial. Cinco meses pasaron después y la enferma se encuentra perfectamente bien; sus ménstruos son normales, sin más pérdidas, de modo que la endometritis ha curado perfectamente sin necesidad del curaje.

Laceración, ectropión, inoculación del virus catarral, inflamación de la mucosa cervical, después, por extensión de la mucosa corporal, producción de vegetaciones sobre estas mucosa; tal había sido el encadenamiento etiológico de esta endometritis fungosa.

La reparación de la sesión primitiva bastó para atraer la regresión de los productos mórbidos y de la infección que los había producido.

No se podrán sacar de un caso solo conclusiones generales. Sin embargo, de aquí podemos deducir que cuando la causa de una inflamación puede ser reconocida, es preciso tenerla en cuenta para el tratamiento.

La laceración es una de las puertas de entrada de la endometritis. La ignorancia de esto ha inducido frecuentemente al médico á contentarse con considerar los síntomas inflamatorios post-puerperales como una sub-involución, término muy ingenioso pero que no explica gran cosa.

La constricción da también lugar á una endometritis susceptible de afectar la forma fungosa y granulosa.

El diagnóstico de las variedades de endometritis no presenta ordinariamente grandes dificultades cuando se ha dilatado suficientemente para poder practicar el tacto intra-uterino. Sin embargo, yo he tenido casos en que me he visto obligado á tener que hacer la inspección directa de la cavidad.

Para poder pasar del grado que separa una dilatación que nos sirve para verificar el tacto á una que nos permita ver, yo recurro al método del taponamiento progresivo. *Yo me conformo con dilatar lo suficiente para poder introducir mi espéculum intra-uterino y para poderlo abrir con facilidad.* Por una sucesión de inspecciones parciales se llega cómodamente á reconocer el carácter y el sitio ó el asiento de las lesiones. Aquellos que son proominentes en la cavidad, son cómodos y fáciles de comprobar; pero si son producidos en el espesor de la mucosa ó en la capa profunda, las lesiones son menos evidentes; sin embargo, el aumento de volumen, la congestión, la hipersecreción se manifiesta enseguida á un dedo ejercitado, pero mejor aún á la vista cuando se sirve del espéculum.

La dilatación que pone de manifiesto las superficies permite un raspado mucho más completo. Sosteniendo esta dilatación se puede vigilar la formación de la nueva mucosa é influir en ella en un sentido favorable por medio de los tópicos, para lo cual no hay mejor vehículo que el algodón mismo de que nos servimos para hacer el taponamiento ó la dilatación.

La endometritis crónica debe ser combatida en su causa primitiva, y para esto se empleará el *curaje* con uña ó con *curreter*, con los cuales se podrá separar toda la mucosa ó extirpar todas las proliferaciones más adherentes. El *escobillonaje* servirá cuando estas proliferaciones sean blandas y friables.

La ablación completa de una mucosa, uniformemente de-

generada, se hará con un *cureter* largo, de bordes paralelos y cortantes (véase fig.^a 33).

Se sujetará de tal modo que apoye todo un costado contra la pared para que corrience la operación. Una vez empezada se continuará hasta rasparla completamente.

Se podrá ejercer contra-presiones, ya por el recto, ya por la pared abdominal. El prolapsus por un lado y la contra-presión por otro, asegurarán bastante fijación al útero para que el filo del *cureter* pueda morder.

Es bueno recoger todos los pedazos desprendidos y meterlos en agua para que se reblandezcan y se desdoblen; en adicionando sus superficies ó uniendo unos pedazos á otros, se juzga si la suma de ellos representa bien toda la extensión de la mucosa.

La endometritis crónica inveterada, sin producción de vegetaciones y proliferaciones, es á mi juicio la más difícil de curar por el mismo raspado.

La ablación completa de la mucosa deja intacta la parte profunda de los *culos-de-saco* glandulares. Procede de su epitelium enfermo una proliferación que comunica á la nueva mucosa los nuevos caracteres patológicos de la antigua.

La endometritis suele tener más ó menos recidivas; pero en razón del alivio que se experimenta desde la primera sesión de raspado, las enfermas consienten voluntariamente en una segunda y también en una tercera operación. Yo terminé por curar de este modo dos mujeres que venían sufriendo, la una diez años y la otra tres y medio, una endometritis crónica, las dos de origen blenorragico.

Después del raspado hago una irrigación con la solución de sublimado al milésimo y un taponamiento con el algodón iodoformico ó con salol, que dejo fijo durante cuarenta y ocho horas; cada dos días hago el *escobillonaje* de la cavidad con la solución de sublimado al 5 por 1000 y renuevo el taponamiento.

El taponamiento intra-uterino es un poderoso modificador de la mucosa de nueva formación.

El iodoformo ó el salol obran sobre el principio mismo de

la inflamación, y el algodón ejerce sobre los productos extravasados una compresión saludable.

El primer síntoma que indica la recidiva es la vuelta de las hemorragias y de las secreciones anormales.

El primer periodo que sigue á la operación falta generalmente. El segundo es de ordinario normal, y de este modo siguen si la curación es completa y definitiva.

Si las menstruaciones subsiguientes se presentan muy abundantes, si se producen pérdidas inter-menstruales, se puede presumir una recidiva. De que yo me apercibo de la recaida, hago dos veces por mes en la cavidad, convenientemente dilatada, una aplicación de la solución de nitrato de plata al 1 por 30. Dos veces he conseguido de este modo curaciones definitivas, que dos meses antes de la operación me parecían dudosas. La tintura de iodo no me ha dado tan buenos resultados.

Del raspado en la endometritis puerperal.

A pesar de que el tratamiento de las complicaciones inmediatas al parto son más bien del dominio de la obstetricia, para completar estas lecciones os daré algunos datos del raspado en la endometritis puerperal.

La putridez, invadiendo la gran superficie que resulta del desprendimiento de la placenta y de sus membranas y las erosiones determinadas por el paso del feto, constituyen el origen y el foco de la infección puerperal.

Este foco de infección es tanto más peligroso cuanto que el útero está en las condiciones de vascularización que favorecen las absorciones rápidas de los productos sépticos.

Tratar de cambiar la naturaleza de estas heridas, desembarazándolas de los tejidos mortificados que las emponzoñan por medio del raspado, del lavado con líquidos antisépticos enérgicos y el relleno enseguida de una cura oclusiva, antiséptica también, que haga las veces de un *drainaje*, constituye el tratamiento más enérgico y más seguro de un estado ordinariamente mortal.

Sin duda el cuadro no es siempre tan negro; tiene muchas graduaciones según la infección; pero cuando la ascensión del termómetro, los escalofríos, los síntomas de peritonitis ó de infección general anuncian una de las formas graves de la infección puerperal, es preciso tocar todos los resortes lógicos y desplegar una terapéutica enérgica y eficaz.

Procedimiento operatorio.

La enferma se anestesia y entonces raspo enérgicamente en toda la extensión de las paredes con un *cureter* grande sin corte agudo. Él basta para separar las masas friables, pulposas, sin exponerse á maltratar la pared uterina, que está con frecuencia reblandecida é infiltrada.

Una vez terminado el raspado, hago una irrigación con la solución de sublimado al 1 por 1000; empleo el *escobillonaje* y luego obturo la cavidad con algodón iodofórmico.

Cuando la infección es menos intensa me contento con la irrigación, el *escobillonaje* y la obturación.

Cada veinticuatro horas se renueva la cura.

He visto á algunos que después de terminar estos procedimientos han recurrido á una terapéutica activa á la menor elevación termométrica; no sé cómo recomendaros lo bastante que de ningún modo los imiteis.

Los partos están sujetos á pequeños movimientos febriles determinados por causas ligeras y es necesario saber distinguir éstas de las primeras manifestaciones de una infección grave.

Del raspado en la retención de la placenta y de las membranas del hueco.

El aborto en las seis semanas primeras no difiere mucho de una menstruación abundante y dolorosa; el producto de la concepción pasa ordinariamente desapercibido; la realidad misma

del embarazo es casi siempre dudosa; por otro lado la superficie de inversión y el óvulo son de pequeñas dimensiones; los accidentes de retención son raros y poco pronunciados y no tienen caracteres bastante especiales para diferenciarlos de una afección ligera del endometrium.

A partir de este primer periodo, en donde el aborto es más ó menos latente hasta cerca de la mitad del tercer mes, el huevo sale generalmente todo entero; algunas veces, sin embargo, se rompe y sale el contenido, quedando dentro la envoltura vacía.

En el aborto que se produce de los tres á los cuatro meses, el trabajo determina la formación de la bolsa de las aguas que después se rompe; el feto es expulsado; pero ya sea por la conexión entre los tejidos maternos y ovulares, ya por su intimidad grande, ya porque las contracciones no se producen con bastante intensidad y bastante frecuencia, el desprendimiento y la expulsión de las secundinas sufren frecuentemente retrasos considerables y algunas veces no se efectúa del todo.

Cuanto más se acerca á su término el embarazo es más completo el trabajo; es decir, el parto tiende á terminar de una manera más normal por la expulsión espontánea y á tiempo, de las partes completamente enteras.

Si la mujer que para ó aborta está asistida por una persona ilustrada, una intervención oportuna, relativamente sencilla, acabará la expulsión de los anexos.

El útero está muy dilatado en proporción del asiento de la placenta y del grado de adherencias, y según también la capacidad del útero, el *curaje* se practicará con la mano, con los dedos ó con instrumentos especiales; pinzas, curéters, etc.

No es mi ánimo entreteneros con el raspado obstetrical. Debemos ocuparnos de los casos en que, no verificándose de una manera normal la expulsión de la placenta y de sus anejos, somos llamados á intervenir después de tiempo más ó menos largo, porque la enferma pierde sangre ó se le han presentado accidentes febriles.

Antonio Dubois dice: «en tanto que una mujer no ha terminado el alumbramiento ó ha parido.»

Según esto una mujer que tiene hemorragias, porque todas ó parte de las secundinas quedan aún en la matriz después de la expulsión del embrión ó feto, es una mujer que no ha acabado de parir.

Todos los medios hemostáticos no pueden ser más que paliativos; sólo la terminación de lo que la naturaleza ha dejado por acabar es lo curativo, y esto es la extracción del resto del huevo. Según esto, y apesar de las protestas de muchos contrarios, en ciertos casos no hay duda que el *curaje* uterino, por medios é instrumentos apropiados, satisface la indicación precisa é imperiosa que se busca.

Las complicaciones que se presentan después de la retención prolongada de las pares son dos: la hemorragia y la infección, sobreviniendo separadas ó simultáneamente.

La hemorragia se produce por los vasos mismos de los tejidos aprisionados que conservan las relaciones vasculares contraídas con la circulación maternal ó por los de la mucosa uterina congestionada é inflamada por el solo hecho de la presencia de las pares no eliminadas.

De la infección que sobreviene inmediatamente después del parto nos hemos ocupado ya; tiene caracteres propios que hacen de ella una entidad clínica especial. La infección que se manifiesta después de muchas semanas en que el útero ha vuelto ya en parte sobre sí mismo, es la menos grave. La cantidad de estos tejidos no juega aquí sino un papel secundario; la intensidad de la infección depende sobre todo del grado de virulencia y del contagio ó ingerto.

La hemorragia se presenta de maneras bien distintas.

Es súbita y profusa ó continúa, pero poco abundante.

Ya sigue inmediatamente después de los derrames ó flujos del parto, ya no se presenta sino después de estar en sus ocupaciones normales ó después de mucho más tiempo.

Estas circunstancias explican por qué las enfermas cuando vienen á nosotros son frecuentemente obligadas porque han tenido un mal parto que habrá sido tanto más fácil cuanto

más cerca del principio del embarazo haya tenido lugar el aborto.

Las preguntas sobre la marcha de sus reglas nos llegan á descubrir lo que ya pasó y se ayuda á su memoria.

Estas hemorragias no amenazan siempre la vida de las enfermas, pero las condenan á la inacción, ocasionando las anemias más graves, y no cesando (y este es el punto importante) hasta que la matriz se desocupa.

Cuando sigue el flujo cierto tiempo después del parto, el útero no está más dilatado generalmente; pero es más fácil de dilatar; está blando, sus paredes ceden y basta comunmente asirle con las pinzas para abrir los labios é introducir el dedo hasta el orificio para penetrar así lentamente y sin violencia hasta llegar al fondo.

Si la resistencia es muy grande, se obtura la cavidad con algodón iodofórmico; al cabo de algunas horas ó al día siguiente se verifica una nueva tentativa. Si apesar de esto no se consigue, se anestesia á la paciente y se usa la sonda de Hegar. La dilatación es entonces posible hasta para la admisión holgada de un dedo. Si es necesario precipitar la dilatación porque la abundancia de sangre lo exija, debemos valernos de todos los recursos, no abandonando el cateterismo progresivo según Hegar. El mejor *cureter* es la uña; para esto, pues, no se pierde tiempo tocando sitios normales que no han sido el asiento de las pares.

El raspado con la uña ó con el cureter es la base del tratamiento de estas hemorragias, tanto más cuanto que es una terapéutica antiséptica local que juega el papel principal cuando tenemos que combatir los accidentes de la infección post-puerperal; el raspado intervendrá inútilmente si no ha tenido lugar la separación de la superficie uterina de los tejidos mortificados que están alimentándola de elementos virulentos.

Por lo demás yo tengo observado que el raspado es á veces impotente para extraer completamente la placenta adherida, sobre todo las que son pequeñas. Yo hice un día el raspado, observando con exactitud todas las reglas en una matriz de una

mujer que decía había abortado dos meses antes; me resolví á hacer el raspado; hasta por la cantidad pude creer que la limpia era completa. Al día siguiente y después de un verdadero trabajo expulsó espontáneamente una mitad del disco placentario. Este trabajo, á mi juicio, fué debido y determinado no por el raspado, sino por el taponamiento uterino que yo le puse después.

Desde esta época no he recurrido al raspado más que en casos de hemorragias ó de infección grave; no habiendo ésta, el *escobillonaje*, la irrigación con la solución de sublimado y la cura iodofórmica intra-uterina.

El algodón con que relleno el útero ayuda al desprendimiento definitivo de los anexos ó restos del huevo y provoca un trabajo efectivo que los expulsa.

La aplicación de mi método para provocar la expulsión de los restos del huevo, ha hallado, me parece, la aprobación de Mr. Dürsen, lo mismo que el taponamiento iodoformado para el tratamiento del útero ha encontrado la de Mr. Fritsch; yo no puedo menos de regocijarme de que mi método y mi procedimiento se generalicen, pero encontraría más en razón que estos señores no se apropiasen enteramente la prioridad de cosas que yo tengo hechas y descritas mucho tiempo antes que ellos.

El efecto del taponamiento en la marcha de la infección es de una eficacia que me parece segura.

Tanto en la Maternidad como en la Policlínica y en mi práctica privada he asistido un gran número de metritis puerperales.

Después que asocio el taponamiento á las inyecciones he obtenido resultados mucho mejores que otras veces que usaba las inyecciones intra-uterinas solas.

No puedo dejar este punto sin repetiros mi opinión sobre la conducta que debe seguir el médico cuando se encuentra á la cabecera de una mujer que ha abortado.

De tal modo que la supresión del desarrollo, lo mismo que la separación del huevo, no pueden ser consideradas como de-

finitivas y ciertas, debiendo abstenerse de toda intervención manual ó instrumental, recomendando el reposo más absoluto y administrando la morfina en inyecciones subcutáneas.

En la ausencia de síntomas graves debe igualmente atenderse á una prudente y constante vigilancia; pero si la enferma pierde mucha sangre, si el trabajo es intermitente y sin resultados positivos durante los días y las semanas, no debemos dejar agotar las fuerzas con dolores estériles que volviéndola demasiado débil no la permitan en mucho tiempo concebir ni llevar á su término los embarazos ulteriores.

El feto ó el huevo deben extraerse desde el momento que pueden ser un foco dañino ó peligroso para la madre.

La extracción completa de un huevo muerto y retenido necesita un *curaje* uterino. Se introduce una esponja iodoformada en la matriz, en la cavidad cervical. La esponja conviene más que otros medios de dilatación porque no lesiona el huevo, haciendo muy posible se pueda extraer entero.

Después de ocho ó diez horas, si se puede introducir el dedo en la cavidad uterina, se administra el éter, se desciende el útero y se desprende el huevo de la pared.

Si se rompe será menester expulsar el feto, extraer sus cu biertas y la placenta. Es preciso no dejar resto ninguno en la cavidad uterina y terminar por completo la evacuación del útero en la misma sesión. Cuando no se puede conseguir esto se practica con todas las precauciones necesarias el taponamiento del útero después de haberle irrigado y *escobillonado*.

Los resultados de esta extracción, practicada con todas las precauciones necesarias, y no mediando ningún estado virulento preexistente, son ordinariamente muy benignos; es necesario, sin embargo, tener á las enfermas en reposo durante quince días por lo menos.

LECCIÓN SÉPTIMA

DE LA DISLACERACIÓN DEL CUELLO Y DE SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.—OPERACIÓN DE EMMET Y DE SCHROEDER

1.—Operación de Emmet.

Señores:

La operación cuya técnica voy á exponeros es una de las más recientes y una de las que debemos al genio de los ginecólogos americanos. Debe á la vez considerarse como una de las más importantes y de las más útiles.

La lesión á que más generalmente se aplica es una de las complicaciones más frecuentes de los partos. Por el solo hecho de pasar la cabeza fetal, el útero sufre muchas veces desgarros más ó menos extensos. Estas lesiones tienen generalmente una tendencia á repararse espontáneamente durante la involución del útero; pero en un buen número de casos persisten y dan lugar á las lesiones que los prácticos observan frecuentemente y son la inversión y la *laceración del cuello*, el ectropión de sus labios y consecutivamente la endometritis crónica cervical y corporal.

La laceración del cuello es la consecuencia de un trabajo laborioso ó complicado. Se puede resumir en los siguientes importantes factores:

- 1.º Cabeza voluminosa;
- 2.º Aplicación del forceps;
- 3.º Introducción de la mano en el útero durante el trabajo;

4.º Rigidez del cuello;

5.º Parto precipitado.

El empleo del forceps y el parto precipitado son, á mi juicio, las causas que producen con mayor frecuencia la lesión que nos ocupa.

Esta lesión se manifiesta por síntomas subjetivos antes que el ginecólogo pueda comprobarla de una manera objetiva. Dos

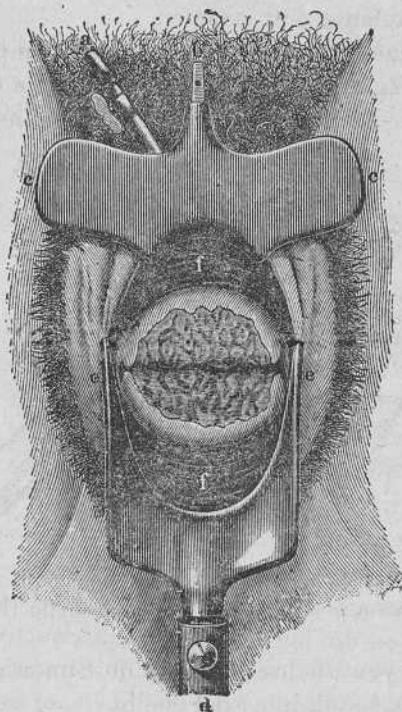


Fig.^a 30.—Desgarro doble del cuello con degeneración quística de los labios.

ó tres meses después del parto, y cuando el tiempo ha hecho desaparecer todas las consecuencias normales de la expulsión fetal, la mujer sufre síntomas que llaman seriamente su atención; las reglas están aumentadas. Frecuentemente se observa un flujo sanguíneo fuera de las épocas menstruales ó después

del coito; la marcha es difícil, y las enfermas acusan mayor sensación de peso que en las afecciones uterinas. Existe un derrame purulento y frecuentemente sanioso, que es producido por la superficie uterina vulnerada. En interrogando á las enfermas con cuidado se descubre por lo general que inmediatamente después de la expulsión del feto se produjo una abundante hemorragia.

Todos estos síntomas son más que suficientes para necesitar un reconocimiento ó un examen.

Es absolutamente necesario, para poder comprobar bien la extensión de la laceración cervical, examinar la enferma en la posición de Sims, y aún sería mejor en la genu-pectoral. Se

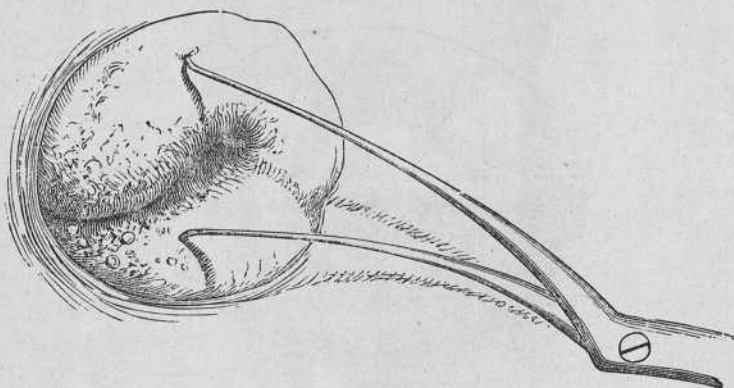


Fig.^a 37.—Laceración del cuello presentado por medio de un tenáculo doble que permite separar los labios del cuello. (Emmet.)

eleva el periné con una valva larga de Simón ó de Sims de modo que abrace la totalidad del cuello.

Este está voluminoso, la regresión uterina es incompleta y se observa generalmente cuando la afección ha tenido mucha duración los folículos de Naboth hipertrofiados. Las desgarraduras se presentan de formas variadas. Estas formas pueden revestir tres tipos principales: la dislaceración semi-lateral, bilateral y estrellada.

En el primer caso la rasgadura se encuentra sobre una de las extremidades de un diámetro. Frecuentemente es aquel en que la cabeza ha franqueado el orificio.

Se presenta la cabeza generalmente en la posición O. I. izquierda anterior, y por esto se observa comunmente una desgarradura más profunda á la izquierda y hacia delante, ocasionada por el opicupcio, y otra menos profunda á la derecha y hacia atrás ocasionada por el mentón. Insisto en que para darse cuenta perfectamente de la extensión de la lesión, es preciso emplear el espéculum de Sims ó de Simón. La posición francesa no permite sino muy difícilmente abrazar la totalidad del cuello, que siempre está hipertrofiado.

Valiéndonos del tacto, se nota que el orificio no está más cercado por el rodete circular de los labios, pero presenta lateralmente las escotaduras, que prolongan más ó menos altas hacia las inserciones vaginales.

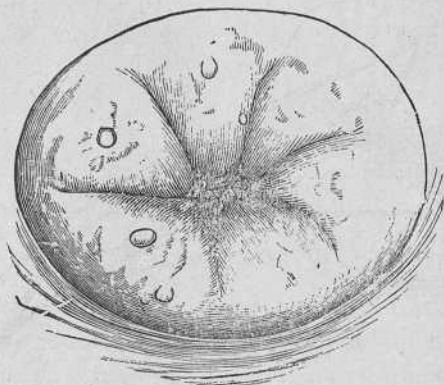


Fig. 38.—Laceración múltiple ó estrellada. (Emmet.)

Los labios que resultan de la desgarradura están rojos y desprovistos de su epitelium; su superficie sangra con facilidad y está fungosa; existe con frecuencia una eversión, una especie de ectropión de la mucosa uterina que los retrae hacia la cavidad uterina ó hacia el lado de la vagina.

Para comprender bien la lesión y el tratamiento quirúrgico que se la puede aplicar, es necesario asir con un tenáculo cada uno de los labios de la herida y ponerlos en contacto, restabliendo de este modo la forma normal del cuello uterino. En ciertos casos, sin embargo, la dislaceración es muy extensa y los labios están muy hinchados para que sea posible obtener este resultado.

Yo no os diré más que algunas palabras sobre el diagnóstico diferencial. Esta lesión es una de las que raras veces se prestan á un error de diagnóstico.

La *laceración* del cuello puede sin embargo confundirse con las degeneraciones epiteliales, que frecuentemente afectan también al útero; pero basta poner al práctico en guardia contra esta causa de error, para que un examen atento le evite caer en él.

Antes de describir el procedimiento operatorio indicado por Emmet para combatir esta lesión, os diré algo sobre las consecuencias que entraña.

Independientemente de las molestias que ella produce (pesadez, dolores lumbares, etc.) las mujeres atacadas de una laceración cervical extensa están sujetas á afecciones uterinas más ó menos graves. No citaré aquí más que las más importantes, que son:

La falta de involución del utero;

La endometritis cervical;

El catarro uterino;

Las degeneraciones fungosas de las glándulas de la cavidad del cuello;

La dispareúnia;

Y, en fin, los desplazamientos uterinos.

Insisto principalmente sobre las desviaciones uterinas, porque son casi siempre consecuencia inevitable de las desgarraduras del cuello. Los pesarios son en general ineficaces y mal soportados, cuando existe una laceración á causa de la inflamación uterina ó peri-uterina, que es consecuencia ordinaria del desgarro.

Emmet, G. Thomas y la mayor parte de los ginecólogos americanos piensan que esta lesión es *apropósito para favorecer* el desarrollo del epitelioma. Sin admitir esto de una manera tan absoluta es preciso conocer que la irritación constante de la mucosa uterina producida por esta lesión cervical puede contribuir al desarrollo de la diatesis epitelial en las personas que estén predispuestas; y en una palabra, que la *laceración* puede ser la causa ocasional del proceso canceroso en una mu-

jer predispuesta. El profesor Vulliet ha tomado el modelo en yeso de algunas cavidades de úteros cancerosos dilatados según su método. En tres de ellos se ve muy claramente al neo-

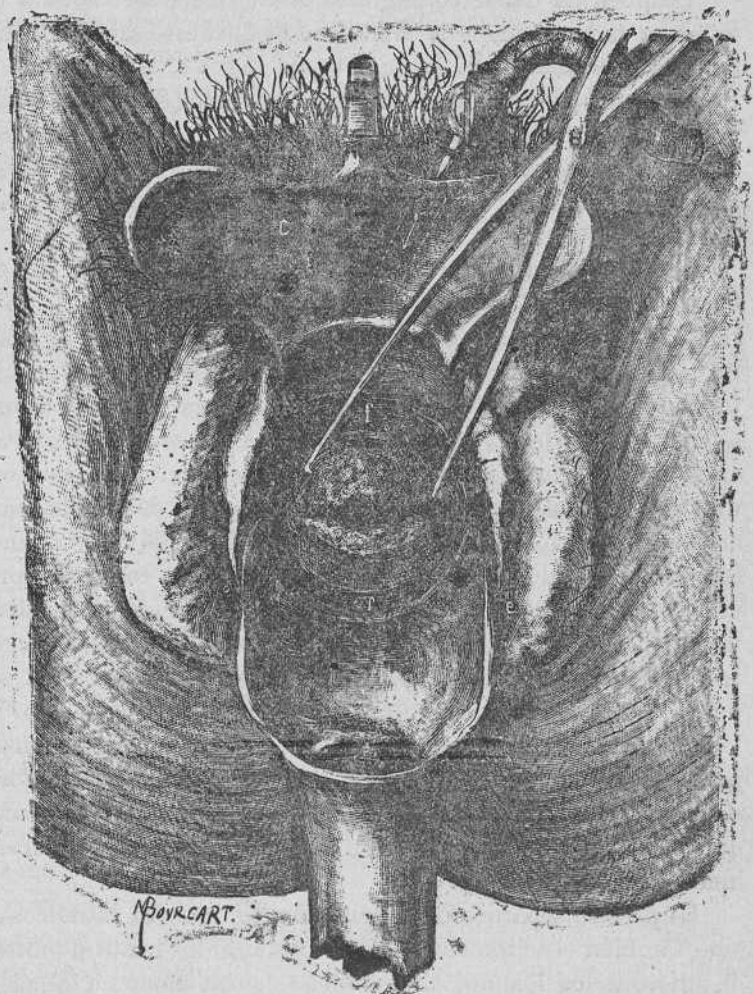


Fig.^a 39.—Laceración del cuello. Los labios lacerados están separados con la pinza tenáculo.

plasma irradiarse de los alrededores de las laceraciones típicas.

Ya hemos llegado al tratamiento quirúrgico de esta lesión.

La operación consiste en avivar y reunir los labios de la herida: lleva el nombre de *traquelorrafia* ú operación de Emmet.

Después de haber conseguido la anestesia se coloca á la enferma en la posición de Sims ó en el decúbito sacro-lumbar de Simon. Prefiero esta segunda posición.

Después de descender el útero, el operador examina la extensión de la lesión y acerca con un tenáculo cada uno de los labios de la desgarradura, á fin de determinar las superficies y avivarlas para devolver á los labios su disposición circular normal.

Se puede practicar el avivamiento con las tijeras ó con el bisturí; las tijeras permiten separar más rápidamente los tejidos; el bisturí, por el contrario, es preferible para al separar los pedazos preparar los planos, según la necesidad de la autoplastia. Con el fin de impedir la hemorragia, Emmet aconseja el empleo del *torniquete uterino*, un aparato parecido al aprieta-nudos de Maisonneuve. Este instrumento consiste en un asa metálica que abraza la porción vaginal del cuello más arriba del punto en que se va á operar. El torniquete uterino es poco empleado hoy día, y el mismo Emmet reconoce que una irrigación de agua caliente durante la operación hace disminuir la hemorragia tanto como el torniquete. De tantos instrumentos como se han ideado para evitar la hemorragia, se puede emplear el más sencillo; un anillo elástico semejante á los que se arrojan alrededor de las ballenas de un paraguas para afirmarlas; se le hace subir hasta su inserción en los *culos-de-saco*. Por lo demás, estas precauciones son superfluas, porque el prolapsus y la irrigación caliente continua producen una isquemia suficiente.

Es preciso separar por el avivamiento, no sólo la mucosa, sino también el tejido cicatricial de los ángulos hasta el punto de unión de los dos labios. Se obtiene de este modo en la laceración bilateral dos superficies refrescadas y separadas por el trayecto normal del canal cervical. (Fig.^a 31).

Después de cohibida la hemorragia por medio de los tapones de algodón se acercan los labios de las heridas y se procede á la sutura.

Se fijan los tenáculos cerca del ángulo superior de la laceración; se preparan los labios con la ayuda de pinzas para colocarlos en una posición simétrica; se introduce una aguja, ayudados de un porta-agujas, á medio centímetro de distancia de la superficie avivada y se la hace penetrar enseguida en el labio opuesto: la aguja se enebra con un hilo de plata cuyas extremidades deben estar en poder de un ayudante. Se pasan de la misma manera los otros puntos, debiendo quedar de un punto de sutura á otro un espacio de cinco milímetros.

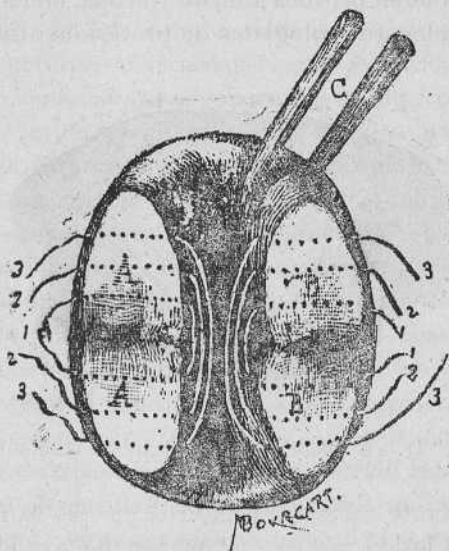


Fig. 40.—Operación de Emmet. Aparece á lo vivo el paso de los hilos.

Los dos labios refrescados se reúnen enseguida y se procede á la torsión de los hilos, empezando por los puntos superiores. Es preciso tener cuidado de no cortar los hilos sobre ó cerca del punto de torsión, porque perjudicaría y lastimaría la mucosa vaginal, y darles un largo suficiente para que sus extremidades queden fuera de la vulva; se les corta después á su nivel y se envuelve todo en un pedazo de gasa iodoformada;

el rollo cesa desde el momento que el pelotón se ha remontado hasta el cuello. Sobre el primer tapón se coloca un segundo y un tercero. Vulliet opera, siempre que es posible el descenso, en la posición de Simon; y se sirve de la aguja de Reverdin, de agujas ordinarias cargadas con hilos de seda iodolada; es decir, inmersos en una mezcla compuesta del modo siguiente: glicerina y alcohol aa 50 gramos, iodol 10 gramos. Mez. Estos hilos resisten á toda causa de descomposición por más de doce días; no lastiman la mucosa vaginal y son más fáciles de cortar y de quitar que los hilos metálicos.

Esta operación provoca aún, en Europa, muchas objeciones por parte de los ginecologistas de profesión; aún no se ha es-

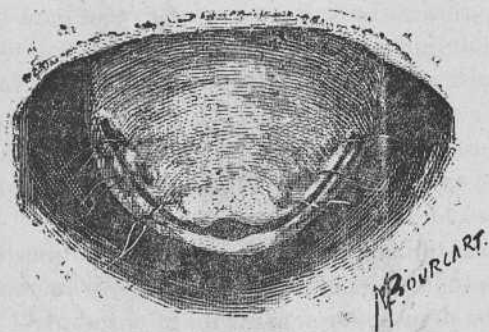


Fig.^a 41.— Aspecto del cuello después de la sutura.

tendido bastante entre los prácticos, porque la mayor parte, ignorando la lesión misma, no pueden pensar en el modo de repararla. Siendo una intervención absolutamente lógica, ella se abrirá paso con el tiempo mucho más que con discusiones, en las que nosotros no debemos ni queremos entrar.

Las suturas se retirarán del octavo al décimo día. Se las da un movimiento de rotación para hacer que presente hacia delante sus partes laterales. En la posición genu-pectoral, el espéculum de Sims no ejerce tensión alguna sobre las partes francamente reunidas. Si la reunión no es perfecta se podrán poner puntos secundarios que se dejarán aún durante ocho días.

II Operación de Schröder.

La operación de Schröder se reduce á un simple avivamiento lateral seguido de suturas; esto es, una escisión cónica de alguno de los labios, seguida de una reunión de la mucosa intra-cervical á la mucosa periférica del cuello. Su objeto es separar los tejidos modificados por la inflamación crónica que se establece sobre los labios en ectropión.

La fig.^a 36, que debemos á Fritsch, representa un cuello en donde la mucosa está atacada de erosiones debidas á la inflamación crónica. La valva superior *c c* es para la irrigación continua; el líquido entra por el tallo fijo sobre el tubo *a* y vuelve á salir por la extremidad escondida de la valva. Los pabellones *c c* sujetan los labios y el pelo para que no tapen el campo operatorio. Las partes laterales de la valva están muy levantadas; esta disposición nos dispensa del uso de separadores laterales.

El operador hace en cada lado del cuello una incisión que comprende todo el espesor de los labios y se remonta bastante hacia arriba para poder separar los labios al nivel donde estén sanos interiormente.

Se atraviesa entonces transversalmente el labio inferior en medio de la erosión por unas pinzas monogrifas de largos dardos; se hace la primera incisión, comprendiendo inferiormente la parte erosionada, después una segunda incisión transversal al nivel del ángulo de convergencia de los dos labios. Estas dos incisiones deben tener una dirección oblicua y convergente en el punto *e*, de modo que se escinda cónicamente toda la parte enferma del labio. Cuando el trozo (parte señalada en la fig.^a 42) se ha separado, se reúne la mucosa intra-cervical á la periférica del cuello por puntos de sutura colocados en la disposición indicada en la fig.^a 44.

Se procede del mismo modo para el labio superior. La fi-

gura 42 demuestra en corte medio: 1.º la dirección de las incisiones *e*, *d*, *f*; 2.º el trozo que se escinde; 3.º el hilo que debe reunir el punto *d* con el punto *f*.

La fig.^a 43 nos hace ver las superficies unidas después de cortados los hilos.

Si es necesario se colocan uno ó dos puntos de sutura laterales para cerrar las incisiones bilaterales hechas al empezar la operación.

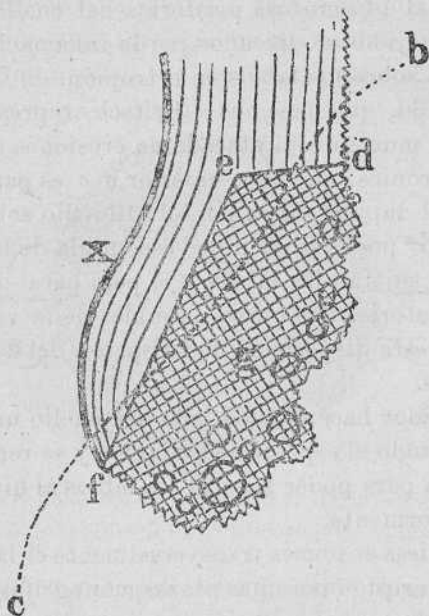


Fig.^a 42.—Operación de Schroeder.

Después de haber visto hacer muchas veces esta operación en Alemania, juzgué que no superaba á la de Emmet, por las siguientes razones:

1.º La sutura tira de la mucosa intra-cervical para acercarla á la mucosa externa del cuello, de tal modo, que la operación determina un nuevo ectropión que no puede tener menos inconvenientes que los que existían antes de la operación.

Es un hecho cierto que por este procedimiento el epitelium cilíndrico de la parte inferior del canal cervical no vuelve por completo á la cavidad uterina.

He aquí á nuestro juicio el vicio capital de la operación. En cuanto á las ventajas que parece presentar sobre la de Emmet, ventajas que resultarían de hacer la escisión de las partes enfermas, es más bien teórica que práctica.

Después, en la traquelorrafia de Emmet, se produce una involución tal de los tejidos, que ellos mismos vuelven á su estado normal. El profesor Vulliet, que ha hecho más de ochenta traquelorrafias ordinarias, no ha visto nunca subsistir después de esta operación los fenómenos que determinan el ectropion;

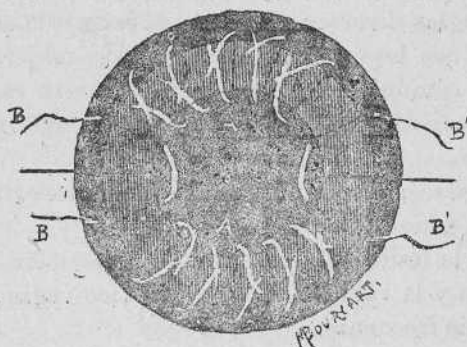


Fig.^a 43.—Operación de Schröder presentando la disposición de las suturas en general.

ha seguido siempre una curación radical y completa de los tejidos y de las partes reunidas.

Nosotros creemos que la operación de Schröder no es útil más que para escindir y separar los tejidos de *supuesta* malignidad; decimos *supuesta*, porque si fuera cierta su malignidad, se debería recurrir á las operaciones más completas y más radicales que describimos con motivo del tratamiento quirúrgico del cáncer.

LECCIÓN OCTAVA

FÍSTULAS GÉNITO-URINARIAS

Señores:

Se designan generalmente con el nombre de fístulas véxico-vaginales las diversas lesiones que causan la comunicación de la vejiga con los órganos genitales de la mujer. Como estas fístulas no comunican exclusivamente con la vagina, hemos creído conveniente darles el nombre genérico de fístulas *genito-urinarias*.

Variedades.—Las fístulas reciben nombres diferentes según el sitio que ocupan.

Cuando la lesión establece una comunicación anormal entre la vejiga y la vagina, es *fistula véxico-vaginal*; esta es la variedad más frecuente.

Cuando la lesión establece una comunicación entre la uretra y la vagina se llama *fistula uretro-vaginal*.

Si es entre la vejiga y el útero, *fistula véxico-uterina*.

En fin, en casos muy raros, una solución de continuidad establece comunicación entre la vejiga, el útero y la vagina; esta es la *fistula véxico-útero-vaginal*.

Gaillard Thómas ha establecido la siguiente división entre las diversas fístulas génito-urinarias:

1.º *Fístulas urinarias*: Fístulas véxico-vaginal, uretro-vaginal, véxico-útero-vaginal, véxico-uterina, urétero-uterina, urétero-vaginal.

2.º *Fístulas fecales*: Fístulas recto-vaginal, eutero-vaginal y recto-labial.

3.º *Fístulas vaginales simples*: Fístulas peritoneo-vaginal, perineo-vaginal y vaginal ciega.

No nos ocuparemos más que de las tres principales variedades que ya hemos descrito.

Etiología.—Las fistulas génito-urinarias reconocen cuatro causas principales:

La presión que resulta del paso de la cabeza fetal durante el parto;

La presión que resulta de cuerpos extraños en la vejiga ó la vagina (cálculos de la vejiga, pesarios vaginales);

Los abscesos y los flemones;

Las afecciones cancerosas.

La presión ejercida por la cabeza del feto sobre las paredes vaginales comprimidas contra la sínfisis del pubis durante un trabajo prolongado, es la causa principal de las fistulas urinarias en la mujer. Como consecuencia de esta compresión prolongada sobreviene una inflamación gangrenosa que destruye una porción más ó menos extensa de la pared.

Baker Brown y Dieffembach han publicado dos casos interesantes en los que la fistula había sido producida durante el trabajo del parto como resultado de un cálculo contenido en la vejiga.

No crean VV., señores, que se percibe al día siguiente del parto el accidente; frecuentemente la fistula no se descubre sino muchas semanas después del parto, cuando toda creencia ó temor de fistula parecía haber desaparecido.

Los abscesos vaginales pueden igualmente dar lugar á estas fistulas génito-urinarias, por las mortificaciones que determinan y por su abertura espontánea en la vejiga.

En fin, el cáncer del útero es una causa frecuente de fistulas cuando se estienden á la vagina. Pero las lesiones de este género coinciden con una afección cuya marcha es rápidamente fatal; no son susceptibles de sufrir útilmente operaciones plásticas, por lo que no debe figurar su tratamiento en este capítulo.

Sintomatología.—Los signos que anuncian la existencia de las fistulas urinarias merecen ser estudiados con detenimiento, porque es frecuentemente muy difícil determinar el sitio exacto de lesión.

Se pueden dividir en dos grupos:

1.º Los que se deducen de los derrames de orina ó de materias fecales, y la acción excitante que estos derrames ejercen sobre las partes.

2.º Los que se deducen por el examen físico.

Los derrames de orina por la vagina son más ó menos considerables según el sitio y la extensión de la lesión. Si la fístula está en la uretra, la vejiga puede distenderse y llenarse sin dar lugar á ningún síntoma molesto, sino durante la micción, que es cuando la orina se escapa por la vagina.

En otros casos el derrame es intermitente según la posición de la enferma. Durante la posición sentada, puede la orina dejar de escaparse á causa de la presión ejercida por los intestinos en el bajo-fondo de la vejiga. Si la fístula está situada por encima de los uréteres, el derrame anormal de la orina tiene lugar mientras la enferma está acostada y cesa durante la estación; pero estos son casos excepcionales, pues lo que es frecuente es el derrame constante y las incomodidades que de esto resultan muy conocidas para que necesitemos describirlas é insistir sobre la importancia del tratamiento operatorio.

Para descubrir la fístula es preciso colocar la enferma en la posición de Sims ó en la genu-pectoral. El espéculum que conviene para este examen es sólo el de Sims.

Cuando la abertura fistulosa es ancha es fácil descubrirla y determinar su naturaleza y su extensión; pero no sucede lo mismo cuando su salida es por una abertura pequeña. En este caso es preciso, después de haber separado las paredes vaginales valiéndonos del espéculum y los separadores, inyectar en la vejiga un líquido y rebuscar con cuidado el punto por donde se escapa á la vagina. Se empleará preferentemente un líquido aséptico (la solución de ácido bórico ligeramente coloreada con el índigo).

Estas pequeñas fistulas tienen su asiento generalmente en el punto de unión de la vagina y del cuello. Una vez descubierto el orificio del trayecto fistuloso se estudiará fácilmente su recorrido con la ayuda de un estilete.

Operación.

Antes de entrar en materia sobre este punto, voy á hacerlos, siquiera sea brevemente, la historia de esta operación por estar considerada como una de las más importantes conquistas de la cirugía moderna.

Después de comenzado este siglo, los ginecólogos más hábiles intentaron la restauración de la fístula véxico-vaginal por la sutura. Bastará citar los nombres de Boux, Noegelé, Dieffembach, Lallemand, Wutrer Saugier, etc., para ver que la operación esta se practicó por los cirujanos más autorizados. Sin embargo, han fracasado muy frecuentemente.

Tan es así, que Wutrer, que se ha dedicado muy especialmente á la práctica de esta operación, no ha obtenido más que el 15 por 100 de curaciones, y las obtenidas por otros cirujanos no fueron más brillantes.

Estos fracasos fueron explicados entonces por dos razones, cuyo poco fundamento hemos hoy reconocido. Se les atribuía á la acción de la orina en su superficie y á la poca tendencia á la cicatrización de los tejidos de la vagina, etc.

Estos malos resultados fueron debidos indudablemente á la insuficiencia de los medios practicados para *descubrir el campo operatorio y á la insuficiencia del avivamiento*. En efecto, si se compara la práctica quirúrgica actual con la práctica de los cirujanos de la primera parte de este siglo, se ve que la diferencia de los procedimientos consiste solamente en dos puntos principales.

Jovert fué el primero que introdujo en la terapéutica operatoria de las fístulas un importante progreso. Su método autoplástico por *destizamiento* fué conocido y considerado en la época de su aparición como el perfeccionamiento por excelencia. Jobert atribuía toda su importancia á las incisiones liberatrices que practicaba sobre la pared vaginal. Nosotros vere-

mos que los resultados obtenidos por este cirujano no eran debidos á esta causa, sino al extenso refrescamiento que hacía.

Ciertamente es á Sims á quien corresponde el honor de haber conseguido la curación por los procedimientos verdaderamente nuevos.

Las innovaciones introducidas por este cirujano estriban sobre tres puntos principales:

1.º Dilatación y exploración de la vagina de modo que permita llegar con la vista y estén más al alcance del operador las partes que se han de reunir.

2.º Avivamiento suficiente y aplicación de suturas que no provoquen ni inflamación ni ulceración.

3.º Medio de mantener la vejiga evacuada después de la operación todo el tiempo necesario.

Alguno de estos tres puntos ha conservado hasta hoy más ó menos importancia; pero es incontestable que ellos han sido y son aún la base de la terapéutica operatoria aplicada á las fístulas de que Sims publicó su célebre Memoria sobre *los sutures* d'argent, leída en la Academia de Medicina de New-York el 18 de Noviembre de 1857, y ha popularizado su método por numerosas operaciones practicadas algunos años después en Francia y en Inglaterra.

Momento favorable de la operación.—Lo mismo que para la perinorrafia se ha discutido largamente acerca del momento en que conviene practicar la operación. ¿Deberá hacerse inmediatamente después del parto; es decir, después de la causa que ha producido el accidente, ó se debe dejar hasta después del puerperio? Nosotros creemos que hay serios inconvenientes para intentar la reunión de la lesión inmediatamente después de su formación. Apoyamos nuestra opinión en las causas de infección que pueden acompañar al parto, y que en esta ocasión los tejidos son más vasculares y están más friables. A nosotros nos parece preferible aplazar esta operación dos meses poco más ó menos después del parto; esto es, cuando todos los tejidos mortificados estén ya eliminados por completo, y los que queden sean susceptibles de reunirse por primera intención.

Os advertiré que esto no está sujeto á plazo fijo, y que la operación puede practicarse mucho más tarde con éxito, puesto que el buen nombre del cirujano estriba en operar y curar las fístulas que datan de veinte años.

Técnica de la operación.

La obliteración de la fístula puede obtenerse por dos procedimientos operatorios muy diferentes:

1.º Reuniendo directamente los labios de la fístula; esta es la operación de la fístula véxico-vaginal propiamente dicha.

2.º Practicando la obliteración total de la vagina por bajo de la fístula. Esta operación, que no está indicada más que cuando la primera es absolutamente impracticable, ha sido muy preconizada por Simón con el nombre Kolpocleisis.

Operación de la fístula véxico-vaginal y de las fístulas de las vías genitales en general.—Los autores clásicos describen muchos procedimientos operatorios. Así es que en los tratados se encuentra generalmente la descripción de los procedimientos de Jovert de Lamballe, de Sims, de Simon, de Boseman, etc.

Creemos que no tiene objeto establecer las categorías de cada uno de estos procedimientos, por lo cual daremos tan sólo á conocer el método operatorio que nosotros empleamos habitualmente.

Manual operatorio.—Se pueden considerar tres puntos principales en el manual operatorio de la fístula véxico-vaginal:

- 1.º Posición de la enferma y buscar la fístula.
- 2.º Avivamiento de sus labios.
- 3.º Introducción de los hilos y sutura.

Posición de la enferma y descubrimiento de la fístula.

Hemos dicho antes que los fracasos de nuestros predecesores habían sido debidos en parte á las dificultades que ellos experimentaron para descubrir el campo operatorio. Así, pues, es de suma importancia el colocar á la enferma en una posición que permita al operador el fácil acceso á la fístula.

Sims ha operado siempre colocando á la enferma en el decúbito lateral, justamente designado con el nombre de posición de Sims.

Más tarde Bozemán ha propuesto la posición genu-pectoral. Por último, Simon ha recomendado la posición dorso-sacra. Se encuentran en nuestra primera lección los detalles técnicos relativos á estas posiciones.

Si no se anestesia la enferma, el decúbito lateral de Sims debe ser preferido, porque en esta posición se puede descubrir bien la fístula y se puede soportar sin fatiga durante mucho tiempo.

La posición genu-pectoral de Bozemán es extremadamente fatigante para las enfermas, y no se puede usar sin la ayuda de la anestesia. Necesita el empleo de un sillón especial en el que la enferma debe estar fuertemente sujeta. Todas estas consideraciones nos han hecho abandonar la posición genu-pectoral.

El decúbito dorso-sacro presenta ventajas incontestables. En esta posición la fístula puede ser admirablemente descubierta y no se necesita de ningún aparato especial.

Para resumir la cuestión de posturas diremos que preferimos la posición de Sims cuando la enferma no está anestesiada, y el decúbito sacro-dorsal cuando se practica la anestesia, que es lo más frecuente. Es de regla, en efecto, anestesiarse á la mujer para esta operación; pero llegan ocasiones en que ciertas mujeres tienen una gran aversión al cloroformo y reusan el concurso de la anestesia.

Para presentar bien la fístula y facilitar la operación es necesario practicar el prolapsus artificial. Podrán recordar esto en lo que dejamos expuesto sobre esta maniobra en el capítulo especial que le consagramos.

Tres ayudantes son generalmente necesarios para la operación: uno se ocupa de la anestesia y los otros dos mantienen las piernas, aplican los separadores y esponjean ó dirigen las irrigaciones continuas.

Avivamiento de los labios de la fístula.—Estando introducido el espéculum, bien á la vista la fístula y las partes convenientemente limpias, se procede al avivamiento.

Los bordes de la fístula se prenden, ya con una simple pinza de garfios, ya con la ayuda de erinas ó de un pequeño tenáculo y enseguida se aviva con las tijeras, ó mejor todavía, con el bisturí largo articulado de Sims.

Este avivamiento debe hacerse sobre todo el circuito de la fístula, y debe hacerse sólo á expensas de la mucosa vaginal, sin tocar á la mucosa vexical; debe hacerse bien extenso con el objeto de que desaparezca todo el tejido cicatricial y nos quede una superficie circular extensa y bien cruenta. Como hemos dicho el éxito de la operación depende casi exclusivamente de esto y el cirujano, por esta razón, debe poner en ello sus cinco

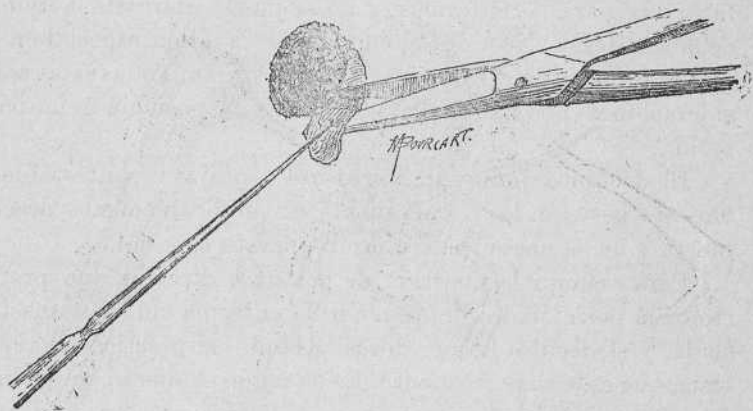


Fig.^a 44.- Avivamiento de los labios de la fístula.

sentidos. Es preferible que antes se dibuje con el escalpelo el contorno del avivamiento, porque entonces es más fácil orientarse que cuando la sangre cubre y mancha el campo operatorio. Puede ocurrir que se corten y den mucha sangre algunos vasos voluminosos; se procura cojerlos con una pinza de fuerte presión y se ligan con catgut. Si no se pudieran cojer fácilmente, se termina rápidamente el refrescamiento sobre este punto y se cohibe la hemorragia por uno de los puntos de sutura.

Damos la preferencia al bisturí para desnudar las superficies; pero creemos que podemos con ventaja servirnos de las

tijeras para regularizar la herida antes de comenzar con la sutura. Se emplea con este objeto la tijera curva. Bozemán ha inventado unas tijeras de formas variadas, siendo su empleo muy útil, pues están en ellas resueltas las dificultades que se presentan á veces para llegar bien á los labios de las heridas.

Colocación de los hilos y de las suturas. — Describimos dos procedimientos de sutura: 1.º el procedimiento ordinario; 2.º el de Vulliet.

Procedimiento ordinario.—Se elegirá para la sutura, ya la aguja de Reverdin, ya las agujas curvas, describiendo un semicírculo próximamente de dos centímetros de diámetro. Se

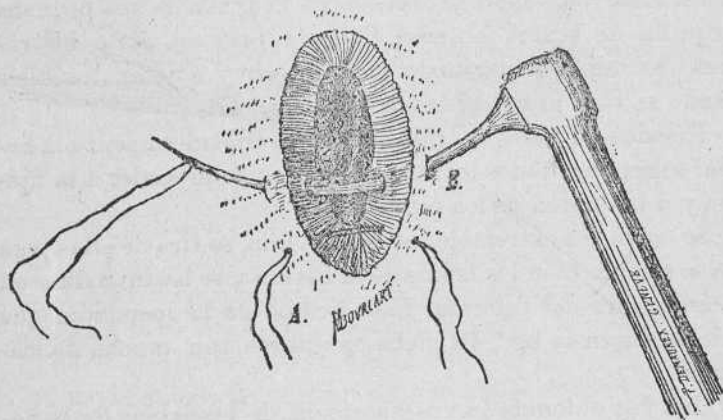


Fig.^a 55.—Sutura de la fistula por medio de la aguja Reverdin

montan sobre un porta-agujas; es preferible el de Sims, porque permite inclinarlas según los diferentes ángulos.

Como hilo de sutura se puede emplear el hilo de plata ó la seda. Nosotros preferimos el hilo metálico que se puede torcer más fácilmente á distancia.

Una vez colocada la aguja sobre su porta-aguja se introduce en los tegumentos, empezando por el ángulo de la herida más difícil de atacar, á un centímetro de distancia del borde de la incisión; viene después á salir cerca de la superficie de la mucosa vexical sin interesarla. Después que ha pasado la aguja

este primer labio, se la dirige enseguida, con ayuda de un pequeño tenáculo, á atacar el labio opuesto; se la introduce del mismo modo, sólo que en sentido opuesto ó inverso.

Se continúa del mismo modo hasta que el número de puntos de sutura sea suficiente para asegurar una coaptación completa de los labios de la herida. Si no juzgamos suficiente esta coaptación después de la torsión de los primeros puntos, aún se pueden aplicar algunos puntos superficiales. En las fistulas muy extensas es de todo punto necesario aplicar dos series de suturas: profundas y superficiales; pero basta muchas veces aplicar una sola hilera.

En el momento que la aguja penetra en los tejidos es necesario un esfuerzo para sacar el hilo de entre los tejidos y cortarlos. Esta resistencia se obtiene con la ayuda de una pequeña horquilla de brazos obtusos, llamada *fulcrum*. Este instrumento es también necesario para reunir y sujetar los hilos cuando se va á practicar la torsión. (Fig.^a 47.)

Pasados ya todos los hilos se irriga cuidadosamente la herida, se separan todos los coágulos antes de proceder á la fijación y á la torsión de los puntos.

Se cojen las extremidades de cada hilo, se tira de ellas para que se reúnan bien los labios de la herida y se las introduce en la caneladura del *fulcrum*. Este tiempo de la operación, que podreis ver en la fig.^a 48, debe ejecutarse con mucha delicadeza.

Una vez obtenida la yuxtaposición de los labios de la herida se practica la torsión con la ayuda de una pinza especial.

Esta misma maniobra se repite en cada punto. Una vez terminada la torsión se cortan los hilos á un centímetro de distancia de la herida y se les aplasta por medio de una pinza para que no puedan irritar las paredes vaginales.

Enseguida se practican en la vejiga inyecciones con el fin de desembarazarla de sangre y coágulos, que pudieran provocar un tenesmo ó la obliteración de la uretra. Si se ha producido una hemorragia en la vejiga, nos veremos precisados á recurrir á la aspiración por medio de una sonda y una fuerte jeringa, á fin de poder extraer completamente los coágulos.

Terminada la operación se coloca á la enferma sobre su cama en decúbito dorsal, un poco elevadas las rodillas y sujetas por unos cogines.

Es preciso fijar en la vejiga una sonda. Sims ha imaginado

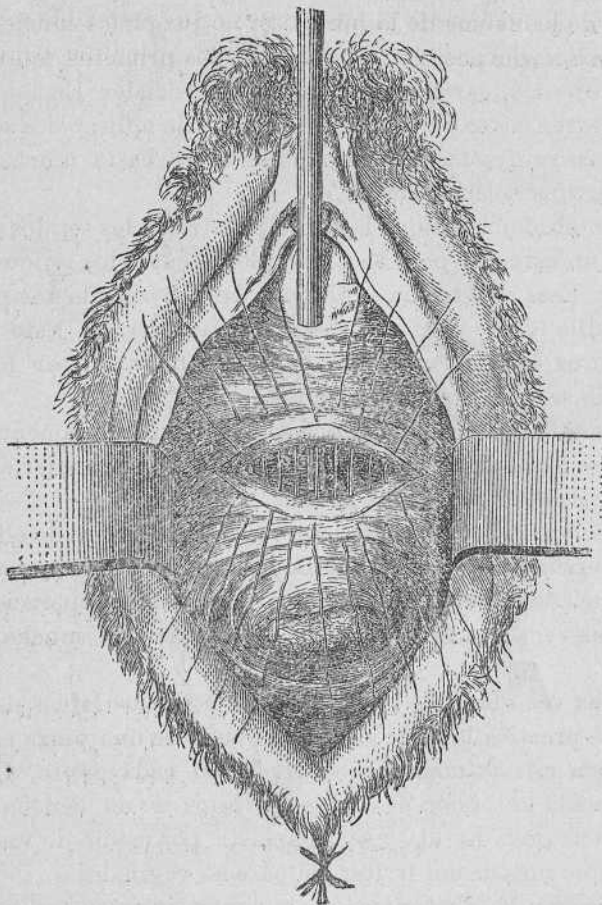


Fig.^a 46.— (Churchil). Los hilos están colocados.

un cateter especial que permite el derrame constante de la orina. No obstante, será conveniente examinar con frecuencia el cateter para asegurarse que no está obstruído.

Por medio de los narcóticos provocaremos la constipación y se someterá á la enferma á un régimen nutritivo pero no excitante.

Del día diez al doce de haber operado se retiran los hilos. Sims no los deja más de ocho días; pero como su estancia no presenta inconveniente alguno, creemos es preferible separarlos lo más tarde posible. Se aplicará un espéculum para reti-

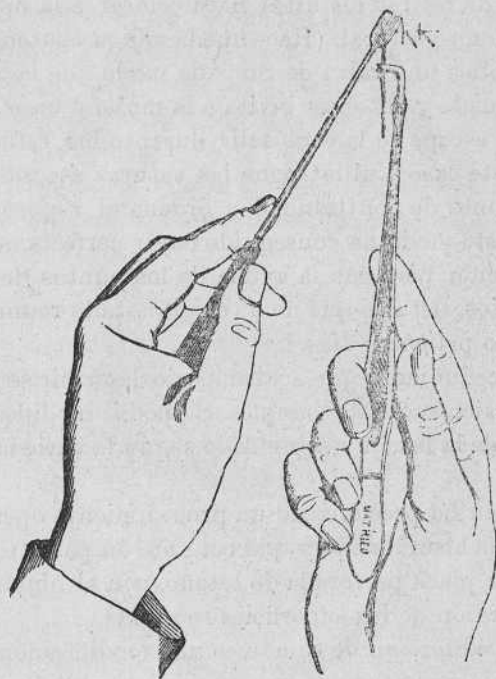


Fig.^a 48.—Torsión de las suturas.

rar los hilos. Esta pequeña operación no presenta dificultad alguna especial; pero apesar de esto deberá hacerse con mucho cuidado y gran delicadeza.

El cateter fijo se retirará entonces y se practicará un examen para comprobar el resultado de la operación. Con la vista no ostendremos sobre este punto resultados ciertos; no podre-

mos; no podremos obtener este resultado más que introduciendo lentamente en la vejiga agua templada. Ocurre con frecuencia que no se obtiene más que un resultado parcial después de la primera operación. Un gran número de fístulas extensas no se han curado sino después de haber practicado muchas operaciones sucesivas.

Vulliet indica una manera más simple de asegurar en e. término de ocho días la completa curación de la fístula.

Antes de retirar los hilos hace colocar á la operada en la posición genu-pectoral. (Hace que la vejiga contenga orina) y después aplica una valva de Sims de modo que la sutura esté bien iluminada y entonces invita á la mujer á toser. Si la orina encuentra escape se la verá salir durante los esfuerzos de la tos. En este caso Vulliet pone las suturas secundarias sobre las soluciones de continuidad y ordena el reposo para ocho días. De este modo ha conseguido curar perfectamente en una sola operación, pero con la ayuda de los puntos de sutura suplementarios, fístulas que no hubieran estado reunidas al cabo de los ocho primeros días.

El procedimiento que acabamos de describir se aplica á las fístulas véxico-vaginales simples. Se podrá modificar según la extensión de la lesión y sobre todo según la variedad de la fístula.

Bozemán ha preconizado un procedimiento operatorio que está hoy día abandonado y que consiste en pasar todos los hilos por una placa perforada de estaño, con el objeto de inmovilizar la unión de las superficies reunidas.

El procedimiento de Simón es una modificación del procedimiento americano. Este cirujano practicaba el prolapsus artificial y colocaba dos hileras de suturas superficiales y profundas.

En la fístula *véxico-utero-vaginal*, el procedimiento no difiere esencialmente del que hemos descrito; hay que practicar el avivamiento en el contorno hasta penetrar en la vejiga. Las suturas se colocarán en dos hileras: una destinada á unir las partes profundas y la otra para la reunión de las partes superficiales. El avivamiento abraza mucha más cantidad de tegu-

mentos y los hilos penetran más profundamente en los tejidos. Como hemos dicho antes es más común tener que hacer dos series de suturas ó de puntos, sobre todo si se quiere obtener una perfecta coaptación de los ángulos.

Procedimiento de Vulliet.—Después de haber refrescado los bordes, Vulliet coloca dos pequeñas pinzas de dientes á las dos extremidades del diámetro, con lo cual los bordes de la fístula se aproximan más fácilmente (diámetro transversal ó autero-posterior dependerá del caso); un ayudante tira de las pinzas hasta que alargándose la fístula se aproximan sus bordes. Toma entonces una aguja muy pequeña provista de un hilo muy fino iodolado y reúne los bordes de la fístula por una sutura continua á puntos muy juntos, haciéndolo de manera que los labios coaptados vuelvan á la vejiga.



Fig.^a 49.—Sutura continua profunda (procedimiento de Vulliet.)

Es la aplicación, al bajo fondo de la vejiga, del sistema de sutura que se emplea en las heridas de los intestinos.

Ya habeis visto, señores, en nuestras operaciones sobre el cadáver, que cuando esta primer sutura está bien hecha se puede insuflar muy fuertemente la vejiga sin que el aire se escape.

Cuando se ha terminado la sutura se lava la herida con la solución del sublimado al milésimo, y se pone la sutura de plata como en el procedimiento ordinario; la sutura con el hilo iodolado es una sutura perdida destinada á la reabsorción ó al enquistamiento.

La impregnación del hilo en el iodol le vuelve refractario á toda causa de descomposición.

Vulliet ha operado cinco fistulas por el procedimiento de la doble sutura y ha obtenido las curaciones por primera intención.

En el último caso ha hecho la sutura profunda y la superficial con el mismo hilo como en la colpografía anterior.

Oclusión de la vagina.— Operación de Kolpokleisis.

Esta operación ha perdido su importancia desde el perfeccionamiento introducido en el manual operatorio de las fistulas vexicales.

La oclusión de la vagina ha quedado preconizada por Vidal de Cassis y un gran número de cirujanos de la primera parte de este siglo. Tiene por objeto remediar aquellas lesiones en que se desespera obtener la curación por los procedimientos ordinarios. No da evidentemente resultados muy brillantes, porque se acumula como en una especie de cloaca vaginal la orina, la sangre menstrual y otras secreciones; pero de este modo puede la enferma orinar por la uretra.

Se han propuesto dos procedimientos; la episiorrafia y la obliteración propiamente dicho.

El primer procedimiento propuesto por Vidal en 1833, consiste en avivar las superficies internas de los grandes labios y reunirlos por la sutura; pero la obliteración así obtenida no es completa y queda casi siempre una pequeña abertura que da lugar á la salida continuada de la orina.

El procedimiento de Vidal ha sido abandonado hace mucho tiempo para dar cabida á la Kolpokleisis, que consiste en la reunión de las mismas paredes de la vagina.

Después de levantada la mucosa vaginal y hecho un avivamiento circular, se reúnen por medio de la sutura las superficies refrescadas.

Se mantiene fija en la vejiga una sonda hasta que se haya obtenido la reunión.

Simón practicó primero la obliteración á la entrada del conducto vaginal; luego modificó su método obliterando lo más

cerca posible de la fistula, á fin de dejar así una especie de vagina á sus enfermas.

La Kolpokleisis se practica poco y casi ha quedado reducido su uso á Alemania, gracias á los esfuerzos de Simón, que es quien la preconiza mucho.

Esta operación no es en efecto sino un paliativo aplicable sólo á las mujeres que han llegado á la menopáusia.

La acumulación de sangre menstrual en la vagina tiene más inconvenientes que la misma fistula.

La imposibilidad de cerrar el orificio de una fistula que se abre en el útero, sólo puede justificar operaciones tales como la episiorrafia y la Kolpokleisis.

Esta imposibilidad no es, pues, absoluta. En dilatando el útero á su grado máximo, como lo hace Vulliet, en algunos casos se puede ciertamente volver accesible á la vista y á las maniobras el orificio fistular y puede asimismo aplicársele los procedimientos empleados para la fistula véxico-vaginal.

Nosotros no tenemos casos que presentar como prueba de este aserto; pero es cierto que los modelos en escayola que Vulliet ha presentado de úteros dilatados, demuestran la posibilidad de ver la pared uterina con tanta claridad como para poder operar directamente sobre ella.

LECCIÓN NOVENA

TRATAMIENTO DE LOS FIBRO-MIOMAS UTERINOS

De las operaciones curativas y de las intervenciones paliativas practicables por las vías naturales.

Señores:

Mi procedimiento de dilatación por el taponamiento progresivo es el medio más apropiado para la observación de los tumores fibrosos, ya sean cavitarios ó intra-parietales, ofreciéndonos al mismo tiempo la ventaja de que dichos tumores puedan estar sometidos á nuestra observación todo el tiempo que lo juzguemos necesario.

Por consiguiente, una vez dilatada la cavidad uterina hasta el grado necesario, no tenemos cosa que nos impida proceder á un tratamiento operatorio de cierta duración con la ayuda del algodón iodofórmico.

Esta circunstancia aumenta considerablemente nuestro campo de acción en la vagina, pues nos permite extraer frecuentemente por ella tumores que de otro modo no podrían desaparecer sino por la Laparo-histerectomía.

La técnica de la operación para la extirpación por la vía abdominal ha sufrido sin duda grandes mejoras, y creemos no está lejos el día en que el tratamiento intra-peritoneal llegará á ser como en la ovariectomía, de una aplicación general.

Pero sean cualesquiera los progresos realizables de esta operación, la ablación de un tumor uterino sólido por la laparotomía será siempre de las más peligrosas, razón por la cual no

siempre merece la preferencia del cirujano y las enfermas no quieren someterse á esta curación sino en último extremo.

Ya teneis indicados los principios á que podemos atenernos contra los fibromiomas por la vía vaginal. Procuraré precisarlos cuanto me sea posible.

Voy á empezar exponiéndooos las operaciones de extracción por la vagina; después estudiaremos el tratamiento paliativo de los fibro-miomas.

I. Generalidades.

Los fibromas son tumores de una composición análoga á la del músculo uterino. Están constituidos por fibras musculares y por tejido conjuntivo en proporción variable.

Sus causas nos son desconocidas; las estadísticas parecen demostrar que sobrevienen con más frecuencia en las mujeres que han parido que en las nuliparas.

Nacen ó se desarrollan unas veces en el espesor de la capa muscular y otras más cerca de la serosa ó de la mucosa.

Estos tumores sufren la contractilidad de la pared, cuya contractilidad no podrá desplazarlos, si son perfectamente centrales, porque como las dos capas son del mismo espesor se establece el equilibrio, y el fibroma quedará indefinidamente estacionario; es decir, intra-parietal.

Pero si el fibroma no es central será empujado por el lado más fuerte hacia el más débil.

Si la capa muscular comprendida entre el neoplasma y la serosa es más potente que la comprendida entre el neoplasma y la mucosa, el fibroma será gradualmente empujado hacia el lado de la cavidad uterina; pero será rechazado hacia la cavidad peritoneal, si la capa comprendida entre el neoplasma y la mucosa es la más fuerte.

El último término de esta espontánea locomoción, es la constitución de un tumor pediculado, que estará sobre la serosa en el primer caso y sobre la mucosa en el segundo.

Ciertas circunstancias retardan ó impiden el desplazamien-

to; así los fibromas que empiezan y nacen en la región de los cuernos, encuentran más resistencia para caminar hacia la cavidad uterina que los que nacen en medio de sus paredes.

Cuando el elemento muscular predomina sobre el conjuntivo, los fibromas son desde el principio prominentes, se desvían á consecuencia de edemas ó degeneraciones quísticas ó mixomatosas, y no sufren las consecuencias de la acción de las contracciones parietales, gracias á la poca consistencia de éstas.

Examinando piezas anatómicas, se encuentra que aquellas en las cuales la capa muscular que envuelve el fibroma está totalmente alterada y adelgazada, se vuelven completamente inertes é incapaces de contraerse para producir la expresión.

En fin, la coexistencia de muchos fibromas entraña dos efectos mecánicos recíprocos que contrarrestan frecuentemente la acción de la contractilidad parietal.

Será, pues, erróneo representar todos los fibromas como tumores que necesariamente marchan hacia una de las dos cavidades peritoneal ó uterina; yo quiero simplemente señalaros en la contractilidad parietal una fuerza susceptible de poner un tumor espontáneamente más ó menos cerca del lado de la mucosa ó del lado de la serosa.

Como veremos, se puede sacar partido de esta fuerza bajo el punto de vista terapéutico, ya excitándola para acrecentar su energía, ya disminuyendo las resistencias que la impiden ejercer sus funciones.

El paso de un fibroma hacia el exterior de su pared es una eventualidad eminentemente favorable, pues envuelto en todas sus partes por el músculo uterino, recibe los medios de nutrición por toda su periferia y se encuentra en las condiciones más favorables para su crecimiento. Los fibromas más grandes que se han conocido han sido intersticiales.

Mas por el contrario, si sale hacia fuera del músculo, su nutrición se volverá pobre y podrá transformarse en un pólipo, que no estará nutrido más que por un pedículo, no siendo probable su crecimiento ulterior.

Resulta de todo cuanto acabamos de decir, que toda tera-

péntica que provoque la expulsión del neoplasma ejercerá un efecto favorable, pues estando el tumor menos envuelto por la pared, su crecimiento será menor.

Si sobresale fuera de la pared, las operaciones destinadas á hacerlo desaparecer serán simples y anodinas. Si su marcha ha sido centripeta, la operación se circunscribirá á la ablación de un pólipo por las vías naturales; si ha sido centrífuga se reducirá á la incisión abdominal y á la sección de un pedículo, operación que no es más peligrosa que la ovariectomía.

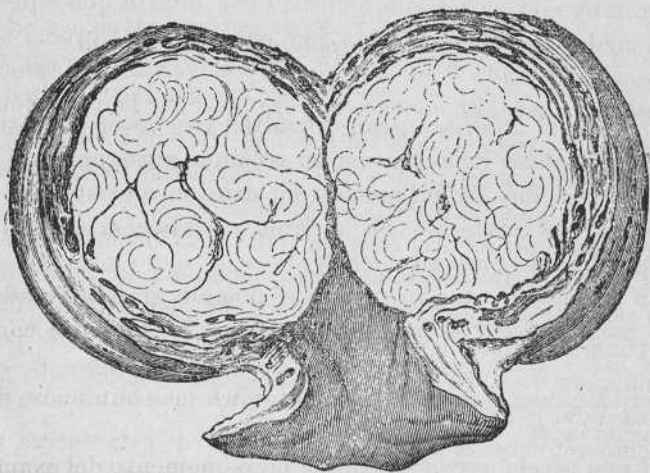


Fig.^a 50.—Fibroma intra-uterino, que ocupa toda la cavidad intra-uterina.

División.—La división clásica de los fibromas en intra-parietales, sub-serosos y sub-mucosos, es perfectamente lógica bajo el punto de vista anatómo-patológico; pero no satisface bajo el punto de vista clínico.

Un fibroma de grandes proporciones, que tiene distendida y atrofiada la pared hasta el punto de reducirla por todos sus lados á las proporciones de una delgada envoltura, es tan intersticial como uno pequeño que apenas ha modificado la forma, las dimensiones y la testura de la túnica muscular en que está escondido.

Sin embargo, uno constituye un tumor abdominal, mientras que el otro será un tumor de la región uterina; y bajo el punto de vista del tratamiento, estos dos tumores son absolutamente diferentes.

Me parece que la cuestión de importancia es esta: ¿Los fibromas se desarrollan del lado de la cavidad abdominal ó del lado de la cavidad uterina?

Llamaremos á los primeros centrífugos, y centrípetos á los segundos, suponiendo el centro la cavidad uterina.

II Diagnóstico é indicaciones operatorias.

En general no ofrece gran dificultad reconocer la existencia de un fibroma y determinar su volumen aproximado.

Es mucho más difícil precisar su sitio, su consistencia, sus contornos, sus relaciones con la pared y evaluar el espesor de las capas que le recubren.

Un diagnóstico tan preciso no es posible sino dilatando el útero para explorar el interior, tocando directamente con el dedo.

Pero aun así, el diagnóstico anatómico más minucioso deja sus oscuridades.

Él nos revela que es un tumor en el momento del examen; pero no nos aclara sus tendencias respecto á su marcha.

¿Tiende á acercarse el neoplasma á la serosa ó á la mucosa? No podemos dilucidar esta importante cuestión sino reiterando el examen muchas veces.

El método de dilatación por el taponamiento progresivo, es el solo susceptible de mantener la dilatación uterina durante tiempo suficiente para permitir una serie de exámenes consecutivos y comparativos.

Yo os lo recomiendo muy especialmente en los casos en que tengais que explorar un útero atacado de fibroma. Los otros medios de exploración nos dejan generalmente en la duda acerca de los puntos que son de más importancia para decisiones terapéuticas.

La dilatación persistente facilita el tratamiento tópico, ya para las curas eléctricas, ya para las inyecciones parenquimatosas de ergotina.

Yo tengo la costumbre de electrizar todas las enfermas dilatadas que tengo en observación, lo que me permite á veces observar por el tacto los progresos de una enucleación espontánea determinada ó acelerada por las curaciones eléctricas.

Hemorragia.—Se puede tener como regla que cuanto más se acerca el neoplasma á la mucosa, mucho más intensas y rebeldes son las hemorragias que él provoca.

Se considera generalmente la hemorragia como la indicación principal para extirpar por la laparotomía los fibromas inoperables por las vías naturales.

No puedo adherirme á esta manera de ver.

Las hemorragias no son debidas, como muchos creen, á una inercia análoga á la que sobreviene á veces después de los partos, y la salud puede obtenerse por el alejamiento de los cuerpos extraños que se supone pueden acarrear perturbaciones en la contractilidad uterina.

En primer lugar nadie ha comprobado esta inercia, y además creo que las hemorragias son debidas á una causa mucho más sencilla, susceptible de una comprobación tangible; es decir, á las alteraciones consiguientes á la inflamación crónica que afecta siempre á la mucosa cuando el fibroma está próximo á la cavidad (dilataciones vasculares, éxtasis, congestión.)

El útero sangra por su mucosa enferma y no por la inercia.

Por el tratamiento hemostático tópico que más tarde os expondré, podemos llegar á dominar hemorragias intensas y rebeldes, en las cuales no sería conveniente hacer aplicación de la laparotomía.

Por el contrario, ofreciéndonos la hemorragia rebelde fundada presunción de que el tumor está cerca de la cavidad, debemos esperar que pueda ser extraído por las vías naturales; pues aun en el caso de que sea completamente intersticial, puede suceder que el fibroma, por su proximidad á la cavidad, desarrolle las paredes de ésta hasta tal punto que la cara posterior á la en que se desarrolla el neoplasma adquiera bastante

volumen para que abriendo dicha superficie ofrezca á aquél la suficiente salida.

El aumento de volumen y la compresión. — Si el útero atacado de fibroma se desenvuelve por una ascensión gradual y vertical como el útero gravídico, los desórdenes son poco más considerables que los de un embarazo. Pero si se extiende en el sentido horizontal, y esto es lo más común en los fibromas de la región inferior del útero, los síntomas de compresión

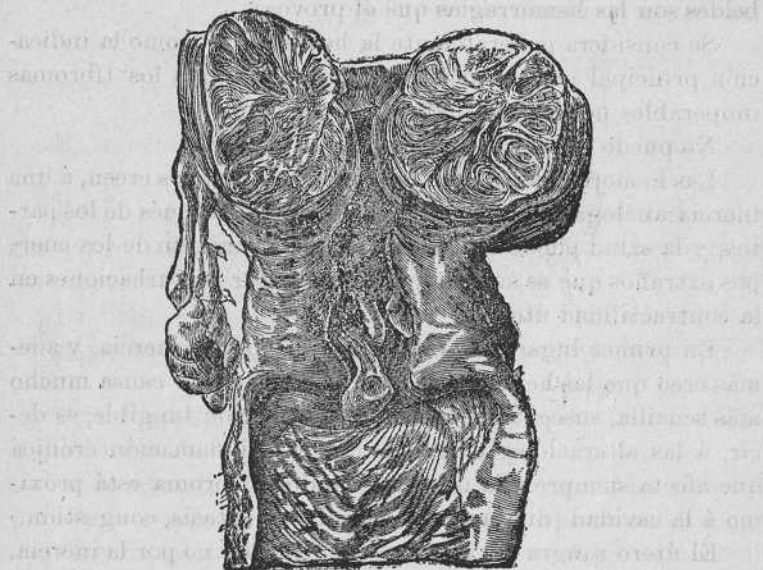


Fig.^a 51.—Fibromas múltiples intra-parietales (Museo del hospital Santo Tomás de Londres.)

sobrevendrán desde que llegue á las paredes pelvianas, á los nervios, á los vasos ó á las vías urinarias. Las indicaciones de una operación radical por la vía abdominal, pueden en este caso presentarse de una manera urgente é ineludible.

Quiero insistir sobre este particular porque me parece no le hemos dedicado aquí toda la atención que merece.

La anquilosis y la mala posición del útero, cuando preexis-

ten ó sobrevienen después del desarrollo de un fibroma pueden ser la causa de accidentes graves y precoces.

Son estas: 1.º Las desviaciones y las fijaciones posteriores, las cuales nos ofrecen multitud de peligros. 2.º A medida que el tumor crece el cuello del útero, ya se encuentre éste en ante-flexión ó retroversión, se remonta detrás de la sínfisis, en tanto que el fondo baja en el saco de Douglás.

En estas condiciones la masa (útero y tumor) acaba por enclavarse debajo del promontorio, y comienzan entonces los más serios accidentes de compresión.



Fig.ª 52.—Fibroma intra-uterino pediculado, ocupando la cavidad uterina. (Museo del Colegio de Cirujanos.)

Cuando examinamos un útero de este modo nos encontramos el vacinete completamente obturado, y no se puede percibir el orificio, aplastado detrás del pubis, ni pasar el dedo por la parte posterior á causa de estar el fondo apoyado en la concavidad del sacro; en estos casos es urgente intervenir, pues estas compresiones son peligrosas para los órganos urinarios y para el intestino.

Moviendo ó reduciendo el útero, si está fijo ó desviado, se consigue con frecuencia hacer desaparecer todos los accidentes que necesitarían una operación radical si por un error de interpretación se hubieran considerado como debidos solamente al desarrollo del tumor.

Yo he tenido recientemente ocasión de ver dos casos semejantes de fibromas.

Fuí llamado por el Doctor Rolland de Divonne para asistir á una de estas enfermas, la cual se encontraba en un estado muy grave, habiendo tenido en el curso de su afección accesos de uremia y vómitos característicos de obstrucción intestinal; sus orinas estaban fuertemente albuminosas.

Al examinarla encontramos en el *culo de saco* posterior un tumor voluminoso que obstruía completamente el vacinete y comprimía el recto y la vejiga.

No había medio de introducir el dedo por detrás de la sínfisis para remontar buscando el cuello, luxado hacia arriba y hacia delante; la timpanitis impedía practicar la palpación abdominal, de tal modo, que nos encontramos ante un caso casi inexplorable y que demandaba una intervención urgente.

El Doctor Rolland había diagnosticado con anterioridad en esta enferma un fibroma uterino; yo pensé como él que aquellos accidentes eran debidos al desarrollo de este tumor en el útero en retroversión.

La inutilidad de nuestros esfuerzos de reducción nos inclinaron á creer que la masa estaba fija por adherencias. Enseguida nos decidimos á ensayar las irrigaciones vaginales y rectales y aplicaciones frías sobre el vientre.

Hallándose un poco mejor la enferma, se trasladó á Génova á mi clínica particular. A mi primera visita comprobé que la tumefacción no había disminuído mucho. Estando anestesiada la enferma no quise proceder sin hacer nuevas tentativas de reducción. Ya iba á renunciar, cuando al último ensayo me pareció que el tumor estaba un poco desplazado. Entonces puse manos á la obra, pero con más convicción, y pronto el útero se mueve por bajo del promontorio. Insistiendo en mi trabajo, la vagina adquiere prontamente su longitud y el cue-

llo se coloca normalmente. Reducido el tumor remontaba hacia el ombligo. Esta reducción transformó la fisonomía del caso.

La laparotomía no presentaba muchas dificultades especiales; pero prefería recurrir á la dilatación para ver si se podía extraer el tumor por las vías naturales.

Aunque estaba el útero extensamente dilatado, no pude en parte ninguna distinguir el tumor propiamente dicho. Todo el órgano estaba hipertrofiado y las paredes uniformemente engrosadas. Yo he creído que esta variedad de neoplasia es la que Virchow conoce con el nombre de hiperplasia general del tejido fibro-muscular uterino.

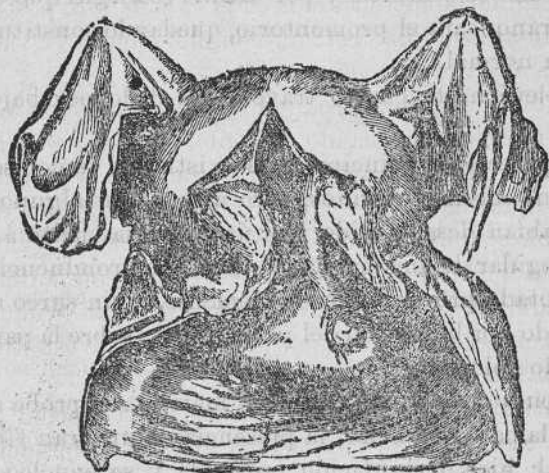


Fig.^a 53.—Pólipo fibroso expulsado de la cavidad uterina en donde ha tomado la forma triangular. (Museo del Colegio de Cirujanos de Londres.)

Hice escarificaciones internas profundas y coloqué un anillo de Hodge para impedir una nueva retroversión.

Esta mujer, desde aquel momento, siguió muy bien, habiendo disminuido su útero considerablemente de volumen.

El Doctor Rossier de Albens me envió la segunda enferma. Llevaba un tumor muy semejante á la de la enferma de Divonne, pero los síntomas de obstrucción eran menos intensos.

Sin embargo, venía á Génova para operarse, porque no podía continuar ya sus trabajos profesionales.

El enclavamiento era aun más pronunciado que en la enferma precedente. Por espacio de tres días ensayé en vano la reducción.

Al cuarto día, teniendo todo preparado para hacer la laparotomía y anestesiada la enferma profundamente, quise intentar un último esfuerzo para hacer mover ó valancear el útero bajo el promontorio, y sentí que el fondo del útero se deslizaba más abajo; entonces insistí con presiones alternadas por la vagina y el abdomen; el útero se hizo gradualmente más movable en ambos sentidos, y por último conseguí que se remontara y franqueara el promontorio, quedando constituido en su posición normal.

Lo elevé hasta cuatro traveses de dedo por bajo del ombligo.

Me pareció al principio que existía un tumor sobre cada uno de los cuernos uterinos; pero al cabo de algunos días los flujos habían desaparecido y el útero había vuelto á tomar la forma regular de una matriz gravida. Las prominencias que yo había notado provenían probablemente de un surco medio determinado por la presión del promontorio sobre la parte media del fondo del útero.

Después de la dilatación de la matriz, comprobé á la derecha, en la pared anterior, la presencia de un gran fibroma intersticial; hice desbridación profunda y se enucleó espontáneamente.

Esta mujer regresó á su lugar perfectamente curada. ¿Estos tumores estaban enclavados ó retenidos por simples adherencias? No lo puedo precisar. Las membranas adventicias pueden distenderse y se rompen por maniobras como las que yo practiqué. Creo sin peligro esta ruptura, si la fuerza empleada no es excesiva y si no se procede de una manera brusca.

Estos dos casos han sido seguidos de otros análogos, en los que no tuve que insistir tanto con las maniobras de la taxis; he tenido que practicar operaciones difíciles para la retroversión del útero enclavado y fijo en el pequeño vacinete.

La retroversión del *útero grávido* es una complicación del embarazo bastante conocida. La retro-versión del *útero fibroso* constituye una complicación análoga que exige un tratamiento semejante; es decir, la reducción del órgano á su posición y dirección normal, reducción que se obtiene por una combinación de táxis y masaje.

En el momento en que se efectúa esta reducción la marcha de la afección cambia por completo.

Las desviaciones en sentido antero-posterior no son solamente las que se encuentran. Muchas veces el útero está desviado lateralmente. Esto ocurre por lo regular cuando el fibroma, procediendo de las partes laterales, tiene su desarrollo entre los dobleces de los ligamentos anchos.

Intervención quirúrgica.

Un útero atacado de fibroma debe tratarse con tanta circunspección y prudencia como exige una parida, y ningún médico debe decidirse á atacar los fibromas por la vagina, si no tiene la certidumbre de que tiene á la enferma al abrigo de toda infección.

Todos los operadores están de acuerdo para separar, por *incisión abdominal*, los tumores pediculados sub-serosos y los grandes tumores intersticiales desarrollados del lado periférico, y *por la vía vaginal* aquellos que, formados de varios pólipos cavitarios, se elevan en su mayor parte sobre la mucosa.

Pero entre estos dos tipos diametralmente diferentes existen variedades intermedias, por las cuales se puede titubear entre las dos vías. Esta tercera categoría comprende todos los tumores ó fibromas intra-parietales de pequeño y de mediano tamaño.

Yo publiqué en 1835, en *Los Anales de Tocología*, una serie de observaciones que demuestran la eficacia de un tratamiento quirúrgico que termina por la enucleación espontánea de estos tumores fuera de la pared. Algunos me han imitado y han obtenido resultados semejantes y aun mejores.

Vamos á describir ahora las operaciones que se practican por las vías naturales, tal como han sido modificadas por la aplicación de nuestro método antiséptico de dilatación y de curas.

Los dividiremos en:

- 1.º Operaciones de los fibromas paridos;
- 2.º » » » » cavitarios;
- 3.º » » » » intra-parietales.

Operaciones usadas contra los fibromas paridos.

Damos el nombre de fibromas paridos á aquellos en que el pedículo es tan largo que permite al neoplasma salir por el cuello y aparecer en la vagina. Estos no se sitúan en general de una manera constante; su salida se produce bajo la influencia de un trabajo de expulsión. Cuando cesa este trabajo se remontan en el útero. Es casi siempre posible provocar su salida dilatando el segmento inferior y administrando la ergotina.

Estos son los más sencillos de operar; introduciendo el dedo á lo largo del tumor se llega á su inserción.

Si se encuentra muy alto se tira del tumor con pinzas de dientes. Sin embargo, no se necesita ejercer tracciones muy enérgicas que podrían producir una inversión del útero.

El grado de torsión que puede sufrir el tumor, permite apreciar el largo y espesor del pedículo. Este es un medio que puede ser útil cuando la exploración con el dedo es insuficiente.

Si el pedículo es accesible y no muy voluminoso, se le secciona tan alto como sea posible con la tijera larga, guiada por el dedo, que al mismo tiempo protege la pared uterina.

Si el pedículo es grueso y corto se le guillotina por uno de los medios siguientes:

Por l'craseur de Chassagnac:

• los diversos sierra-nudos:

O por el asa galvano-caústica.

El Vcrasseur es hoy día mucho menos empleado que otras veces; la constricción, determinada por la cadena, estira las partes centrales del muñón, de tal modo, que son cortadas á un nivel más elevado que las partes periféricas. Esta particularidad expone á interesar una parte de la pared y hasta á perforarla. No usaremos este instrumento sino cuando el pedículo

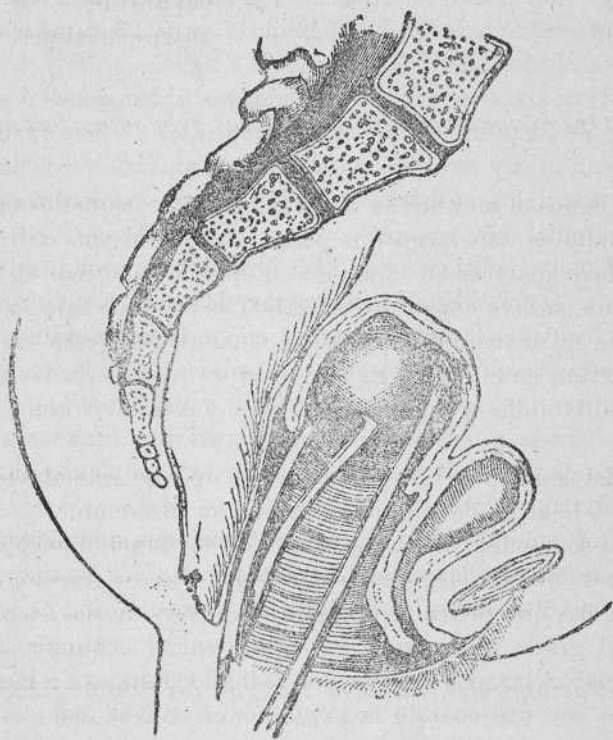


Fig.^a 54.--Extracción de un fibroma por medio del asa metálica.
(Barnes).

no sea muy grueso y cuando su longitud da espacio suficiente para no exponerse á lastimar la pared uterina.

La cadena se prende muy fácilmente en el tejido y no resbala como el hilo metálico.

Los sierra-nudos constituyen un instrumento de guillo-

tina excelente cuando el tumor presenta un ecuador, pero el hilo desaferra con facilidad cuando aquél tiene los diámetros uniformes ó más largos en la base que en la extremidad libre.

El asa galvánica, que penetra inmediatamente en los tejidos, presenta reunidas todas las ventajas del hilo metálico y la cadena del *l'craseur*.

Se han inventado diversos instrumentos para colocar hilos ó cadenas alrededor del pedículo. Las de Pean me parecen las más prácticas de todas.

Hay algunos pólipos que por sus dimensiones ó por la altura de su inserción no son susceptibles de ser aprisionados por un hilo y nos vemos obligados á atacarlos con las tijeras y á dividirlos ó separarlos; es decir, á proceder como en la embriotomía.

Como se obtienen con las tijeras los mejores resultados, en los casos más difíciles de operar, debemos concluir diciendo que las tijeras constituyen el mejor instrumento para toda especie de operaciones en los fibromas paridos, pudiéndonos siempre dispensar de recurrir á otros instrumentos.

Si no se puede terminar la operación en una sola sesión, debemos practicar la irrigación y el taponamiento antiséptico del útero.

En general se producen contracciones que determinan la enucleación de las masas restantes ó que por lo menos facilitan su ablación en las sesiones ulteriores.

Operaciones destinadas á separar los tumores cavitarios.

Señores, aquí nos presta especialísimos servicios la dilatación.

Su alcance ha sido muy bien comprendido por el Profesor Landau, que rindiéndole culto en una de las sesiones de la Sociedad de Medicina de Berlín; pues habiendo hecho aplicación de la dilatación, según mi método, en doscientos casos, confiesa que dicho método tiene una gran superioridad para poner al descubierto pequeños pólipos que su alto asiento esca-

pan frecuentemente á la dilatación obtenida por los medios ordinarios. En tanto que los diferentes dilatadores dilatan hasta el pólipo solamente, los tapones se introducen más entre las paredes y la prominencia tumoral; y una vez retirado el taponamiento, el dedo penetra todo alrededor del pólipo, con lo cual se tiene perfectamente la percepción de una masa aislable que termina el diagnóstico.

El espacio vacío, obtenido por la dilatación en las partes que aloja el pólipo, permite maniobrar con los instrumentos necesarios para ejecutar la operación.

Cuando los fibromas cavitarios tienen un pedículo delgado, lo cual es raro, se les puede guillotinar como á los fibromas paridos; pero es preciso dividir y extirpar por fragmentos aquellos tumores que tienen mayores dimensiones en su base que en su extremidad libre.

Esta es una operación larga que exige hábito en las maniobras intra-uterinas; pero ciertamente no es mucho más difícil que una embriotomía, cuando la dilatación uterina es suficiente.

Yo introduzco dos dedos en la matriz y conduzco sobre ellos las tijeras curvas, largas de punta aguda, y ataco el tumor hasta donde me es posible, procurando cortar al mismo nivel en toda su superficie ó periferia.

Una vez escindido circularmente, comienza á descender la parte seccionada; esta parte la sujeto con una pinza de dientes y empiezo de nuevo la enucleación por medio de la uña, puesto el dedo sobre la mucosa. Jamás me ha dado mal resultado separar así, y sin obstáculos, el tumor de su cubierta; como ayuda la tracción, los pedazos del neoplasma descienden un poco más y los prendo un poco más arriba, seccionándolos cuando la tracción con las pinzas no produce ningún efecto.

He ensayado el gancho enucleador de Sims, pero he encontrado siempre que las ventajas con que separo el neoplasma por medio del dedo, no me las proporciona ningún otro instrumento.

Procediendo así, por secciones, tracciones y enucleaciones, se consigue separar gran parte del tumor. Las partes que cuel-

gan sirven para conducir las manos y los instrumentos sobre el centro del neoplasma.

Cuando los tumores tienen una ancha base, es raro que se puedan enuclear de pronto de una manera radical y completa. Cuando no queda más que una parte pequeña del fibroma, puede desaparecer, ya por reabsorción, ya por un proceso de desintegración análogo al de involución que sigue al parto. A veces las contracciones uterinas espelan la porción posterior; es decir, la parte intra-parietal del tumor por la abertura practicada en la mucosa. Estas contracciones dan lugar á un verdadero trabajo más ó menos intenso, cuya intermitencia revela su naturaleza.

Después de la operación, yo hago siempre una irrigación intra-uterina con una solución de sublimado al milésimo; y si la extirpación ha sido incompleta tapono entonces herméticamente la cavidad uterina con algodón iodoformado.

Cada dos días exploro y renuevo la cura. Si encuentro pedazos en vías de expulsión los extraigo con las pinzas ó los reseco.

Llevo hechas veintiuna operaciones de este género sin que hayan tenido lugar ni una sola vez accidentes sépticos.

La enucleación definitiva dura por lo común tres semanas. Gracias á la cura intra-uterina antiséptica somos dueños de la situación y hacemos inofensivas estas extirpaciones parciales y sucesivas.

De las operaciones destinadas á separar los fibromas situados en la pared.

Estos fibromas se revelan ellos solos cuando ya son grandes; si son pequeños no presentan siempre síntomas tan característicos, por lo cual tenemos necesidad de buscarlos.

Sin embargo, son frecuentemente causa de hemorragias insidiosas; las reglas se presentan más abundantes; las enfermas se anemian y se encuentran en un estado por el cual no se puede conocer la causa de su malestar, siendo preciso investi-

gaciones minuciosas sobre el curso habitual de los ménstruos.

Una vez dirigida en este sentido la atención, es raro que no puedan de otras particularidades formarse presunciones de que existe una afección uterina que necesite un examen completo.

El hábito de dilatar para buscar las causas de lesiones de carácter oscuro me han permitido muchas veces descubrir pequeños fibromas intra-parietales latentes. Procuro siempre desembarazar el útero, porque, lo repito, esta variedad es la que está destinada á suministrar las especies más grandes de fibromas; es decir, los tumores que más tarde no se podrán separar sino por la laparotomía.

Pero si la cavidad uterina se ha ensanchado de modo que sus dimensiones no sean desproporcionadas con las mayores dimensiones del tumor, se puede atacar el fibroma por el procedimiento que os voy á describir. Cuando después de haber producido una dilatación máxima se encuentra que la masa del tumor es tan considerable que no hay medios de reconocer los límites superiores con los dedos introducidos en el útero, hay que abstenerse de todo ataque por la vagina, pues si la infección sobreviniera nos obligaría esta contrariedad forzosamente á anticipar la enucleación, que constituye en semejante caso la única esperanza de curación. En este caso es preciso recurrir desde luego á la laparo-frotomía. La operación comprende: 1.º La dilatación; 2.º El desbridamiento, y 3.º El tratamiento consecutivo.

La dilatación.—Debe ser para las necesidades del diagnóstico bastante para que el dedo penetre por completo y cómodamente en el canal uterino; si es para operar debe hacerse mayor aún.

Si la cavidad no está alargada, basta hacer la dilatación hasta que pueda penetrar el índice y los instrumentos necesarios.

Si está alargada, el índice no será suficiente; se necesitará, para penetrar más profundamente, entrar el índice y el del medio.

En fin, si el fibroma tiene su asiento más arriba, en una cavidad muy profunda, será necesario mayor dilatación para poder introducir toda la parte de metacarpo que está encima de la raíz del pulgar.

Téngase bien entendido que antes de resolverse á hacer semejantes dilataciones se utilizará la suma de datos que pueden ofrecernos el descenso y la depresión del útero por el abdómen. Estas maniobras necesitan una anestesia completa.

Las grandes dilataciones, en mi concepto, no son realizables en todos los úteros atacados de fibromas intra-parietales, mucho más si el fibroma tiene grandes caras al lado de la mucosa y el grado de dilatación es considerable á consecuencia de las modificaciones especiales que puede entrañar el embarazo fibroso.

En algunos casos de éstos el taponamiento progresivo basta por sí sólo como medio de dilatación, y en otros se podrá sustituir el algodón, de tiempo en tiempo, con otro cuerpo que proporcione una dilatación más regular. Los trozos de esponja preparada, lo mismo que los tallos de laminaria, no tienen dimensiones suficientes para dilatar, sobre todo las largas y profundas cavidades uterinas.

Yo me sirvo en ciertos casos de sondas uretrates masculinas de laminaria, cortadas al largo de la cavidad uterina y coloco muchas á la vez.

Si me sirvo de la esponja, la escojo proporcionada á la cavidad que se ha de dilatar, y la hago sufrir una preparación especial.

La esponja es siempre cónica. Para obtener dilataciones considerables, así en el orificio como en el fondo, coloco dos de aquéllas é introduzco la primera por la base y la segunda en sentido inverso.

Jamás opero inmediatamente después de retirar los medios de dilatación. Yo irriego primero, tapono después y dejo allí el algodón cuarenta y ocho horas. Entonces estoy ya seguro de que el campo operatorio está esterilizado.

Cuando la dilatación parece suficiente, anestésico la enferma, desciendo y deprimo el útero é introduzco el ó los dedos hasta el fondo de la cavidad uterina.

El desbridamiento.—La incisión no debe ser ni una simple escarificación ni un ojal. Supuesto que esta incisión ha de rellenarse después, su dirección y longitud deberán ser proporcionados á la dirección y al largo del tumor.

Su profundidad deberá medir el espesor de la capa de tejido que recubre el neoplasma.

Conozco muy bien que es muy difícil apreciar con exactitud la dirección y el diámetro mayor del tumor; pero sería menor la dificultad si estuviéramos más familiarizados con la exploración intra-uterina.

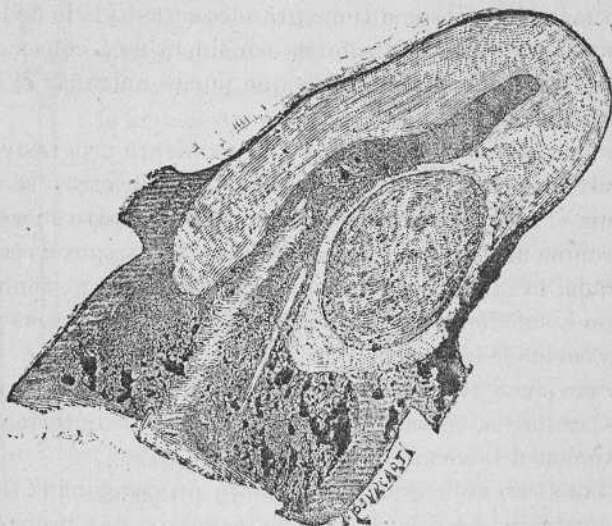


Fig.^a 55.—Incisión de desembridamiento bajo la inspección del dedo.

Yo me sirvo de un bisturí con la hoja escondida en una vaina (fig.^a 56) y le introduzco como una sonda uterina. Una vez al nivel de los límites superiores del tumor, introduzco su hoja hasta la profundidad que quiero; coloco la extremidad del dedo sobre la extremidad del dorso del instrumento; ejerzo por el abdómen una contrapresión con la otra mano y escindo la pared, prolongando la incisión hasta el límite inferior del neoplasma. Terminada que sea, escondo la hoja del bisturí y le retiro inmediatamente.

No es de desear que la incisión comprenda la misma cápsula, porque entonces el fibroma no está abierto y no hay que esperar su mortificación. La operación ideal consiste en procurar un camino gradual del tumor á la cavidad y no provocar inmediatamente su expulsión fuera de la pared.

Sabemos que los pólipos fibrosos que se enuclean y se expulsan espontáneamente sin la escisión de la cápsula, son los que producen menos accidentes.

Es preferible tantear dos ó tres veces el desbridamiento antes que hacer de pronto mucha profundidad. Pero si el fibroma es grande y su asiento es elevado, se podrá proceder con prudencia al desbridamiento.

Cuando no se tiene metrotomo de hoja escondida podemos servirnos de un bisturí de botón del lado del dorso solamente; se envuelve el corte con esparadrapo de modo que no quede descubierta más que la extremidad de la cuchilla, pues se cortan generalmente los dedos durante la introducción del instrumento, sobre todo cuando la dilatación no es muy amplia.

Algunas veces me sirvo también de largas tijeras, curvas sobre el corte. El uso de las tijeras se impone cuando el tumor forma una prominencia en la cavidad; entonces es preciso empezar la incisión por la base que está hacia el lado del operador; es decir, por los límites inferiores del neoplasma, seccionando después hacia arriba, atendiendo cuanto sea posible á los límites superiores del tumor.

Cuando la dilatación es tal que la vista puede penetrar en lo profundo de la cavidad uterina, se opera sin anestesia, porque la incisión por sí misma es muy poco dolorosa.

He operado en estas condiciones, en la Mater-



Fig.^a. 56
Uterótomo
de
Vulliet.

nidad, en presencia de una numerosa asistencia de médicos, y han visto caminar el bisturí en la pared como cuando se practica una incisión sobre las paredes vaginales.

El desbridamiento da lugar á una hemorragia algo abundante, pero de muy corta duración. Esto sólo puede asustar á aquellos que no conocen los efectos hemostáticos que producen las escarificaciones cuando haya pérdidas debidas á los fibromas.

Para terminar hago una extensa irrigación intra-uterina desinfectante y tapono el útero y la vagina con algodón iodoformado.

Tratamiento consecutivo.

Al día siguiente de terminar la operación administro la ergotina al interior y aplico la electricidad.

Renuevo el taponamiento cada cuarenta y ocho horas. No introduzco ya más ni el dedo ni ningún otro cuerpo extraño que no sea el algodón y la cánula de inyecciones.

Tres cosas pueden ocurrir como consecuencia de la incisión: ó la enucleación se produce inmediatamente, ó la mucosa se cicatriza y el neoplasma se cambia lenta y gradualmente en un pólipo cavitario, ó no se presenta ninguna modificación, quedando el tumor en la misma disposición que tenía antes.

La extensión y la profundidad del desbridamiento, las conexiones más ó menos íntimas del neoplasma con el músculo, la consistencia del fibroma y el grado de contractilidad de la capa externa son muy probablemente las circunstancias que determinan el resultado final de la operación.

La enucleación se anuncia en general por los dolores característicos de un trabajo de expulsión. Si no hay indicio alguno de infección este trabajo se efectúa sin intervención.

Cuando se juzga suficiente el esfuerzo del útero se puede practicar un examen con el dedo.

En este examen me ha ocurrido algunas veces que he encontrado el neoplasma á distintas alturas; otras le he hallado

en la vagina; en otros casos no había franqueado el orificio externo y otras veces, en fin, le he hallado entre los labios de la incisión.

La enucleación jamás se produce de una vez; ordinariamente las partes que están fuera quedan adheridas á aquellas que están aún embutidas en la pared y se hace preciso intervenir para determinar la expulsión total.

He visto también hacerse la eliminación por pedazos que se separan por sí solos del resto de la masa. Estos pedazos tienen generalmente la forma de masas discoides, aplastadas, de contornos regulares.

La separación se produce, según nuestro criterio, en el tejido celular, que reúne los diferentes lóbulos que constituyen la aglomeración tumoral. Conservo dos fragmentos de fibroma expulsados de este modo.

Gracias á las condiciones de asepsia en que aquéllas se operan, á las inyecciones y á las curas intra-uterinas, se puede preservar el órgano de toda contaminación.

En dos casos en que el neoplasma ha tardado tres semanas en salir, no he observado ni fiebre, ni fetidez, ni signo alguno de descomposición.

He visto empezar la enucleación á los dos días del desbridamiento; también la he visto comenzar al cabo de seis, de ocho, de quince y hasta de veintiún días.

Si al cabo de tres semanas ningún síntoma nos hace presumir que la expulsión se verifique, es probable que la incisión se haya cicatrizado, y que la eliminación no se produzca en esta forma.

Formación del pólipo.—Cuando no han salido pedazos al cabo de tres semanas, no se debe desesperar de los resultados del desbridamiento; el neoplasma puede aún seguir en la cavidad, rodeado de mucosa y transformado en pólipo. La incisión vuelve á cerrarse, pero la debilidad de la capa interna subsiste; el desbridamiento la ha adelgazado, y el neoplasma puede por estas condiciones avanzar hacia el interior de la matriz.

He descrito en el trabajo ya mencionado un caso cuyas particularidades prueban de la manera más evidente este gé-

nero de transformación. El fibroma intra-parietal empleó tres meses en pasar de la pared á la cavidad. Al cabo de este tiempo he separado el pólipo fibroso, unido solamente á la pared, al nivel de la incisión, por un pedículo aplastado que media toda la extensión del desbridamiento. El 28 de Noviembre de 1887 he vuelto á ver esta mujer, la cual se encuentra bien y tiene el útero en estado normal.

Resultado negativo.—He desbridado fibromas bajo la inspección de la vista, con ocasión de dar á la incisión la extensión y profundidad deseada, y sin embargo, en algunos casos, el fibroma no ha variado de su sitio. ¿Habría perdido su contractilidad la capa externa? ¿Sería que las conexiones entre el neoplasma y la pared fueran muy íntimas? Esto es lo que no se puede determinar.

Tengo la idea de que los fibromas por edema ó invadidos por degeneraciones, como todos aquellos que no tienen una consistencia algo superior á la de la pared, no sufren en grado suficiente el efecto de la contractilidad; á esta causa sobre todo es á la que yo me decido á atribuir los resultados negativos.

Debo manifestar que jamás he tenido que arrepentirme de haber practicado las incisiones en casos de esta especie, porque en todas las enfermas he obtenido la disminución de las hemorragias y la cesación persistente de las mismas, quedando paralizado el desarrollo de los tumores.

Sé que se han atacado los fibromas intra-parietales por las vías naturales, haciendo una incisión en el segmento inferior del útero, para llegar al sitio del neoplasma y extraerle inmediatamente por división y por enucleación.

No puedo establecer el paralelo entre este procedimiento y el que os acabo de exponer, porque yo no he practicado más que este último; pero *á priori* no creo que las incisiones den más acceso que la dilatación, según mi procedimiento; y en cuanto á la extracción propiamente dicha del neoplasma, no creo que por aquella incisión pueda ser más completa, pues deben quedar frecuentemente, cuando el tumor está muy profundo, una especie de restos inaccesibles que las contracciones

uterinas deberán eliminar ulteriormente teniendo abierta su salida.

Las contracciones ejercen en mi juicio un papel muy importante y á ellas debemos confiar la expulsión de los tumores convenientemente preparados para la eliminación.

Por grandes que sean las garantías que nos ofrece una antisepsia rigurosa nunca serán bastantes para hacernos mirar el traumatismo como cosa de poca importancia.

Esta manera de hacer la enucleación inmediata de los fibromas lleva consigo un traumatismo mucho mayor que el procedimiento que yo os he expuesto. Por otro lado, cuando la ablación no es completa la parte que queda se encuentra más al descubierto y expuesta á accidentes de infección mucho más numerosos que en aquellos en los cuales se ha hecho un simple desbridamiento.

También, señores, debo demostraros que en ciertas circunstancias se puede utilizar la dilatación que resulta del embarazo para determinar la expulsión de tumores fibrosos intraparietales voluminosos, situados en las regiones más altas de la matriz.

No tengo más que un sólo caso que presentaros, y os comunicaré la observación tal como ha sido redactada por el Doctor Em. Julliard, mi *asistente* ó ayudante, que ha consignado este caso en su tesis.

El 24 de Febrero de 1887 el Profesor Vulliet fué llamado por el Doctor Wartmann cerca de la señora G.

Esta señora tiene treinta y seis años, casada hacía catorce y es nulípara.

Hace doce años que sufre de bajo vientre y su abdomen aumenta de una manera gradual. Tuvo muchas consultas y supo después de mucho tiempo que tenía un fibroma uterino.

A partir del mes de Agosto de 1886, en que las reglas habían sido normales, han cesado por completo y el vientre ha adquirido un volumen más considerable.

El embarazo era dudoso según el parecer de los muchos médicos á quien había consultado.

En la semana anterior á la consulta ha sentido repetidas veces dolores intermitentes.

En estas circunstancias el Doctor Wartmann propuso una consulta con el Doctor Vulliet.

Después de un examen minucioso, Vulliet creyó poder diagnosticar un embarazo en el cual el feto muerto no podía ser expulsado á causa del tumor.

Al día siguiente un nuevo trabajo se produce y se presenta un pie en el orificio externo.

La extracción no ofrece dificultad alguna y se puede reconocer un feto, de cinco meses próximamente, muerto hacia algunas semanas.

El alumbramiento necesita la introducción de la mano en la cavidad uterina.

Vulliet aprovecha esta circunstancia á fin de examinar y tocar el tumor entre las dos manos para determinar el volumen, la consistencia y sobre todo sus relaciones con la pared de la matriz.

Este era un fibroma intersticial típico, situado en la pared anterior del cuello del útero. Por arriba atacaba al fondo; por debajo descendía hasta al nivel del orificio interno. Las paredes del cuello, propiamente dicho, estaban libres y normales. La convexidad del tumor estaba hacia la serosa, y del lado de la mucosa no presentaba prominencia alguna marcada. Estaba duro este neoplasma, resistente y elástico. Vulliet calculó su volumen del tamaño de una naranja.

Entretanto declaró la paciente que había mucho tiempo que estaba decidida á sufrir una operación radical, y que deseaba se hiciese cuando concluyera su aborto.

Visto el volumen de este tumor y su desarrollo abdominal, no podía hacerse tentativa alguna de extirpación total del neoplasma sino por la laparo-histerectomía.

En este caso, Vulliet, con inspiración de maestro, aprovecha la dilatación fisiológica del embarazo para aplicar el procedimiento que venía usando hasta entonces después de la dilatación artificial solamente.

Expuso su plan al Doctor Wartmann y á mí.

Este consistía en observar á la enferma durante cuarenta y ocho horas con el fin de poder eliminar toda infección pre-

existente; en taponar después el útero para ver cómo sobrelleva este órgano el taponamiento fijo *post partum*, y en practicar por último el desbridamiento del tumor, si la enferma no manifestaba fiebre ni intolerancia.

Sin figurarse los accidentes que podrían provenir de una empresa sin precedente, Vulliet estimaba que los riesgos que corría no podían ser mayores que los que acompañan á una laparo-histerectomía. La operación proyectada le parecía por otro lado la más adecuada, considerando que el útero se des- embaraza más de una vez de los fibromas á consecuencia de los partos.

No marcando el termómetro ascensión alguna, y siendo perfectamente soportado el taponamiento, Vulliet ejecuta la operación cinco días después del aborto.

Introduce fácilmente una mano en la matriz libre de tapones, y lavada con una solución de sublimado al milésimo, y tomando con la otra un bisturí de botón, de cuchilla escondida en el mango, le desliza sobre los dedos hasta el fondo de la cavidad y hace una extensa y profunda incisión.

Tuvo una hemorragia sin importancia; después se obturó de nuevo la matriz y se continuó renovando esta misma cura cada dos días.

Al sexto día después de la operación fué Vulliet llamado repentinamente, porque la enferma estaba con nuevos dolores expulsivos.

Por el tacto encontró en la vagina un disco de tejido, redondo, aplastado, completamente libre, que había sido eliminado espontáneamente de la matriz y notó en la abertura de la incisión para el desbridamiento otros pedazos en vías de expulsión.

Anestesiada la enferma, Vulliet procedió á la operación de todo lo que podía extirparse.

La cavidad fué de nuevo lavada con la solución de biocloruro de mercurio al 1 por 1.000 y se obturó completamente con los tapones iodoformicos.

Tres veces se repitió el mismo trabajo con el intervalo de cinco y de seis días; cada vez salían por la incisión nuevos pe-

dazos que fueron inmediatamente extraídos por tracción y por excisión.

En fin, el 23 de Marzo, después de la última sesión, la enferma estaba enteramente desembarazada de este tumor, que había llevado por espacio de doce años.

El útero, todavía dilatado por las modificaciones que le habían imprimido el embarazo fisiológico y el volumen fibroso, entró en involución.

Dos meses después la enferma tuvo el útero en estado perfectamente normal, apto para la concepción y la gestación.]

He vuelto á ver á la enferma, la cual sigue á las mil maravillas.

Contra-indicaciones.

Mi procedimiento operatorio está absolutamente contra indicado siempre que las dimensiones del tumor sean tales que el desbridamiento practicado en toda la longitud de la cavidad uterina no permita salida suficiente para que la enucleación espontánea pueda producirse.

Mientras más lenta sea la expulsión parietal tanto más inminente es la infección.

Aun en el caso de que la cavidad uterina esté bastante dilatada para permitir el suficiente desbridamiento, será una contra-indicación que los límites superiores del tumor remonten demasiado por el lado del abdomen, pues en la eventualidad de una infección incipiente no se puede proceder á la enucleación forzosa con la celeridad necesaria.

Por último, la sospecha de que haya ó puedan presentarse procesos virulentos en la cavidad uterina, contra-indica absolutamente este género de operación.

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

... ..

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

LECCIÓN DÉCIMA

TRATAMIENTO DE LOS FIBROMIOMAS (continuación)

Tratamiento paliativo de los fibromiomas.

Señores:

El interés bien entendido de las enfermas consiste casi siempre en evitar la operación mejor que someterse á ella. Por lo demás, las indicaciones se presentan de una manera diferente, no solamente por las particularidades del caso, sino también por la situación individual de las enfermas.

Cuando se trate de una madre de familia, estaremos mucho más dispuestos á diferir una operación peligrosa, supuesto que la enferma podrá disfrutar de reposo y comodidad y acomodarse al régimen y á los cuidados que le presten sus asistentes.

Por el contrario, si tenemos que curar á una proletaria á la cual un fibroma imposibilita de trabajar y la obliga á apurar los recursos de la caridad pública y privada, debemos desde luego proponerle una operación, que aun á costa de grandes peligros sea susceptible de transformar esta existencia miserable en una vida activa é independiente.

Los tratamientos paliativos más empleados son: *la electroterapia*, el empleo del *cornezuelo de centeno* en *inyecciones parenquimatosas*, la *dilatación sola* ó acompañada ó asociada á las *escarificaciones*, el *raspado* y la medicación interna por el *cornezuelo de centeno*, sus derivados y sucedáneos.

Electroterapia.

Dejamos consignado en la lección anterior el papel accesorio que puede juzgar la electricidad cuando se la emplea como excitante de las contracciones uterinas y cuando se aplica para forzar el músculo á fin de hacer salir y expulsar el neoplasma del lado del peritoneo ó de la cavidad uterina; veremos la importancia que hoy día tiene la *electroterapia* aplicada al tratamiento de los fibromas.

Apesar de todo el ruido hecho hasta hace poco por los apóstoles de la electroterapia, creemos que no se pueden *hacer desaparecer* por este medio los tejidos que *constituyen el neoplasma*.

El efecto de la electricidad es:

- 1.º Excitar las contracciones en el tejido muscular uterino;
- 2.º Provocar una descomposición físico-química á que se ha dado el nombre de electro-lisis;
- 3.º Producir efectos caústicos cuando las corrientes han adquirido cierta intensidad.

Tales son las propiedades generales de la electricidad; veremos cómo puede utilizarse cada una de ellas.

Excitación de la contracción muscular.—Aplicando la corriente eléctrica sobre dos puntos opuestos del útero, se produce una contracción total del órgano.

Esta contracción puede determinar la isquemia y combatir el éxtasis y el infarto. Además, como el tejido muscular normal se contrae y el fibroso no sufre alteración contráctil, es fácil aprovechar su retracción al interior ó al exterior cuando suponemos la existencia de un neoplasma fibroso engastado en la pared ó en la cavidad uterina.

La electrolisis.—Los fibromiomas tienen una organización histológica que, con no ser tan resistentes, como la de los tejidos normales, es sin embargo tal, que depende de las leyes de la vida celular y no se la puede considerar como de materia inerte. No se puede comparar un útero conteniendo un fibroma á una masa metálica ó acuosa que no obedece más que á las leyes fisico-químicas.

No admitimos que el paso de una corriente á través del útero pueda disminuir la dimensión de un tumor cuyos elementos descompuestos irían convergiendo, los unos hacia el polo positivo y los otros hacia el polo negativo. Si se produce la electrolisis, ésta no puede obrar sino sobre la parte del tumor que es más susceptible de descomposición; es decir, sobre su parte líquida; en cuanto á las células y á las fibras, si no son atacadas de muerte por la corriente, la electrolisis no puede ejercer sobre ellas más que efectos pasajeros, porque los líquidos descompuestos por la electrolisis se reproducirían de nuevo cuando haya cesado la corriente.

Si la electricidad es capaz de reducir por su acción química el volumen del útero y de sus tumores, no vemos por qué la vejiga, el tejido periuterino, etc., no han de ser también modificados como el útero.

Observaciones positivas nos dan á conocer que el efecto cáustico sólo puede obtenerse *en los puntos de los tejidos que están inmediatamente en contacto con los electrodos*. Esta es, pues, una acción local que se produce sobre la piel del abdomen y sobre un punto cualquiera del útero, pero no se extiende su acción ni al útero ni á los tumores que contenga. Esta acción cáustica no diferirá de la obtenida por medio de cualquier otro cauterio metálico ó químico.

Por medio de electrodos de múltiples dardos que se introducen en los tejidos, se puede sin duda repartir la acción química sobre muchos puntos del tumor, desorganizar su estructura, provocar derrames por estos puntos de punción, producir tejido cicatricial sobre los trayectos cauterizados y determinar de este modo una atrofia del tumor atacado. Todo esto lo explica muy bien la desaparición de tumores poco organizados,

poco voluminosos y de fácil acceso; como ciertos lipomas y neuromas superficiales ó tumores eréctiles.

Pero cuando se trata de fibromas uterinos pequeños ó de fácil acceso, no traerían ventaja el tratarlos por la acupunctura eléctrica, en lugar de proceder á su extracción. Por el contrario, si son profundos y difusos convendrá tratarlos por medio de aplicaciones, como la electro-acupunctura, repetidas tantas veces como sea necesario para conseguir un resultado real y positivo. Cuando sean posibles estas maniobras se ejecutarán después de haber hecho la dilatación que conviene sostener ó renovar. En tal caso el método necesitaría una serie de manipulaciones que resultarán más complicadas que las que exige cualquier otro método. En realidad la mayor parte de los electricistas se contentan con introducir uno de los polos en el útero ó en la porción vaginal y acomodar el otro polo sobre el abdomen y prescinden de la acupunctura.

Es verdad que atravesando cada uno de estos polos el parénquima uterino con los electrodos, penetra á manera de puñal en la dirección supuesta del neoplasma!!!

Yo he dilatado muchas veces el útero y he podido palpar en sus detalles, por maniobras minuciosas, paredes uterinas atacadas de fibromas; pero aseguro que apesar de la experiencia táctil que he adquirido por este medio, preferiría hacer cualquiera clase de laparotomía para extraer un fibroma profundo á penetrar á ciegas en un útero.

Sólo resta decir que el electrodo puede introducirse perdido en la vejiga ó en el recto, lo cual no es raro que suceda.

En una visita que practiqué en unión de mi compañero y amigo el Doctor Aug. Reverdín, á la clínica de uno de los «electro-ginecologistas» más avanzados, fuimos testigos de una de estas punciones parenquimatosas. Si de allí salimos edificadas no fué ciertamente por la excelencia del método. Se trataba de una mujer que padecía un fibroma sub-mucoso en el segmento inferior del útero. Aunque sin pedículo, el tumor, grueso como el puño, dominaba de tal manera la cavidad cervical que la hacía visible y accesible; el electrodo fué aplicado al tumor; la corriente contenía un número considerable de mi-

liamperes. Una vez cerrado el aparato se escapó de la masa una especie de legía, como cuando se introduce en el agua un hierro enrojecido: toda la superficie visible estaba llena de cicatrices aisladas, vestigios de sesiones precedentes. Hacía un mes que la enferma estaba sometida á este tratamiento, cuando con un par de tijeras ó por medio de un bisturí cualquiera, en doce ó quince minutos se hubiera visto libre de referido tumor.

El resultado final, en mi opinión, es por lo tanto el siguiente: si las corrientes son débiles, obtendremos una acción electrolítica sin ningún efecto terapéutico, y si son poderosas, la producción de escaras. Ninguna de estas acciones puede producir efectos útiles sobre los fibromas uterinos.

Por todas estas razones opinamos que la escuela actual de los electro-ginecologistas sigue un camino equivocado, pues en vez de emplear corrientes dirigidas á excitar lo mejor posible las contracciones del tejido uterino, se sirven de corrientes continuas en las cuales predomina la acción química y cáustica y que sólo sirven para producir ó una electrolisis ilusoria, ó simples escaras, resultando el tratamiento sin objeto.

Se ven en la necesidad de proveerse de aparatos complicados, de interponer al paso de las corrientes pastas de arcilla ó de yesca, que no tienen otro objeto que neutralizar una parte de las corrientes excesivas que emplean.

He tenido ocasión de comprobar en un caso práctico la exactitud de mi proposición.

Asistí por espacio de dos años á una joven de veintitres años de edad que padecía de varios fibromas que se habían desarrollado en uno de los lados del peritoneo. La cavidad uterina medía sólo siete centímetros y era por consiguiente de todo punto imposible maniobrar por las vías naturales, al propio tiempo que las circunstancias de la enferma no nos permitían pensar siquiera en una laparatomía.

En esta época me encontraba con deseos de experimentar el método de Apóstoli. Tomé los aparatos é instrumentos necesarios, la electricé con dos corrientes continuas determinadas por miliamperes durante tres meses. Obtuve algunos re-

sultados, pero la mejoría me parecía que iba menos deprisa que en algunos casos análogos en que yo había empleado las corrientes farádicas de una pequeña pila de Gaife. En caso de tener que elegir entre los dos medios yo preferiría las corrientes intermitentes. Los progresos serían manifiestos.

Al cabo de tres meses, la masa, que había disminuído en la totalidad de su volumen, presentaba una superficie más accidentada. Pasado algún tiempo podían distinguirse ya cuatro prominencias principales. Los fibromas múltiples tenían su asiento en el lado del peritóneo y por tanto estaban en peores condiciones de crecimiento. Por consiguiente vino un estado estacionario en el cual los tumores no se aumentaban, sino que seguían en el mismo estado. Esta señorita abandonó á Génova por haber trasladado su domicilio á Paris. Tuve la precaución de tomar y señalar sobre un esquema las dimensiones de sus tumores antes de su partida.

Cuando llegó á Paris se sometió al tratamiento de un especialista que aplicaba con la mayor escrupulosidad y exactitud el método de M. Apóstoli.

La joven estuvo sujeta á su tratamiento hasta que el especialista le manifestó que la electricidad había producido todo su efecto. Yo volví á hacerme cargo de la enferma en este estado en el mes de Septiembre, y como había examinado tantas veces su tumor, no tuvo inconveniente en que volviera á examinarle cuantas veces fuera necesario, para precisar la configuración del mismo. Formé un nuevo esquema semejante al primero; y de la comparación de ambos resultó probado hasta la evidencia que el volumen de los tumores era mayor que cuando marchó á Paris. La piel del abdómen tenía en varios puntos multitud de cicatrices que eran vestigios de las quemaduras eléctricas.

Convengo en que el ligero aumento de volumen podría proceder tal vez de una de esas congestiones pasajeras tan frecuentes en los fibromiomas. No voy á sacar de este caso otra conclusión que la que del propio se desprende, pero me ha parecido interesante porque es raro encontrar una enferma en la cual hayan podido comprobarse todo los efectos de un método cuya discusión está á la orden del día.

Por mi parte, para destruir granulaciones, no he de emplear la electricidad á la dosis cáustica, capaz de enrojecer las asas metálicas ó las cuchillas destinadas á practicar una operación cualquiera.

Sabemos que nuestro compañero el Profesor Jacques Reverdín ha operado el desbridamiento de un mioma intersticial substituyendo nuestro bisturí de hoja escondida con el cuchillo galvanizado; pero semejantes intervenciones nada tienen de común con la práctica de la escuela (Tripier Apóstoli). Convencidos por la experiencia de que la electricidad no nos ofrece más utilidad en las operaciones que las contracciones que ella provoca, hemos abandonado las corrientes continuas para volver á usar las de inducción. Aplicamos la electricidad mañana y tarde por espacio de quince ó veinte minutos.

El generador de que ordinariamente nos servimos es la pila de Gaiffe: aplicamos uno de los polos sobre el vientre por medio de un electrodo, recubierto de piel, en forma de placa y el otro, que por lo regular es el negativo, se aplica ya sobre el cuello por medio de un excitador en forma de cánula vaginal ó en la misma cavidad uterina por medio de un electrodo flexible, recubierto de cautchouc hasta la esfera terminal. Acostumbramos á introducirle una como sonda uterina, con todas las precauciones antisépticas.

En personas que tenían el ó los fibromas enclavados en las paredes, comunicando al útero el desarrollo uniforme que adquiere con el embarazo, he visto, bajo la influencia de este tratamiento, elevarse aquéllos gradualmente, unas veces hacia la periferia para convertirse en masas independientes móviles y otras hacia la cavidad uterina para presentarse con las condiciones de fibromas pediculados ó sexiles. Este resultado es en mi opinión el máximo de lo que se puede pedir á la electricidad.

Inyecciones parenquimatosas de ergotina y de ergotinina.

La acción fisiológica del cornezuelo de centeno es determinar la contracción persistente de las fibras musculares lisas

que entran en la constitución de ciertos órganos y en la de las tónicas vasculares.

Su acción *terapéutica*, cuando se trata del útero, se explica fácilmente; es semejante á la de la electricidad.

Las contracciones del músculo uterino comprimen y expulsan el neoplasma comprendido en las paredes ó en la cavidad del órgano.

Las contracciones de los vasos disminuyen la circulación sanguínea y obran por consecuencia, entorpeciendo el desarrollo de productos patológicos que los vasos irrigan y alimentan.

El cornezuelo de centeno, en fin, corta las hemorragias.

La manera más segura de obtener el efecto máximo del cornezuelo sobre la matriz es emplearle en inyecciones parenquimatosas por medio de la jeringa de Pravaz.

Las inyecciones parenquimatosas y subcutáneas deben hacerse con las mayores precauciones.

Estas precauciones son necesarias para impedir la producción de abscesos ó inflamaciones uterinas ó pelvianas, porque sería desastroso provocar por el tratamiento complicaciones frecuentemente más graves y peligrosas que el fibroma mismo.

Estas precauciones pueden resumirse de la manera siguiente:

1.º Limpieza de la jeringa y desinfección del campo operatorio.

2.º Elección de una preparación muy pura, no irritante y de una absorción fácil.

Limpieza de la jeringa y desinfección del campo operatorio.

Tengo la costumbre de hacer que la enferma compre una jeringa que inspecciono antes de usarla. Debe ser absolutamente nueva, sin manchas y que no esté enmohecida. Después de haber maniobrado muchas veces con agua pura, la

cargo de una solución de ergotina y la pongo en un platillo con agua. (La limpieza por medio de sustancias antisépticas no convienen absolutamente para un instrumento tan delicado; estas sustancias atacan el metal de la aguja y preparan de este modo la corrosión ó hacen que se incruste de manchas.) Después de las inyecciones se lava por dentro y por fuera con agua fresca, introduzco un hilo metálico en la cánula y la enjugo con un paño apropiado.

Desinfección del campo operatorio.—Esta desinfección deberá ser tan completa como importa para la operación, porque puede eliminar hasta la causa de una infección aportada por las secreciones que descienden de la cavidad uterina: por esta razón nosotros empezamos por una inyección intra-cavitaria por medio de la cánula de doble corriente de Tiemann.

Elección de la preparación de ergotina.—Vamos á señalar entre las preparaciones de ergotina y ergotinina las más recomendables:

1.º *La Ergotina Ivon*, en la que cada centímetro cúbico representa el principio activo de un gramo de cornezuelo de centeno.

2.º *La ergotinina Tanvet*, dosificada á 0,001 de ergotinina por centímetro cúbico.

3.º *La ergotinina Goegg* preparada según la fórmula de Boucart, y conteniendo cierta cantidad de cocaína que aminora los dolores.

Un centímetro cúbico de esta solución contiene grados 0,05 de cocaína y grados 0,001 de ergotinina.

Técnica de la inyección, anestesia local.—La anestesia local no sólo tiene la ventaja de atenuar el dolor, sino también de prevenir la reacción inflamatoria que sigue á la picada. Ya hemos visto la manera de proceder para conseguir este objeto.

El descenso y la fijación del útero son necesarios para po-

der atravesar con seguridad y buena dirección los tejidos del cuello.

Inyección.—La aguja se introducirá un centímetro en la parte de los labios más próxima al sitio del tumor; no se inyectará más que la tercera parte del contenido de la jeringa; el instrumento se dejará colocado treinta é cuarenta segundos y después se retirará y se colocarán sobre el cuello tapones de gasa iodofórmica.

Gracias al desarrollo considerable de los linfáticos, la absorción y la difusión del medicamento es muy rápida; ordinariamente no se produce induración alguna en la parte de parenquima que ha recibido la inyección; es posible que de vez en cuando se forme un pequeño islote infartado que se reabsorve poco á poco.

Las inyecciones deben hacerse en el tejido vecino del neoplasma; pero no deben penetrar hasta el mismo neoplasma porque como los fibromiomas son poco vasculares, la ergotina no sería reabsorbida y provocaría, como cuerpo extraño, una reacción capaz de producir la necrosis y la supuración.

El taponamiento vaginal se retirará al cabo de las cuarenta y ocho horas.

Qué tiempo ha de mediar de una á otra inyección de ergotina? Es difícil dar reglas fijas acerca de este particular. No debe hacerse una nueva inyección mientras en el punto donde se hizo la anterior se note hinchazon ó edema; en una palabra: no se procederá á nueva inyección hasta que hayan desaparecido todos los síntomas que revelan la presencia de la ergotina. No puede abusarse de estas inyecciones porque podrían producir el ergotismo. Conviene suspender el tratamiento tan luego como se note la menor hinchazón en los pies ó en las manos y mucho más si sobrevienen vértigos ó espasmos.

Aun en el caso de la más perfecta tolerancia, debe suspenderse el tratamiento si la ergotina no produce efecto alguno; y aunque produzca los resultados deseados, no se podrá mantener á la enferma bajo la influencia de este medicamento

más de tres ó cuatro semanas, aplicando una inyección cada cinco ó seis días.

Tales son las conclusiones que yo he sacado de mi experiencia; pero debo añadir que empleo tanto el cornezuelo como la electricidad farádica para excitar la contracción muscular y no como medio hemostático; cuando se trata de cohibir hemorragias debidas á la existencia de fibromas, recorro siempre á la dilatación artificial. Este es sin duda alguna el medio que conduce más directa y prontamente al resultado.

*De la dilatación, escarificaciones y raspado
como medios paliativos.*

Lo repito, señores, la hemorragia uterina, cuando se trata de fibromas, no reconoce por causa la *inercia*. El útero sangra por estar su mucosa congestionada, granulosa ó varicosa. Las fibras musculares sostenidas en un estado de contracción por la presencia del neoplasma pueden, y esto es positivo, impedir la circulación de retorno y cooperar así á la hemorragia; pero estas contracciones no tienen nada de común con una *inercia* propiamente dicha del órgano.

En esta clase de hemorragias produce un admirable efecto la dilatación por el taponamiento, pues éste comprime los vasos superficiales, de la misma manera que comprime las várices un bendaje circular.

El taponamiento es susceptible de hacer que desaparezca la inflamación crónica de la mucosa y obra de una manera curativa sobre las vegetaciones. En fin, con la aplicación de este método todo el órgano se reblandece y entra en un estado de inercia que facilita la circulación de retorno.

El resultado más cierto y más infalible de mi dilatación ha sido detener las hemorragias, aun las más profusas, cuando son debidas á fibromas uterinos.

Si mi teoría es discutible, el resultado no lo es. Bajo el punto de vista técnico, la dilatación hecha con un fin hemostático, no difiere de la técnica que ya os he explicado. Gene-

ralmente, basta dilatar hasta un grado desde el cual se pueda llegar con el dedo hasta el fondo del útero. La hemorragia termina en general en la segunda ó tercera sesión. Yo mantengo esta dilatación por taponamientos repetidos cada veinticuatro horas.

Dejo enseguida toda intervención; pero cuando la dilatación ha sido mantenida de este modo, la ampliación dura un tiempo que varía de seis semanas á tres meses.

Si las hemorragias se reproducen, comienzo de nuevo el taponamiento. He tenido clientes en las cuales he repetido la dilatación dos, tres ó cuatro veces al año. Las mismas enfermas solicitan la dilatación cuando tienen hemorragia. En muchas he obtenido, á la larga, una represión definitiva de las hemorragias.

Escarificaciones.—Cuando el útero está dilatado, se puede escarificar su mucosa. Cuando yo practicaba con mi metrónomo de hoja oculta escarificaciones superficiales, atribuía á ellas todo el mérito de la hemostasia. Después que he empleado las amplias dilataciones persistentes, no he vuelto á tener la debilidad de hacer escarificaciones.

Raspado.—Si pasando el dedo por el útero encuentro su mucosa engrosada y desigual, la separo con el cureter y la envadurno con la tintura de iodo.

Se obtiene así una supresión de la hemorragia que puede ser larga; pero sólo durará hasta que la nueva mucosa enferme á su vez, en cuyo caso la hemorragia volverá á presentarse.

Medicamentos internos.

Los medicamentos hemostáticos internos son de un efecto incierto. Sólo darán resultado en las ligeras hemorragias.

También podemos propinar estos medicamentos cuando se hayan obtenido resultados favorables por medio de la

electricidad, de las inyecciones parenquimatosas, de la dilatación y del raspado. Yo acostumbro á despedir á las enfermas después que ya se han repuesto por los medios indicados, particularmente cuando habitan en localidades lejanas, y las mando provistas de un medicamento, que podrán usar en el caso de que vuelva á presentárseles algún síntoma que las inquiete ó moleste.

1.º *El cornezuelo y la ergotina*, sobre los cuales no insisto por ser muy conocido su empleo.

2.º *El hidrastis canadensis* en tintura al 1 por 10.

La dosis es de 20 á 30 granitos de esta tintura tres veces al día.

3.º *El vivurnum prunifolium*; dosis, 5 granitos cada media hora.

4.º *Hamamelis virginica* en tintura al 1 por 10.

5.º *Ustilago Mailis* en tintura al 1 por 10. Dosis, cuatro veces, 10 granitos en las veinticuatro horas.

La perspectiva de evitar una amputación sub-vaginal vale la pena de agotar todos los recursos del tratamiento paliativo, porque no se puede hacer ninguna aproximación entre la ovariectomía y la fibrolaparotomía: la una salva la vida de las enfermas destinadas á una muerte fatal, con una mortalidad de 3 á 4 por 100; la otra nos hace perder el 30 ó 40 por 100 de enfermas, por extirpar tumores que por sí mismos traerían rara vez la muerte.

No conviene, por otra parte, exagerar los medios paliativos presentándolos al público como una panacea. Estamos persuadidos de que algunas de las que se consideran curaciones de fibromas y que se atribuyen á la electricidad, no son sino curaciones de tumefacciones insignificantes, que durante

el tratamiento han desaparecido espontáneamente y no como efecto del dicho tratamiento.

En resumen; creemos que se puede, por una táctica ingeniosa, reducir á un minimum las indicaciones de la laparotomía, que es la que entre las operaciones ginecológicas da mayor mortalidad.

Se dice que la castración provoca la cesación de las hemorragias y la regresión de los tumores, pero esto ocurre solamente en un pequeño número de casos. Estas hemorragias no dependen del ovario; son debidas á las afecciones de la mucosa, sobre las cuales la ooforectomía queda sin efecto. La cesación de las funciones del ovario no detiene siempre el crecimiento de los tumores fibrosos; la ablación de las glándulas genitales no llevará consigo más que su muerte fisiológica. Yo he visto por mi parte dos casos que por la castración no se verificó ningún cambio en el estado de las enfermas.

LECCIÓN DÉCIMAPRIMERA

DEL MASAGE EN GINECOLOGÍA

Señores:

Si buscamos las causas de la acción de un medicamento cualquiera, como por ejemplo: de un purgante, de un calmante, de un estimulante, de un febrífugo, de un alterante, etcétera, etc., tendremos que atenernos en último resultado á explicaciones más ó menos adecuadas, las cuales, aunque sean de carácter puramente hipotético, nos satisfacen por lo regular; pero aún siendo poco satisfactorias, no traen el descrédito ni sobre los medicamentos ni para aquellos que los prescriben.

El masage, por el contrario, ha encontrado toda suerte de dificultades para poderse elevar del dominio del empirismo al de la ciencia. Rutina ó sistema, la mayor parte de los médicos y de los cirujanos lo ignoran. Ni los unos ni los otros le emplean sino á título de medio auxiliar.

Por esta razón la mesoterapia ha quedado fuera del cuadro, como practicada tan sólo, con raras excepciones, por personas de ambos sexos sin cultura científica ni clínica.

Esta aptitud del cuerpo médico se explica, á mi parecer, ya por cierta repugnancia á adoptar un sistema que ha estado hasta ahora en manos de empiricos, ya por la creencia de comprometer el decoro profesional ejecutando maniobras que no tienen nada de solemnes.

Apesar de todo, el masage es quizas el agente terapéutico que más se presta á la sencilla explicación de sus resultados.

Examinado en su composición, el cuerpo no representa más que la materia bruta; pero si le consideramos en sus fun-

ciones, veremos esta misma materia animada de toda clase de movimientos continuos, intermitentes ó rítmicos.

Movimientos en los órganos de la locomoción.

Movimientos en la circulación sanguínea y linfática.

Movimientos peristálticos en los intestinos.

Movimientos vibrátiles en la superficie de las mucosas.

Movimientos moleculares en los fenómenos de ósmosis, de asimilación y desasimilación.

En una palabra, encontraremos movimiento en todas las manifestaciones de la vida.

Esto supuesto, hay que observar que todos estos movimientos, desde los más visibles hasta los más latentes, no se producen de una manera normal, sino por la impulsión de cierta cantidad de ejercicio físico. La salud de una persona que no hace algún ejercicio, se altera á la larga y sobreviene luego un estado patológico caracterizado por *la atrofia de los tegidos y por la inercia funcional*.

Bajo este punto de vista, nos parece el ejercicio el estímulo indispensable á toda actividad biológica.

Los efectos del ejercicio físico son: unos inmediatos y manifiestos; otros lejanos y más ó menos latentes. Notamos en los primeros la aceleración del pulso y de los movimientos respiratorios y el aumento de calor y de la traspiración. Señalamos para los segundos el desarrollo progresivo de los músculos, la reabsorción gradual de la plétora grasosa, el aumento del apetito, del vigor, de la vitalidad, de la resistencia á las influencias mórbidas, y en caso de enfermedad, el acrecentamiento de la *fuerza medicatriz natural*.

Estos hechos nos permiten admitir que el ejercicio engendra las fuerzas que son necesarias para los fenómenos más generales y más íntimos de la vida, y que el cuerpo funciona como un acumulador en que se depositan las fuerzas desarrolladas para distribuir las según las necesidades.

Si este acumulador *se carga* por el simple juego de su propia actividad, también podremos admitir que puede cargarse por fuerzas de origen exterior, con tal que éstas sean de idéntica cualidad que las que se desarrollan por nuestro propio ejercicio.

Según lo manifestado, es evidente que los movimientos, las presiones, las manipulaciones diversas que ejecuta el amasador, no son otra cosa que un ejercicio físico que, por más que sea transmitido, concurre á producir los mismos efectos que el ejercicio practicado por el individuo mismo.

El masaje así considerado es una *verdadera trasmisión de fuerzas*.

Esta fuerza transmitida ó infundida puede, según su reparto, afectar á toda la economía en general, ó bien producir efectos locales, afectando con especialidad á una cierta región, á ciertos tegidos, á ciertos órganos ó á ciertos aparatos.

Donde quiera que esta fuerza se aplica acelera la circulación sanguínea y linfática; hace pasar de los parénquimas á las vías de absorción los productos extravasados; determina, en fin, una subactividad en los fenómenos químicos y térmicos, que se traduce por un aumento inmediato de temperatura en las partes amasadas.

Creo que estas consideraciones generales son muy bastante para explicar el efecto fortificante, resolutivo, suavizante y analgésico del masaje. Decidme ahora: ¿conoceis en la farmacología medicamento alguno cuyos efectos sean susceptibles de una explicación más sencilla?

Desde el momento, señores, que concedamos á el masaje todos los caracteres de un agente terapéutico de primer orden, estamos en el deber de estudiarlo teórica y prácticamente, como lo haríamos con cualquiera otro agente ó método terapéutico. No se puede proceder á este estudio sin que estemos muy habituados á la práctica de estas operaciones. Una vez adquirido el hábito manual y la experiencia clínica, no habrá inconveniente en que el médico recurra á amasadores de profesión, tratándose de manipulaciones sencillas; pero como es de temer que aquéllos no tengan la experiencia necesaria, el médico impondrá y determinará todas las maniobras que se hayan de practicar, sin permitir jamás que los amasadores se aparten en lo más mínimo de la voluntad del facultativo.

Cuando se trata de órganos delicados profundos ó vulne-

rables, el médico debe operar por sí mismo, pues en tales casos el masage ginecológico no puede ser ejecutado sino por clínicos muy familiarizados con la práctica de las enfermedades de la mujer, é iniciados en las maniobras del masage.

Yo no quiero entreteneros extendiendo las aplicaciones del masage á otras afecciones que no son objeto de este curso. Es evidente que la exposición del masage abdominal estaría perfectamente colocado al lado del masage ginecológico, y podría hablaros igualmente del tratamiento por el masage de ciertos desórdenes nerviosos que están en relación íntima con los desórdenes de los órganos genitales (tratamiento de Weir Mitchell y de Playfair); pero todo esto nos alejaría demasiado de nuestro propósito.

Si yo tengo la suerte de despertar vuestra curiosidad y vuestro interés acerca del masage ginecológico, vosotros mismos podreis hacer después los estudios que han de completar las nociones que podais adquirir en el presente curso.

A la iniciativa de Thüre Brand es á quien nosotros somos deudores de la introducción del masage en la terapéutica ginecológica.

Thüre Brand no es médico; pero tampoco es un profano. Hizo sus estudios en el Instituto central sueco para el masage y la gimnástica médica. Salió premiado y sigue ejerciendo la profesión de amasador.

Cuando ideó aplicar á las afecciones pelvianas los procedimientos que en su país estaban ya muy acreditados para el tratamiento de otras afecciones, se entregó desde luego á un estudio muy serio de la anatomía de la pelvis.

Tengo que mencionar estos hechos, que están certificados por autores dignos de crédito, con el fin de demostrar que el masage ginecológico no tiene un origen tan empírico como se ha pretendido.

Hacia el año 1865 inventó un método que empleaba para determinar la reabsorción de los exudados pelvianos antiguos y para corregir las desviaciones uterinas.

Las maniobras de Brand fueron al principio calificadas de

indecentes y brutales; pero estos calificativos que habían servido para censurar todas las innovaciones ginecológicas, no fueron bastante á desacreditar por completo estos procedimientos de una eficacia real.

Los hechos se impusieron y hombres de una indiscutible autoridad experimentaron el método de Brand.

El mismo Schultze confía á uno de los discípulos de Thüre Brand y de Nissen, al Dr. Profanter, las enfermas de su clínica de Jena. Después de haber sido testigo de los resultados obtenidos, declara en el prefacio de una publicación del Dr. Profanter, que el masaje presta excelentes resultados para obtener la extensión y la desaparición de antiguas adherencias de origen parametrítico, y para reintegrar al útero procidente en una posición análoga á la posición normal.

La opinión de este ginecólogo es de mucha fuerza y es muy cierto que los trabajos del profesor de Jena sobre el equilibrio del útero son hoy día clásicos.

Schultze sale garante de la autenticidad y de la fidelidad de las planchas con que Profanter ha ilustrado su publicación (*Die massage in der Ginaekologie*. Wien 1887.)

Nosotros reproducimos algunas de estas planchas (figuras 57, 59 y 61).

Hace cuatro años próximamente que yo empecé á practicar con timidez el masaje ginecológico. Tuve que pasar por un periodo de tanteo y hacer un aprendizaje de cierta duración. Sin embargo, yo jamás he tenido que deplorar accidentes desagradables. El método que os describiré no es mío, supuesto que yo me he aprovechado de lo expuesto en todos los documentos bibliográficos que he podido procurarme; sólo deseo que este método sea el mismo que se practica en Suecia.

Lo que es completamente cierto es que he concluido por curar por medio del masaje muchas enfermas de las que andan de especialista en especialista, y de las que anteriormente había tratado por otros métodos sin resultado alguno. Las maniobras que empleó, sus indicaciones y sus contraindicaciones serán el objeto de esta lección.

Indicaciones y contraindicaciones.—Casi todas las afecciones en que está indicado el masage son de origen traumático ó virulento; si se procede con torpeza ó violencia, se arriesga á empujar los gérmenes á través de las trompas en el peritoneo ó de exprimirlos del lado del tegido celular, ó en fin, á romper los diques que la inflamación reactiva ha establecido alrededor de ellos.

Por esta razón no se debe jamás practicar el masage á un útero atacado de endometritis aguda, ó sobre los exudados que presentan aún síntomas agudos. Este método no es aplicable más que cuando las lesiones existentes son el resultado de procesos antiguos.

Además todas estas maniobras deben ejecutarse con todas las precauciones que reclama la más rigurosa antisepsia.

Diagnóstico.—Es igualmente de una primordial importancia establecer un diagnóstico muy preciso. Se trata no solamente de reconocer la afección, sino de precisar muy exactamente su localización, sus límites. Si el útero está fijo se procura reconocer dónde se insertan las bridas, dónde comienza y dónde termina el exudado que le inmoviliza. Sin estas nociones, las maniobras no pueden menos de ser inciertas ó desproporcionadas.

Esta minuciosidad en el diagnóstico no puede obtenerse más que por el examen durante la anestesia ó por investigaciones reiteradas.

Por las maniobras se llegará al sitio de la lesión; ellas nos revelarán las que se podrán ejecutar metódicamente para completar el masage.

La práctica del masage exige:

Una experiencia muy grande en la exploración.

Un conocimiento profundo y perfecto del conjunto de la enseñanza ginecológica que sólo nos permite poseer prudentemente las indicaciones y las contraindicaciones del método.

Una gran finura de tacto; y en fin

Destreza y perseverancia.

Las maniobras deberán siempre ser proporcionadas á la

tolerancia del sugeto. La fuerza desplegada, la amplitud de los movimientos seguirán una progresión ascendente.

Deberá empezarse por la periferia de las partes enfermas y enseguida se concentrarán las manipulaciones sobre el foco de la afección.

El masaje se llama externo cuando las dos manos se mueven sobre las paredes abdominales, y es mixto cuando se mueve una en el exterior y la otra en la vagina.

Algunos tratados señalan también el recto como una de las vías por las cuales se puede ejecutar el masaje. Yo siempre he encontrado la mucosa rectal muy sensible para poder tolerar otra cosa que una maniobra de reducción ó de exploración de corta duración.

Por el contrario, la cavidad uterina dilatada es uno de los puntos donde se puede maniobrar más directa y eficazmente para ciertas lesiones que interesan el cuerpo del útero.

Cuando no conocíamos los medios de mantener la dilatación, sólo se podía utilizar esta vía en casos excepcionales; pero practicando el taponamiento permanente como ya he indicado, se puede repetir la introducción del dedo ó de los instrumentos con toda la frecuencia que exige un tratamiento de cierta duración.

Se colocará la enferma en una cama ó sillón ginecológico con el asiento y dorso levantados, cuidando no exagerar la flexión de la región lumbar porque las vísceras abdominales al amontonarse disminuyen la flexibilidad de las paredes. Las piernas en flexión y ligeramente separadas. La cama estará de tal modo que ofrezca fácil acceso al operador por ambos lados.

La enferma debe respirar con regularidad teniendo la boca entreabierta, y no se comenzarán las maniobras hasta que la paciente esté en cama y tranquila.

Si la vejiga y el recto están distendidos, se les debe evacuar.

Masaje abdominal externo

Una vez cortadas las uñas del operador, éste aplicará sus manos, bien preparadas y untadas con un cuerpo graso, sobre

la pared abdominal, pero despacio y tranquilamente, á fin de no provocar cosquillas. Se debe proceder de modo que se llegue á los tegidos enfermos de una manera oblicua y no perpendicularmente, siendo las caras palmares de las últimas falanges y no sus extremidades las que deben operar las manipulaciones.

La flexibilidad de la pared abdominal es la primera condición de todo masaje ginecológico.

En las mujeres que han parido que no tienen demasiada gordura se llega en general fácilmente, deprimiendo la pared abdominal, á percibir la columna vertebral, á descender á lo largo de la cara interna de las paredes del gran vacinete hasta la línea innominada y á percibir, por las pulsaciones que le son propias, la aorta y sus divisiones.

Los principiantes deberán empezar recorriendo y buscando estos puntos de guía; pues si no se perciben éstos es muy probable que no lleguen á percibir las partes enfermas, que son menos consistentes y más profundas.

En este caso, se podrá diferir el masaje y reconocer de nuevo la naturaleza de los obstáculos.

Estos obstáculos pueden ser simplemente ocasionales. Una presión muy brusca, una respiración muy superficial, la impresión del frío y la inquietud son causas suficientes para determinar una rigidez abdominal análoga á la que produce un esfuerzo. Una distracción, por ejemplo, una conversación suscitada de propósito acerca de la enferma ó de las personas allí presentes, suele bastar para disipar estas tensiones pasajeras.

Los obstáculos permanentes, como son la acumulación de tegidos adiposos en las paredes ó en el epiplon, el meteorismo y la rigidez de los músculos son más difíciles de vencer.

Hegar y Kaltenbach recomiendan llenar la vejiga y el recto de agua templada, taponando la vejiga; y en el momento de practicar las exploraciones bimanuales se desocupan rápidamente todas estas cavidades.

Por este procedimiento obtuvieron algunas veces una flexibilidad notable del abdómen; pero este medio es más eficaz cuando se trata de un examen único que cuando se ha de

adoptar un tratamiento que lleve consigo la repetición cotidiana de las mismas maniobras.

Mi experiencia me ha hecho conocer que este masaje superficial prepara mejor á la enferma para sufrir el masaje profundo. Si no puedo de una vez deprimir la pared, empleo los medios que están á mi alcance para suavizarlo.

Es incontestable que se puede disminuir considerablemente la obesidad abdominal por un amasamiento sistemático general de la grasa parietal y de la grasa epiplónica. Para ello se coge con toda la mano y en forma de pliegue un pedazo de pared que comprenda todo su espesor y la masa cogida se comprime entre los dedos en los límites de la tolerancia, tolerancia que aumenta muy rápidamente en una misma sesión y de una sesión á otra. Esta especie de molienda, este amasijo subcutáneo asociado á las presiones y á las fricciones aplicadas á la región profunda, liquidan los glumérulos adiposos y favorecen su absorción; el meteorismo disminuye también, gracias á la excitación de los movimientos peristálticos; y las corrientes circulatorias se aceleran en el abdómen. Sólo así se explica que el masaje superficial, por sí sólo, ejerza una acción resolutive sobre los exudados profundos.

El masaje externo es, por consiguiente, una operación preparatoria, un masaje de suavizamiento, y sólo bastará para las tumefacciones muy prominentes del abdómen ó para las que tienen su asiento cerca de la margen de la pelvis en la región anterior ó lateral. Las dos manos se moverán en este caso de modo que compriman lenta y suavemente las tumefacciones contra los planos huesosos de las paredes pelvianas, asociando á estas maniobras las fricciones plano horizontales.

El masaje mixto es el que está más en uso.

Masaje mixto

No es practicable sino cuando las paredes vaginales presentan cierta suavidad. Esta flexibilidad puede ser considerablemente aumentada por el taponamiento progresivo ó por la

aplicación del pesario de Gariel; pero lo mismo que en la pared abdominal, el masaje es el que por sí mismo disipa la rigidez de las paredes de la vagina.

Consideraremos el masaje mixto en la parte anterior, después en las partes laterales y por último en la posterior del vacinete.

Del masaje en la parte anterior de la pelvis

Cualquiera que sea la rigidez inicial de las paredes vaginales y abdominales hay un espacio en donde las dos manos vienen siempre á juntarse ó encontrarse. Este se encuentra en la región subpubiana, inmediatamente detrás de la sínfisis.

El talón de la mano que está al exterior, se coloca sobre el monte de Venus, y los dedos hacia el ombligo.

El índice y el medio de la otra mano penetran juntos en la vagina si ésta es ancha y sucesivamente si es estrecha.

Los autores que atribuyen al masaje la producción del dolor y de la sobrecitación es porque probablemente han querido practicarlo con un solo dedo. Por este medio, como la impresión táctil no se reparte sobre una gran superficie, ya se produce una sensación penosa y ya la impresión voluptuosa que resulte de una acción muy limitada frecuentemente y superficial.

Una vez introducidos los dos dedos, se les coloca juntos, contra el periné y la cara palmar contra la pared vesico-vaginal.

De este modo la comisura anterior no participa de los movimientos que van á ser ejecutados.

Los movimientos, ya sean presiones, fricciones ó amasamientos deberán ser siempre *lentos y sostenidos*.

Procediendo así, el masaje no producirá, sino los efectos terapéuticos que se desean.

Entretanto, para que las dos manos se ayuden y se sientan mutuamente á través de las paredes, la mano abdominal rechazará los tegidos directamente de arriba á abajo, y la mano vaginal de abajo á arriba,

Se comete generalmente la falta de profundizar mucho con la mano abdominal y elevar poco con la mano vaginal. Cada una de ellas debe recorrer su parte de camino. Conviene que las dos se ayuden.

Inmediatamente detrás de la sínfisis, no están separadas las manos más que por las paredes que ellas exploran y por la vejiga; pero un poco más atrás se interpone entre ellas el útero si éste se halla en la situación normal.

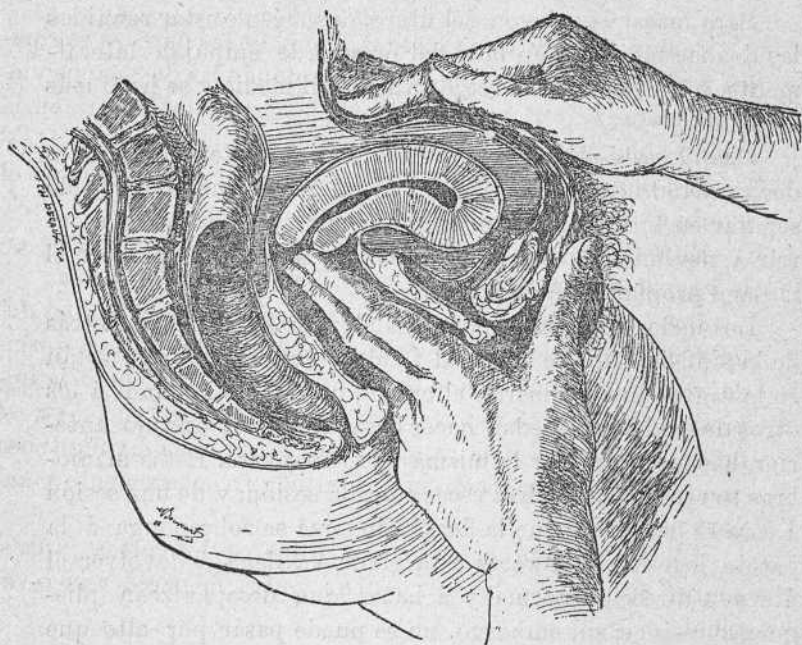


Fig.^a 57.—Masaje uterino. Posición de los dedos.

Si está hipertrofiado, el menor movimiento se repercute de una mano á otra.

La anteversión es la posición que más se presta al masaje del útero y en la que con más facilidad se le restituye á su posición primitiva, sea cualquiera su desviación.

En la metritis crónica y en todas las afecciones que han determinado la hipertrofia del útero, una vez recostado el ór-

gano hacia adelante, los dedos que están colocados en la vagina le sostienen é inmovilizan, mientras que la mano externa practica una série de fricciones sobre su cara posterior; después procede á encerrar entre sus dedos el fondo para comprimirle de una manera concéntrica como en la maniobra de expresión de la obstetricia.

Si existe una infiltración del tegido celular pericervical, la mano externa queda fija empujando la matriz, mientras que los dedos hacen los pases lentos y suaves alrededor del cuello

Para masar la márgen del útero, después de estar reunidas las dos manos sobre un lado del órgano, le empujan lateralmente, con lo cual dicha región va más al medio y se hace más accesible.

Cuando está el útero en anteflexión ó en anteroversión, es decir, cuando está inmovilizado de tal modo que no se puede separar en totalidad, ni enderezar su curvatura, se podrá recurrir á novimientos de gimnasia pasiva, sin dejar tampoco el masage propiamente dicho.

Los dedos colocados sobre el abdómen se situarán detrás de la sínfisis, á fin de llegar al fondo del útero; los que están en la vagina inmovilizarán el cuello, uniéndose los unos á los otros de modo que puedan hacer desaparecer el ángulo anterior, hasta determinar la misma retrocurvatura. Estas maniobras se repetirán muchas veces en cada sesión; y de una sesión á otra se procurará que la flexión inversa se sobreponga á la patológica. Algunas veces esta gimnasia llega á devolver al útero su dirección normal y á hacer que desaparezcan pliegues excesivos; sin embargo, no se puede pasar por alto que la anteflexión que es debida á alteraciones del mismo tegido (atrofia, esclerosis) es ordinariamente incurable. El masage no podrá ejercer en ellas sino un efecto temporal, debido á su acción resolutiva sobre las inflamaciones concomitantes.

En cuanto á las anteflexiones que provienen de bridas de origen peritonítico, bridas que mantienen el fondo del útero sugeto al pelvi-peritoneo, son de un pronóstico mucho más favorable. Estas bridas no se encuentran libres sobre la línea media; se encuentran en general sobre las partes antero-late-

rales, uniendo uno de los lados del útero con la serosa pelviana del mismo lado; se ponen tensas cuando se tira del útero y se debilita su tensión cuando aquél se restituye á su estado de reposo. Por medio de los movimientos comunicados se llega fácilmente á determinar su punto de inserción.

El masage consistirá en *amasar* las regiones de las bridas para resolverlas y en imprimir movimientos al útero para desprenderle de sus ligaduras.

Una pelviperitonitis posterior que ha producido bridas que unen el segmento inferior del útero con la pared pelviana

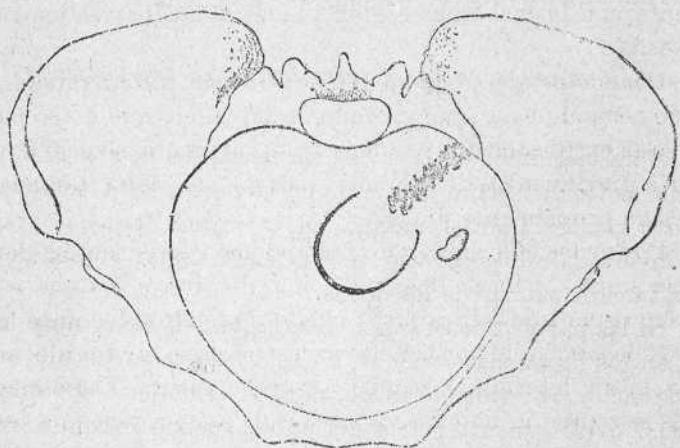


Fig.^a 58.—Bridas adherentes consecutivas á una pelvi-peritonitis.

posterior, puede dar lugar á la anteflexión y á la anteversión; del mismo modo que una pelvicolulitis puede producir la retracción de los ligamentos de Douglás.

En este caso se puede tirar, suave y gradualmente hacia la sínfisis, del órgano cogido entre las dos manos, asociando á estos movimientos un masage de la región pelviana posterior, donde tienen su asiento las bridas, ó la antigua parametritis.

La fig.^a 58 representa esquemáticamente un caso de parametritis posterior, situada al nivel del repliegue izquierdo de Douglás.

El útero es desviado por la tracción que le tiene también en exagerada anteflexión. Esta es copia de la obra del Dr. Profanter, en que ilustra una observación donde la enferma ha sido curada después de un masaje de quince días. El útero que anteriormente estaba inmóvil, pudo después del tratamiento elevarse hasta detrás de la sínfisis. Todos los desórdenes habían desaparecido.

En la anteversión, procede el amasador como en la anteflexión; procura vascular el cuerpo hacia atrás, mientras que los dedos, colocados en el culo de saco posterior, ayudan á este movimiento de vâscula llevando el cuello hacia adelante.

El masaje en las partes laterales del vacinete

Para ejecutarlo en la mitad izquierda del vacinete, el operador coloca su mano izquierda en la vagina y la derecha sobre el vientre. Para el masaje de la mitad derecha obrará á la inversa. De lo contrario no podría trabajar cómodamente con la cara palmar de los dedos.

Si las partes que se van á tratar están situadas muy arriba en los ligamentos anchos, no se puede acentuar mucho la inclinación anterior del útero, porque escondería el borde superior del ligamento detrás del púbis, sustrayéndolo á nuestras investigaciones.

Cuanto más á los costados y en la parte posterior haya de tener lugar el masaje, más se acentúan las dificultades que ofrece el acceso, pues elevándose la eminencia huesosa se hace más considerable la distancia que las manos necesitan recorrer hasta encontrarse.

Si las partes que se han de amasar son voluminosas, esta dificultad desaparece.

Si son movibles no es difícil acercarlas más ó menos á la línea media.

Repetimos aquí, como fórmula general, lo que dejamos ya dicho respecto del masaje que tiene lugar en la parte anterior del vacinete.

Cuando los exudados antiguos y las tumefacciones tienen un origen peritonítico, son más fáciles de amasar por el vientre, pero si proceden del tegido celular apenas podemos obrar sobre ellos como no sea por la vagina.

Las inflamaciones que propagándose por las trompas penetran en el peritoneo, provocan además de la salpingitis, una peritonitis local que puede atacar al ovario y á la envoltura serosa de todas las partes vecinas.

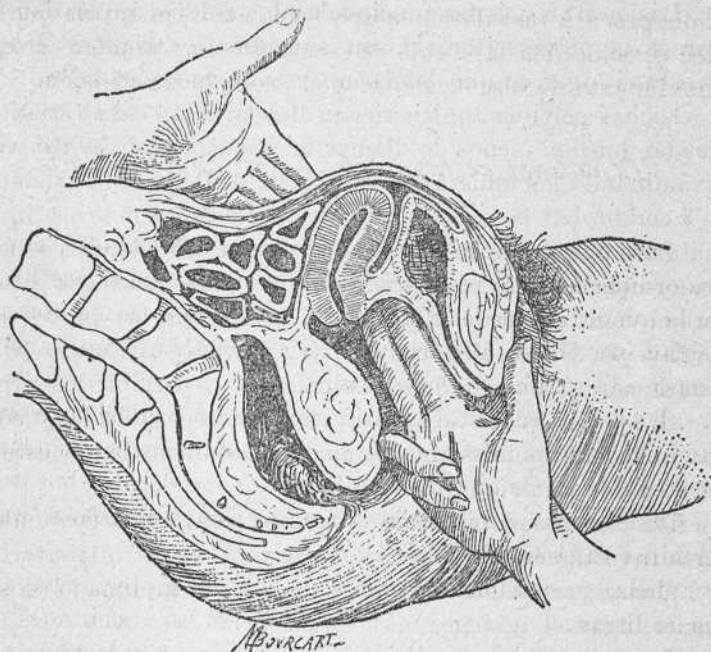


Fig.^a 59.—Masaje de los anejos.

Esta pelviperitonitis es muy frecuente; es la causa más ordinaria de las afecciones crónicas que se encuentran en los anejos.

Las 13 piezas anatómicas destinadas á nuestros ejercicios operatorios, han sido recogidas en dos hospitales en que no hay división especial ginecológica; ocho de ellas presentan tegidos pseudo-membranosos más ó menos desarrollados, más ó

menos densos, que tienen como centro de inserción el orificio externo de la trompa. Esto demuestra la frecuencia de la pelviperitonitis lateral.

Estas membranas desvían los órganos de su posición normal, envuelven completamente el ovario y le desplazan hasta el punto de hacerle perder sus relaciones con el orificio tubario: las asas intestinales, á veces, son englobadas en el tegido pseudo-membranoso.

Las perturbaciones funcionales, los dolores á que dan lugar estas pelviperitonitis, son sumamente variados; pero no es este el lugar en que debo ocuparme de su descripción.

Dichas pelviperitonitis tienen síntomas tan característicos que no pueden menos de llamar la atención del facultativo. Examinando las mujeres anestesiadas, se llega ordinariamente á comprobar la existencia y situación de estos focos inflamatorios ó de sus vestigios. Si se palpa el costado, se encuentra ordinariamente menos flexible y se nota una masa difusa en la que no se puede distinguir ni reconocer las partes que debían percibirse allí, como la trompa, el ovario, etc. Si se amasa esta región, se llega gradualmente á percibir los órganos; las partes que estaban primitivamente englobadas y confundidas con las falsas membranas se desunen, siendo este el signo evidente de una reabsorción.

Cuando creo complicada la trompa, tengo por costumbre terminar cada sesión de masaje con una ducha intrauterina templada, preparada con una solución de sublimado (dos y medio litros).

Todo cuanto hemos dicho de la propagación de los virus por las trompas, explica la razón de esta precaución.

Recuerdo dos casos de tumores laterales en que hice una incisión exploradora: en uno sólo encontré un paquete compuesto de las asas intestinales, unidas á la trompa y al ovario; y en el otro ví que se trataba de un antiguo hematocele.

En las dos enfermas obtuve una completa curación. Yo creo que, habiendo recurrido al masaje, hubiera obtenido también excelentes resultados con menos exposición.

Las falsas membranas no tienen, en general, bastante vi-

talidad y organización para resistir á la poderosa acción reabsorbente del masage.

Estoy persuadido que por el masage, unido á una hidroterapia intrauterina templada y antiséptica, se pueden obtener en ciertas afecciones de origen inflamatorio y virulento de los anejos, resultados equivalentes á los que se obtienen por las operaciones modernas.

Las parametritis laterales dejan en los tegidos y en los ligamentos anchos, induraciones que inmovilizan, desvían y á veces tuercen el útero sobre sí mismo.

El masage, friccionando, amasando y comunicando movimientos, es muy eficaz para aniquilar y hacer desaparecer las causas primeras de esta desviación.

Se encuentran casos en los cuales, á consecuencia de ciertas perimetritis, el fondo del útero se encuentra fijó de un lado, en tanto que el cuello está desviado hacia el otro, quedando el órgano completamente anquilosado en posición totalmente transversal.

El dibujo de Profanter que pongo á vuestra vista, representa un caso parecido, que fué curado por un tratamiento de treinta y dos días (fig.^a 60).

El masage en la parte posterior del vacinete.

No se puede llegar con la mano exterior hasta la concavidad del sacro, sino deprimiendo fuertemente la pared abdominal; ni los dedos que están en la vagina pueden tocar á la región retrouterina sino por medio de una tensión forzada; por consiguiente, es muy difícil practicar en este sitio el masage de partes no movibles, pues los esfuerzos paralizan la elasticidad de nuestros movimientos y las presiones embotan nuestra sensibilidad táctil.

Cuando las tumefacciones son algo voluminosas, están naturalmente más accesibles.

Si la masa está bastante baja para poderla empujar hacia

atrás, la concavidad del sacro presenta un punto de apoyo contra el cual se puede obrar.

Los procesos inflamatorios de origen uterino que interesan la cavidad peritoneal extendiéndose por las trompas, determinan frecuentemente hacia atrás, alrededor de los repliegues y en el saco de Douglás, inflamaciones análogas á las que encontramos lateralmente; yo he tenido con frecuencia ocasión de someter al masaje casos semejantes; las maniobras que mejores resultados me han dado son simples pases muy lentos, por los cuales he conseguido elevar la mucosa de los culos de saco hasta el nivel de los puntos enfermos.

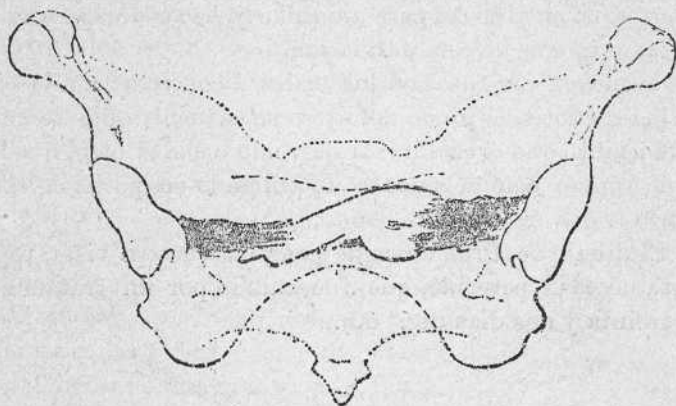


Fig.^a 60.—Adherencias sujetando el útero.

Los infartos, las induraciones de tegido celular retro-uterino, se reabsorven y se suavizan de este modo gradualmente de una sesión á otra: la tolerancia para las maniobras aumenta y se acaba por poder ejecutar fricciones todo alrededor del cuello, el cual se hace muy movable. Indicaremos entretanto las maniobras destinadas á corregir las retro-desviaciones (versiones y flexiones).

Hay dos casos que considerar: cuando el útero es movable y cuando está fijo. Cuando es movable, el masaje consistirá en reiterar á cada sesión su reducción; después, una vez que se ha inclinado hacia adelante, hacer bimanualmente de ma-

nera que se incline muchas veces y fuertemente sobre la vejiga.

Se amasan también los repliegues de Douglás y los tegidos vecinos para fortificar todos los anejos que suspenden el útero hacia atrás.

Si el útero está fijo, se podrá conseguir moverle por el masage mixto que ya os he descrito. Si se resiste, se podrá dilatar el útero y maniobrar por su cavidad, según los procedimientos que veremos enseguida. En general, cuando se trata de desviaciones fijas, el masage debe consistir en una gimnasia pasiva, durante la cual se hace progresivamente ejecutar á este órgano los movimientos de que es susceptible en su

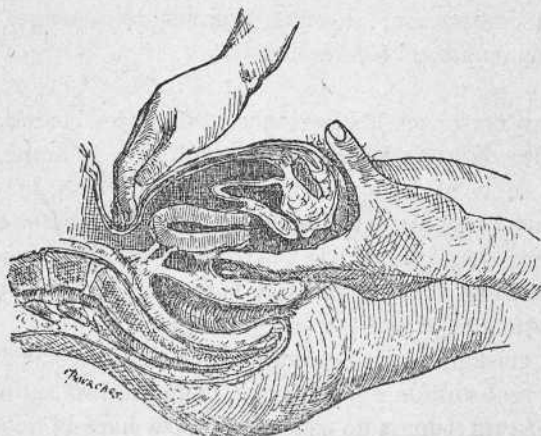


Fig.^a 61.—Masage del útero, practicado para destruir las adherencias retro-uterinas. Las dos manos van á encontrarse, porque la mano exterior puede ascender por la cara posterior del útero.

estado normal. Este es un procedimiento parecido al que usamos en una articulación anquilosada. Los primeros movimientos son los más difíciles de determinar; pero insensiblemente las oscilaciones van siendo mayores, ya porque los tegidos inmovilizados se extienden, ya porque se reabsorven completamente.

Estas desviaciones son ordinariamente el resultado de

procesos patológicos muy complejos, cada uno de los cuales es necesario destruir y combatir según su naturaleza. Si por la inflamación endometrítica ó parenquimatosa está el útero hipertrofiado, se podrá recurrir á las duchas templadas intrauterinas y antisépticas.

Si el tegido ha sufrido atrofas ó degeneraciones que le han modelado, si así puede decirse, á la forma anómala que ha tomado el órgano, se podrá recurrir á los aparatos enderezadores intrauterinos.

Estos resultados son, en general, hiperestesias relevantes de la inflamación crónica que impiden á las enfermas tolerar los pesarios, que serían sin duda útiles bajo el punto de vista de una contención; algunas sesiones de masage restablecen ordinariamente la tolerancia.

Para masar en las regiones posteriores laterales, es decir, en la dirección de las sínfisis sacroiliacas, la mano exterior se coloca sobre el lado y comprime las paredes; la otra, por el contrario, empuja lateralmente y hacia arriba el culo de saco posterior. Las peritonitis posteriores crónicas, las bridas que sujetan el útero, los ovarios y la trompa, son las que indican generalmente el masage en esta región.

El masage ha sido empleado con gran éxito para determinar la reabsorción de antiguos hematoceles. La figura 62 representa un tumor de este género. Os haré la descripción del caso, tal como nos la da Profanter: Está en anteflexión el útero, situado en la zona media. A la derecha y hacia atrás del mismo se nota un tumor que descende hasta el nivel de la espina isquiática y que no invade completamente, en la parte de arriba, el estrecho superior. El segmento que invade el culo de saco lateral está duro y desigual. Inmediatamente detrás del cuello, se nota un surco ó depresión entre el tumor y el útero, traspasa hacia la izquierda la línea media y no está doloroso al tacto.

Después de un tratamiento de catorce días, el útero quedó libre y móvil; y el hematoma había desaparecido completamente. En cuanto á los exudados periféricos del vacinete, se

les puede amasar sobre el punto de apoyo que presenta la cara interna de los huesos pelvianos.

Masaje del útero dilatado.

Cuando no podíamos dilatar el útero sino por un tiempo muy corto, no podía seguirse por el masaje un tratamiento prolongado, puesto que sólo podíamos introducir un dedo en la cavidad y aplicar la otra mano sobre el abdomen.

Gracias á mi procedimiento, que permite mantener la di-

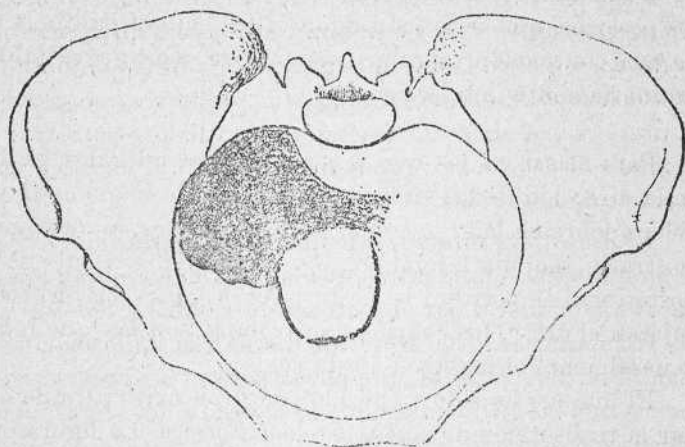


Fig.^a 62.—Hematocoele peri-uterino.

latación, con el auxilio de ésta se puede practicar y repetir á voluntad toda clase de maniobras digitales intrauterinas, y en particular aquellas que consisten en imprimir al órgano movimientos en diversos sentidos é influir directamente sobre las paredes por la palpación, fricciones y malaxaciones bimanuales.

Hemos visto que la peritonitis crónica es uno de los factores más comunes de estas desviaciones. Estas adherencias de origen peritonítico se encuentran más frecuentemente en la parte superior del cuerpo de la matriz. Si penetramos con el

dedo hasta el fondo de la cavidad, podremos evidentemente ejercer sobre ella acciones mucho más tópicas que las que se producen por los movimientos de vástula ó de retroceso en la totalidad del órgano.

Para penetrar en el útero es necesario descenderle. Estas tracciones hacia abajo, concurren también á determinar la movilidad que es, no lo olvideis, el objeto y el fin de todo tratamiento ortopédico.

Las maniobras que se ejecutan una vez accesible el útero, no hay necesidad de exponerlas de nuevo.

Después de una sesión de tres ó cuatro minutos ó más, se irriga la cavidad y se reemplazan los tapones que mantienen la dilatación para la sesión siguiente. Schultze dejó indicada una maniobra destinada á romper las adherencias que sujetan el útero hacia atrás. Consiste ésta en dilatar la matriz é introducir el dedo para producir ya la rotura, ya la extensión forzada de las bridas.

El dedo lleva el útero ó le dirige en el sentido contrario al en que está fijo, mientras que la otra mano, obrando por la pared abdominal ó por el recto, ejecuta contracciones.

Evidentemente no se puede discutir la indicación de esta maniobra. Por violenta que pueda parecer á primera vista, es menos que las operaciones que se ejecutan hoy para remediar ciertas retroversiones rebeldes.

Asociando al procedimiento de Schultze la dilatación sostenida por los tapones, se puede sacar un gran partido. Toda vez que la dilatación necesaria para la introducción del dedo no es siempre posible en el útero fijado en retroflexión y en retroversión externa, no debo creer que de una sola vez se puede realizar el desbridamiento completo y durable de un útero semejante.

Hace cuatro años propuse un encurvador uterino, por medio del cual se puede penetrar en el útero más inclinado é imprimirle una flexión diametralmente opuesta á la patológica. (Figura 63).

Este instrumento se compone de un tallo de seis centímetros, articulado sobre un mango largo.

El tallo móvil puede girar alrededor de su articulación, describiendo un círculo completo.

Puede inmovilizarse en un punto cualquiera de su curso, como el enderezador de Sims.

Por otro lado, el tallo móvil es flexible y se le puede imprimir, por medio de un mecanismo, las curvas más pronunciadas, y su elasticidad permite fijar perfectamente tanto la curvatura como la inclinación de dicho tallo.

Supongamos un útero en retroversión y en retroflexión, se comienza por inclinar el tallo móvil sobre el mango, dándole el mismo ángulo que el formado por el eje de la vagina con el del útero y se introduce el instrumento en el cuello. Cuando se llega al nivel de la doblez, se hace girar el mecanismo de flexión que encurva el tallo, de tal modo, que se puede cateterizar el canal uterino con un instrumento que tenga la misma curva que aquél; gracias á esta disposición, la penetración completa se consigue con mucha facilidad. Una vez que el tallo ha penetrado completamente, se le deja en libertad y entonces se endereza por su propia elasticidad, deshaciendo al mismo tiempo cualquiera pliegue uterino si le hay.

Apoyando la articulación del instrumento, se coloca el tallo intrauterino en continuidad con el eje por medio del mango del instrumento y en tal estado se le hace girar sobre su eje, con lo cual ó se vuelven á determinar las curvaturas anteriores ó se hace vascular el útero hacia adelante.

Se puede de este modo y gradualmente convertir una retroflexión en una anteversión del mismo grado, sin que esto quiera decir que se puede conseguir este resultado en una sola sesión; pero como mantengo la dilatación por el taponamiento intrauterino, que también ayuda al enderezamiento, puedo repetir la maniobra á voluntad.

En suma; este instrumento representa, bajo el punto de vista del procedimiento de Schultze, un dedo artificial que puede introducirse con más facilidad que uno real y además

presenta la ventaja de prestarse á maniobras ó aplicaciones prolongadas.

Introduciéndole en la vagina envuelto en gasa iodofórmica, se le puede dejar sin inconveniente muchas horas en el útero.

He descrito aquí mi *curvador* uterino porque es, ante todo, un instrumento destinado á producir los movimientos y las flexiones que entran en el cuadro del masage y de la gimnasia pasiva; puede emplearse en todas las especies de desviaciones uterinas.

El Dr. Alex. Miller de Cincinnati, es el inventor de un instrumento que me parece muy ingenioso. Le menciono aquí, porque sus propiedades hacen de él un agente movilizador del útero sueto ó fijo.

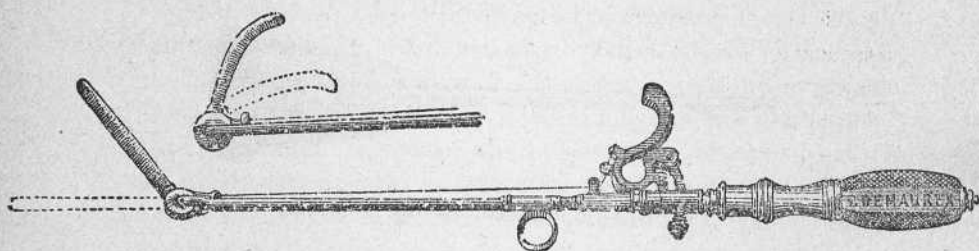


Fig.ª 63—Encorvador uterino de Vulliet.

Es una sonda de la longitud del útero, acomodada sobre una pieza en forma de dedal.

Se introduce en la posición dorsal ó genupectoral.

Cuando la sonda ha penetrado completamente en el útero, el dedo se introduce en el dedal y restablece el útero, comunicándole movimientos de vástula y moviéndole á voluntad en diferentes sentidos.

El dedal reemplaza ventajosamente el mango de otros *enderezadores*, la fuerza obra de una manera muy directa y el dedo ejerce un efecto eficaz sobre los movimientos impresos al útero.

Esta maniobra nos dispensa de la dilatación y se puede

repetir cuantas veces sea necesario para llegar á un resultado duradero.

Con este instrumento no se puede, como con mi curvador, dar á la matriz la antecurvatura.

Del tratamiento del prolapsus uterino por el masage

Los amasadores suecos pretenden curar el prolapsus uterino completo con el masage solamente, sin recurrir ni á las operaciones ni á los pesarios; esta pretensión me parece exagerada.

Es posible que se puedan obtener estos resultados en casos muy recientes, y también puede suceder que las mutilacio-

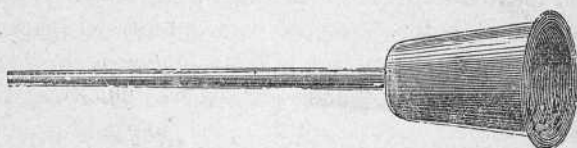


Fig.^a 64.—Sonda intra-uterina de Millet.

nes del periné no estén bastante firmes y no preste el apoyo que suministra á la vagina y al útero.

El masage empleado contra el prolapsus tiene tres especies de maniobras que son:

- 1.^o La elevación del útero.
- 2.^o La gimnasia de las piernas; y
- 3.^o La percusión de la región lumbar.

La elevación del útero.—Ejecutada por las reglas del masage sueco, exige esta maniobra el concurso de un ayudante.

Este ayudante reduce el útero y le mantiene por medio de un dedo en la anteversión normal, en tanto que el operador deprime las paredes abdominales lateralmente hasta que llega á notar el cuerpo del útero entre sus dos manos.

Una vez que nota el órgano, le eleva en la dirección del hueco hepigástrico. Cuando la elevación ha llegado al grado máximo, abandona la matriz, que vuelve á su situación primitiva; el ayudante sigue este movimiento, é impide con su dedo que el útero vuelva á ponerse en retroversión.

Yo suprimo el ayudante. Mi pesario contra el prolapsus sostiene suficientemente el útero para que se le pueda cojer; y cuando se le abandona después de su elevación, el mismo pesario asegura su vuelta á la anteversión normal.

Cada sesión representa muchas elevaciones.

Gimnasia de las piernas.—La utilidad de esta gimnasia se explica por la solidaridad contractil que existe entre los abductores del muslo y los músculos intrapelvianos; particularmente el elevador del ano.

Cuando los abductores se contraen enérgicamente, se contrae también el elevador. Si se tiene en cuenta el papel que juega el diafragma pelviano, en la contención de los órganos pelvianos, se explica cómo puede fortalecerse por los ejercicios siguientes:

La enferma tiene unidos sus talones y sus rodillas que el operador coje y procura separar mientras que la paciente opone resistencia.

Después, una vez producida su separación, la enferma hace esfuerzos para volver á unir sus rodillas, en tanto que el operador se opone á la contracción de los abductores.

Esta es la gimnasia por movimientos contrarios.

Percusión.—Con el borde externo de la mano moviéndola con rapidez como en el acto de dar con una hacha, se golpea toda la región lumbar. Estos golpes sólo desempeñan un papel secundario.

He tratado cinco casos de prolapsus por los medios descritos.

En dos de estos casos en que la procidencia no era completa, obtuve rápidamente la descongestión de la matriz y tonicismo en los ligamentos; el útero se mantiene en la actualidad

(después de once meses) en una situación casi normal, hasta cuando estas mujeres tosen estando de pie. En ambos casos el hocico de tenca llegaba antes hasta el nivel de la vulva sin franquearla. La cavidad no estaba notablemente prolongada: se trataba entonces de un descenso total del órgano y no de una prolongación.

En los otros casos trataba verdaderas prolongaciones hipertróficas de Hugier (forma la más frecuente del prolapsus). La cavidad uterina medía en una de ellas 14, en otra 15 1/2 y en la tercera 17 centímetros de profundidad.

Por la influencia del masaje y del reposo, volvió bien pronto el útero á sus proporciones normales; pero eso no me pareció muy conveniente, pues yo sabía hacía mucho tiempo que asegurando el útero por medio de algún aparato que le conserve á su nivel y en anteversión normal, vuelve rápidamente á su longitud ordinaria.

He visto muchas veces producirse esta reducción ó este acortamiento con mi pesario de prolapsus.

Al cabo de cierto tiempo y cuando retiré mi aparato, noté lo que voy á deciros.

Al levantarse las enfermas, el cistocele y rectocele se reproducen, volviendo á dilatarse y á descender el útero. Este prolapsus se verifica porque todas las partes que están por encima de los ligamentos de Douglás vuelven á su sitio. Estos ligamentos no ceden ó ceden muy poco; pero la dilatación se verifica á expensas de la parte del útero que está encima de ellos, la cual se dilata porque la superficie inferior pelviana deteriorada no puede sostener la vagina y la vejiga ni puede resistir la presión abdominal.

Por una parte se ha demostrado que el masaje externo y la gimnasia ejercen una acción tónica y resolutive sobre los músculos y los tegidos pelvianos, y por otra que el masaje interno puede fortificar los ligamentos de Douglás; pero todo lo que hasta ahora se ha conseguido es de poco valor é insuficiente, porque estando estropeado el tabique inferior del abdomen, no veo cómo el masaje pueda restaurarle ó sustituirle.

En resumen, señores, el masaje ginecológico, usado con

prudencia y destreza, puede reportar muy grandes servicios á la terapéutica.

No es verdaderamente de una práctica infalible; pero no son más seguros los resultados de la ortopedia operatoria ni los de la ortopedia de aparatos.

No os ocultaré que la colporrafia anterior, la posterior y la misma perinorrafia, asociada á la operación de Alexander, tampoco consiguen siempre la curación del prolapsus uterino.

El tratamiento de las flexiones nos da resultados aún más inciertos; sin embargo, debemos tomar muy en serio un método que pone á nuestra disposición nuevos recursos y que ha recibido antes la sanción de la experiencia.

Los tegidos de que nos ocupamos son de la misma naturaleza que los demás, y por tanto no es ilógico ni peligroso servirse contra procesos similares de los órganos genitales y pelvianos de los mismos medios que son eficaces para suavizar una articulación ó reabsorber un infarto en otra parte del cuerpo.

Hay una circunstancia, que aunque accesoria y de poca importancia al parecer, es para nosotros de gran interés: nada desarrolla tanto la finura del tacto como el masaje, pudiendo asegurarnos que no conozco otra escuela más apropiada para adquirir la perfección en las exploraciones bimanuales.

LECCIÓN DÉCIMASEGUNDA

DEL CANCER UTERINO Y DE SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Consideraciones generales

Señores:

El cáncer resulta de una proliferación maligna de las células de carácter embrionario; proliferación que según todos sus caracteres, procede del tegido epitelial.

Lo que constituye la malignidad de esta proliferación y la distingue de otras afecciones benignas, es su carácter totalmente invasor: se propaga de una manera irremisible á las partes vecinas, y luego á las lejanas, que normalmente no tienen elementos epiteliales.

Tiene como consecuencia primera una desorganización histológica y como segunda un estado de caquexia general.

El cáncer abandonado asimismo es fatalmente mortal.

En ciertas enfermedades infecciosas, en la sífilis y en la escrófula, por ejemplo, se encuentran úlceras ó tumores que presentan grandísima analogía con el cáncer. Tales son ciertas variedades de lupus (fig.^a 65) y de degeneraciones quísticas del cuello.

No porque haya entre estas enfermedades y el cáncer tantos caracteres comunes, hemos de atribuirles una misma causa; así es que mientras se ha demostrado que algunas de aquéllas parecen determinadas por la existencia de microorganis-

mos parásitos, jamás se ha pensado asignar al cáncer una causa semejante. (1)

Parece lo más verosímil que el agente de la afección cancerosa es de origen autóctono, y se rompe el equilibrio en virtud del cual cada tejido debe vegetar en su propio lugar y en ciertas proporciones y este tejido desequilibrado es el que prolifera en exceso, el que desorganiza los otros tejidos é infecta el organismo.

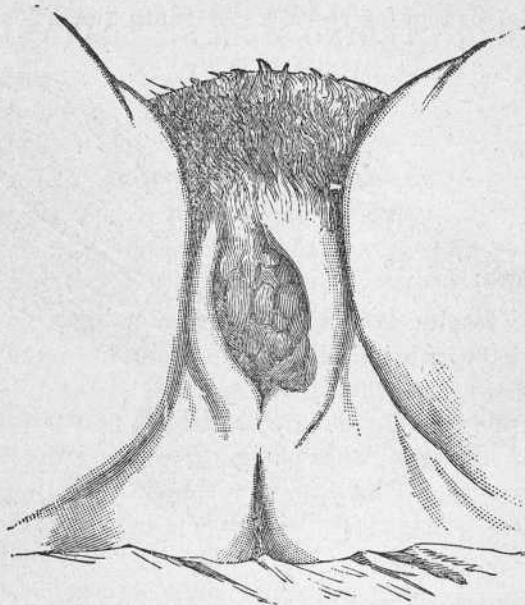


Fig.^a 65.—Lupus de la vulva.

La terapéutica suministra un argumento en apoyo de esta teoría.

(1) El 28 de Noviembre de 1837, Scheurlen anunció á la Sociedad de Medicina de Berlín que había conseguido separar los tumores carcinomatosos y cultivar é inocular en la glándula mamaria de una perra un bacilo *que transmite la afección cancerosa*. Si el descubrimiento de Scheurlen se confirmara no habría necesidad de clasificar aparte el cáncer, porque entraría en el cuadro de las enfermedades infecciosas ordinarias.

Este descubrimiento tendría una importancia terapéutica muy grande si nos dijera también el específico que esterilizara este nuevo bacilo.

Ciertas sustancias poseen una eficacia más ó menos grande contra las lesiones de las enfermedades infecciosas, donde el virus indudablemente es de naturaleza parasitaria, mientras que algunos de los germinicidas conocidos no detenga la evolución de las lesiones cancerosas. Este hecho puede explicarse de la manera siguiente:

Si los microbios virulentos son entidades orgánicas parasitarias, nada se opone á que su vitalidad sea atacada y aniquilada por la acción de ciertos medicamentos á dosis, á las cuales nuestros tegidos resisten, en tanto que si los organis-

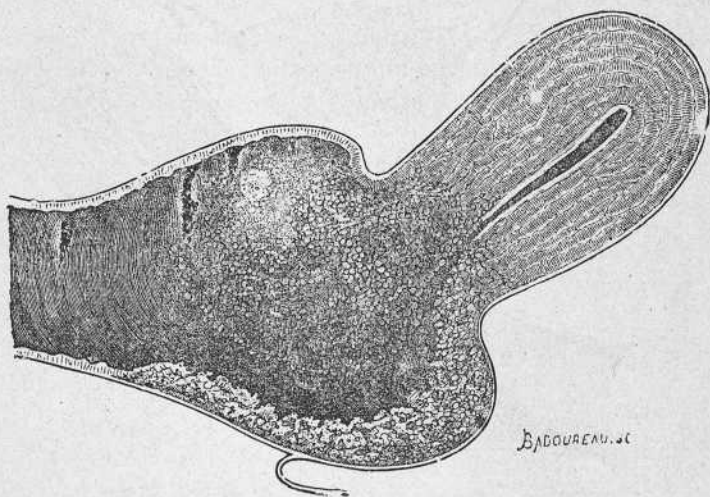


Fig.^a 66.—Epithelioma que se ha presentado en el cuello y ha invadido la vagina.

mos que pululan en el cáncer provienen de un tegido indígena, aquéllos no pueden ser atacados aisladamente.

Las sustancias tóxicas que los hubiera de esterilizar y detener tendrían que detener y esterilizar también todos los otros tegidos en donde la vitalidad está sujeta á las mismas leyes que rigen la del tegido epitelial.

El punto en que la proliferación maligna empieza está considerado como la *puerta de entrada* de la afección; veremos

de qué modo el cáncer uterino se extiende desde su sitio á la vecindad.

1.º Por proliferación centrifuga.

Las células embrionarias pasan del foco céntrico á la traza colindante. La regularidad y la rapidez de esta invasión están en razón de la consistencia y la naturaleza de los diferentes tegidos que la infiltración encuentra en su camino.

Por extensión en superficie, el neoplasma pasa del cuello á la vagina (fig.^a 66) ó del cuello á la cavidad cervical, á la cavidad corporal y de aquí á las trompas. Puede igualmente

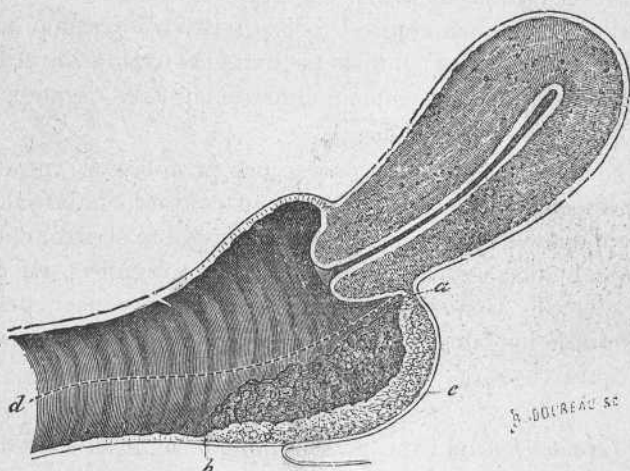


Fig.^a 67.—Cáncer que se ha presentado en la vagina.

empezar por la vagina (fig.^a 67) y atacar el útero; pero los casos de cáncer primitivo de la vagina son relativamente raros.

Por extensión en profundidad, el neoplasma atraviesa el espesor de la pared uterina, llega al tegido celular periuterino y pasa á la vejiga, al peritoneo, al recto y, en una palabra, á todos los tegidos que se encuentra en su camino.

2.º Por emigración.

Los elementos del neoplasma penetran en los vasos donde la corriente los traslada á distancia. Ordinariamente se detienen en los ganglios vecinos y allí forman los focos secunda-

rios, en donde el mal recidiva, después de la operación radical del foco primitivo. Otras veces se inoculan durante su trayecto por los linfáticos, antes de atacar un ganglio.

Estos pequeños focos secundarios se encuentran ya sobre la mucosa, ya en la profundidad de la pared y ya sobre el tegido celular pelviano.

Aunque se producen en la red vascular local, no por esto dejan de gozar del carácter de metastasis, que es lo que impide extirpar completamente el cáncer y obtener una curación duradera.

Desde que se constituye un depósito canceroso secundario, comienza también como el foco primitivo á arraigar sobre su sitio y á enviar las colonias; se han encontrado en el hígado, en los pulmones y excepcionalmente en otros órganos.

3.º Por inoculación.

Elementos desprendidos del foco primitivo se ingieren en una snperficie con la cual están en contacto habitual. Estas inoculaciones se producen de un labio sobre el otro, del cuello sobre el culo de saco vaginal. En otras regiones, en la cara por ejemplo, vemos frecuentemente que el cáncer primitivo de uno de los labios se inocular en el otro en el punto situado enfrente.

La marcha del cáncer varía mucho según el sitio de la lesión primitiva, según la idiosincracia del sugeto y probablemente también según la vitalidad inicial del neoplasma.

El cáncer primitivo puede empezar más ó menos profundamente en el espesor de la pared uterina.

Por más que sea superficial en su origen, bien pronto y con velocidad se ulcerará y se nos dará á conocer por los derrames icorosos y las hemorragias que la ulceración provoca.

Si principia en la profundidad de la pared, estará mucho más tiempo en estado latente. Recibiendo los medios nutritivos por toda su periferia, estando menos expuesto á los fermentos exteriores, podrá desarrollarse considerablemente sin ulcerarse. Cuando los síntomas reveladores se produzcan, no

será probablemente operable, puesto que habrá tenido tiempo de extenderse á sitios de donde no será posible extraerle.

Los tumores cancerosos terminan casi siempre por ulcerarse; y las úlceras cancerosas principian siempre por un tumor ó un nódulo. Bajo el punto de vista del pronóstico, los dos tipos expuestos se diferencian muy poco; pero no es lo mismo si se atiende al éxito de la operación radical.

En cuanto á la idiosincracia del sugeto invadido ó á la energía propia del neoplasma, varían en proporciones considerables. Muchos cánceres no producen la muerte sino después de muchos años, mientras que otros la determinan muy rápidamente.

He visto enfermas en las cuales se encontraron veinticuatro horas después del raspado enérgico completo, vegetaciones y mamelones cancerosos de gran volumen, que se habían formado en ese corto espacio de tiempo.

Es evidente que cuanto más intensa es la actividad proliferativa, menos probabilidad hay de que cuando lleguemos á conocer la existencia del neoplasma se halle éste circunscrito en su asiento primitivo.

Resulta de estas generalidades que la extensión del cáncer se verifica de una manera tan insidiosa, y por tan diferentes vías, que no podremos negar jamás la posibilidad de una emigración anterior á la operación misma, por temprana que ésta haya sido.

Cualquiera que sea el procedimiento de extirpación elegido, la curación será siempre y forzosamente problemática. ¿Deberemos por esto renunciar á intervenir quirúrgicamente en el cáncer? Esta cuestión está aún en estudio; pero las estadísticas nos dan á conocer que hay ciertas circunstancias en las cuales hay una gran ventaja en no dejar al cáncer uterino que siga su marcha fatal.

Si tiene un periodo en el cual la lesión es aún enteramen-

te local, es decir, que no ha invadido los tegidos inmediatos adyacentes desde que la proliferación maligna ha empezado; si se descubre el cáncer en este periodo; si se realiza la enucleación completa de todo lo que está malo ó infiltrado, se puede ver avanzar la cicatrización duradera y algunas veces definitiva.

Los casos antiguos, raros en verdad, pero muy auténticos, han dejado establecida la posibilidad de semejantes resultados. Después de diez años, gracias á el perfeccionamiento de los métodos de estirpación, la proporción de casos operados con resultados durables han aumentado considerablemente.

La histerectomía total y la parcial han conseguido en algunas operadas que no hayan recidivado en el espacio de cinco ó seis años; y con un método que yo he inaugurado hace poco menos de tres años he obtenido cicatrizaciones perfectas después de las cuales han transcurrido ya treinta y siete, treinta y cinco, veintiocho y once meses.

Nos parece que la proporción de las recidivas es ciertamente mucho más considerable que las de las cicatrizaciones persistentes. Y forzosamente será siempre así; sin embargo, se puede asegurar de antemano que las recidivas en breve plazo disminuirán á medida que las indicaciones de las operaciones radicales se precisen. Los operadores, en general, y cada operador en particular, han empezado practicando las operaciones radicales en muy larga medida.

Asímismo ¿cuando las recidivas sobrevienen después de algunos meses no podrá esperarse por medio de la operación algún beneficio real; es decir, alguna sobrevivencia, algún bienestar físico y moral que no pudiera proporcionarse por otro medio?

¿Los adversarios de las operaciones radicales tendrán la pretensión de obtener por una terapéutica paliativa las condiciones de salud que las enfermas disfrutaban durante el tiempo que transcurre desde la operación hasta el retorno del cáncer? La muerte por las lesiones primitivas del útero es mucho más pronta y más dolorosa que la producida por lesiones secunda-

rias, y hay además la ventaja de que vive la enferma todo el tiempo que se necesita para que los focos secundarios se desarrollen y se hagan mortales. Entre mis operadas muertas, aunque la operación había sido seguida de cicatrización, una sucumbió ocho meses después de la curación local de una afección pulmonal. Tenía sobre su estado las ilusiones habituales de los tísicos. Otra murió al cabo de dos años y ocho meses de carcinosis peritoneal, y una tercera, después de un año y ocho meses, de un cáncer ganglionar desarrollado en la fosa iliaca izquierda.

Estoy asistiendo otra enferma en la cual el cáncer ganglionar, situado también á la izquierda, ha empezado seis meses después de la operación.

El argumento más decisivo en favor de las operaciones radicales resulta del hecho, bien establecido por las autopsias, que las individuos afectas del cáncer uterino mueren en general *por el útero*.

Cuando las que han sido operadas mueren por *cánceres metastásicos* es evidente que la operación alejó una causa mortal que las hubiera hecho sucumbir mucho antes.

Indicaciones operatorias

Las indicaciones y contraindicaciones de una operación radical no se pueden establecer sino después de un examen muy minucioso y muy completo.

El mejor medio de exploración será aquel que nos permita ver todo lo posible tocar hasta lo más profundo y con el mayor cuidado.

¿Por qué suponer siempre lesiones corporales y practicar en su consecuencia la histerectomía total cuando vemos en las autopsias que los cánceres del cuello producen la muerte, sin que el *segmento superior* haya sido atacado por el neoplasma? Sabemos también, como regla general, que el cáncer del cuello ataca con más celeridad al tegido celular periuterino, que á los puntos igualmente distantes situados sobre la misma matriz.

Por otra parte, no podemos jamás asegurar la no existencia de estas extensiones materiales.

Hace tres años que dilato todos los úteros cancerosos que se me han presentado á la observación, y en casos en que el cuello sólo parecía afecto al principio, he visto que los nódulos cancerosos ó focos ulcerativos se extendían hasta el fondo de la cavidad.

La distinción entre el *cáncer del interior* del cuello que remonta hasta la cavidad, y el *cáncer del exterior* que desciende hasta la vagina, es para mí más bien teórica que práctica.

En realidad no se puede saber lo que existe en el interior del útero sino cuando está dilatado hasta el punto de que con ó sin la ayuda del espéculum intrauterino, se pueda inspeccionar con la vista toda la cavidad; y este grado de dilatación, por regla general, es muy fácil de obtenerse por el método que ya os tengo explicado. Una sola vez he visto equivocadas estas apreciaciones. Una enferma que presentaba una gordura enorme, anquilosadas las espaldas, no podía adoptar la posición genu-pectoral; el profesor J. Reverdín, que me había llamado en consulta, practicó una histerectomía total, con lo cual la operada curó y hasta el día no ha recidivado.

La inspección visual directa de la cavidad uterina es, á mi juicio, lo más esencial para precisar en lo posible el diagnóstico.

Sólo por este medio podemos comprobar la presencia ó ausencia de extensiones cancerosas en la parte alta de la cavidad cervical y en la región corporal. Resulta, pues, que el examen por medio del espéculum y el tacto son igualmente importantes para asegurarnos de la extensión del neoplasma en la vagina (fig.^a 68), pues la exploración bimanual, en todas sus combinaciones, completa los datos adquiridos por la vista, permitiéndonos comprobar con toda la certeza posible las induraciones ó ganglionares que puedan existir en el tegido celular pelviano.

Nuestras grandes dilataciones obtenidas y sostenidas por el taponamiento, permiten renovar las investigaciones táctiles hasta que terminemos nuestras investigaciones.

*¿Qué es lo que podemos desear en la extirpación del
cáncer uterino?*

Para responder á esta cuestión, es necesario recurrir á la anatomía patológica.

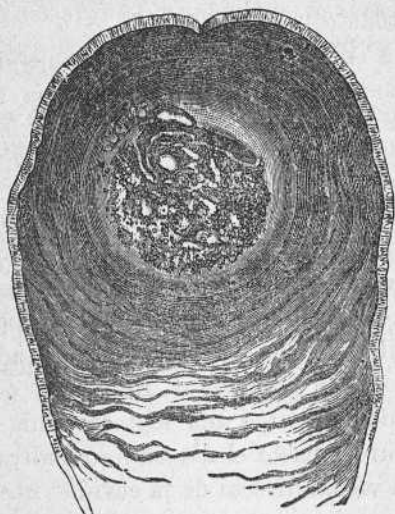


Fig.^a 68.—Aspecto del cuello visto en el espéculum durante el epithelioma. La vagina no está invadida.

Si estudiamos la disposición del neoplasma en un foco canceroso primitivo (los solos operables) podremos distinguir en él, caminando del centro á la periferia, tres zonas.

1.º Una zona central enteramente modificada en su trama; ésta es el corazón del tumor, si no hay ulceración; si existe hay pérdida de sustancia.

2.º Una segunda zona en vía de desorganización, pero se reconoce aún en ella la trama normal.

3.º Una tercera zona, en la cual la trama normal parece intacta; pero ya presenta células embrionarias que se extienden hasta una distancia en donde ya no se encuentra ninguna.

El tegido no está realmente sano sino desde el límite en que no hay infiltración alguna, porque en ésta se encuentran las células de la periferia, que son las más jóvenes y de más vida, siendo preciso cortar el paso á esta vanguardia.

Es generalmente admitido que operando á un centímetro de las partes á que el mal parece llegar, se encuentran los tegidos libres de toda célula maligna.

Este límite es enteramente arbitrario, pues si tendría aplicación á los elementos que caminan por la vía relativamente lenta de la infiltración centrífuga, no serviría de nada cuando se trata de elementos emigrantes, los cuales harán siempre problemáticos los resultados de la operación.

Sea lo que quiera, una vez descubierto el cáncer por nuestra dilatación, nos encontramos en las más favorables condiciones para reconocer el límite entre lo sano y lo enfermo y para satisfacer las condiciones de una extirpación tan radical como sea posible, es decir, para llenar las indicaciones operatorias.

LECCION DÉCIMATERCERA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CANCER (Continuación) HISTERECTOMIA PARCIAL Y TOTAL

De las operaciones radicales

Señores:

Hay dos medios de operar que pueden conducir á la curación permanente del cáncer uterino; éstos son:

- 1.º La amputación parcial ó total del órgano.
- 2.º La excisión del neoplasma asociada á las cauterizaciones enérgicas, que destruyen por sus escaras toda la zona infiltrada.

Histerectomia total.

La operación de Freund, ó la laparo-histerectomia está generalmente abandonada hoy día. Hay sin embargo casos en que es preciso recurrir á ella, como sucede cuando después de haber separado el útero de la vagina, nos encontramos que es muy voluminoso y no se le puede extraer por la abertura vaginal.

Fristch debió terminar de este modo la extracción de un útero que había empezado á separar por la vagina. Su operación curó perfectamente.

La histerectomia vaginal es ciertamente una operación difícil y delicada; se ejecuta con sujeción á reglas fijas, y se

puede adquirir su técnica por medio de ejercicios sobre el cadáver ó sobre las piezas de que nos servimos en este curso.

La colpo-histerectomia presenta más analogía con una enucleación que con una amputación. Se trata en efecto de

1.º Practicar una incisión de entrada.

2.º Aislar, cuanto sea posible, por disección con instrumento sin corte ni punta, la masa que se va á separar.

3.º Llegar á la región del pedículo y paquete vascular con todas las precauciones posibles para prevenir las hemorragias.

El pedículo en lugar de ser único es bilateral: toda la diferencia es ésta.

Como en toda enucleación, es preciso operar constantemente contra la parte que se va á extraer, sin penetrar ni desviarse mucho de la periferia.

La vejiga, los uréteres y el recto son los órganos más expuestos á ser lesionados.

Los más autorizados operadores no están aún de acuerdo sobre el orden que se debe seguir en los diferentes tiempos de la histerectomia vaginal.

Unos, á imitación de Fritsch, tratan de diferir todo el tiempo posible la abertura del peritoneo, comenzando por separar el útero lateralmente.

Otros aíslan al principio el útero por delante y por detrás y le separan enseguida de los ligamentos anchos. Este procedimiento facilita la hemostasia.

En tanto que unos abren el peritoneo por delante y por detrás enseguida, otros hacen precisamente lo contrario.

En otro tiempo, una vez libre el útero por su parte anterior y posterior, se le hacía vascular á través de la abertura vaginal, de tal modo, que el cuello entraba en la cavidad peritoneal y el cuerpo descendía hasta la vagina. Esta maniobra proporcionaba comodidad para ligar y seccionar la parte superior de los anexos; pero se ha renunciado porque el cuello, más ó menos sanioso, hace correr el riesgo de una infección peritoneal.

Martín coge aún el fondo del útero por medio de pinzas y produce una fuerte retroflexión que descende el fondo del útero. Esta maniobra presenta las mismas facilidades que el movimiento de vâscula, sin el riesgo de que el cuello infecte la cavidad peritoneal.

Una vez adquirida experiencia, cada uno opera como mejor le parece, lo cual importa poco, pues las diferencias en los detalles no altera el plan general de la operación.

Voy á exponeros, señores, el método operatorio que me parece más sencillo y más seguro; y en nuestros ejercicios prácticos iremos ejecutando las variantes que gozan de más crédito.

La operación no es practicable sino cuando la vagina presenta cierta amplitud. Cuando el cáncer se produce en mujeres ancianas, con atrofia de los órganos genitales, se encuentran con frecuencia retraídos y arrugados la vagina y el culo de saco. Os recomiendo que antes de recurrir á las incisiones para distenderlos, ensayéis la dilatación vaginal por el taponamiento ó por el pesario de Gariel. Este proceder nos ofrece muy pronto, por lo regular á beneficio de la distensión metódica, dimensiones mayores y la suficiente flexibilidad.

Manual Operatorio.

La operación se puede dividir en cuatro tiempos principales:

- 1.º La desinfección del campo operatorio;
- 2.º La separación de la vagina;
- 3.º La enucleación de las caras anterior y posterior del útero y la abertura del peritoneo; y
- 4.º La sección de los ligamentos anchos.

Desinfección del campo operatorio.—Dos ó tres días antes de la operación es preciso: primero, separar con el cureter todas las partes friables del neoplasma y lavado con una solu-

ción de sublimado al milésimo; y segundo, taponar las cavidades uterina y vaginal con el algodón iodoformizado.

En el momento de operar se retiran los tapones y lava la úlcera y toda la vagina con un chorro continuo de la solución de sublimado al 15 por 1000. Toda la operación debe hacerse bajo la ducha antiséptica, la cual se esfuerza ó se modera á voluntad.

Separación de la vagina.— Estando deprimido el periné por una valva y ensanchada la entrada de la vagina por dos separadores, se coge el útero con las pinzas y se le atrae hacia la vulva.

Al principio se coloca el cuello en la dirección de la comisura anterior, de tal modo, que el culo de saco posterior esté perfectamente al descubierto.

Implantando una pinza en la mucosa del culo de saco posterior, se hacen algunas tracciones en diferentes sentidos para reconocer bien la línea de inserción de la vagina sobre el cuello. A 5 ó 6 milímetros por detrás de esta línea se practica una incisión semicircular desde un lado del cuello hasta el otro lado.

El bisturí se llevará perpendicularmente al eje del útero; el cuello se llevará de izquierda á derecha, de tal modo, que la región que se escinde esté siempre bien expuesta á la luz.

Es mucho más ventajoso hacer incisiones poco profundas, llevadas siempre en la misma línea para que el corte sea muy limpio, que darles de una vez la profundidad que hayan de tener.

El objeto es operar sin pasar del tegido celular periuterino.

Una vez terminada la incisión sobre el culo de saco posterior, se retira el cuello contra la comisura posterior y se hace una incisión semejante sobre el culo de saco anterior.

La parte vaginal de la pared se debe dividir en todo su espesor, lo mismo por los lados que por delante.

Quando el tegido celular se ha atacado por toda la periferia del cuello, es preciso dejar el bisturí, introduciendo el de

do en la parte anterior de la incisión para separar la vegiga; es decir, para enuclea la cara anterior del útero.

El dedo basta muchas veces; sin embargo, en algunas ocasiones hay que recurrir á un instrumento romo: yo empleo las tigeras curvas de punta redonda, que me sirven cerradas para esta clase de disección y abiertas para cortar las bridas.

Algunos operadores continúan el desbridamiento hasta que llegan al peritoneo que abren enseguida. Yo creo, por las razones que en breve os expondré, que es preferible diferir esta abertura y continuar la disección de la pared posterior del útero.

En la parte posterior es conveniente operar aún con más delicadeza que en la anterior, en atención á que el tabique es más delgado y el tegido celular más compacto.

Algunas precauciones que se han tomado frecuentemente desgarran sin querer el fondo de Douglás; pero este incidente no ofrece gravedad si se opera antisépticamente.

En llegando á cierta altura separando por la parte posterior, procedo á la separación lateral; esto tiene un doble objeto.

El principal es separar la región que recorren los uréteres.

El mejor modo de alejarlos de los sitios en que se han de colocar las suturas ó las pinzas hemostáticas, es salvar á izquierda y á derecha la parte superior de la vagina.

No diseco á los lados sino hasta la altura de un centímetro próximamente.

El tegido celular es tan denso en esta región que lo mismo los dedos que los instrumentos romos son insuficientes; es preciso recurrir á las tigeras y al bisturí.

Los vasos importantes serán inmediatamente ligados.

Sin embargo, la hemorragia no presenta peligros especiales porque el peritoneo no se ha abierto.

Reasumamos lo que hasta aquí hemos dicho.

El cuello se separa de la vagina por una incisión circular muy limpia.

Se enuclea hasta gran altura la cara anterior.

La cara posterior y los costados se enuclearán también aunque á menos altura.

El cuello atraído por medio de las pinzas desciende de una manera notable.

A no ser á consecuencia de algún accidente, hasta ahora se encuentra intacto el peritoneo; la operación ha sido hasta aquí extraperitoneal; pero bien pronto va á dejar de serlo.

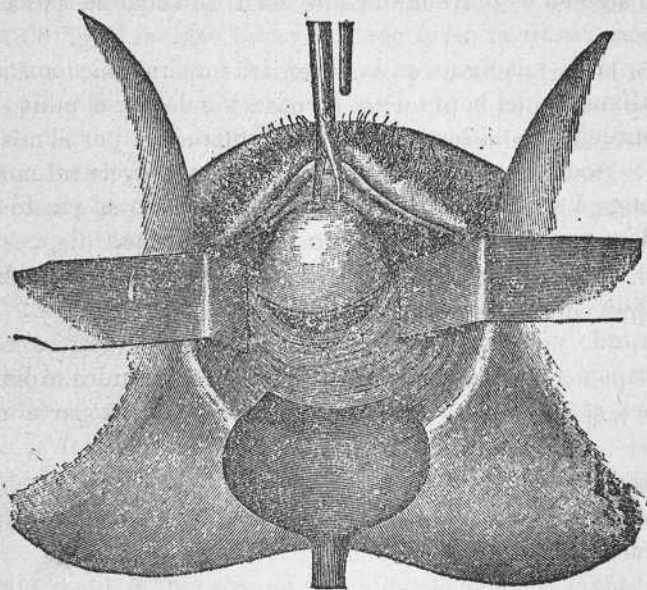


Fig.^a 69.—Histerectomía vaginal.—Abertura del cuello de saco de Douglass.—Sutura de la pared vaginal.

Yo hago alto aquí para seguir la misma línea de conducta que en una laparotomía en la que, antes de llegar al peritoneo y antes de abrirle, se ligan los vasos, se secan los jugos y se esteriliza perfectamente el traumatismo de la incisión abdominal.

Reemplazo las pinzas hemostáticas por las ligaduras y colocando el cuello en distintos sentidos, lavo y limpio la solu-

ción de continuidad con un chorro de la solución fuerte de sublimado.

Hecho esto, prosigo la operación por el desprendimiento de la cara posterior, continuándolo hasta llegar al peritoneo que se conoce por su finura, flexibilidad y por su color gris azulado. Conduzco entonces una pinza por la cara posterior del útero, prendo la serosa y la incindo; y pasando después los índices por el ojal abierto, le agrando por dislaceración transversal hasta que llego á los lados del útero.

Yo sigo en esto la conducta de Martín, el cual hace una sutura para reunir el peritoneo á la pared vaginal. (fig.^ª 69.)

Introduce una aguja en la pared del fondo de saco á uno ó dos milímetros del borde de la incisión y sale por el punto correspondiente de la serosa: después la introduce por el mismo camino recorrido, sólo que en sentido inverso, de tal modo, que venga á salir á cuatro ó cinco milímetros del punto de entrada y se hace el nudo. Cuatro ó cinco puntos dispuestos de este modo, adosan las dos membranas y cierran la salida del tegido celular retrouterino.

Estando ya completamente libre el útero por detrás, colo-co un tapón de gasa iodoformizada, sujeto por un hilo en la abertura, y me dirijo á rasgar el peritoneo por la parte anterior.

Esta es á mi juicio la parte más arriesgada de la operación.

Ocorre frecuentemente que el dedo que divide el peritoneo le rechaza hacia arriba sin alcanzarle.

Yo creo que desaparecería la dificultad y la incertidumbre si se pudiera encontrar al otro lado de la serosa algún punto resistente que nos sirviera de guía.

Por esta circunstancia es útil comenzar por la abertura posterior. No hay más que introducir el dedo ó en su defecto un gancho romo, que pasando por encima del fondo del útero, nos sirva de guía para abrir el peritoneo.

Cuando se reconoce, se coje con una pinza y se le incinde prudentemente hasta llegar al útero.

Una vez hecho el ojal se le agranda por dislaceración.

Falta aún practicar el tercer tiempo, es decir, la separación lateral del útero.

Los vasos voluminosos de la circulación uterina penetran ó están situados entre los repliegues del ligamento ancho.

Los dos troncos principales y los numerosos vasos secundarios que se encuentran en las caras laterales del útero, son en extremo importantes. Si se cortan antes para ligarlos después, no se cohibe pronto y bien la hemorragia; pero asegurando la hemostasia antes de hacer la sección, se puede reducir la pérdida de sangre á una cantidad insignificante.

Dos métodos tenemos á la vista de hemostasia preventiva; la ligadura y la forcipresión. Voy á describiroslos:

La ligadura.—El método de las ligaduras consiste en poner de abajo á arriba sobre los ligamentos anchos, una série de asas de hilo fuertemente atadas que interrumpan con seguridad la circulación.

Podemos servirnos para colocarlas ya de agujas montadas sobre mangos (modelo de Dechamps) ya de agujas ordinarias muy curvas que se manejan por medio de porta-agujas como el de Sims por ejemplo.

Las agujas no deben ser ni muy cortantes ni muy punzantes; pero es necesario que tengan un gran ojo.

Empleo la seda iodolada, para cordonetes, como en el procedimiento que ya tengo explicado; el catgut no me inspira suficiente confianza bajo el punto de vista de la solidez del nudo.

Cogiendo la base del ligamento ancho entre el pulgar introducido por una abertura y el índice por la otra, la paso de parte á parte, empezando de delante á atrás; el dedo recibe la punta de la aguja y la guía al exterior.

No es conveniente ligar muy cerca del borde del útero, pues debe quedar sobrante algún tegido para constituir un muñón que evite que la ligadura se resbale; un centímetro y medio ó dos centímetros son suficientes. El cordonete se debe apretar con toda la fuerza posible.

Se cortan los tegidos, cuidando no seccionarlos por cima del nivel de la ligadura.

Se coloca enseguida una segunda ligadura más alta; á cada golpe de tigura se inspeccionan los muñones, poniendo ligadu-

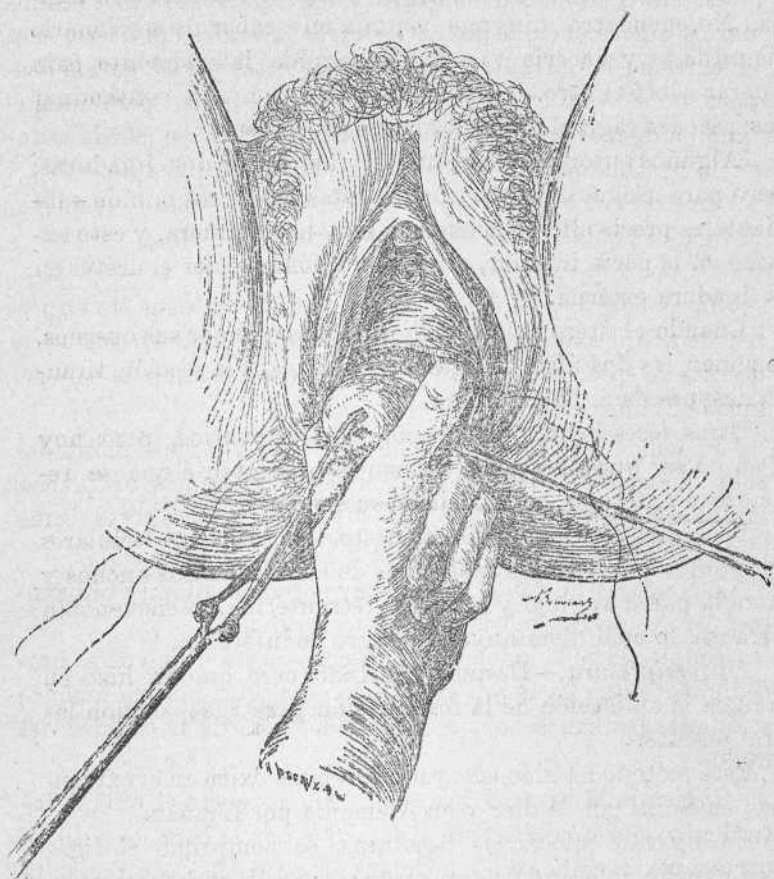


Fig.^a 70.—Histerectomía vaginal.—Separación del útero y de los ligamentos largos.

ras especiales sobre todas las arterias visibles, ya den sangre ó no la den.

La arteria uterina sola ó doble que penetra en el útero al

nivel del orificio interno, se ve casi siempre sobre la superficie de la sección; sería prudente ligarla por separado.

Cuando ha sido separado el útero hasta cierta altura de uno de sus costados, es necesario separarlo también del otro para que pueda descender regular y simétricamente á la vagina. No encuentro ninguna ventaja en acabar de seccionarlo de un lado y hacerle vascular enseguida lateralmente para operar sobre el otro. Estas maniobras exponen á contaminar las paredes vaginales con los jugos cancerosos.

Algunos autores aconsejan seccionar entre dos ligaduras; pero para asegurar á cada una de estas ligaduras muñón suficiente, es preciso llevar la externa muy hacia afuera, y esto expone en la parte inferior, al menos, á comprender el ureter en la ligadura externa.

Cuando el útero no está adherido más que por sus cuernos, se ponen las dos últimas ligaduras y se acaba la sección, tirando después de él hacia afuera.

Otras veces había preocupación con los ovarios, pero hoy día á no ser que ellos por sí mismo se presenten ó que se reconozcan enfermos, se les deja en su sitio.

Procediendo como os he expuesto, los espacios celulares comprendidos entre los repliegues de los ligamentos anchos y entre la pared vaginal y la serosa retrouterina, se encuentran cerrados, lo cual disminuye el peligro de infección.

La forcipresura.—Después de 1885 creo que se hizo en Francia la aplicación de la forcipresión para la separación lateral del útero.

Este método ha sido ensayado con buen éxito en el extranjero: en Suiza por Muller y en Alemania por Landau.

En lugar de colocar las ligaduras, se comprime el ligamento ancho, colocándolo entre las presas de la pinza á la margen del útero, dejándola colocada durante veinticuatro, treinta y seis y hasta cuarenta y ocho horas.

Pean, Richelot y Doleris han propuesto diferentes modelos de pinzas para la histerectomía.

Ved aquí cómo se procede.

Se introduce el índice en la abertura abdominal anterior, dispuesto en forma de gancho, por encima del borde superior del ligamento ancho; se prende una pinza larga de curva anterior; uno de sus bocados se pasa por delante y otro por detrás del ligamento, se empuja hacia arriba hasta que sus extremidades pasen del borde superior del ligamento. Después

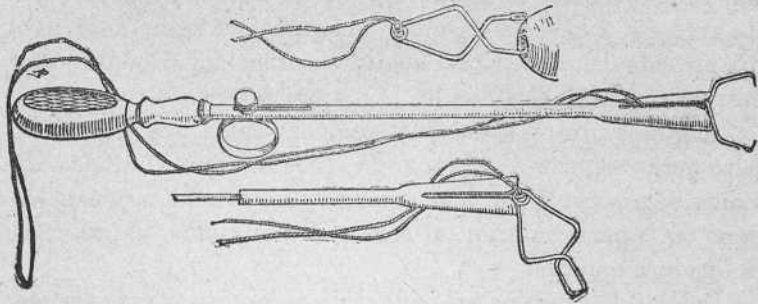


Fig.^a 71.—Pinza-Erigne de Vulliet.

de asegurarse que no se ha prendido entre los bocados de las pinzas más de lo que deba cojerse, se la coloca á centímetro y medio del borde del útero y paralelo á este mismo borde, cerrándola en el último engrane.

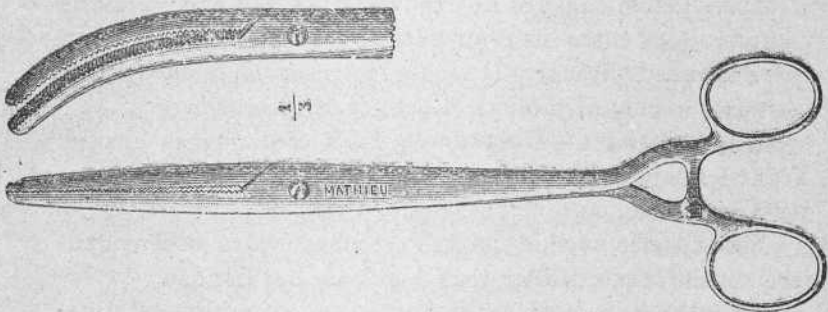


Fig.^a 72.—Pinzas de fuerte presión.

Del mismo modo se coloca otra pinza en el otro lado.

Toda la circulación hacia el útero se interrumpe de este modo y no hay más que cortar cerca del órgano. Se secciona uno de los lados primero, después se trae el útero hacia afuera hasta que permita cortar el otro bien á la vista.

No he ensayado este procedimiento más que sobre el ca-

dáver; me parece sencillo y rápido, pero leyendo las publicaciones que emanan de sus partidarios, he visto que muchas veces no se obtiene la hemostasia definitiva sino después de colocar pinzas suplementarias.

Esto indica que las dos pinzas grandes no interrumpen por completo la circulación y, aunque sea preciso mucho tiempo para hallar y ligar uno á uno los vasos principales, no veo qué ventaja pueda haber en preferir la forcipresura á la ligadura.

Es verdad que no se pierde tiempo en colocar los hilos; pero esta economía de tiempo constituye algún beneficio real? Lo dudo. Una ligadura ofrece siempre, á mi juicio, el medio más seguro, el menos nocivo y el más constante de ocluir definitivamente un vaso.

Si ha conseguido que el abandono de dos pinzas no presente ningún inconveniente, no se puede demostrar que se las pueda multiplicar y que la llaga pueda sobrecargarse indefinidamente.

El método de la forcipresura presenta una superioridad incontestable cuando el útero no desciende con facilidad. La presa de las pinzas es más segura y la colocación de los hilos ofrece gran dificultad.

Sin embargo, esta gran facilidad operatoria no debe hacernos emprender una histerectomía cuando la inmovilidad uterina es debida á la extensión del cáncer hasta el peritoneo ó al parametrium.

Una minuciosa exploración nos hará distinguir las adherencias de naturaleza fácil de vencer, de las por extensiones carcinomatosas que contraindican la operación. Supuesto que la inmovilidad por causas triviales es tan frecuente, la forcipresura puede prestarnos los más provechosos servicios.

Cuando la matriz no desciende lo necesario para que se pueda atacar de una vez el borde superior de los ligamentos, se procede por tiempos; se comienza colocando una pinza á la derecha y otra á la izquierda, á la altura posible. Se corta después junto al mismo útero hasta donde llegan las pinzas. Libre en parte el órgano, desciende y entonces se pueden colo-

car otras pinzas sobre las partes superiores de los ligamentos anchos hasta que se llegue al nivel de los cuernos.

Es muy difícil precisar cuál método es el mejor.

La forcipresura tiene en su abono la facilidad de la ejecución, que es lo que ha hecho que sea escogida por gran número de cirujanos.

Aquella es más rápida y exige menos manipulaciones en el peritoneo, por lo cual hay menos causas de infección.

Tiene en su contra el que los cirujanos de estadísticas más importantes continúan sosteniendo las ligaduras. Nadie está al abrigo de la influencia de la rutina.

Los partidarios de la forcipresura tienen hechos bastantes para demostrar que las pinzas, bajo el punto de vista de la rapidez y de las facilidades operatorias, dan resultados tan buenos como los que presta la ligadura.

La curación consecutiva más sencilla consiste en colocar los tapones de gasa iodoformizada con su hilo fiador.

Terminada la operación, se sonda la vejiga; si la orina sale en cantidad proporcionada á el tiempo invertido en la operación, se puede estar casi seguro que los dos uréteres están permeables.

La histerectomia parcial

Bajo el punto de vista de las dificultades técnicas hay una gran diferencia según que la amputación se haga por bajo ó por cima de las inserciones vaginales.

En el primer caso no se necesita más que una sección del cuello y una sutura.

En el segundo se necesita además el desprendimiento del segmento inferior hasta el nivel en que se ha de amputar.

El caso del príncipe heredero de Alemania nos demuestra, que el examen histológico practicado por el mismo Wirchow, no siempre puede disipar nuestras dudas acerca de la naturaleza de una afección de la mucosa laríngea.

Yo he visto producirse este mismo fenómeno con motivo del desarrollo sospechoso de granulaciones en la mucosa uterina.

Cuanto más cerca está la proliferación de su principio, tanto menos conocidos son los caracteres por los cuales se conoce la invasión.

Esta infiltración invasora es únicamente el signo patognomónico; porque las alteraciones que no sobresalen de la mucosa y sus adyacentes, no tienen nada absolutamente de característico, y el clínico por otra parte no siempre tiene á su disposición un micrógrafo competente que resuelva sus dudas.

Si nos encontramos en presencia de un caso semejante, ó debemos permanecer inactivos esperando la sanción del tiempo, ó recurrir desde luego á operaciones heroicas, siempre peligrosas y que mutilan á la mujer de un modo definitivo.

Mi parecer es que tantos inconvenientes hay en seguir el uno como el otro partido.

Cuando el cuello está afectado de lesiones muy limitadas á las extremidades de los labios, si estas lesiones son sospechosas para el clínico y el histólogo no puede asegurar que son benignas, aconsejo la operación subvaginal. Si por el contrario el examen microscópico patentiza la malignidad de las mismas, recorro inmediatamente á una operación más radical. La fig.^a 73 representa un caso análogo.

Amputación subvaginal

Empleamos en esta operación los mismos preparativos y las mismas medidas antisépticas que se usan para la histerec-tomía total.

Después de llevar el útero hacia la vulva, se incinde el cuello bilateralmente hasta las inserciones de la vagina y cada uno de los labios se ase con unas pinzas de garras y se separan para inspeccionarlos interiormente.

La incisión de la mucosa cervical externa debe ejecutarse por encima del nivel de las extensiones cancerosas. Si el neoplasma llega á las superficies de las inserciones vaginales, la amputación subvaginal es insuficiente y hay necesidad de recurrir á la amputación supravaginal ó á la amputación total.

Por lo demás, cualquiera que sea la operación premedita-

da ó comenzada conviene estar preparado siempre para sustituirla por una más radical, en caso de necesidad.

Una vez marcado el nivel de la incisión, se prenden las dos pinzas, se corta la mucosa circularmente, como en la histerectomía total y se separa un poco hacia la periferia. Separados entonces los labios, se amputan uno después de otro, empezando por el posterior.

Debe dirigirse el cuchillo de tal modo, que las superficies de la sección se asemejen á un embudo que tenga su pequeña abertura al nivel de la incisión del canal uterino.

Conviene que retrocedamos un poco. Antes de acabar la sección del labio, es necesario asir el borde de la mucosa del canal sobre la parte ya cortada, por medio de pinzas erinas fijas largas y delgadas que después han de ser muy útiles para encontrar la mucosa y presentarla á la aguja.

Supongamos ahora trazadas las horas de una esfera alrededor de la incisión vaginal y de la del canal uterino. Pasaremos un primer hilo de plata, valiéndonos de la aguja tubular, por la hora sexta; es decir, por la parte más inferior del cuadrante imaginario.

La aguja debe entrar en la mucosa vaginal, traspasar la pared uterina y salir al interior del canal, comprendiendo la mucosa sugetada por la pinza que hemos dejado puesta hace poco; este hilo se corta de manera que forma un asa de cerca de diez centímetros de longitud, que nos servirá primero como medio de tracción, torciéndolo después para cerrar la sutura.

Colocando el segundo hilo en las cuatro y media y el tercero en las siete y cuarto, tendremos tres hilos sobre el labio inferior.

Procederemos del mismo modo con el labio anterior el cual nos da también hilos en las doce, en las diez y media y en las dos y media.

Para terminar pondremos también puntos de sutura en las tres y en las nueve que son las extremidades del diámetro transversal.

Tendremos así ocho hilos dispuestos como los rayos de una rueda cuyo centro es el canal **cervical**.

Sólo falta irrigar la sutura y torcer los hilos hasta que las mucosas uterina y vaginal se unan y recubran el muñón.

Se envuelven los hilos en forma de vovina sobre gasa iodoformizada que se coloca en el fondo de la vagina y se taponan por debajo.

Todos los días se mudan los primeros tapones y se hace una larga irrigación de sublimado al 1 por 5000, que lave la sutura, los hilos y el pelotón de gasa.

A los ocho días se coloca á la enferma en la posición genu-pectoral, se desarrolla la vovina y se inspecciona la sutura.

Si está perfectamente unida, se quitan los hilos y si no lo están se dejan algunos días más, no habiendo necesidad alguna de quitarlos todos á la vez.

La separación no ofrece dificultad cuando los hilos son bastante largos y la enferma está en la posición genu-pectoral. Si por el contrario se han cortado cerca de las superficies reunidas, la mucosa se hincha muchas veces y los oculta, habiendo necesidad en este caso de buscarlos con instrumentos puntiagudos. He visto una cicatrización por primera intención entorpecida por semejante procedimiento.

Histerectomia supra-vaginal

Cuando examinada la cavidad uterina con la vista y por el tacto se comprueba que el segmento superior del útero está enteramente sano, y que toda la afección está circunscrita al cuello, no hay necesidad de hacer la histerectomia total, bastando amputar el útero sobre las lesiones. Esta amputación ejecutada según el procedimiento de Schröder puede hacerse bien sobre las inserciones vaginales, sin que sea necesario abrir el peritoneo; siendo esta consideración la que justifica este procedimiento.

Los preliminares y las incisiones pericervicales serán como en la anterior. La enucleación anterior y posterior se hará como en la histerectomia total; habiéndola precedido la enucleación lateral á fin de facilitar la colocación de las ligaduras hemostáticas.

Si el cáncer se extiende más sobre un labio que sobre el otro se hace la enucleación más alta en el labio más invadido.

Cuando el útero sobresale igualmente por los dos lados, fuera de la incisión pericervical, se practican, como en la amputación subvaginal, dos incisiones laterales, á fin de poder examinar la cara interna de las paredes uterinas. La inspección hecha en esta ocasión adquiere una importancia especial, porque nos ofrece un precioso suplemento de garantía para el feliz éxito de la operación.

Si se producen hemorragias en el corte uterino no hay más que comprimirle con pinzas hemostáticas de bocado largo.

La amputación de cada uno de los labios y la aplicación de las suturas destinadas á reunir las mucosas vaginales é intrauterinas, se harán como en la amputación subvaginal.

Asa galvano-cáustica.

Aún no os he hablado, señores, de la amputación por el asa galvano-cáustica ó del termo-cauterio.

Ved aquí las razones:

La cauterización producida así, es á mi juicio muy superficial para producir la formación de un tegido cicatricial de cierta importancia. Sería ilusorio atribuir superioridad excesiva á este medio de amputación, sobre el instrumento cortante.

Además esta cauterización excluye toda esperanza de reunión por primera intención y toda aproximación inmediata de los tegidos cruentos. Pero esta reunión primitiva y esta aproximación inmediata, son sin embargo muchas veces independientemente de las medidas de esterilización tomadas en el momento de la operación, la verdadera garantía contra el desarrollo de complicaciones sépticas.

Prefiero, pues, amputar á algunos milímetros más de altura con el cuchillo y ejecutar una operación que se termina á practicar una sección cáustica más baja que deje la sutura abierta.

Por lo demás, la sustitución del asa ó del termo-cauterio al cuchillo no cambia en nada la esencia del procedimiento operatorio, por más que en aquél no se tenga que practicar más suturas.

Las estadísticas de Hofmeier, prueban que en la clínica de Schröder, en la que se practica la histerectomia total y la amputación supra-vaginal, la mortalidad ha sido mucho menor en las amputaciones parciales que en las operaciones totales y que las recidivas no han sido ni tan frecuentes ni tan precoces.

LECCION DÉCIMA CUARTA

CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CANCER

Tratamiento por la excisión seguida de cauterizaciones enérgicas

Señores:

En una de las lecciones precedentes os hemos descrito nuestro método de dilatación de la cavidad uterina. Este método de dilatación permite:

- 1.º Operar y examinar á la vista hasta las partes más profundas de la cavidad uterina.
- 2.º Formar nuestro juicio acerca de los efectos de las operaciones y de las curas y
- 3.º Recurrir á las operaciones complementarias al primer signo de recidiva.

En una palabra, una vez abierta extensamente la cavidad uterina, como se indica en la figura 75, es posible ver en ella las lesiones cavitarias como sobre una pieza anatómica y atacarlas como si estuvieran situadas en la parte exterior de los labios.

El método de incisiones parciales es con frecuencia infiel é inseguro cuando se aplica á un útero cerrado; pero sucede todo lo contrario cuando se trata de lesiones, que por la dilatación de dicho órgano, puede apreciar perfectamente la vista del operador.

Todas mis operaciones y mis maniobras se resumen en la incisión y en el raspado, para limpiar por completo el paren-

quima de toda parte del neoplasma perceptible á la vista y al tacto; y en practicar cauterizaciones más tópicas, más enérgicas y más completas que todas las hechas hasta el presente, para destruir con seguridad las zonas periféricas infiltradas.

Ya dejé dicho, á propósito de la dilatación que obturo la cavidad como el dentista orifica un diente.

Extirpo el neoplasma del mismo modo que se separa la caries sirviéndome de escavadores, el bisturí, las tigas, el cureter y la uña.

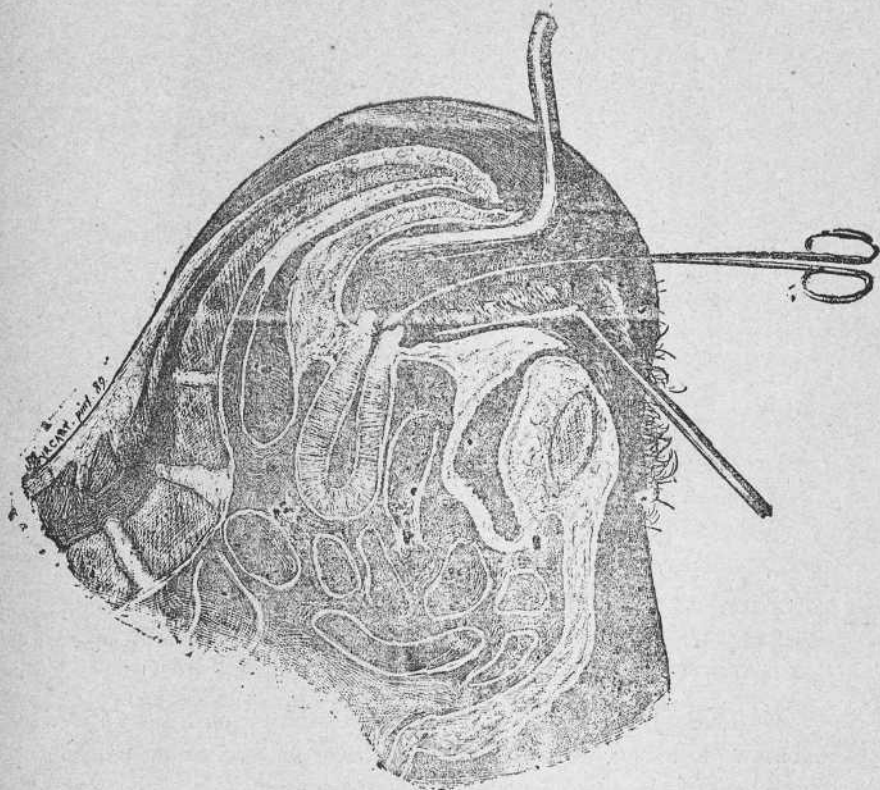


Fig.^a 74.—Posición genupectoral en que conviene colocar á la mujer para la dilatación (método de Vulliet) y para los diversos tratamientos intrauterinos, aplicables al cáncer del útero.

La figura 80 demuestra la ablación de un espitelioma cervical principiando por la excisión, de la parte dura, con el bisturí.

El curage ó raspado queda descrito en una de las lecciones precedentes.

Una vez terminado el curage se procede á la cauterización.

Empleo el hierro enrojecido primero, y los cáusticos químicos después,

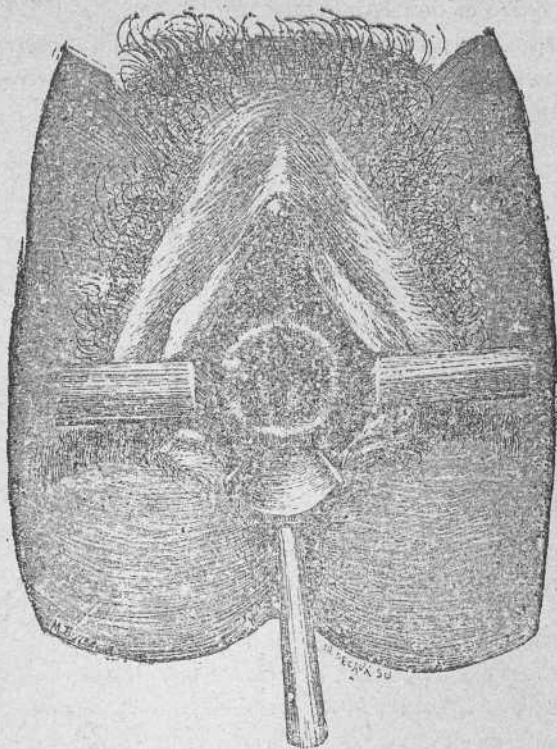


Fig.^a 75.—Método de dilatación por el tratamiento de Vulliet.—El útero, suficientemente dilatado, es traído hasta la vulva.

Os diré, que para la dilatación, lo mismo que para las aplicaciones de los tópicos en la cavidad uterina, conviene colocar á las enfermas en la posición genu-pectoral.

Hierro al rojo.—Después de cohibir la hemorragia por los toques con el ácido acético, frío, ó con el percloruro de hierro, comienzo las cauterizaciones con el hierro candente.

He renunciado al termo-cauterio que produce escaras muy superficiales porque le falta poder de irradiación.

Empleo cauterios actuales que terminan ya en forma olivar, cónica maciza, ya en forma de cuchara de corte; tengo cauterios rectos y además los tengo curvos para obrar sobre la parte anterior de las paredes uterinas.

Los enrojecen por medio de una lámpara de soldador.

He hecho construir para este objeto un modelo especial. (figura 76.)

Con seis cauterios puedo operar sin interrupción; pues mientras uso los unos se enrojecen los otros.

La acción del hierro al rojo es en general muy bien soportada cuando se manejan los cauterios con seguridad y ligereza.

Siempre que se provocan dolores es debido á falta de destreza. O el cauterio es muy grueso, ó el toque muy prolongado, ó se ha aproximado á las paredes vulvares ó vaginales. Siempre es necesario que el cauterio quede en toda su longitud, en el eje de la cavidad útero vaginal.

Si mientras se guía derecha la extremidad, se inclina el mango de manera que llegue cerca de la mucosa, se provoca una quemadura que hace gritar á la enferma.

Estas maniobras son delicadas, de aquí la conveniencia de familiarizarse con ellas haciendo ensayos con cauterios fríos.

Opero generalmente en decúbito genu-pectoral, sin anestesia.

La comisura posterior está muy bien protegida contra el calor que se irradia y contra los contactos involuntarios, por la valva, que conviene escoger todo lo ancha que permita la entrada de la vagina.

Recubro la comisura anterior y la mucosa vaginal pericervical con pedazos de lienzo humedecidos en agua fría

En las cauterizaciones largas, refresco de vez en cuando el campo operatorio, colocando en la cavidad uterina un tapón húmedo.

Cuando las enfermas son muy sensibles ó impresionables, inspecciono primero la cavidad para cerciorarme de las partes que es preciso cauterizar y opero en el decúbito dorsal, anestesiendo la enferma.

Estando bastante elevado el asiento, queda el útero en am-

plitud y se puede proceder entonces bajo la inspección directa de la vista.

Toda la superficie ulcerada y toda la zona contigua recibirán tres ó cuatro toques tan prolongados como lo permitan la tolerancia y el espesor de los tegidos.

Terminada la cauterización al rojo, procedo á la cauterización química.

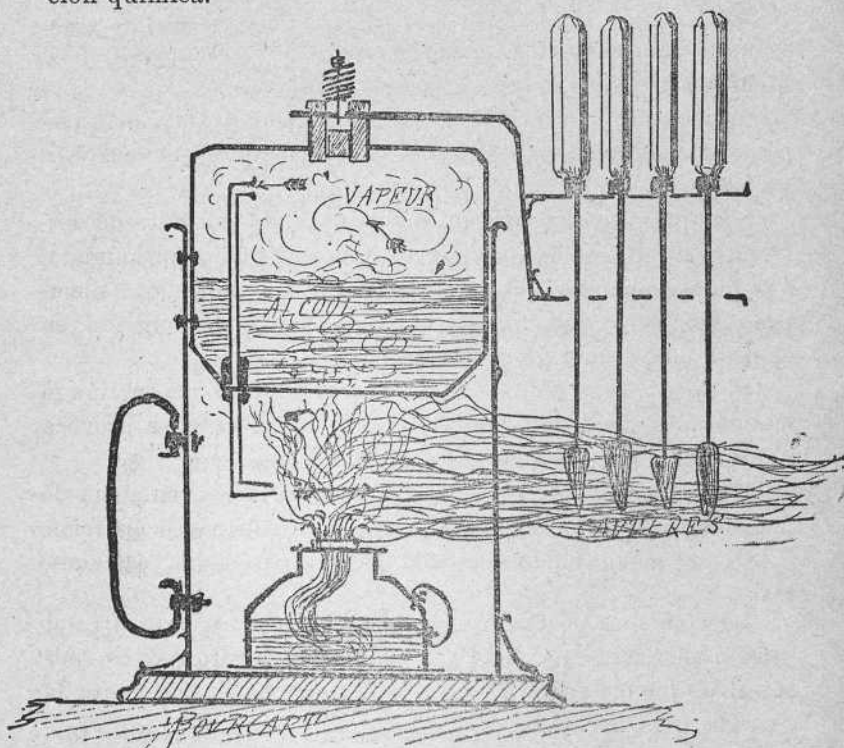


Fig. 76.—Lámpara de Vulliet para los cauterios que se están aplicando.

Cauterización química.—El cloruro de zinc, la potasa cáustica y el ácido crómico son los ácidos de que hago uso.

El cloruro de zinc, es el que determina las escaras más espesas apesar de que una parte del espesor de la escara es debida á las coagulaciones de los líquidos exalados por la herida.

Si mis aplicaciones repetidas de cloruro de zinc hubieran destruido en la pared un espesor de tegido, igual al espesor de

las escaras, hubiera provocado ciertamente perforaciones lo cual no ha acontecido jamás.

Ved aquí cómo empleo el cloruro de zinc.

Preparo pequeños tapones de algodón parecidos á los que iodoformizo y corto además pequeños cuadros de uata bien tegida. Hago de estos cuadros dos partes.

Sumerjo una en una solución saturada de cloruro de zinc y la otra en una de bicarbonato de sosa.

Exprimo los unos y los otros con energía. Comienzo por recubrir con placas bicarbonatadas las partes que quiero sustraer á la acción del cáustico. Coloco igualmente tapones bicarbonatados en el surco pericervical y unto la vulva y la cavidad vaginal con una pomada bicarbonatada.

Enseguida introduzco tapones empapados en el cloruro de zinc. Los tengo pequeños que introduzco en las anfractuosidades secundarias y cuando encuentro divertículos que son demasiado pequeños para recibir los tapones, los toco con un pincel.

Terminada esta especie de calafateo preliminar, obturo la cavidad.

Acabada la obturación, coloco sobre el orificio externo una esponja fina y suave impregnada en una solución alcalina y relleno la vagina con uata también alcalinizada. Transecurridas 48 horas quito todo el taponamiento.

El sitio del cáncer aparece cubierto de una escara grisácea. Apesar de todas las precauciones tomadas, la vagina es también afectada por el cáustico; pero es por el cáustico diluido por las secreciones de la flaga y atenuado por el bicarbonato de sosa.

La cauterización es superficial y no produce pérdidas de sustancias. Las escaras producidas sobre la superficie caucerosa son espesas, secas y muy adherentes. Dejo su eliminación á la naturaleza, pues caen por sí mismas á la vuelta de unos quince días.

Inspecciono la cavidad uterina dilatándola de nuevo como la primera vez. Basta para esto un sólo taponamiento dejado por 24 horas.

Limitándose una sola vez á inspeccionar el asiento de las lesiones, se recibirá siempre de este exámen la impresión más optimista; pero si se renuevan las exploraciones durante seis semanas ú dos meses, se encuentran frecuentemente induraciones ó festones ulcerados, que prueban que no está todavía destruido todo el neoplasma.

Es necesario, en este caso, hacer retoques con el hierro al rojo y con el cloruro de zinc; limitándose esta vez la aplicación á los puntos de recidiva.

Observo también el resultado de estas cauterizaciones complementarias, y siempre que veo un punto sospechoso le ataco de nuevo y de la misma manera.

No renuncio más que cuando veo que no se produce cicatrización alguna ó cuando veo que la pared está muy delgada para soportar nuevas pérdidas de sustancia.

La verdadera cicatriz toma muy pronto un aspecto blanquecino y una firme consistencia acerca de las cuales no cabe engaño.

En todos los casos en que he obtenido esta cicatrización, he necesitado muchas intervenciones. Si hubiera operado sin retoques, nunca hubiera obtenido buenos resultados.

Cuando el ensayo de cura radical no tiene éxito renunciéase á ella.

La vida de la enferma no se expone y esta tentativa no compromete la esperanza de un tratamiento paliativo.

¿Qué sucede á los úteros en que se practica este tratamiento?

La suerte ulterior de este órgano depende del grado y del asiento del traumatismo y también de la edad de las enfermas.

No la he visto cerrarse en ninguna mujer aun regularmente menstruada; pero mi experiencia es todavía muy limitada para poder excluir la responsabilidad de una oclusión completa por el tegido cicatricial.

En una de mis enfermas de 48 años de edad, época en que es difícil distinguir en una caucerosa lo que es regla de lo que

és flujo patológico, el útero estaba enteramente cerrado y la presenté á la Sociedad de Medicina de Génova en estas condiciones.

Tres meses después presentaba algunas señales de retención uterina. El cuello se abrió de nuevo por uno de los extremos de la cicatriz. Durante tres meses salió por este orificio una sangre negra y fluida, cesando después todo flujo. Desde entonces ha tenido dos veces verdaderas reglas. Actualmente la menopausia es definitiva y el orificio persiste. No tiene huella de ulceración en la matriz. Esta mujer que es la primera de mis operadas cicatrizadas, continúa hasta la fecha perfectamente.

En otros dos casos la cavidad ha permanecido abierta conservando casi las mismas dimensiones y forma que había tomado bajo la influencia de la dilatación. La cavidad se ha retraído con regularidad, el órgano todo entero se ha atrofiado de tal modo que la vagina se termina por un pequeño fondo de saco de dos centímetros de profundidad y de cerca de un centímetro de diámetro á su entrada. Esta cavidad es siempre visible hasta el fondo.

Puedo afirmar, en cuanto me lo permiten las exploraciones bimanuales, que la matriz ha sufrido una atrofia considerable y que está tapizada interiormente, no por la mucosa, sino por un tegido cicatricial.

Es probable que una vez desaparecida la mucosa uterina, la involución senil se realice más rápida y más completamente.

Una de estas mujeres tenía 54 años y ha muerto ocho meses después de la cicatrización de una afección de pecho.

La otra de 65 años permanece bien, hasta la fecha, datando su cicatriz de once meses.

Cuando el útero se cierre en una mujer joven, es necesario, si presenta síntomas de hematometría, abrir la cicatriz ó recurrir á la castración.

Tratamiento de Sims

Uno de nosotros publicó, (1) hace algunos años, el manual operatorio del tratamiento preconizado por Sims, y que ha gozado de cierta fama. Este tratamiento consiste en resecar todos los productos mórbidos penetrando hasta los tegidos sanos, con el bisturí ó las tigeras, (figura 80) y en aplicar enseguida sobre la superficie amputada un cáustico bastante fuerte para determinar la formación de una escara.

Después de separar los tegidos morbosos, taponaba el cirujano americano la escavación formada en la cavidad uterina por la operación, con pequeños tapones de algodón impregnados en una solución de cloruro de zinc formulada del modo siguiente:

Cloruro de zinc. 15 gramos.

Agua destilada. 30 id.



Fig.^a 78.—Tratamiento del epithelioma por el método de Sims. Instrumento destinado á retirar los tapones introducidos en la cavidad uterina.

El algodón empapado en esta solución era bien exprimido antes de emplearle. Enseguida taponaba la vagina con algodón fenicado.

Quitaba á los cinco días los tapones uterinos impregnados en cloruro de zinc; para este objeto hizo construir un pequeño instrumento en forma de tirabuzón. (fig. 78).

Este tratamiento no difiere, por la cauterización química, del que nosotros hemos expuesto anteriormente. Claro está que no se puede aplicar más que en aquellos casos en que no es posible limitar distintamente las partes sanas, como sucede en el caso representado en la figura 81.

(1.) *De l'epithelioma du col uterin et de son traitement par le methode de Sims, par le Dr. Lutaud, in annales de Gynecologie, Failliet 1886.*

Este tratamiento no deja de presentar sus inconvenientes. En una observación referida por Sims, la masa cancerosa fué separada y después se aplicó la cauterización. La enferma sucumbió de una peritonitis y en la autopsia se encontraron perforaciones que ponían en comunicación la vagina con el fondo de saco de Douglas (figura 79)

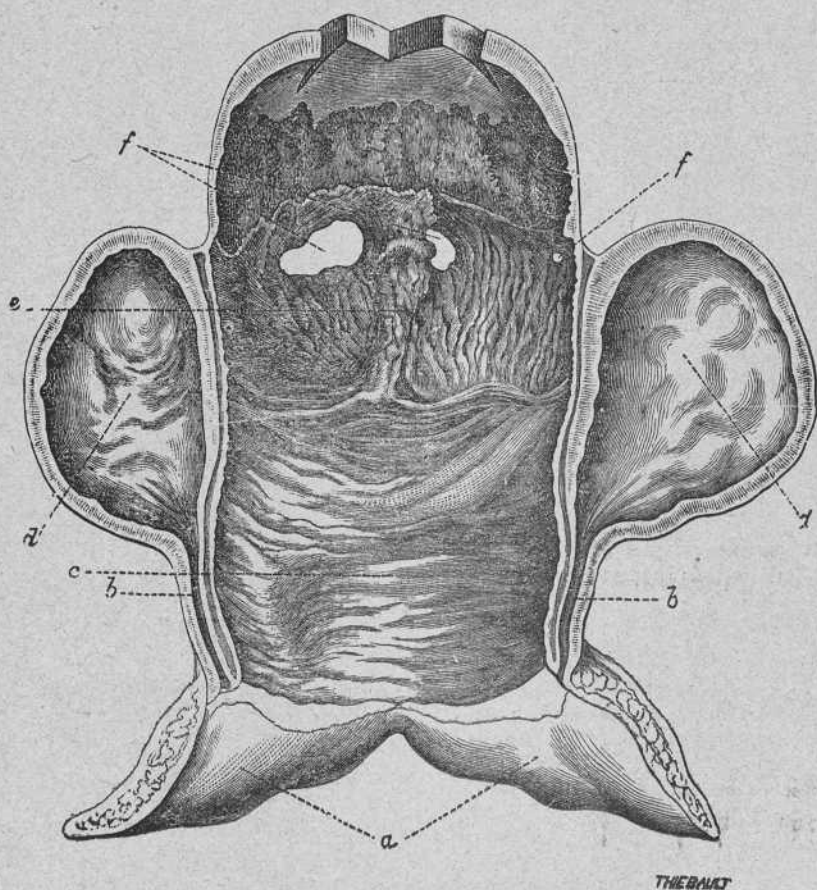


Fig. 79.—Perforaciones que ponen en comunicación la vagina con el culó de saco de Douglas.

Comparación de los diferentes tratamientos del cáncer.—Acabo, señores, de exponer las operaciones que podemos considerar como susceptibles de ser curativas ó más bien *como algo más que paliativas*, pues á nuestro juicio debe atenuarse el calificativo de curativas que ninguna de ellas merece todavía definitivamente.

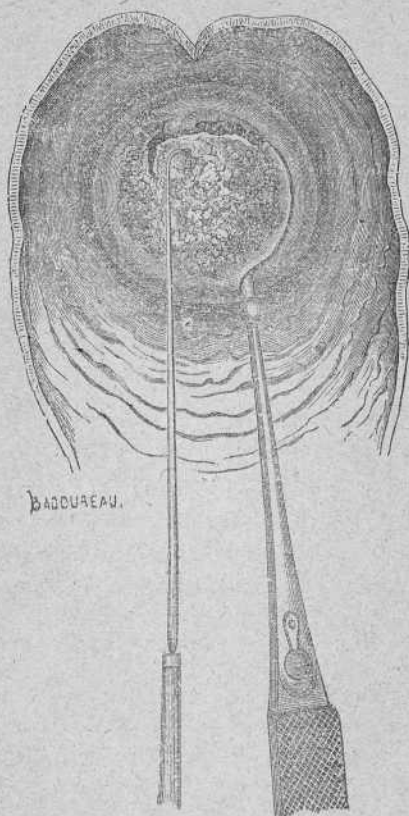


Fig. 80.—Ablación del epithelioma por el método de Sims.
Sección con el bisturi.

No pretendo determinar vuestra elección entre estos diferentes procedimientos, sólo quiero llamar vuestra atención con algunas consideraciones que no siempre se tienen presentes.

Desde luego, para poder apreciar el resultado de una operación, no basta examinar las estadísticas, que nos revelan que enfermas curaron ó sucumbieron en virtud de aquélla; es conveniente conocer además en qué proporción, dado un número fijo de enfermas no escogidas, es aplicable la operación.

De otro modo ¿dado un operador juicioso hábil y experimentado, en cuántas enfermas cancerosas de todas cuantas ha visto, ha encontrado indicada la operación?

Podríamos enseguida, si comparásemos los resultados de la histerectomía con los suministrados por otro procedimiento operatorio, establecer cual de los dos asegura el mayor número de cicatrizaciones en el mismo número de cancerosas.

Desgraciadamente, los documentos que podían darnos luz sobre esta materia, no son numerosos.

Pero si no valen por su número, valen por su calidad.

La única publicación que conozco, en que el operador da las cifras de las enfermas en que ha realizado sus operaciones, es d' Olshausen.

Vemos en su *Klinische Beitrage* de 1884, que trató en 1882 cincuenta y dos casos de carcinoma uterino, y sólo en quince de ellos hizo uso de la histerectomía.

En 1883 trató sesenta y tres casos y operó siete veces.

Estas veintidos operaciones le dieron catorce curaciones.

Confiesa el mismo que había operado en el primer año más que debía.

De donde se deduce que fué necesario que se presentaran 115 enfermas á d' Olshausen, para que se encontrara catorce veces en el caso de extraer felizmente el cáncer y esto aún á costa de operaciones inacabadas ó mortales.

Examinemos ahora los resultados que me han dado los procedimientos de excisión y cauterización sobre el útero dilatado.

He tratado 19 enfermas que clasifíco en dos grupos: comprende el primero las que he juzgado inoperables, las cuales representan las 93 que Olshausen no juzgó conveniente operar,

Figuran en el segundo nueve enfermas á las cuales apliqué mi tratamiento curativo.

De donde resulta, que he obtenido seis veces la extinción del foco primitivo, *constituyendo esta extinción el resultado máximo cualquiera que sea el procedimiento operatorio.*

Es necesario para afirmar este último punto, poder establecer que la recidiva sobre el sitio, ha sido en proporción más frecuente entre mis operadas que entre las histerectomizadas; y ni aún se podrá sacar esta conclusión de mis operaciones, porque las operadas más que han fallecido, han muerto de cánceres secundarios, pero el útero quedó cicatrizado.

He necesitado 19 enfermas, para encontrar seis casos que no cicatrizaron.

No quiero hacer cálculos de proporción, que me llevarían á deducir que si hubiese tratado 115 cancerosas, hubiera llegado á obtener más de 30 cicatrizaciones pues estas cifras varían de una á otra vez en razón á que todas las series presentan individualidades.

Es bueno dejar hablar las cifras; pero es necesario saber retirarles la palabra á tiempo.

Añadiré que ninguna de las tres enfermas en que he ensayado inútilmente la cicatrización, ha muerto de accidentes que pudieran atribuirse al tratamiento, sino por afecciones terminales ordinarias del cáncer uterino abandonado así mismo.

De las seis enfermas cicatrizadas, ha muerto una ocho meses y otra un año después de la época de la cicatrización.

La primera murió de una afección pulmonal y la segunda de un cáncer ganglionar en la fosa hiliaca izquierda. No hubo recidiva ni en la una ni en la otra.

Las cuatro restantes viven actualmente y no presentan ni recidivas ni metástosis. (Noviembre de 1889.)

Creo, aunque sin poder demostrarlo por piezas anatómicas que el procedimiento por la cauterización puede en cierta medida atacar al cáncer hasta en el tegido conjuntivo perituterino.

Si las escaras exceden un poco del útero, la irritación reactiva hace proliferar un tegido que forma muralla, cuando las escaras se eliminan.

Ahora bien, sabemos que á causa del tegido conjuntivo, comprendido entre la vagina y el peritoneo, es más precoz la trasmisión del neoplasma y que llega más pronto hacia adelante sobre la vejiga, ó hacia atrás sobre el recto, que á igual distancia en el útero mismo.

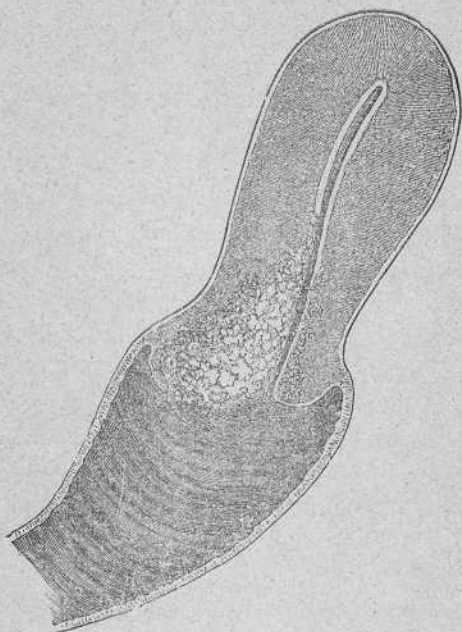


Fig. 81.—Epithelioma que habiendo empezado por el cuello invade el cuerpo.

Esta inflamación reactiva que contribuye á la formación de un tegido cicatricial de trama compacta, es también una de las ventajas que resultan de la aplicación de los cáusticos, por que el tegido inodular parece que resiste mejor que los tegidos normales las invasiones de la infiltración. Schröder en la última edición de su libro, en una época en que ya había hecho un número considerable de hysterectomias, indica el papel de dique desempeñado por el tegido cicatricial.

Las enfermas aceptan más fácilmente la estirpación parcial que la histerectomía.

Podemos aceptarla ventajosamente porque el peligro es mucho menor.

Tenemos, pues, la probabilidad de operar de un modo más precoz.

Los más hábiles en la ejecución de la histerectomía, y los más circunspectos en la elección de los casos, pierden aún casi el diez por ciento de sus operadas, y sus resultados no son

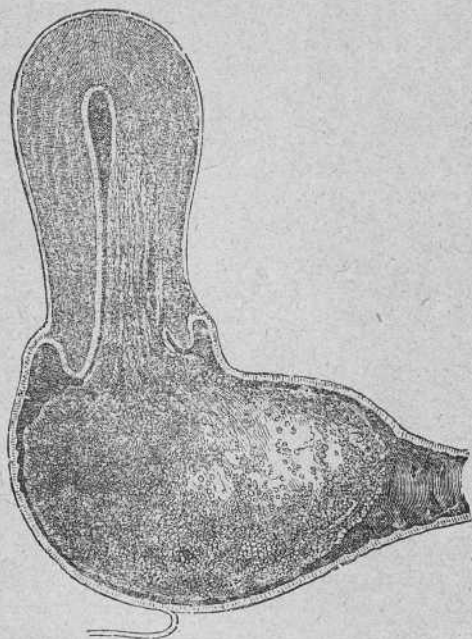


Fig. 82.—Cáncer del útero. El neoplasma ha atacado el cuerpo del órgano

relativamente tan brillantes como después que las indicaciones de la operación se han restringido considerablemente.

Resumiendo, pueden presentarse tres casos:

1.º Las lesiones son superficiales y limitadas y existe todavía periféricamente una capa de tejido uterino de cierto espesor verdaderamente sano (figura 81 y 82).

2.º Las lesiones interesan sin haber pasado aún la periferia del útero (figura S3).

3.º El neoplasma está extendido por todo el útero.

En este último caso, no queda otro recurso que el tratamiento paliativo.

Es necesario abstenerse de toda intervención que lleve consigo la destrucción de tegidos.

En el segundo caso se puede también ensayar una cicatrización, pero creo que la hysterectomy total es la entonces indicada oportunamente.

En el primer caso la extirpación y la destrucción total del neoplasma, tal como son posibles, una vez dilatado el útero, son susceptibles de producir resultados equivalentes á los que da la hysterectomy, sin entrañar los mismos peligros para la enferma, ni las mismas dificultades para el cirujano.

Añadiré además, señores, que después de seis semanas ó dos meses de ensayo de este método, nada impide practicar la hysterectomy: de modo, que para mí hay siempre la ventaja de poderle ensayar.

Tratamiento paliativo del cáncer

Cuando á primera vista se reconoce que la infiltración cancerosa se ha extendido ya sobre la matriz, ó si habiendo juzgado debían hacerse tentativas de cura radical, se advierte que estas tentativas han fracasado, el objetivo del tratamiento cambia completamente.

En lugar de sacrificar tegidos, es necesario conservarlos cuanto sea posible.

Si á las pérdidas de sustancia por causa ulcerativa, se añaden además otras, resultado de las operaciones, la aparición de las perforaciones y de las fístulas se apresura y el desenlace fatal de la enfermedad se precipita.

Aunque en nuestras operaciones no debemos perder de vista este principio conservador, no debemos sin embargo renunciar de una manera absoluta á los curéters y á los cáusticos.

Deben quitarse los tegidos mortificados y gangrenados que no hacen sino suministrar materiales para la auto infección y los mamelones, friables muy vasculares, por los cuales se producen hemorragias debilitantes, pero es necesario respetar los tegidos, que aunque infiltrados están aún en muy buen estado para constituir paredes efectivas.

Se pueden sacrificar los primeros y deben conservarse los segundos.

Cuando la cavidad uterina es visible, esta distinción es fácil de hacer.

El cureter debe emplearse con reserva en el tratamiento paliativo.

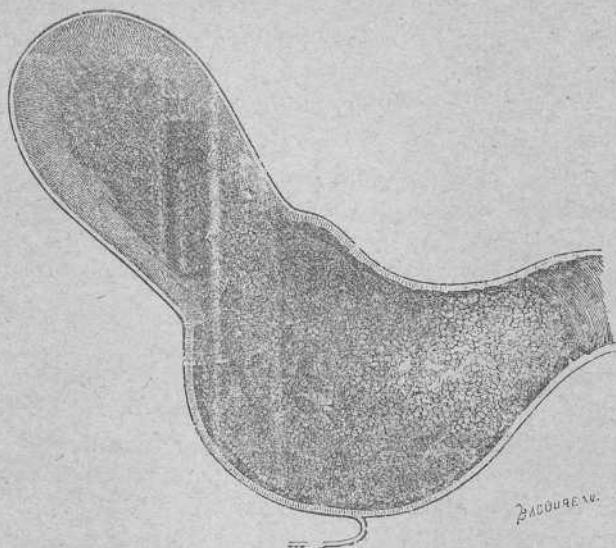


Fig. 83.—Cáncer del útero.—La totalidad del órgano está invadido.

Las canterizaciones igneas ó químicas, dan por el contrario un resultado más positivo. El ácido crómico al décimo, por ejemplo, el ácido acético frío, cuya acción es más hemostática que la del percloruro de hierro, el nitrato de plata, etc., etc.

Empleo frecuentemente el termo-cauterio de Paquelin. Es éste, con relación á los canterios metálicos macizos, lo que el nitrato de plata es al cloruro de zinc. Nula su acción en el

fondo, es intensa sobre la capa que está en contacto con él. No hay potencia de irradiación porque aquel está hueco y constituido únicamente por una tenue emboltura de platino.

El objeto del tratamiento paliativo es:

- 1.º Contener las pérdidas orgánicas,
- 2.º Impedir las descomposiciones sépticas y
- 3.º Calmar los dolores.

Cuanto mejor se consiga este objeto tanto más se prolonga la vida de las enfermas en condiciones físicas y morales relativamente satisfactorias.

Las sustancias antisépticas de acción lenta son las especialmente indicadas.

El iodoformo, el salol y la trementina son, según mi experiencia, las que por sus propiedades responden mejor á los ideales de una buena cura del cáncer uterino ulcerado.

Algunas veces, empleo también el bismuto, que goza de las mismas propiedades en un grado más débil y es siempre perfectamente tolerado.

Añado á la sustancia desinfectante un cáustico astringente, por lo común el sulfato de cobre, y si la enferma sufre mucho añado cierta proporción de morfina ó de atropina.

Iodoformo.	40,0 gr.
Sulfato cúprico.	10,0 gr.
Morfina.	4,0 gr.

Mez y H. polvo impalpable.

Empleo este polvo en insuflaciones en la matriz.

La trementina mezclada á partes iguales con el aceite de olivas, ejerce sobre las descomposiciones sépticas un efecto tan pronunciado, y al menos tan durable como el del iodoformo, siendo al mismo tiempo un perfecto desodorante.

El taponamiento del útero produce el efecto de convertir el agujero en una solución de continuidad abierta y limpia y una vez retirado permite aplicar sustancias medicamentosas á toda la extensión de las lesiones.

Este taponamiento repetido cada ocho ó cada quince días según el grado de destrucción del músculo uterino, basta para obtener una dilatación suficiente.

Durante las sesiones de obturación, me limito á hacer cada dos ó tres días una cura, que consiste en revestir las paredes con pelotones de algodón impregnados en una solución de sublimado al uno por mil é introduzco en la cavidad uterina por medio de un insuflador, dos ó tres porciones del polvo, que se coloca en las paredes, y por último, coloco en el fondo de saco tapones empapados en trementina.

Esta es una cura indolora, muy sencilla, muy pronta y hasta muchas veces he visto retardar las perforaciones, que á primera vista parecían inminentes.

Doy á toda la superficie enferma un buen aspecto, en la apariencia, produciéndose en ella una vegetación epitelial, uniforme, de buen color, de tal modo modificada, que hace creer que son mamelones precursores de una cicatrización.

Pero el tiempo pasa sin que la cicatriz se presente y si se examina con el microscopio alguna partícula de este tegido, se reconoce bien pronto su naturaleza cancerosa.

Vacilaría en consignar el hecho siguiente, si no se hubiera reproducido muchas veces, y si no hubiera sido afirmado por los compañeros que tratan las enfermas al mismo tiempo que yo.

He visto que de ordinario las extensiones vaginales superficiales, cicatrizan completamente bajo la influencia de este tratamiento.

Esto tiende á probar que la extenciones, debidas á la inoculación sobre las superficies mucosas, son más fácilmente curables, que las lesiones del lugar primitivo ó las infiltraciones que se extienden por el tegido celular.

Tengo enfermas con lesiones muy avanzadas y sin embargo, van y vienen y buscan su vida y no exalan ningún mal olor á su alrededor.

Ya por la distracción debida á sus ocupaciones, ya por la inconsciencia de su estado real, ya en fin, por el bienestar fi-

sico relativo que experimentan, es lo cierto, que no presentan el estado de desesperación en que están sumergidas las cancerosas no operadas, y en este estado pueden continuar por mucho tiempo hasta que la uremia, las trombosis, la pneumonia ó cualquiera otra enfermedad terminal las arrebate.

LECCIÓN DÉCIMAQUINTA

Ortopedia uterina—Consideraciones generales sobre el equilibrio uterino normal.

Señores:

Dividiremos esta importante materia en muchas lecciones; haremos primero una descripción del equilibrio uterino normal, y después algunas consideraciones de orden general sobre las principales desviaciones.

Estudiaremos enseguida la ortopedia por aparatos (pesarios) y después la ortopedia operatoria (operaciones de Sims, de Schröder, de Alquié-Alexander, laparohisterorrafia, colporrafia anterior y colpo-perinorrafia).

Al masage, que ha obtenido un gran desarrollo en el tratamiento ortopédico del útero, hemos dedicado una lección especial.

Consideraciones sobre el equilibrio normal del útero

Siempre ha sido objeto de controversias la cuestión de la situación del útero y su equilibrio.

Unos, pretendiendo que este órgano no tiene eje ni dirección fija, niegan completamente que sean patológicas las pretendidas desviaciones uterinas.

Otros, inspirándose en las doctrinas de Marión Sims, admiten que la matriz normal presenta una ligera ante curvatura; que su eje, forma con el de la vagina, un ángulo recto, que

está colocada de tal modo, que el cuerpo se recuesta en la dirección del ombligo y el cuello en la del coxis. Toda desviación permanente de esta posición constituye una anomalía.

La ortopedia ha adquirido bajo esta doctrina un vuelo considerable.

Hace algunos años que Schultze emitió una teoría que es el término medio de las dos precedentes y mejor que ellas. El útero, según Schultze, está llamado, tanto por sus propias funciones, cuanto por las variaciones de volumen de los órganos contiguos, á sufrir desplazamientos múltiples; es esencialmen-



Fig.^a 84.—Ante-flexión normal. (Schultze.)

te movable; pero cuando no hay fuerza alguna que le solicite en este ó en aquel sentido, se inclina y se recuesta hacia adelante sobre la vejiga.

Las planchas, con que Schultze ilustra sus descripciones del útero normal, podrían perfectamente representar las ante-versiones y las ante-flexiones definidas en la doctrina de Marión Sims.

Consideremos las dos que representamos en la figura 84 y 85, ambas normales: la primera es un tipo de anteversión y la segunda de anteflexión.

La anteversión es el tipo que predomina en las mujeres que han parido y en las nulíparas el de la anteflexión.

La anteflexión de la nulípara, resulta probablemente de que el cuello aprisionado y sugeto por los tegidos que rodean la zona media, conservan la dirección vertical, en tanto que el cuerpo que está libre y flexible se inclina hacia adelante á causa de su pesantez.

Después del parto, la anteflexión tiende á transformarse en anteversión; porque habiendo disminuido la tonicidad de los tegidos pericervicales, el segmento inferior oscila más libremente, y sigue hacia adelante el movimiento de inclinación que el cuerpo ejecuta.

Los ligamentos sacro-uterinos son los que aseguran y mantienen la anteversión y la anteflexión.

1.º Porque las inserciones sobre el sacro son más altas que las inserciones sobre el útero.

2.º Porque se fijan sobre el segmento inferior, de manera que la parte del órgano que se encuentra por cima de sus inserciones es más gruesa y pesada que la que está por debajo.

3.º Porque entran en su constitución las fibras musculares lisas las cuales al contraerse atraen el segmento inferior hacia arriba y hacia atrás. Por esta razón les dió Schultze el nombre de músculo *retractor del útero*.

Cuando los ligamentos útero sacros se retraen la anteflexión ó la anteversión aumentan, y cuando se relajan, el útero se reace, se descende y se inclina hacia atrás.

La vejiga modifica también la posición del útero pues cuando se distiende exageradamente le endereza y le empuja hacia atrás.

Todos ustedes conocen el sencillo sistema automático que se emplea para cerrar las maletas de viage. Consiste en juntar la tapa á la caja ó fondo por medio de correas laterales, que

impiden abrirle más de lo necesario. Los ligamentos de Douglas, aunque colocados diferentemente, obran de una manera análoga; permiten al cuerpo del útero ceder durante un esfuerzo que le empuja hacia arriba y atrás; pero después que el esfuerzo cesa, vuelve otra vez hacia adelante.

Si los ligamentos están relajados, si por alguna causa se han hecho inertes, una vez que el útero se haya inclinado hacia atrás, no puede espontáneamente salir de esta posición, en la cual su propio peso y todos los esfuerzos que vienen de arriba, le hacen permanecer reclinado sobre la vejiga, es decir, sobre un cogín admirablemente dispuesto para amortiguar los choques y los sacudimientos.



Fig. 95.—Anteversión normal. (Schultze.)

Los ligamentos redondos no representan probablemente ningún papel en el equilibrio del útero en estado de vacuidad. Por el contrario, durante la preñez y durante la involución, deben, según parece, mantener el fondo del útero contra la pared abdominal anterior.

La exploración bimanual da por completo la razón á

Schultze, en mi policlínica he tenido ocasión de examinar un número considerable de mujeres: cuanto más sanos tenían éstas los órganos genitales, más he comprobado la anteversión y la ante flexión.

Ahora bien, sobre la mujer viva es en la que conviene juzgar la posición del útero y no sobre cadáveres en los cuales el órgano y sus ligamentos, completamente inertes, están colocados según las leyes de la gravedad.

Injectando la vejiga, he verificado muchas veces por medio del hystero curvímetro, los cambios que el estado de distensión ó de vacuidad de este reservorio imprimen al útero y son los que exactamente indica Schultze.

Cuando la vejiga y el recto están simultáneamente relajados, el útero es rechazado hacia arriba en la cavidad abdominal.

En la época de las reglas, bajo la influencia de la congestión sanguínea, se produce en la matriz una especie de erección que disminuye el ángulo de curvatura. Según Lawson Tait, las trompas participan también de este fenómeno que impulsando su pabellón contra el ovario, les permite recibir el óvulo en el momento en que se escapa del folículo.

Este enderezamiento espontáneo del órgano en el momento de las reglas, explica muy bien por qué la ante flexión normal no determina dismenorreas. Por lo demás, un autor americano ha comparado justamente el útero, á un tubo de caoutchouc, que tuviera sus paredes tan espesas, que pudieran soportar curvaturas muy acentuadas, sin que su canal se achata-se ó se obstruyese.

En nuestra lección sobre el prolapsus artificial, hemos señalado los desplazamientos que se pueden imprimir al útero sin comprometer su equilibrio, y hemos indicado las disposiciones anatómicas que permiten estar en gran movilidad.

La teoría de Schultze, no se presta como la de Sims, á establecer una de esas clasificaciones sistemáticas que nos seducen por su aparente sencillez.

Esto es quizá lo que hace considerarla á primera vista como paradógica.

No es fácil trazar el límite entre lo normal y lo patológico, mas lo que se pierde bajo el punto de vista de la claridad, está en gran manera compensado con lo que se gana bajo el punto de vista de la verdad.

El diagnóstico de las desviaciones anteriores (flexiones y versiones) no depende sólo de las comprobaciones hechas acerca de la posición del órgano.

Un útero que está plegado hacia adelante como el fondo de un gorro frigio, no está en una condición anormal cuando la congestión catemenial y la distensión de la vejiga pueden subirle y bajarle; mientras que las inclinaciones ó incurvaduras menos acentuadas, cuando son fijas ó permanentes, constituyen una desviación patológica real.

La terapéutica ortopédica variará según la doctrina que la inspire.

Los adeptos de Sims encontrarán indicaciones de un pesario en los casos en que los partidarios de Schultze no verán nada que no sea normal.

En cuanto á nosotros, señores, coincidimos enteramente con el modo de ver de este último, y al paso que encontrareis en todos los tratados de ginecología la ortopedia que Sims inspira, nosotros expondremos en estas lecciones la que creemos verdadera y que se apoya en los principios siguientes:

1.º Todo útero inmovilizado, aunque esté en una situación considerada como normal por Marión Sims, es un útero en condiciones anormales de equilibrio pues *está afectado de anquilosis*.

2.º Cuanto más se alejan la dirección y la curvatura del útero de la inversión y de la incurvación hacia adelante, tanto mejor podemos sospechar la desviación del útero.

Los tumores intra ó extra uterinos causan frecuentemente desviaciones que el tratamiento ortopédico no modifica. Debe obrarse sobre la causa determinante del tratamiento; esto es, sobre el mismo tumor. De esto no nos ocuparemos en este lugar.

Desviaciones anteriores

Dignaos, señores, dirigir vuestra vista á las dos planchas que os voy á mostrar (fig.^a 84 y 85). Estas representan hasta donde pueden llegar la anteversión y la anteflexión, sin perder su actitud normal.

Pero como os decía hace poco, el útero puede encontrarse en actitudes perfectamente idénticas, y presentarse, sin embargo, en condiciones patológicas que constituyan una desviación.

El útero estará en versión si no es susceptible de ser enderezado y en flexión, si el ángulo de encorvadura no puede abrirse.

Permitiéndonos, la exploración bimanual, apreciar la movilidad del órgano y la flexibilidad del tegido, nos lleva también á distinguir las anteversiones y las anteflexiones que son patológicas de las que no lo son. En otros términos, el diagnóstico no puede basarse solamente en el grado de inclinación ó de encorvadura que nos presenta el útero.

Etiología.--Las causas más comunes de las desviaciones son:

- 1.º Los procesos inflamatorios del peritoneo y del tegido celular pelviano.
- 2.º Los procesos inflamatorios que se desarrollan en los tegidos propios del útero y
- 3.º Los vicios de conformación.

1.º *Desviaciones debidas á los procesos inflamatorios del peritoneo y del tegido celular pelviano.*

Las bridas, las adherencias de origen peritonítico, las inducciones y las retracciones que tienen su asiento en el tegido celular pelviano, pueden entrañar desviaciones anteriores de dos modos.

- 1.º Inmovilizando y fijando el fondo hacia adelante.

2.º Inmovilizando y atrayendo el segmento inferior hacia atrás del lado del sacro.

La figura siguiente (86) representa la desviación anterior por tracción y la fijación posterior.

Cuando la desviación resulta de una fijación posterior, el cuerpo está relativamente movable, el cuello lo está menos y resiste sobre todo á las tracciones hacia adelante.

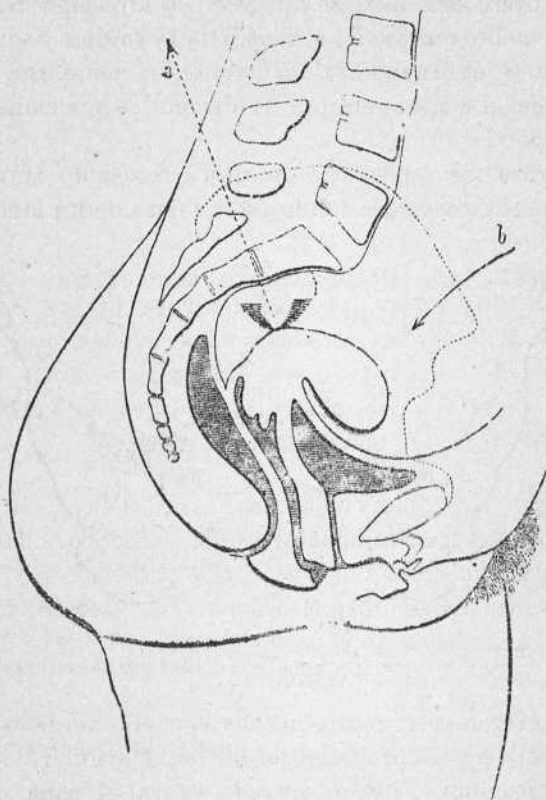


Fig.^a 86.—Ante-flexión del útero por retracción de los ligamentos de Douglass, figurados por las líneas en zizzas desde el punto en que toca la línea punteada *a*.

Lo contrario sucede cuando la fijación es anterior é interesa al cuerpo del útero.

Estando las bridas ó los tegidos retractiles en la parte media, las desviaciones son ordinariamente antero ó postero-laterales.

Colocando á las enfermas en la posición genu-pectoral, he descubierto algunas veces fijaciones anormales que se habían escapado al exámen en otras posiciones.

En esta posición:

Si el útero está libre se dirige en la dirección del epigastrio y el cuello aparece en el centro de la vagina y sobre la línea media. Si el órgano está adherente, el cuello está siempre desviado en el sentido en que se ejercen las tracciones determinadas por las bridas.

La figura 87 representa un útero recostado transversalmente en el vacinete; el fondo está sujeto de un lado por las

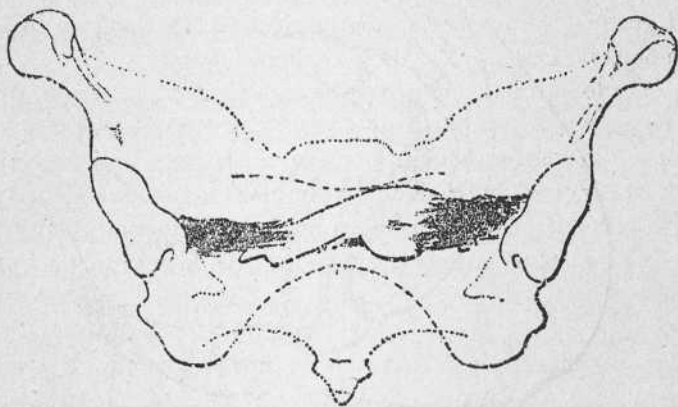


Fig.^a 87.—Desviaciones uterinas producidas por las adherencias.

bridas de origen pelvi-peritonítico y el cuello del lado opuesto por las retracciones procedentes del tegido celular.

Con frecuencia, he encontrado espiral el canal cervical, haciendo el cateterismo del útero con sondas de cera en las que se modela la forma del trayecto que han corrido. Creo que esta desviación se produce cuando el útero en anteflexión normal, está atraído por un sólo lado á causa de que uno de los ligamentos anchos es más corto que el otro.

Le he encontrado generalmente, asociado á la anteflexión

congénita y es muy posible que la endometritis que acompaña ordinariamente á esta variedad de ante flexión se propague al tegido celular lateral, que retrayéndose tira y desvía la región del istmo; siendo esta tracción la que necesariamente convierte en espiral el trayecto uterino.

2.º Desviaciones anteriores consecutivas á los procesos inflamatorios en el mismo útero.

La endometritis y la metritis causa frecuentemente la anterversión y la ante flexión.

La inflamación crónica de la mucosa tiene como efecto ordinario la producción de la dismenorrea, la cual entrafia la dilatación pasiva de la cavidad y la hipertrofia de las paredes. Estos dos factores aumentan el volumen y el peso del útero, lo cual produce como efecto secundario la exageración y la permanencia de la versión ó de la flexión natural.

Cuando la inflamación pasa al estado crónico, produce ordinariamente la esclerosis del tegido uterino, esclerosis que adquiere su máximun de intensidad en la región del istmo al nivel de la encorvadura; siendo reemplazados los elementos flexibles y contractiles del órgano por un tegido conjuntivo modelado sobre el tipo de la desviación, que de este modo se hace definitiva.

He observado en mi práctica un hecho que parece demostrar que la ante flexión de origen endometrítico, constituye una verdadera desviación; supuesto que como creo que este caso lo demuestra, puede impedir al útero el desempeño de su principal función.

Una señora de unos treinta años, vino á consultarme sobre unos desórdenes pelvianos crónicos.

Encontré el útero alargado, su cavidad medía nueve centímetros y presentaba una ante flexión muy pronunciada. El ángulo de curvatura, muy difícil de enterezar, se reformó desde que cesaron las maniobras para este objeto. Persistió en el tratamiento por algún tiempo, cuando vino á anunciarme que

estaba en cinta (era su tercer embarazo.) Suspendí los reconocimientos y las curas. Al cabo de seis semanas y sin causas conocidas, tuvo un aborto.

En esta época recogía yo, para el profesor Fol, los huevos más jóvenes que podía encontrar, ya en mi clientela, ya en el servicio de la policlínica. Se lo envié en el mismo día de su expulsión. Nuestro sabio profesor de embriología comprobó que presentaba los signos de reabsorción y le asignó la edad de cuatro semanas.

Quince días próximamente transcurrieron entre la muerte del huevo y su expulsión.

Una vez repuesta la enferma, comencé de nuevo el tratamiento de la endometritis crónica, y pude continuarle hasta la completa desaparición de todos los síntomas inflamatorios y catarrales. Sin embargo, el útero quedó duro en la región del istmo y en pronunciada ante-flexión. Pasaron tres meses sin ver á mi cliente, al cabo de los cuales vino á comunicarme que estaba otra vez en cinta. Muy desazona de tener todavía hijos me pidió los consejos para evitar un nuevo aborto.

La aconsejé se metiera en cama hasta que saliera del segundo mes.

Siguió escrupulosamente mis consejos. Iba á verla de tiempo en tiempo. Un día hacia el fin de la cuarta semana la encontré llorando. Estaba segura de que el feto había muerto. Decía que sus senos se habían hecho flácidos, de lo cual y de la desaparición brusca de ciertos síntomas, que había notado siempre en los embarazos precedentes, deducía que el curso de éste se había interrumpido.

Examiné el útero y pude notar claramente que estaba aumentado de volumen por encima de la flexión.

Habían pasado 15 días cuando fuí llamado con mucha prisa á casa de mi enferma; acababa de tener un segundo aborto.

El profesor Fol hizo sobre este segundo huevo comprobaciones absolutamente idénticas á las que había hecho sobre el primero; tenía un desarrollo de cuatro semanas y presentaba los signos de reabsorción.

No se puede hallar semejanza más perfecta en el curso de

estos dos abortos. En uno y en otro el feto murió cuatro semanas después de la concepción y fué expulsado 15 días después de su muerte.

De todas las interpretaciones que he buscado para estos hechos sólo he encontrado una que me parezca lógica.

Cuando los fetos han llegado á la cuarta semana han muerto porque no han encontrado en el útero el lugar necesario para su ulterior desarrollo. El ángulo indurado ha determinado un aborto de causa mecánica, como el que se produce al tercer mes, cuando el útero está enclavado en retroversión.

Si se puede explicar al primer aborto por la endometritis, no se le puede atribuir el segundo, porque estaba curada en el momento de la concepción.

Si mi conclusión es cierta, puede añadirse el aborto entre la cuarta y sexta semana á los síntomas que pueden producir la anteflexión patológica.

3.º *Desviaciones anteriores por vicio de conformación.*

Las anteflexiones más pronunciadas son las que interesan á la vez al cuello y al cuerpo. Se las considera, en general, como un vicio congénito. Sin aprobar completamente este modo de ver no creo que el término congénito sea siempre exacto. La anteflexión del cuerpo es como hemos dicho normal en las nulíparas pero tiende bajo la influencia del parto á transformarse en anteversión.

Mientras que en los animales libres la hembra es fecundada cuando llega á la edad de la pubertad, la mujer no llega á estar en cinta, sino en casos excepcionales antes de los 20 ó 21 años, esto es 4 ó 5 después de la pubertad. El cumplimiento de esta función se encuentra diferido por razones completamente extrañas á la fisiología; de donde resulta que la anteflexión subsiste más allá del término normal.

Por más que hayan sido atenuadas á tiempo las fuerzas que aseguran á la nulípara la perpendicularidad del cuello, continúan obrando y contraen la porción vaginal desviándola en la dirección en que la resistencia es menor; es decir, del la-

do de la entrada de la vagina. El cuello se incurva hacia adelante, la parte inferior del canal, toma una posición horizontal, y resulta de todo esto un obstáculo para los desagües de las reglas, obstáculo que provoca cólicos uterinos. Las contracciones alargan el cuello que se hace cónico y dilatan la cavidad corporal que aumenta de profundidad inclinándose más hacia adelante. Finalmente, añadiendo la antecorvadura adquirida del cuello á la antecorvadura natural ó exajerada del cuerpo, el útero llega á estar completamente encorvado hacia adelante.

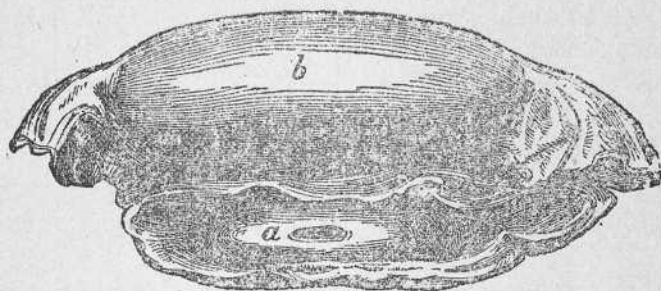


Fig.^a 88.—Extrema ante flexión uterina. (Museo hospital de Londres.)
a, hocico de tenca;—*b*, cuerpo del órgano.

Los criadores de animales estabulados saben que las hembras destinadas á la reproducción deben ser cubiertas jóvenes, no sólo porque parirán más fácilmente, si que también por que esto les da mayor fecundidad ulterior.

Las enfermedades del aparato sexual son más frecuentes en las hembras que no han sido fecundizadas jóvenes y esta es la razón porque muchas veces son estériles cuando se las aparean.

Creemos que el hecho de no parir la mujer en la época de la madurez sexual determina también en sus órganos anomalías, que los hacen impropios para el funcionamiento posterior normal é indoloro, y una de estas anomalías es la variedad de ante flexión en la cual el cuello y el cuerpo están á la vez encorvados hacia adelante.

No es, pues, siempre un vicio congénito, es frecuentemente una desviación adquirida por falta de uso y que puede llamársele ante-flexión por *atocia* (permítaseme este neologismo que designa con una sola palabra la condición de una mujer que nunca ha parido).

¿En quiénes encontramos estas ante-flexiones del útero? Ordinariamente es en solteras de edad, que terminan por consultarnos después de haber sufrido durante muchos años una dismenorrea, que ha ido agravándose cada vez más, ó por mujeres casadas que han experimentado una esterilidad que las desola.

Desviaciones posteriores

Las retro-desviaciones no corresponden á ninguna de las actitudes normales del órgano; por consiguiente, sólo podemos considerarlas, ó como estados patológicos verdaderos, cuando ellas dan lugar á los síntomas, ó como simples anomalías si permanecen absolutamente indoloras.

Encuéntranse ejemplos en la historia de retro-desviaciones en niñas muy jóvenes; son sin embargo tan raros, que se pueden considerar como accidentales. En realidad no existe un tipo de retro-versión ó retro-flexión congénita análoga á los que hemos mencionado en las desviaciones anteriores.

Las doncellas que hemos encontrado afectadas, han tenido todas en sus antecedentes mórvidos, afecciones abdominales ó pelvianas, que podían explicar el origen de la afección.

Etiología.—Tanto las retro-desviaciones, como las desviaciones anteriores, tienen por origen:

- 1.º Las inflamaciones de los tegidos pelvianos.
- 2.º Inflamaciones de los tegidos del útero.
- 3.º El traumatismo obstétricial y algunas veces una simple atonía de los tegidos pelvianos y de los ligamentos uterinos.

1.º *Retro-desviaciones consecutivas á los procesos inflamatorios pelvianos.*

Siendo el saco de Douglás, la parte más declive de la cavidad abdominal, está muy expuesta á ser infeccionada por los virus que vienen de arriba. Si la inflamación gana la serosa de revestimiento ó la serosa parietal, puede producirse una metro-petitonitis posterior, que en general deja tras sí bridones, puentes, falsas membranas dispuestas como telas de araña tejidas alrededor del útero y de sus anejos que se prolongan hasta las paredes pelvianas y abdominales.

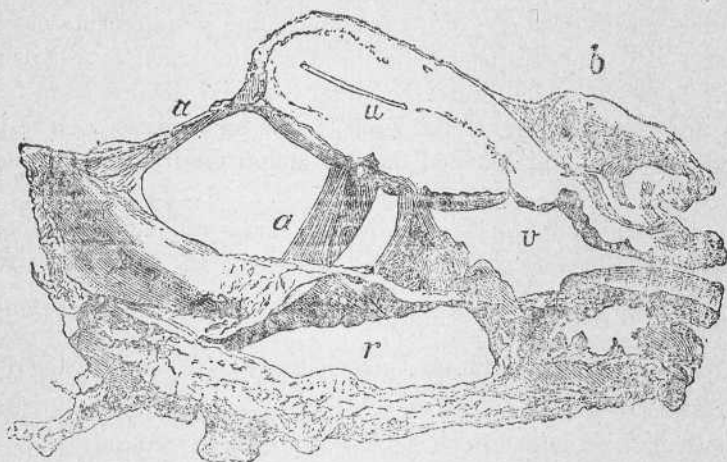


Fig.^a 8).—Útero en retroversión retenido hacia atrás por adherencias en *a* y *a*; *b*, vejiga; *r*, recto; *u*, útero.

Estas membranas adventicias, atraerán el útero sobre el recto y le adherirán más ó menos íntimamente á las partes vecinas.

Con frecuencia, en casos análogos, se le encuentra en retroversión y en retro-flexión extremas adherido al fondo del culo-de-saco de Douglás.

Este es el origen ordinario de las desviaciones en que el útero está á la vez desviado é inmovilizado hacia atrás.

De modo, que el mismo proceso puede determinar una desviación anterior ó posterior, según que el útero sea llevado hacia atrás en su segmento superior ó en el inferior.

2.º Retro-desviaciones consecutivas á las inflamaciones uterinas.

Hemos dicho en nuestra explicación del equilibrio normal uterino, que la turgencia que precede y acompaña á las reglas tiene como efecto enderezar el útero, es decir, hacerle rectilíneo y abrir el ángulo que forma su eje con el eje de la vagina; la turgencia inflamatoria produce el mismo efecto; si ésta adquiere cierto grado, si dura mucho tiempo y si deforma el órgano, es posible su desviación de un modo permanente el centro de gravedad del útero. En lugar de pasar delante de la base de sustentación, concluirá por tirarle hacia atrás y con la ayuda del decúbito dorsal la desviación tendrá que ser definitiva.

De este modo, pueden explicarse ciertas reflexiones, sobre todo, aquellos que sobrevienen á consecuencia de las metritis puerperales crónicas.

3.º Retro-desviaciones consecutivas al traumatismo obstetrical.

Todos los estados que relajan ó dilatan los ligamentos de Douglás, pueden producir la retro-desviaciones.

Hemos dicho, que el efecto ordinario de la parturición era destruir el tono de los tegidos pericervicales en la medida necesaria, para que la anteflexión natural de la nulípara se transformara en anteversión; si el traumatismo ó la relajación excede esta medida, el útero desciende y se endereza y este es el principio de las desviaciones posteriores más frecuentes, que no son otra cosa que descensos de primer grado.

Si estudiamos la cuestión más de cerca, conoceremos claramente el papel que desempeña el tratamiento obstetrical.

llamamos vuestra atención, en la conferencia sobre la

operación de Emmet, acerca de las laceraciones que el parto produce alrededor del orificio extremo.

Estas laceraciones tienen su asiento ordinariamente sobre las comisuras laterales de los labios.

Ellas dividen transversalmente el segmento del útero, el labio anterior es atraído hacia adelante y el posterior lo es hacia atrás y el diámetro antero-posterior del cuello se encuentra alargado, en toda la abertura de los labios. Esta prolongación se traduce por un hundimiento del plano pelviano superior.

Las ulceraciones cervicales y el ectropión, sostienen además, un estado congestivo é inflamatorio que contribuye por su parte á entorpecer el útero y á debilitar los tegidos periuterinos en general y los ligamentos de Douglass en particular.

Estas consideraciones explican como el traumatismo obstétricial, que no se cura espontáneamente, produce la relajación de la articulación uterina y la debilitación de sus ligamentos.

Hemos hecho recientemente nuestra 87 operación de traquelorrafia y nos hemos convencido más y más por los resultados ortopédicos que hemos obtenido, de que las laceraciones son la causa primaria de un sin número de retro-desviaciones y de prolapsus.

En muchas clasificaciones se hace de la retro-versión y retro-flexión dos afecciones distintas.

Sin embargo, estas dos desviaciones coexisten ordinariamente.

Cuando vacila el útero hacia atrás, la oscilación es más pronunciada en el vértice que en la base, y la retro-flexión se produce por las mismas causas que determinan la ante-flexión normal; el peso de la pared superior del órgano es el que le obliga á incurvarse al nivel de la región del istmo, que es la más flexible y la más delicada.

El útero, sólo permanece rectilíneo, cuando los tegidos están hinchados ó rígidos á consecuencia de un proceso inflamatorio.

La figura 90 representa un útero que marcha á la retro-versión y á la retro-flexión.

Además del tratamiento y de la relajación producida por el parto, tenemos que indicar también entre las influencias etiológicas que producen las retro-desviaciones, la atonía de los tegidos pelvianos, producida por un estado de debilidad general.

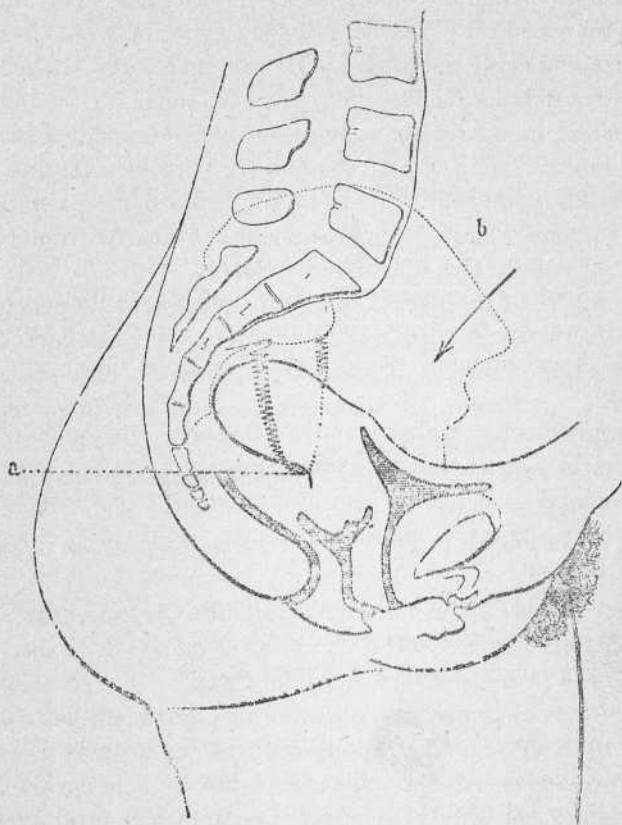


Fig.^a 90.—Desviación posterior, producida por relajación de los ligamentos de Douglás.—a, ligamentos de Douglás

Las retro-desviaciones consecutivas al traumatismo y á la atonía de los ligamentos, se distinguen de las que tienen un origen inflamatorio, en que el útero está por lo regular más ó menos por bajo de su nivel normal.

Prolapsus del útero

Réstanos aún deciros algo acerca del prolapsus uterino.

La matriz ocupa casi el centro de la cavidad pelviana; su fondo no excede el plano del estrecho superior, y su eje se entrecruza con el eje del vacinete de tal modo, que el cuerpo se encuentra delante de este eje y el cuello detrás.

Cuando la matriz abandona este nivel desciende á la vagina, se inclina hacia atrás y se pone en retroversión; esta es la primera etapa de todo prolapsus. Si el descenso se acentúa, el órgano puede terminar por franquear la vulva llevando tras sí las paredes vaginales que se invierten.

La figura 91 representa los grados sucesivos de prolapsus.

Esta variedad constituye el prolapsus verdadero ó sea aquel en que el órgano desciende totalmente. Este prolapsus no puede producirse sin una relajación de los ligamentos de Douglás.

Existe otra variedad de prolapsus, en la que los ligamentos de Douglás no ceden.

La caída sólo interesa en este caso las paredes vaginales y el cuello.

Esta variedad se conoce con el nombre de *prolongación hipertrófica del cuello*. Cabe á Huguier el mérito de haber diferenciado el prolapsus verdadero del total.

Nuestras observaciones corroboran plenamente las conclusiones de Huguier. La prolongación es mucho más frecuente que el prolapsus verdadero. Cuando éste existe, la cavidad uterina tiene su profundidad normal; cuando hay prolongación, la profundidad puede llegar á medir hasta 13 centímetros. Se puede, por lo tanto, hacer muy fácilmente el diagnóstico diferencial por medio de la sonda y por la exploración bimanual abdomino-rectal, que nos permite comprobar si el cuerpo ha descendido ó si ha conservado su nivel ordinario.

Durante mucho tiempo se atribuyó el prolapsus á las desgarraduras del cuerpo perineal. Dásele este nombre á una pi-

rámide de tegido cuya base está comprendida entre la vulva y el ano, y cuya cúspide se insinua entre las partes terminales de la vagina y del recto.

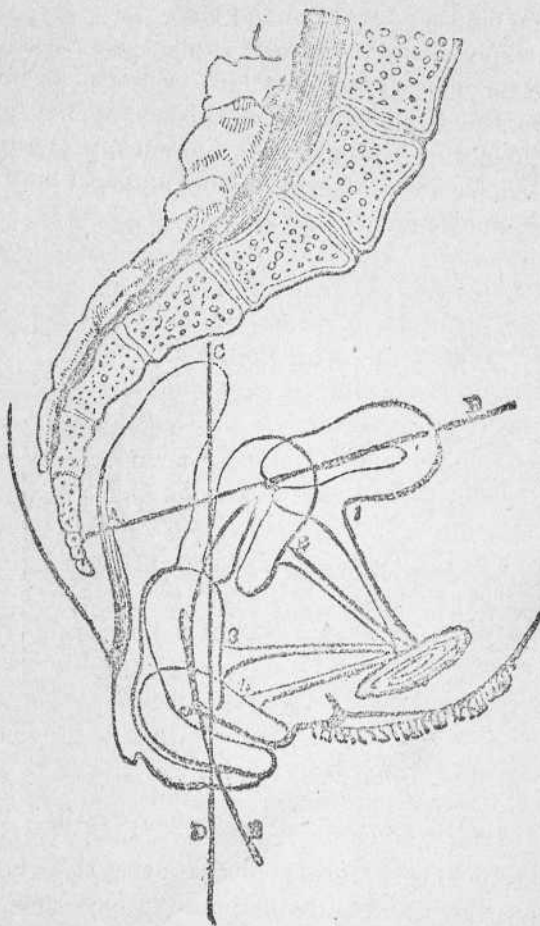


Fig.^a 91.—Figura que representa lós grados sucesivos de prolápsus y los grados de retroversión que les acompañan. (Barnes)

A B, eje del estrecho superior.—C D, eje del estrecho inferior.—
B E, círculo de la excavación.—1, 2, 3, 4, grados del prolapsu.

Las desgarraduras á este nivel, acortan el plano pelviano inferior, dilatan la vulva y hacen el plano de su abertura más

horizontal, de manera que la parte anterior de la pared vaginal superior y la vejiga no están suficientemente sustentadas. La cistocele es efectivamente la que de ordinario abre la marcha del prolapsus; la rectocele, el descenso de la matriz y la prolongación del cuello vienen enseguida.

Esta interpretación no siempre explica los casos en que algunas desgarraduras profundas del periné no producen el descenso de las vísceras pelvianas. Creemos que el profesor Schatz de Rostok emitió en 1883 la idea de que el estado del músculo elevador del ano hace también un papel muy importante en la producción del prolapsus.

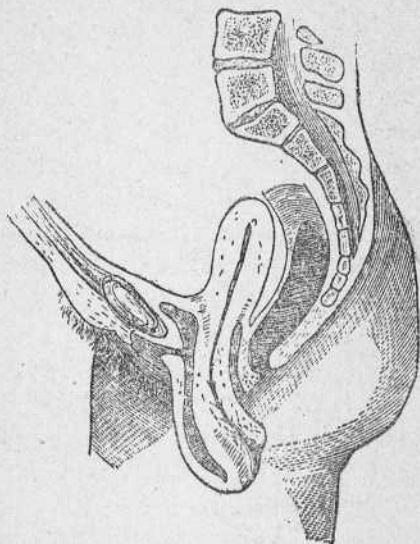


Fig.^a 92.—Hipertrofia y prolapsus del cuello.

Después de haber formado los dos pilares entre los que pasa la vagina, las fibras de este músculo convergen hacia la línea media, que Schatz considera como un repliegue que prolonga la línea alba hasta el coxis.

El parto puede forzar, separar los pilares del elevador y desgarrar sus inserciones pelvianas; puede producirse, bajo la influencia de los esfuerzos del parto, roturas en el rafe perineal, análogas á las que se producen en la línea blanca, bajo

la influencia del embarazo. Este traumatismo interno y oculto, determina según Schatz, en el periné, más relajaciones aún que las desgarraduras visibles del cuerpo perineal. Estas lesiones son fáciles de conocer, cuando estamos familiarizados con la sensación que nos producen los músculos elevadores intactos. Sus bordes internos forman rodetes que convergen inferiormente para constituir lo que Thómas llama el *promontorio de la vagina*. Por bajo de este promontorio, los pilares del anillo se pierden en el plano inclinado formado por la reunión de las dos mitades del elevador.

Si existen desgarraduras ó diástasis, los pilares del anillo vaginal son menos salientes y están más separados, no percibiéndose por la parte inferior el punto en que ellos convergen; cuando la lesión es reciente se provoca dolor á la presión en la dirección de su ángulo de reunión ó al nivel de las inserciones pubianas del músculo.

Muchas veces he podido comprobar la perfecta exactitud de los hechos emitidos por Schatz, y estoy en todo conforme con su manera de ver. En él me he inspirado siempre al hacer las operaciones de restauración en el plano pelviano inferior.

Cuando no podemos ir á buscar las masas musculares disociadas, para afrontarlas y reunir las, es posible, prolongando más ó menos los avivamientos hacia el ano ó hacia el cuello, llevar la restauración al punto donde mejor se note la rotura (ó desgarro).

Sabeis, señores, el papel etiológico que atribuyo á las laceraciones cervicales en la producción de las retro-desviaciones. Siendo por lo regular la retroversión la primera etapa del prolapsus, no tiene nada de extraordinario que se encuentren con frecuencia laceraciones en las mujeres que sufren descensos de la matriz; todo lo que debilita la zona uterina que fija las paredes vaginales, facilita la prolongación del cuello y relaja los ligamentos de Douglass.

Además del traumatismo hay otras causas que pueden determinar el prolapsus uterino. Cuando este procede de atresia general, ó por atonía de los tabiques y de los ligamentos, suele presentar las apariencias de una hernia ordinaria.

LECCIÓN DÉCIMASEXTA

ORTOPEDIA UTERINA (continuación).—DEL TRATAMIENTO ORTOPÉDICO—PESARIOS

División de los tratamientos ortopédicos

Señores:

El objeto de todo tratamiento ortopédico es colocar el útero en las condiciones de equilibrio que hemos examinado; es decir, en la *anteversión* ó en la *anteflexión*.

Hemos visto que la inflamación desempeña un papel importante en la etiología de las desviaciones.

Tanto cuando está en estado agudo, como cuando los productos á que da origen, son aún reabsorvibles, sólo debemos intervenir con los antiflogísticos y los resolutivos.

Las desviaciones más acentuadas, desaparecen con frecuencia, con la curación del proceso inflamatorio que las ha determinado.

Pero, si los medios farmacológicos no consiguen su objeto, es necesario recurrir á los métodos ortopédicos, que son:

La ortopedia mecánica,

La ortopedia operatoria y

La ortopedia por el masaje.

Los tres métodos tienen indicaciones comunes; pero cada uno de ellos tiene también sus indicaciones propias.

Ortopedia mecánica—Pesarios.

Designamos bajo este nombre, la ortopedia mecánica en que se usan aparatos que funcionan como tutores destinados á corregir las desviaciones. Estos aparatos se colocan ya en la vagina ya en la misma cavidad uterina. Los primeros se llaman *pesarios vaginales* y los segundos *pesarios intra-uterinos*.

Los vaginales están destinados á obrar contra las versiones ó los descensos, es decir, contra los desplazamientos totales del órgano.

Los segundos se emplean más especialmente contra las flexiones uterinas propiamente dichas.

Sin embargo, como las versiones y la flexiones de la misma

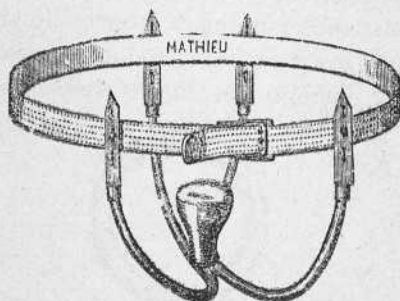


Fig.ª 93.—Pesario hiptérophote de Breslau.

condición coexisten frecuentemente, puede haber necesidad de emplear en un mismo tratamiento los dos géneros de aparatos.

Vamos á dividir los pesarios vaginales en dos categorías: 1.ª los que se limitan á sostener el útero para impedir el descenso, ó á cerrar la vagina para oponerse al prolapsus y 2.ª los destinados á corregir la desviación y á restablecer el útero en sus condiciones de equilibrio y de nivel.

No haremos más que mencionar los primeros, supuesto que su nomenclatura y descripción figuran en todos los ma-

nuales de ginecología y pueden ser comparados con los bendajes destinados á contener las hernias (figura 93 y 94.)

Los segundos merecen el nombre de pesarios ortopédicos.



Fig. 94.—Pesario de tornillo de Swanck.

Los anillos redondos y elásticos, tipos de Dumontpallier, Meigs, Martín, ocupan un lugar intermedio entre los pesarios de contención y los pesarios de reducción. Son muchas veces suficientes para corregir un ligero descenso, y además muy



Fig.^a 95.—Pesario de Meigs ó de Dumontpallier.

útiles como aparatos de *reposo vaginal*. Cuando el útero está entorpecido, cambian los puntos de apoyo y alivian considerablemente á las enfermas (pesarios de Meigs figura 95.)

Pesarios ortopédicos.

Si es difícil á un tocólogo resistir á la tentación de hacer un nuevo forceps, lo es más á un ginecólogo el no ceder al deseo de inventar un pesario. Esta es al menos la conclusión

que se saca á vista de la multitud de aparatos de este género que figuran en los catálogos de nuestros fabricantes.

No pudiendo describirlos todos, me limitaré á exponeros los que están más en uso, teniendo presente que cuanto mejor se sabe su mecanismo y su modo de obrar, menos se siente la necesidad de inventar otros nuevos.

Todo pesario vaginal debe ser suficientemente grande para poder ser contenido por coaptación entre las paredes. Debe, no obstante, no determinar nunca distensión notable, por que el efecto ortopédico depende tanto de su forma como de sus dimensiones.

Conviene que el pesario tenga un sencillo mecanismo. Nunca podré prevenirlos bastante contra esos aparatos complicados, que se componen de un pesario vaginal y de un pe-

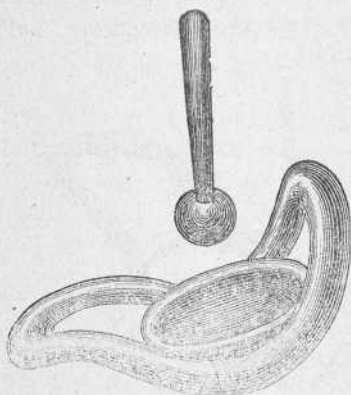


Fig.^a 96.—Pesario intrauterino de G. Thomas, para la ante flexión

sario intrauterino, combinados y por consiguiente solidarios (pesarios de G. Thómas, de Sims etc. figura 96 y 97).

El útero, aunque esté contenido artificialmente, debe conservar en lo posible sus condiciones naturales de movilidad independiente.

Todos los esfuerzos de la ortopedia suspenden constantemente la movilidad del órgano, y es ilógico producir la anquilosis cuando se trata de hacerla desaparecer.

Conviene servirse de pesarios fáciles de poner y de quitar.

Juzgamos que toda enferma, obligada á llevarle por mucho tiempo, debe saber quitárselo y ponérselo, y nosotros generalmente hemos conseguido enseñarlas.

¿Qué sucedería al que llevara dientes artificiales, si necesitara la intervención del dentista cada vez que tuviera que quitarlos y ponerlos? ¿Y de cuántas inflamaciones fétidas no sería asiento su boca, si no supiera limpiar las placas de vulcanita y los dientes de porcelana de sus artificiales mandíbulas?

Hemos visto un gran número de vaginitis y de endometritis producidas únicamente por un pesario nauseabundo.

Las inyecciones no bastan para asegurar la limpieza de los pesarios: es necesario de vez en cuando retirar el aparato y esterilizarlo en una solución antiséptica.

El pesario debe hacerse de una sustancia inalterable, ligera y susceptible de ser pulimentada; como la vulcanita, el celuloide y los metales finos.

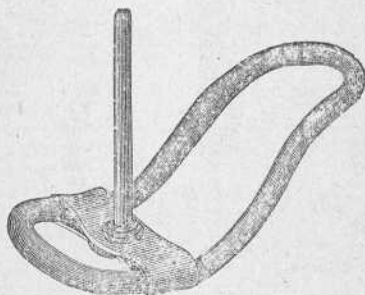


Fig.^a 97.—Pesario para la ante flexión de Sims con espiga intrauterina.

Los anillos de alambre toman y conservan las encorvaduras que se le dan, pero se convierten fácilmente en focos de microorganismos sépticos. Se hacen anillos de aluminio, que son muy ligeros y se conservan fácilmente.

Hay autores que recomiendan reducir el útero, antes de colocar el pesario, ya bimanualmente ya con la sonda; pero fuera de los casos en que el órgano está enclavado debajo del promontorio, esta maniobra es inútil.

Si el útero es movable y el pesario tiene la forma y las dimensiones que debe tener, se opera la reducción al colocarlo.

Si el pesario no es suficiente, la reducción preliminar carece de objeto, porque el útero reducido volverá á tomar su posición en cuanto lo permita la insuficiencia del pesario. Si el útero está inmóvil y sujeto por adherencias, el uso de pesarios está contraindicado.

Pesarios contra las desviaciones anteriores

Se han ideado diversos modelos de pesarios contra la anteversión.

Los más conocidos son los de Courty, Graily, Hewil, Gehrung, Gaillard, Thómas (figura 98, 99 y 100).

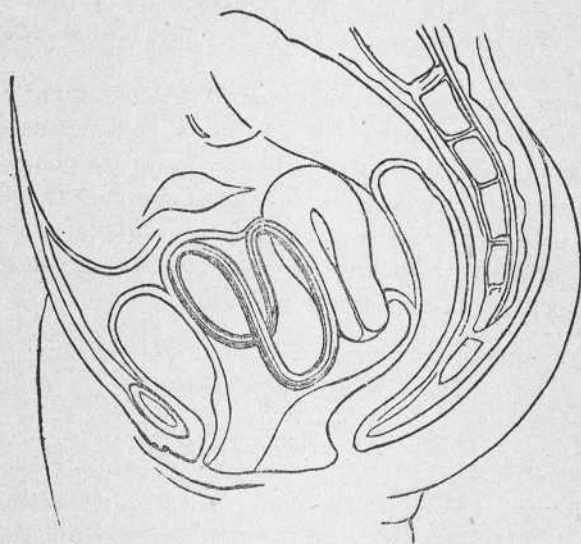


Fig.^a 98.—Pesario de Gehrung para la anteversión colocado en su puesto. Esta figura tiene por objeto demostrar la inverosimilitud de la acción atribuida á este instrumento.

Todos estos aparatos presentan una parte saliente (arco transversal figura 99) (ó cuernos laterales figura 100) destinados á elevar el fondo del útero.

Pero este efecto, señores, es enteramente ilusorio. A excepción de los cortos periodos en que la vagina está vacía, el útero no está sostenido por el pesario, porque cuando la ve-

jiga contiene cierta cantidad de orina, la parte saliente del pesario es empujada por el líquido impidiendo que esté en contacto con el útero.

Además, si el útero no se eleva bajo la acción de la vejiga aumentada de volumen ¿cómo podrá elevarse por soportes que no pueden en ningún caso obrar tan arriba y tan directamente como la vejiga llena?



Fig. 99.—Pesario de Graily Ewit para la anteversión.

Estos pesarios estiran la pared vexico-vaginal como una clavija estira las cuerdas del violín. Si en los casos en que la desviación resulta de una fijación posterior, se puede producir de este modo una extensión de adherencias, más frecuentemente la parte de la pared vaginal que es levantada, se inflama bajo la influencia de la presión y sobrevienen síntomas de intolerancia (figura 98, pesarios Gehrung).

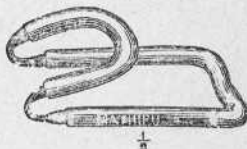


Fig.^a 100.—Pesario para la anteversión, con articulación flexible, por Courty.

Ordinariamente, esta intolerancia se presenta de pronto, pero algunas veces se verifica paulatinamente. No es raro que en tales casos sobrevengan celulitis periuterinas, la gangrena ó inflamaciones graves. En la eventualidad más favorable no ocurren accidentes; pero la desviación real ó imaginaria no queda corregida.

Fijaos, señores, en la figura 93, que representa el pesario de Gehrung colocado en su lugar. Esta figura es instructiva

porque nos manifiesta hasta qué punto puede la imaginación transformar un diseño y valerse de él tranquilamente para descrédito de la anatomía.

El útero ha sido rechazado hacia el sacro, la vejiga avanzada hacia las ínfisis y merced á esta dislocación se ha colocado el pesario del modo más caprichoso.

Es, sin embargo, una de las figuras que circulan de un libro á otro para manifestar cómo se colocan los pesarios destinados á corregir la anteversión.

Todos estos pesarios, señores, datan de una época en que la ante flexión y la anteversión eran consideradas como las desviaciones más frecuentes, porque la mayor parte de las que parecían incorregibles, eran anteversiones y ante flexiones normales.

Hoy sabemos que las desviaciones anteriores, no justifican los pesarios vaginales.

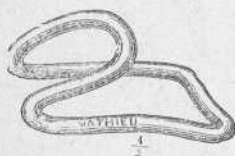


Fig.^a 101.—Pesario de alumina para la anteversión, por Courty.

Cuando hay fijación y tracción del órgano por bridas ó membranas, es necesario emplear el masage; cuando el órgano se ha prolongado y entorpecido por la inflamación y la dilatación previas, es necesario tratar la inflamación ó la retracción. Cuando la flexión es el resultado de las alteraciones orgánicas de las paredes, es necesario recurrir al cateterismo por tallos fijos, á fin de enderezar los tegumentos y recalibrar el canal.

¿Es esto, acaso, decir que no hay ventaja alguna en colocar un pesario cuando hay desviación anterior?

Evidentemente esto sería ir muy lejos.

Cuando el útero está cargado sobre la vejiga y la pared vaginal, puede la enferma aliviarse mucho por medio de un pesario circular sencillo como el de Dumontpallier, el de Martín

ó el de Meigs; pero estos aparatos producen simplemente el reposo, y no consiguen la corrección definitiva de la desviación.

Pesarios usados contra la retro-versión

Cuando el culo-de-saco posterior está flexible y móvil, es susceptible de ser colocado en distintos sentidos.

Si está dirigido hacia arriba y hacia atrás, lleva consigo el cuello y obliga al cuerpo á moverse hacia adelante.

De aquí resulta que cuando tenemos que tratar retro-versions debidas á la relajación de los ligamentos de Douglás, podemos restablecer un equilibrio análogo al equilibrio normal por medio de aparatos que, obrando por el *intermedio de la pared del culo-de-saco posterior*, pondrán el cuello hacia arriba y hacia adelante.

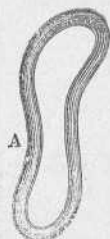


Fig.^a 102.—Pesario por Hodge, para la retroversión.

El aparato que realiza mejor este efecto, es, sin contradicción, el pesario Hodge tal como se construye hoy.

Es un anillo que tiene la forma de una elipse triangular, que presente dos encorvaduras inversas. Convenientemente colocado en su lugar, la convexidad de la encorvadura posterior, ó gran encorvadura, mira hacia abajo, y la de la pequeña encorvadura hacia arriba. El arco posterior es largo, el pesario se va reduciendo sobre el arco anterior que termina en un ángulo redondeado.

¿Cómo obra este pesario? Vamos á detenernos á estudiar esta cuestión, porque, una vez bien comprendido el mecanismo del pesario de Hodge, se puede comprender fácilmente el de todos los demás aparatos de esta clase.

El anillo Hodge, debe colocarse de tal modo, que su gran encorvadura esté alojada en la cavidad del culo-de-saco; el arco posterior vuelve el cuello hacia atrás, y eleva el culo-de-saco posterior, obrando sobre su punto más alto y más distante; los brazos laterales deben adaptarse á la encorvadura de la pared inferior de la vagina, y remontándose por el lado de la entrada deben venir á apoyarse en el plano muscular del elevador del ano. Los brazos apoyan por arriba al nivel de su pequeña encorvadura contra la pared veyico-vaginal; este es el

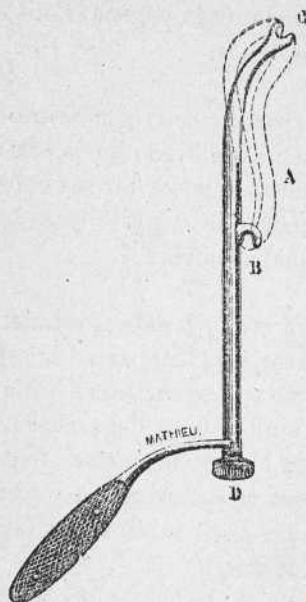


Fig.^a 103.—Aparato para aplicar convenientemente el pesario de Hodge

punto de apoyo principal, y por último, la extremidad anterior pasa bajo la sínfisis y se introduce en la entrada de la vagina. El pesario, sin embargo, no debe sobresalir del orificio que debe permanecer cerrado sin interposición de cuerpos extraños.

¿Cuáles deben ser las dimensiones de este pesario, y á qué fines deben responder sus disposiciones principales?

Su anchura debe ser suficiente para poder asegurar sobre

toda su longitud su coacción continúa é íntima con las paredes laterales de la vagina. Si fuera demasiado ancho, determinaría una distensión transversal, que sería seguida bien pronto de la atonía de las paredes; si demasiado estrecho, el pesario carecería de objeto, porque no pondría en juego la contractilidad de las paredes y la de los músculos que rodean la entrada de la vagina.

Su longitud será calculada según la distancia que separa, después de hecha la reducción, la parte más elevada del culo-de-saco, de la entrada de la vagina. Esta medida se toma sencillamente con los dedos.

La gran encorvadura debe ser bastante pronunciada y el arco posterior bastante elevado hacia arriba, en primer lugar, para que el culo-de-saco posterior sea colocado al nivel que se desea, y además para que la parte más declive del anillo apoye bien sobre el plano pelviano.

La pequeña encorvadura deberá estar en el punto correspondiente al promontorio. (1) A partir de este punto la extremidad anterior del pesario se inclinará hacia abajo y puede pasar por debajo de la sínfisis para llegar hacia el orificio vulvar.

Si se ejecutan bien todas estas disposiciones, el pesario mantendrá el útero en anteversión, y todas las fuerzas que tiendan á expulsarle provocarán inmediatamente otras fuerzas con tendencia á retenerle.

Hemos visto en la lección sobre las actitudes, que todos los esfuerzos intra-abdominales, que obran de arriba abajo, están desviados de tal modo, que pasan por debajo y por detrás de la matriz, para perderse en la cavidad del sacro.

Imaginémonos entretanto el pesario de Hodge colocado y el útero reducido en su situación normal. ¿Cómo llegará hasta él un esfuerzo producido en la pared abdominal? irá á perderse en la concavidad del sacro, los pilares del saco de Douglás

(1) Después de Thómas, llamamos promontorio al punto en que las dos mitades del músculo, se reune y se entrecruzan para formar el anillo que da paso á la vagina.

le transmitirán sobre el arco posterior del pesario. Este arco será rechazado hacia abajo; pero á medida que él descienda la parte anterior del anillo será, por el movimiento de báscula, proyectado hacia *arriba* contra la pared vexico-vaginal y *hacia adelante* contra el orificio vaginal: la pared y el orificio cederán al primer instante, pero inmediatamente después contrayéndose los músculos (pilares del elevador y esfínter) sobre los planos oblicuos y convergentes de la extremidad anterior del pesarió, le obligarán á entrar, y las fuerzas reflejas volverán á seguir en sentido inverso el trayecto que recorrió la fuerza incidente, que obligará al arco posterior á volver al nivel en que asegura la contención del órgano primitivo.

Los anillos de Hodge tienen por consiguiente la virtud de su simple equilibrio; hacen muy poca fuerza para mantenerse y no toman su punto de apoyo en los huesos pubianos. Constituyen palancas gracias á las cuales los músculos de la entrada de la vagina se vuelven *elevadores del útero*, que funcionan lo mismo que los ligamentos de Douglás.

Hay que hacer excepción del anillo de Hodge, cuando se expongan los males producidos por los pesarios en general, pues ese es sin duda el aparato ortopédico que nos proporciona mayores servicios y menos inconvenientes.

El pesario primitivo de Hodge presenta una sola curvatura; su acción es la misma, pero el punto más saliente del arco anterior se encuentra sobre la línea media, pudiendo comprimir la uretra; por otro lado, las presiones en el punto de apoyo no están repartidas sobre tan gran superficie; en fin, los músculos de la entrada de la vagina no encuentran tanta masa para ejercer eficazmente su acción contractil.

Se han hecho pesarios que presentan hacia atrás dos arcos superpuestos. Esta disposición no me parece que presenta grandes ventajas. Un arco sólo que sobresalga y se remonte bastante hacia arriba, y *más ó menos verticalmente* me parece que responde á todas las necesidades.

Hemos hecho una modificación en el mecanismo del pesario de Hodge que le hace tan elástico como el de Dumont-pallier.

El esqueleto interior, en vez de ser un sencillo hilo metálico maleable, está dotado de un resorte susceptible de ceder en todos sentidos, y de recobrar espontáneamente sus dimensiones primitivas.

Este pesario, se hace de más fácil aplicación, porque cuando está colocado, obra como un cuerpo flexible, cualidad que le hace más tolerable.

Los construyó Mr. Demaurex, en Génova.

Schultze ha inventado pesarios en forma de ocho, de los cuales se hace mucho uso en Alemania. Estos obstruyen la línea media por el entrecruzamiento de los brazos; pierden pie fácilmente porque no están en en coaptación continua con las paredes laterales, y cuando el gran diámetro del anillo anterior franquea los pilares del elevador, (lo que ocurre con frecuencia) el pesario cae.

Pesarios contra el prolapsus

Si recorreis los diferentes tratados de Ginecología, vereis que los pesarios más usados contra el prolapsus están destinados únicamente á contener el órgano é impedirle salir de la vulva. No os hablaré de ellos, porque nos ocupamos solamente de los pesarios ortopédicos, es decir, de aquellos que restituyen al útero sus condiciones normales de equilibrio y de nivel.

Desde 1868 he empleado contra el prolapsus un pesario ortopédico, que describí en un trabajo dado á luz en 1871. Schultze y Tritsch, han inventado después pesarios semejantes al mío, pero mi prioridad es incontestable; las fechas lo prueban.

Resulta de lo que hemos dicho acerca del prolapsus y de la prolongación, que el mejor aparato que pueda oponerse á esta desviación es el que previene la retroversión é impide el descenso y la inversión de las paredes vaginales.

El que acabo de descubrirlos realiza estas dos condiciones deseadas.

Para describirlo llamemos *a b c d* al anillo y *e f* al apéndice.

El anillo es parecido al pesario primitivo de Hodge, y el apéndice tiene la forma de un triángulo de lados y vértices redondeados.

Su dirección es horizontal; está abierto por la extremidad anterior del pesario.

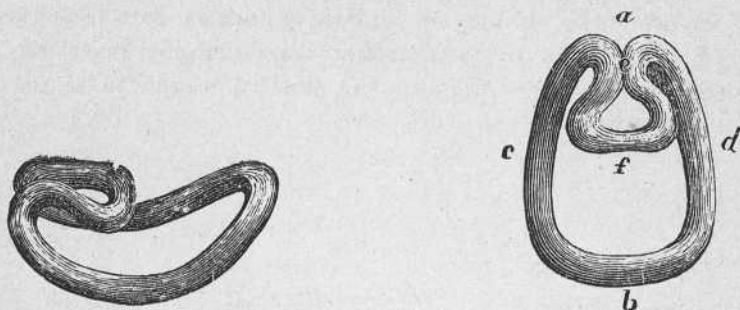


Fig.^a 104.—El pesario visto de perfil. Fig.ⁿ 105.—Por su parte superior



Fig.^a 106.—El pesario visto por la parte inferior.

Ved ahora cuáles deben ser las relaciones entre el instrumento y los órganos.

El cuello del útero ocupará el espacio libre comprendido entre el borde posterior del apéndice y el borde posterior del anillo.

El apéndice *e f* sostendrá la pared vexico-vaginal y por consiguiente la vejiga.

El anillo *a b c d* sostendrá la pared posterior de la vagina.

Los puntos de apoyo de este pesario, son los mismos que los del pesario de Hodge, y los músculos de la entrada de la vagina obrarán sobre su extremidad anterior de tal manera, que le contendrán siempre que quiera salir.

En una palabra, todo lo que hemos dicho del mecanismo del pesario de Hodge, se aplica también al mecanismo del nuestro.

Se diferencia en que este constituye además para la pared vaxico-vaginal un obstáculo sólido que le impide invertirse, porque contiene la vejiga, que no puede descender más.

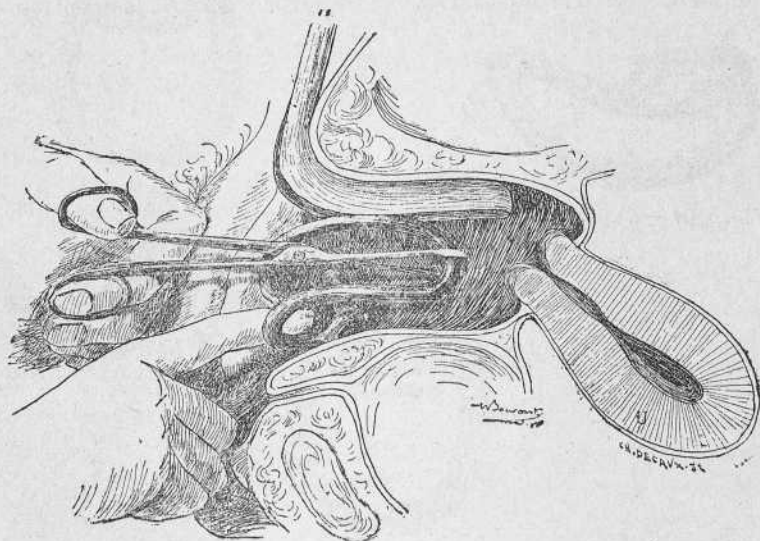


Fig.^a 107.—Pesario de Vuilliet. Introducción del instrumento.

Todos los esfuerzos que tiendan á hacer descender el arco posterior y á hacer salir el pesario serán transmitidos por medio del apéndice á la pared vaxico-vaginal entera y elevarán por consiguiente la vejiga mientras que, por otra parte, el peso de la vejiga obligará constantemente á repeler el culo-de-saco posterior hacia arriba y hacia atrás, y á mantener el pesario en su lugar.

Sería necesario, para que el pesario obrara naturalmente y fuera tolerable, que las desgarraduras del periné no hubie-

ran tomado tan grandes proporciones, que la vagina no pueda en este caso conservar ningún cuerpo extraño.

La figura 108 representa nuestro pesario colocado en su lugar.

Dada la capacidad ordinaria de la vagina, cuando hay prolapsus, se comprenderá que las dimensiones de este pesario deben frecuentemente superar en mucho las dimensiones del de Hodge.

Podemos hacerlo fácilmente, valiéndonos de anillos maleables de latón, forrados de gutapercha, lo cual se encuentra en el comercio. Mr. Demaurex, en Génova, tiene todas estas confecciones.

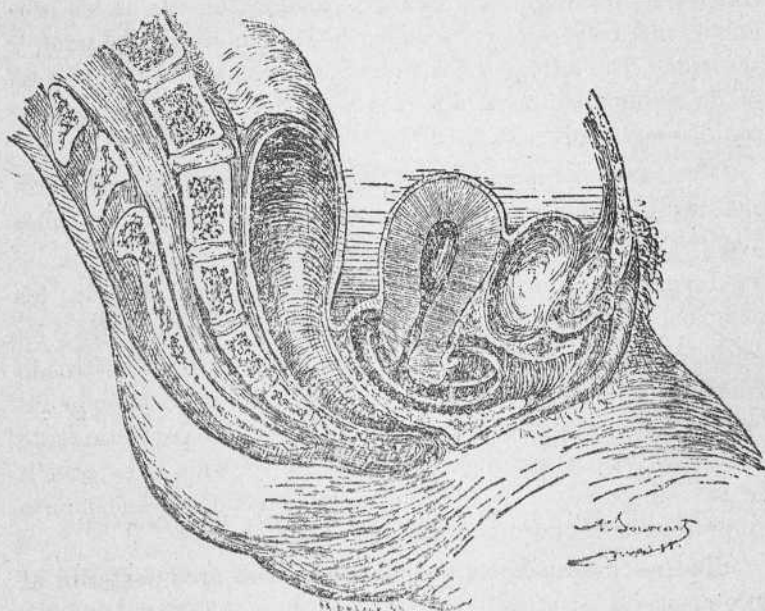


Fig.^a 108.—Pesario de Vuilliet, colocado en su lugar.

Pueden haberse también más apropiados y más duraderos de aluminio.

Ved aquí las conclusiones que podemos deducir de nuestras observaciones personales.

Este pesario es fácil de quitar y poner teniendo alguna práctica.

Es más fácilmente soportado por las enfermas, porque estando en contacto con los tegidos por grandes superficies, cada punto sufre una pequeña parte de la presión total.

No solamente sostiene la matriz, sino que la mantiene en su posición normal.

No entorpece ni la micción ni la defecación ni aún el mismo coito, porque los brazos del pesario se alojan sobre los lados, y contra el plano superior de la vagina.

No impide el desagüe de los líquidos naturales ó morbosos.

Repuestos en su situación normal, el útero y los órganos limitrofes, pueden desembarazarse más fácilmente de los productos inflamatorios, y recobran de este modo su volumen y tonicidad fisiológica. A los procedimientos y medios que acabo de explicaros, he debido los casos de curación radical obtenidos en mi práctica.

Necesario es recomendaros las irrigaciones vaginales frecuentes, y en una palabra, que tomeis todas las precauciones que exige el uso habitual de un pesario.

Juzgo supérfluo, señores, deciros cómo se colocan los pesarios.

Sólo quiero mostraros un grabado (figura 107) destinado á hacer ver la introducción de mi pesario en la posición genupectoral, la cual presenta la ventaja de reducir perfectamente el útero y las paredes vaginales, permite ver toda la extensión de la vagina, y, por consiguiente, escoger momentáneamente un pesario de proporciones convenientes.

Sin las pinzas no se podría conducir el arco posterior al culo-de-saco posterior.

Merced á la perfecta reducción que obtengo con mi pesario, he podido simplificar, como vereis más tarde, la ejecución de las maniobras del masaje, practicadas para curar el prolapso.

Con este aparato se puede operar sin auxilio de segunda persona como se hace en Suecia.

Pesarios intra-uterinos

No se puede obrar eficazmente sobre las flexiones patológicas permanentes más que por el cateterismo repetido, ó por pesarios colocados en el útero.

Los tallos intra-uterinos serían el medio curativo por excelencia, si fueran fácilmente tolerados.

La experiencia ha demostrado, desgraciadamente, que provocan á menudo accidentes graves, de modo que se prefiere ordinariamente atenerse á una terapéutica menos tópica, pero más anodina.

Creo, sin embargo, que haciendo un uso frecuente de los tallos flexibles, podría extenderse considerablemente la aplicación de la ortopedia mecánico-intra-uterina.

Los tallos de marfil, de boj y de vulcanita, por sus malas condiciones, no pueden permanecer en el útero el tiempo necesario para enderezarle (Pesario de Jude Hue, eléctricos etc.) (figura 109 y 110).

He hecho construir uno que juzgo superior á los demás; pero apesar de esto, no recurro á él más que cuando el masaje y los pesarios vaginales no me dan los resultados apetecidos.

Es un tallo elástico constituido por un resorte interior, recubierto por un cilindro de gutapercha. Es de un calibre uniforme. Un disco plano sobre el que se apoya el circuito del orificio externo, impide que el instrumento se pierda en la matriz, el tallo presenta un canal central cerrado en su extremidad superior por la envoltura.

Este canal está destinado á recibir un estilete. Doy á este estilete la curvatura del útero que se trata de enderezar. Le cubro con el tallo, pudiendo de este modo penetrar en el canal uterino tan fácilmente como una sonda maleable.

Tengo dos tallos de diferentes tamaños y de resortes más y menos potentes.

Cuando el instrumento está colocado, se retira el estilete; una vez libre, tiende el resorte, por su elasticidad, á tomar la forma rectilínea.

Entra, pues, en lucha con las fuerzas que tienden á mantener la flexión; pero no es una lucha brutal, es hija de la fuerza que manda la elasticidad del enderezador, la cual por su suavidad es sobrellevadera por todos los temperamentos.



Fig.^a 109.—Pesario intrauterino de Jude Hue.

La superioridad de las fuerzas elásticas, evidente ya en el dominio de la ortopedia general, ofrece aún más ventajas en el de la ortopedia uterina. No he conocido anterior al mío, otro enderezador intra-uterino elástico; que el de Greanhalgh.

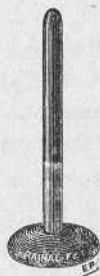


Fig.^a 110.—Pesario intra-uterino eléctrico.

Consiste en un tallo tubular de gutapercha, que presenta en su parte superior un abultamiento agujereado. Este abultamiento, parece que presenta algunas ventajas, entre otras la de mantener el pesario en su sitio y la de desagüar la matriz. Apesar de esto, creo que esta disposición impide se pueda tolerar el instrumento. Los agujeros presentan bordes ó ángulos rectos que irritan la mucosa uterina, mucosa que se inflama, se abulta y sangra fácilmente.

Por estas causas rehusó recomendar el pesario de Greanhalgh y he hecho construir el mío.

En cuanto á lo del *drenage* es ilusorio, porque las mucosidades y los coágulos obstruyen los agujeros.

Los tallos rígidos, difíciles de colocar, cuando la flexión es muy acentuada, una vez en el útero, ejercen sus presiones en tres puntos tan sólo: sobre el cuello, sobre el fondo y sobre su ángulo saliente. Por esta razón son tan mal soportados.

Ya hace dos años que empleo mi pesario intra-uterino en la Policlínica, en la Maternidad y en mi clientela particular sin que jamás haya sobrevenido ningún accidente.

Es verdad que me he visto obligado á retirarle, pues una mucosa tapizada de un epiteliúm muy fino, es necesariamente irritable; pero siempre he podido hacerlo antes de que se pro-

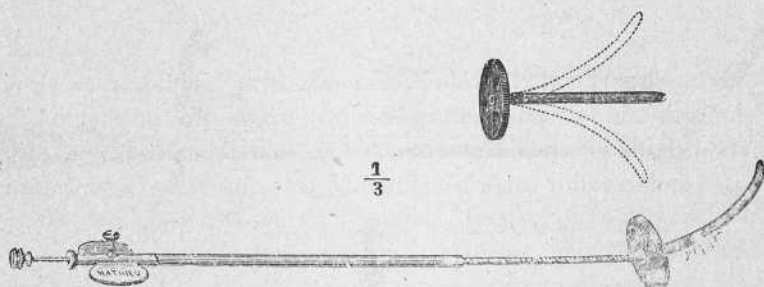


Fig.ª 111.—Pesario enderezador y portapesario enderezador intra-uterino de Vuilliet.

dujeran complicaciones de alguna importancia. He obtenido el enderezamiento de retroflexiones, tratadas en vano por otros medios. Las mujeres que lo usen no tienen necesidad de estar acostadas; cuando se establece la tolerancia, pueden perfectamente moverse, pasear y dedicarse á sus ocupaciones habituales.

Para colocar en el útero el enderezador, es indiferente colocar á la enferma sobre el dorso ó sobre los costados.

Aconsejo, que siempre se descubra bien el cuello, para poder lavarlo y hacerlo aséptico. Es preciso también hacer aséptico el tallo, para lo cual le someto á una insuflación de iodo-

formo, después de haberle envadurnado con vaselina. Su introducción en el útero se practica como la de la sonda uterina. Se puede facilitar la penetración operando sobre el fondo del útero para enderezarle, ya con el dedo á través de los fondos-de-saco, ya con la mano por la pared abdominal. Si se encuentra algún obstáculo, lo mejor es dejarlo y ver de enderezar el conducto uterino por medio de las sondas flexibles.

El curvador uterino, que dejamos descrito en la lección sobre el masaje, constituye el complemento indispensable de este enderezador, con el cual es imposible doblar el cuerpo uterino hacia adelante, cosa que debe tenerse muy en cuenta en todo tratamiento de una retrodesviación.

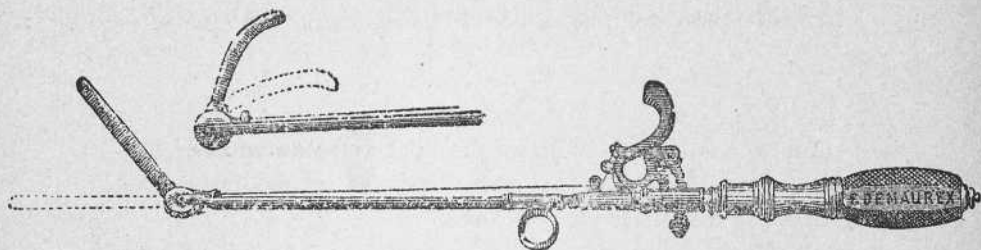


Fig.ª 112.—Encorvador uterino de Vuilliet.

Los resultados que he obtenido, por el empleo sistemático concienzudo y prudente del enderezador, curvador y pesario vaginal, apropiado á la versión coexistente, dejan muy atrás á los que obtuve antes de llegar á este sistema de ortopedia.

Yo considero sumamente difícil la corrección de una antigua retroflección fija, siendo una prueba evidente de ello los medios á que es necesario recurrir para poder conseguirlo alguna que otra vez.

LECCION DÉCIMASÉPTIMA

ORTOPEDIA UTERINA (continuación)—ORTOPEDIA OPERATORIA—TRATAMIENTO DE LAS DESVIACIONES ANTERIORES—OPERACIONES

Señores:

Comprendemos en la ortopedia operatoria aquellas operaciones cuyo objeto principal es corregir la desviación del útero. Vamos á dividir las en dos clases:

1.^a Operaciones destinadas á corregir las desviaciones anteriores.

2.^a Operaciones destinadas á curar las desviaciones posteriores y los prolapsus uterinos y vaginales.

Tratamiento operatorio de las desviaciones anteriores

Entre las desviaciones anteriores, la única que es susceptible de ser corregida por los medios ortopédicos, es la que hemos llamado ante flexión congénita. Sólo la disminorrea ó la esterilidad nos obligan á usar este tratamiento.

La interpretación etiológica que os he expuesto, me ha movido muchas veces á unir al tratamiento de esta flexión una dilatación progresiva de la cavidad de los culos-de-saco.

Me sería muy difícil señalar la parte exacta que corresponde á la dilatación en los resultados que he obtenido.

Pero estoy muy cierto, de que, desde que he recurrido á ella, la proporción de los éxitos completos y duraderos se ha aumentado notablemente.

Dilatación de la vagina

Tengo en mi clientela algunas solteras de edad, en otro tiempo dismínorricas, que han curado después de muchos años; las operaciones que he hecho para enderezar ó alargar su canal, no han diferido, sin embargo, de la que practicaba antes sin obtener resultados duraderos, y sólo he añadido la dilatación vaginal.

Esta dilatación puede hacerse por medio de tapones de algodón, ó del pesario de aire de Gariel.

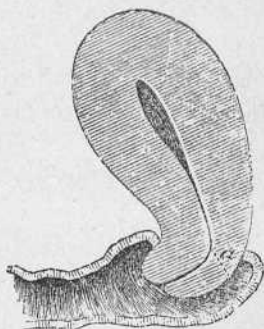


Fig.^a 113.—Operación de Sims. La incisión mediana antero-posterior debe prolongarse hasta la línea *a*.

Los tapones, provistos de hilo fiador, se aplicarán en la posición genu-pectoral; la cual permite obturar con regularidad todo el espacio libre, y disponer el algodón alrededor del cuello de tal manera, que determine una distensión igual en todos sentidos.

Mando á la enferma que retire el taponamiento á las cinco ó seis horas y lo renueve cada dos días.

La dilatación de la vagina y la flexibilidad de sus paredes se producen muy rápidamente, en términos que á cada sesión se puede introducir un taponamiento más voluminoso.

Al cabo de dos ó tres semanas, la cavidad de los culos-de-saco se ha agrandado, el cuello se ha hecho más libre y se ha preparado el terreno á las operaciones dirigidas contra la desviación. Como hemos dicho, esta desviación interesa en realidad más el cuello que el cuerpo.

El cuerpo está inclinado hacia adelante; pero esta actitud no tiene nada de anormal mientras que el útero está flexible. Nos impresiona mucho, en este caso, porque su coincidencia con la encorvadura cervical anterior nos la hace aparecer más acentuada.

El tratamiento operatorio tendrá, pues, por principal objeto hacer el canal uterino más largo y más vertical.

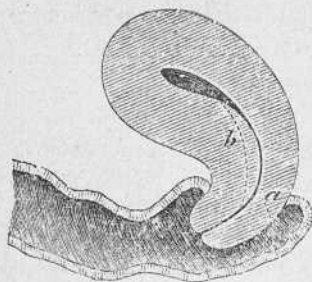


Fig.^a 114.—Operación de Sims. Esta figura representa las dos incisiones

Vamos á describiros las dos operaciones que llenan mejor este objeto, la de Sims y la que nosotros mismos practicamos.

Operación de Sims

La operación de Sims consiste, en cortar el labio y la pared posterior del cuello en la línea media. Esta incisión debe prolongarse hacia arriba y hacia atrás, hasta que la porción cervical del canal se haga lo más perpendicular posible (figura 115 línea *a*.)

En virtud de sus ideas sobre el carácter de la ante flexión corporal, hacia Sims otra segunda incisión más alta (véase la línea de puntos *b*.) sobre la pared anterior; de modo que incin-

de el espolón resultante de la plegadura del cuerpo (figura 115).

Colocaba despues una varilla de cristal, que dejaba hasta la completa cicatrización del traumatismo.

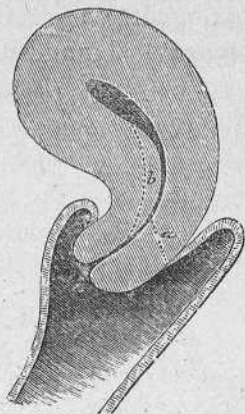


Fig.ª 115.—Operación de Sims. La línea punteada *a* marca hasta donde llega la incisión del cuello.

Según Emmet, esta operación no dió á su autor resultados muy satisfactorios, por lo cual procuró modificarla, pero, no habiendo encontrado otra mejor, terminó por volver á ella.

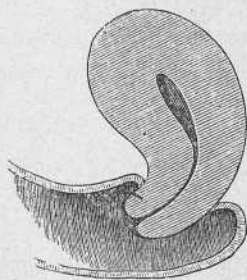


Fig.ª 116.—Anteflexión de mujeres estériles. Indicación de la operación de Schroeder.

Yo la he practicado muchas veces ateniéndome estrictamente al procedimiento de Sims; pero después he renunciado á la incisión del espolón, por ser la parte más peligrosa y menos útil de la operación. En algunos casos he obtenido cura-

ciones definitivas, en otros más numerosos los accidentes han reaparecido, ya inmediatamente, y ya pasado un tiempo más ó menos largo.

Sin embargo, si se reduce el traumatismo á las proporciones que acabo de indicar, no ofrece peligro; pues es tan sencillo, que no hay inconveniente alguno en ensayarlo, y no nos impide el recurrir á otras operaciones, caso de que esta no diera resultados.

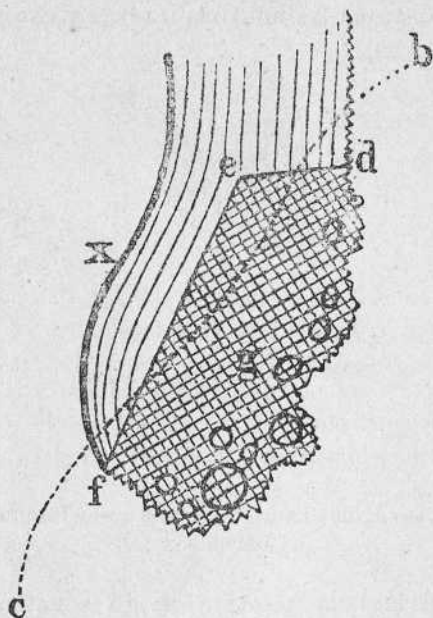


Fig.^a 117.— Operación de Schoröder: *c f d* corte de la excisión en bisel
c b sutura.

Otro procedimiento

Hay un procedimiento que yo empleo también, y que reúne á las ventajas de la operación precedente, la de satisfacer mejor el deseo de una buena anaplastia.

En la operación de Sims, en efecto, la cicatrización de la incisión queda abandonada asimismo, y el cuello recobra con

frecuencia su estado primitivo; pero obrando como voy á indicar, la anaplastia y la prolongación del orificio del cuello, se hacen mucho menos aventuradas.

Hago sobre cada lado y posteriormente sobre la línea media una incisión, que abraza todo el espesor del cuello. Escindido después, cortándolos en visel como en la operación de Schröder, los dos pedazos del labio posterior, originados por las incisiones laterales y posteriores, y termino reuniendo por una sutura continua las mucosas interna y externa del cuello (figura 117 y 118).

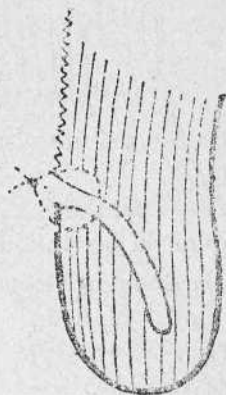


Fig.^a 118.—Los tegidos han estado rasgados y las mucosas externa é interna cosidas.

Una vez terminada la sutura, irriego la matriz y la vagina, y dejo fijado durante 15 días mi pesario enderezador.

Si no se tolera el pesario, hago de tiempo en tiempo una pequeña dilatación por medio del cateterismo progresivo.

Si se quieren conseguir resultados duraderos, es necesario vigilar por mucho tiempo las operadas, á fin de completar en caso necesario la acción del cuchillo, con la de dilatadores empleados convenientemente.

Cuando la operación se ha hecho bien, el orificio se hace más ancho, el canal queda perpendicular y el cuello entero se orienta de un modo normal.

He practicado esta operación en una señora que, si bien es-

taba casada hacía cinco años, no tenía hijos, y después ha tenido tres.

Operé por este procedimiento en Abril de 1887 una señora, casada desde 1880 sin haber aún concebido y me anunció con fecha 15 de Marzo de 1888 que estaba en cinta de cuatro meses.

Amputación del útero por cima de la flexión.—Operación de Nicoletti; histeropesia vaginal

La más moderna entre las operaciones ortopédicas es la de Nicoletti. Consiste:

1.º En una amputación del útero sobre el nivel del ángulo de flexión.

2.º En una sutura especial, destinada á fijar el útero sobre la vagina, para corregir la desviación.

Yo no he hecho la operación de Nicoletti. Como M.M. Pozzi, Quenu, Champonniere, Trelat (Sociedad de Cirujanos, sesión del 11 de Diciembre del 89,) no creo que las paredes de los culos-de-saco presenten las condiciones de estabilidad y solidez necesarias para fijar el útero. Esta operación, á mi juicio, de un éxito muy dudoso en cuanto se refiere á la *histeropesia*, me parece por el contrario muy lógica con relación á la *amputación*.

No he hecho amputación supra-vaginal con el objeto de curar desviaciones, pero habiendo practicado esta operación para curar degeneraciones del cuello en mujeres afectadas de versión ó de flexión, he observado siempre, después de la curación del traumatismo operatorio, que el útero ó más bien lo que quedaba del útero, formaba con la dirección de la vagina un ángulo abierto hacia adelante, ó de otro modo, no he podido encontrar después de la operación las retroversiones que antes había comprobado.

La amputación á cierta altura y por cima de la plegadura, cuando hay flexión, debe enderezar por necesidad el cuerpo del útero, porque los ligamentos de Douglass que se fijaban

debajo del ángulo de flexión, se fijan después de la operación en la parte superior de un útero rectilíneo que le inclinan hacia adelante.

El órgano además, disminuye de altura, y como el muñón excede apenas las proporciones de un útero infantil, su orientación y su situación no pueden tener alguna importancia patológica.

Manual operatorio

Hemos descrito la amputación supra-vaginal, el segmento inferior del útero estará aislado de la vagina, y del tegido celular por cima del nivel de la plegadura. Se cortará en este

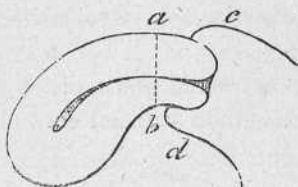


Fig.^a 119.

lugar (línea *a b*) se procederá después á la sutura, y se hará simplemente una sutura circular, que reuna el muñón uterino con los bordes de la incisión circular de la vagina, ó se hará la sutura que realiza la histeropesia según Nicoletti. Ved aquí descrita la operación tal como la encontramos en una comunicación de Mr. Richelot á la Sociedad de Cirugía. Mr. Richelot ha hecho diez operaciones de Nicoletti, y se gloria de los resultados.—Toma por tipo en su descripción un caso de retroflexión.

Tres hilos medianos, que atraviesan la sección posterior del corte vaginal, van á salir por el orificio uterino y aproximan de este modo las dos mucosas (figura 120). Otros dos hilos (figura 121) colocados en la misma línea, van á salir, no ya por el orificio, sino por el borde anterior del muñón; de modo que la pared vaginal posterior se acerca á este borde

(como lo indica la figura 122) prendiendo el borde uterino. Es necesario añadir enseguida algunos hilos para ocultar las superficies vivas, que quedan sobre la línea media y sobre la semicircunferencia anterior de la sutura (figura 123).

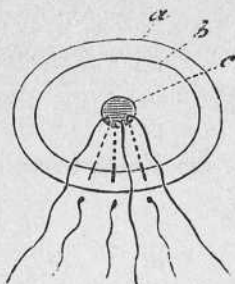


Fig.ª 120.

Es claro que conservando todo el orificio, hemos soldado la pared posterior de la vagina al borde anterior del muñón (como lo muestra la figura 124 que representa un corte antero-posterior). Toda la inserción vaginal está dirigida hacia ade-

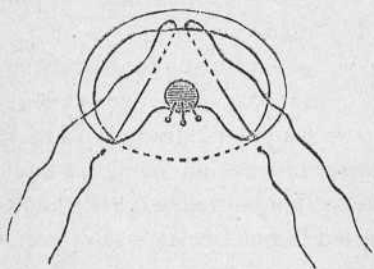


Fig.ª 121.



Fig.ª 122.

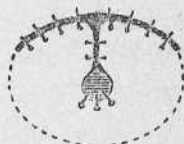


Fig.ª 123.

lante. La pared tira á la manera del cordón de una campanilla y hace oscilar el fondo del órgano. Apretando los hilos, se comprende bien que la pared asciende y que el muñón se que-

de más bajo que ella. Al punto el catéter penetra directamente.

Esta operación, ligeramente modificada, corregiría también perfectamente las anteversiones y las desviaciones laterales. En las primeras, bastaría practicar la sutura aproximando la pared vaginal anterior al borde posterior del muñón, y la segunda una pared lateral al borde diametralmente opuesto. Pero no se ha hecho la experiencia. Hay, si no me engaño, en las mismas causas de las desviaciones anteriores ó laterales,

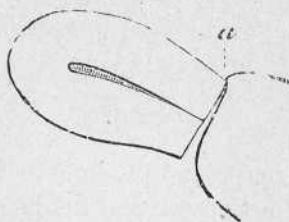


Fig.ª 124.

razones por las cuales esta modificación puede no convenirles tanto como á las retroversiones.

Lo repetimos, creemos que la histeropesia vaginal es ilusoria, pero que la amputación sobre la plegadura es susceptible de buenos resultados, cuando el útero afectado de flexión es móvil, y cuando no existen otras complicaciones. Pero es raro que en casos semejantes las perturbaciones sean tan graves que justifiquen la operación.



LECCIÓN DÉCIMA OCTAVA

ORTOPEDIA OPERATORIA (continuación) TRATAMIENTO DE LAS DESVIACIONES POSTERIORES Y DE LOS PROLAPSUS UTERINOS Y VAGINALES

Señores:

El número y la diversidad de métodos operatorios, destinados á curar las retro-desviaciones y los prolapsus, prueban que esta curación es un problema quirúrgico de difícil solución.

Los resultados inmediatos de estas operaciones son ordinariamente favorables. Cuando se hacen bien, las incisiones curan de primera intención y no sobrevienen complicaciones molestas; pero el resultado definitivo deja mucho que desear, desgraciadamente, en la mayoría de los casos. La cura radical de la desviación está muy lejos de ser la regla. En las enfermas pobres la vuelta á los trabajos sobre todo, y á las tareas profesionales, determina frecuentemente el retorno de la afección.

Cohn (*Über die primaeren und definitiven Resultat des Prolapsoperation. Zeisch. f. Geb. und Gyn. Stuttgart, 1888, XIV, Heft*) nos dá los poquísimos resultados de las operaciones de prolapsus hechas por Schröder que usaba los procedimientos de Simón de Garder y de Martín: 74 operadas entre particulares y de la clínica, han sido tratadas por Cohn, y de este número ha obtenido 67,5 por 100 de curaciones definitivas.

Si se hace una distinción entre las enfermas de la clientela particular de Schröder y las de su clínica, encontramos en

la primera 86, 7 por 100 curaciones y en la segunda 56, 6 por 100 la proporción apenas supera á la mitad.

Una estadística análoga explica la tendencia de los operadores modernos á modificar las operaciones antiguas, á inventar otras nuevas y á asociar muchas de ellas, para obtener con esta unión las curas radicales, que por uno solo de los medios no podrían obtener.

Clasificaremos estas diversas operaciones en dos grupos.

Figurarán en el primero las operaciones con que se procura encauzar los órganos desviados, *suspendiéndolos* (operación de Alquié-Alexander.—Histeropesia); el segundo grupo comprenderá las operaciones, cuyo objeto es reforzar el plano pelviano y estrechar la vagina y la vulva, para apoyar y sostener las visceras dislocadas (perinorrafia y colporrafia).

Operación de Alquié-Alexander. Laparo-histerorrafia

He conocido una mujer de 38 años, que se suicidó cuando salió de Maternidad, á donde había ido para someterse á una última é inútil tentativa, con el deseo de curarse de una reflexión fija, que á los catorce años hizo de ella una mujer inútil, obligándola á vivir constantemente de la caridad pública.

Es cierto que las desviaciones posteriores, sobre todo cuando el útero está adherido á los órganos vecinos, pueden provocar desórdenes muy íntimos, y justificar entonces las intervenciones más heroicas.

Para estos casos, excepcionalmente graves, se han inventado los procedimientos operatorios que vamos á describir. Creo que el masaje ginecológico, bien ejecutado, puede limitar considerablemente el número de casos, en que la indicación de operar obedece sólo á la desviación. Por este medio he librado de la operación úteros muy desviados y adherentes.

No os recomiendo, pues, estas operaciones como procedimientos de una aplicación curativa; os los explico porque debemos conocer todos los recursos de nuestro arte, aún aquellos que no se emplean sino en el último extremo.

Operación de Alquié-Alexander

El 17 de Noviembre de 1836 se propuso á la Academia de Medicina de París un nuevo método para el tratamiento de las dislocaciones de la matriz. Este método no era otra cosa que el acortamiento de los ligamentos redondos, y su inventor era el sabio cirujano de Montpellier Alquié. Esta novedad debió tener la suerte que tienen por lo común todas las innovaciones. El 4 de Noviembre de 1840, es decir, cuatro años después, la comisión encargada de examinar la comunicación de Alquié, comisión compuesta de Berard, Baudelocque y Villaneuve, expresa su opinión á la docta asamblea. El método fué declarado inadmisibile en la práctica. La Academia se asocia por completo al dictámen emitido por su comisión y felicita al autor ó inventor del nuevo método, *por no haberlo ensayado sobre el vivo*. Este juicio recuerda el veredicto pronunciado hace 25 años por esta misma asamblea, respecto á la ovariectomía *una operación homicida digna de ser ejecutada por el verdugo*.

Cuarenta años más tarde el Dr. William Alexander, de Liverpool, operó por el método Alquié, una mujer atacada de prolapsus, y en la cual la elitrorrafia había fracasado. El éxito coronó esta tentativa del cirujano inglés.

Es justo, señores, que si el nombre de la operación recuerda á su inventor, también lleve el del primero que la ejecutó con éxito; por esto la designamos con el de operación de Alquié-Alexander (1).

La operación se compone esencialmente de dos partes:

(1) Deneffe, profesor de la Universidad de Gand, propuso igualmente en 1859 curar las dislocaciones uterinas por el acortamiento de los ligamentos redondos. Una tentativa operatoria hecha en 1865 por este cirujano no dá resultado. Pero reconocemos sinceramente que Mr. Deneffe, mucho tiempo antes que Alexander, indicó esta operación. (N. del T.)

- 1.º Buscar y poner al descubierto los ligamentos redondos.
- 2.º Acortar los ligamentos una vez hallados.

Manual operatorio

1.º Después de rasurar la región pelviana y tomar precauciones antisépticas, reconocerá el cirujano la espina ó borde pubiano, fácilmente apreciable, y determinará la dirección de los ligamentos de Falopio. Después paralelamente á este último y á partir de la espina del pubis, hace una incisión de longitud variable, según los sugetos, cuatro á cinco centímetros.—Se corta la piel y el tegido celulo-grasiento hasta llegar á la aponeurosis del gran oblicuo y á los pilares del orificio cutáneo del canal inguinal. Un ayudante separa los labios de la incisión. Se trata ahora de aislar el ligamento redondo del tegido grasiento que le envuelve. Un joven cirujano de Mompellier, Mr. Puech, que ha dado á conocer esta operación, propone una pequeña modificación en el manual operatorio.

Las disecciones muestran de una parte la tendencia á la separación de las fibras del ligamento redondo, en la región extra-inguinal de su trayecto, y de otra la condenación de estas fibras en su entrada en el canal inguinal, en el cual forman un cordón franco claramente apreciable. Será, pues, muy ventajoso para el cirujano incindir de un golpe, en todo caso, la pared anterior del canal inguinal en cierta extensión á partir del orificio cutáneo, y hacer voluntariamente lo que ciertos operadores han hecho accidentalmente obligados por las circunstancias.

2.º Una vez descubierto el ligamento redondo, y separado de los tegidos que le rodean, y de las bridas que le adhieren á las regiones ó partes vecinas, comienza la segunda parte de la operación, la reducción ó acortamiento.

Se saca el ligamento lo más suavemente que sea posible para evitar su ruptura; se coloca sobre él una pinza hemostática, y se ejecuta sobre el lado opuesto la série de maniobras que vamos á enumerar.

Libres ya los ligamentos, el operador reduce el útero en la posición normal y confiando á un ayudante el cuidado de sostenerlo, tira de los ligamentos redondos más ó menos según el grado y la naturaleza de la desviación que trate de corregir. Hecho esto, sólo queda fijar el ligamento sobre los pilares inguinales y sobre los labios de la incisión.

Una aguja enhebrada con catgut se hace pasar al través del pilar uterino del ligamento redondo y del pilar externo. Otro hilo atraviesa las mismas partes, pero en sentido inverso, esto es, comenzando por el pilar externo y terminando por el interno. Es necesario tener cuidado de apretar moderadamente los hilos, para no comprometer la vitalidad del ligamento. En general, bastan dos puntos de sutura en cada ligamento. Las extremidades de los ligamentos pueden tratarse de dos maneras: ó reseccándolas enteramente, ó apelonándolas en el ángulo interno de la incisión.

Si queda duda de la asepsia del traumatismo operatorio, se coloca un tubo de drenaje en el ángulo inferior de la herida; y si se ha operado de un modo antiséptico completo, no hay necesidad del tubo. En este caso se cierra completamente la incisión.

Una cura antiséptica completará la operación.

La permanencia en el lecho durante un tiempo variable entre tres y seis semanas, la aplicación durante el mismo periodo del pesario vaginal ó intrauterino que convenga para la desviación, son los auxiliares necesarios de las maniobras operatorias. Al cabo de este tiempo puede juzgarse perfectamente el resultado operatorio.

Veamos ahora los resultados obtenidos por esta modernísima operación.

De las 133 operaciones que se refieren en el reciente trabajo de Mr. Puech, y cuyos resultados han sido cuidadosamente consignados, 37 corresponden á Alexander, 33 á Imbach, 6 á Burton, 4 á Duncan, 5 á Campbell, 4 á Lair, 1 á Smith, 2 á Kutner, 5 á Slawjanski, 3 á Emmet, 4 á Lediard, 1 á Lawson-Tait, 2 á Zeiss, 3 á Lée, 1 á Keit, 1 á Groom, 3 á Polk, 1 á Mündé, 3 á Adams, 1 á Teeres, 2 á Duplay, 1 á Pozzi, 1 á Bouilly, 1 á Dubreuil.

Veinticinco veces se hizo la operación para el prolapsus uterino, y 103 veces el cirujano se proponía remediar los accidentes producidos por una desviación hacia atrás (retroflexión ó retroversión). En las 25 operaciones que se ejecutaron contra los descensos de la matriz, se notaron 19 curaciones, dos alivios y 4 éxitos frustrados. En los 103 casos de retro-desviación la cifra de las curaciones se elevó á 81 la de las mejorías á 6 y las de éxitos frustrados á 22. El total de las operaciones de que tenemos noticia, arroja la cifra de 100 curaciones, 7 mejorías y 26 fracasadas.

Estos resultados son muy brillantes; nosotros, sin embargo, no debemos disimular que la historia se enriquece mucho más pronto, de observaciones fáciles que de fracasadas; y que estadísticas, como la que acabamos de publicar, no son siempre la expresión exacta de los resultados obtenidos del número de operaciones hechas, porque las operaciones fracasadas no siempre se publican. No creo por mi parte que operando como Alquié-Alexander, de 25 casos de prolapsus uterinos no escogidos se obtenga la curación de 19. Semejante proporción de éxitos es inadmisibile, cuando se sabe que el prolapsus resulta de lesiones complejas primarias y secundarias. Yo creo que la resurrección de esta operación, no tendrá la importancia ni la duración que la atribuyen ciertos autores. A mi juicio, la perineorrafia unida á la colporráfia deben constituir la piedra angular del tratamiento del prolapsus.

Respecto á las desviaciones posteriores simples pueden ocurrir dos cosas: ó el útero está fijo por adherencias, ó es móvil. En el primer caso, mientras permanezca sujeto hacia atrás de nada sirve atraerlo hacia adelante; y en el segundo caso, si el útero está movil, puede hacerse la reducción con mucha más eficacia por medio del pesario de Hodge.

Cuando la indicación de fijar el útero hacia adelante es positiva y urgente, preferimos en todo caso la laparo-histerorráfia, porque se puede, una vez abierto el vientre, librar el útero de sus adherencias, y fijarle hacia adelante de modo mucho más cierto. En cuanto á nosotros nunca hemos tenido que eje-

cutar ninguna de estas operaciones después de haber practicado el masaje.

Laparo-histerorrafia ó histeropesia

Esta operación consiste en abrir el vientre, como en toda laparotomía y en suturar el útero á la pared abdominal anterior.

Ha recibido diversos nombres.

A. Kelly, de Filadelfia, la llama histerorrafia.

Saenger la describe bajo el nombre de «Corrección de la retroflexión uterina por la laparotomía y la fijación ventral del órgano (perative Beseitigung der Retroflexio Uteri durch die Laparotomie und ventrale Fixation des Organs).»

Encontramos una de estas denominaciones insuficientes y la otra muy larga.

Nosotros la hemos llamado *Laparo-histerorrafia* antes que otros le pusieran nombre en Francia. Este término me parece que designa bien la materia de que se trata.

No tenemos ninguna objeción que hacer al nombre de histeropesia que parece que está hoy en voga.

No nos detendremos mucho acerca de la historia de esta operación.

Kerbeli, el primero en 1877, suturó la parte anterior del útero á la pared abdominal.

Su conducta fué imitada por P. Mullier, Hennig, Olshansen, Lawson-Tait, Kelly y otros.

Todos estos cirujanos hicieron la histerorrafia accesoriamente en el curso de la laparotomía, cuando encontraron el útero desviado hacia atrás.

Saenger fué el primero que la ejecutó deliberadamente y sin otro objeto que curar la desviación.

Sin embargo, tanto Saenger como sus imitadores han debido practicar frecuentemente operaciones accesorias (oophorectomía y salpingotomía) que superan en dificultades á la operación premeditada.

Aquellas están indicadas, cuando los anejos están enfermos y la desviación es fija y presenta síntomas intensos y rebeldes.

Cuando se emprende, pues, una laparo-histerorrafia es necesario estar preparados para ejecutar en caso de necesidad, otras operaciones secundarias graves y laboriosas.

Operación

Podemos dividirla en cuatro tiempos:

- 1.º Incisión abdominal;
- 2.º Inquisición del útero, liberación de sus adherencias y ejecución de las operaciones complementarias;
- 3.º Sutura uterina y
- 4.º Sutura de la incisión abdominal.

1.º *Incisión abdominal.*—Para conseguir la entrada en el abdomen es preciso: abrir el vientre desde la sínfisis hasta el ombligo y descubrir el vacinete, apartando hacia arriba el paquete intestinal por medio de esponjas ó de servilletas. Después introduce el operador la mano en el vacinete y procede al segundo tiempo.

2.º *Inquisición y aislamiento del útero.*—Grandes dificultades pueden presentárenos aquí, señores. Para comprenderlas conviene representarse el útero, no móvil, sano y recién desviado; sino rodeado de falsas membranas, y adherido á las partes vecinas, ya por sí mismo, ya por sus anejos.

Los anejos, ovarios y trompas pueden estar englovados y ocultos en las falsas membranas, y desfigurados por la ovaritis, por la salpingitis, ó por la participación de estos órganos en la formación de un quiste tubo-ovárico.

Sin embargo, procediendo con prudencia y con método, puede conseguirse, separando las adherencias con los dedos, aislar el útero y sus anejos, y orientarse acerca de la posición de los órganos.

Si se encuentran ovarios enfermos conviene quitarlos. Si es necesario hacer la ablación de las trompas, son indispensables las ligaduras porque conviene evitar todo acceso, del contenido de una salpingitis, en el peritoneo. Se harán las secciones por medio del termocauterio, que bajo el punto de vista de la antisepsia, ofrece más garantía que el cuchillo.

Libre el útero y terminadas las operaciones accesorias necesarias, el operador empuja al útero hacia el ángulo inferior de la incisión, le eleva y le confía á sus ayudantes y se procede enseguida al tercer tiempo.

3.º *Fijación del útero.*—Tres clases de suturas se han practicado; una por Saenger y sus antecesores, otra por Leopold y la tercera por M. F. Terrier.

Sutura según Saenger.—Este coloca los hilos sobre las partes laterales del útero.

El más alto traspasa el ligamento redondo en su origen.

El segundo y el tercero se colocan más bajos sobre la hoja anterior del ligamento ancho.

Un ayudante toma estos hilos que permanecen enhebrados en su aguja y los coloca en las pinzas de *forcí-presura*.

El operador procede del mismo modo en el otro costado.

Cuando estén colocados todos los hilos de los dos costados del útero, se acerca éste á la pared abdominal.

Como cada hilo está en su aguja se las conduce atravesando el punto de la pared abdominal situado enfrente, para obtener en cada lado tres suturas que reunan el útero á la cara interna de la pared del abdomen.

Se tirará de los hilos hasta que el órgano llegue al contacto de la pared, y se atará el cabo que ha atravesado la pared abdominal, con el que no ha atravesado más que el útero.

Es necesario cuidar que no quede ni arriba ni en los lados espacios que puedan producir una oclusión intestinal.

Se cierra después en la sutura abdominal como en toda laparatomia.

Esta sutura tiene, pues, seis hilos perdidos.

Sutura según Leopold.—Habiendo observado éste que después de la operación cesarea los úteros incindidos permanecían pegados ó adheridos á la pared abdominal de un modo duradero, supuso que una adherencia que se produce de este modo sin ser buscada, era fácil de provocar empleando las condiciones necesarias para determinarlas.

Leopold colocaba sus hilos del modo siguiente: Atravesaba del exterior al interior la pared abdominal en un costado de la incisión, después conducía el hilo á través de la cara posterior del vértice del útero, la aguja debía de pasar por bajo de la serosa y penetrar también un poco en la capa muscular, y el hilo atravesaba por último el otro labio de la incisión abdominal, caminando de dentro á fuera.

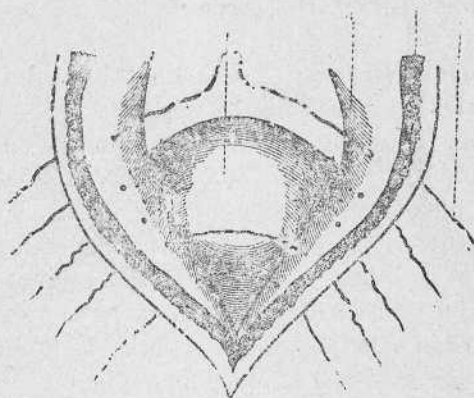


Fig.^a 125.—Laparo-histerorrafia. Figura que representa la disposición de los hilos. Las líneas de estos puntos indican el útero, el peritoneo, la pared abdominal y uno de los hilos de la sutura abdominal.

En su última operación colocó un sólo hilo, y en otras tres.

El asa tenía, pues, su parte media en el tegido uterino, y los dos cabos salían de cada costado al través de los bordes de la abertura del abdomen.

Leopold raspaba superficialmente la mucosa uterina en la línea media, en el punto que había de estar en contacto con la pared abdominal y limpiaba los pequeños derrames con gasa iodoformada.

Cerraba enseguida la incisión, y el hilo que atravesaba el útero, concurría también á la sutura de la misma.

Quitaba estos hilos el día décimo después de la operación.

Procedimiento de fijación de F. Terrier.—Introducida en la cavidad la mano derecha hacia el útero y la otra hacia la incisión parietal. Por medio de la aguja de Reverdin (1) colocaba longitudinalmente un hilo de seda que penetrando un poco en su tegido servía para atraer el órgano hacia arriba y mantenerlo detrás de la pared abdominal (véase la figura 127).

Los intestinos son rechazados hacia arriba y atrás por medio de compresas empapadas en una solución fenicada débil.

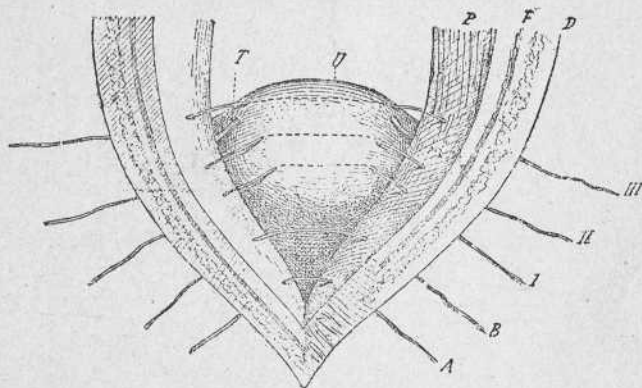


Fig.^a 126.—Histeropesia (por retroflexión) por el procedimiento Leopold.—I, II, III, Hilos suspensorios del útero.—A, B, Hilos de sutura de la pared abdominal.—U, Utero.—T, Trompas.—P, Peritoneo.—F, Faja subperitoneal.—D, Dermis.

Pasaba oblicuamente un hilo grueso de catgut, desde luego por la izquierda al través de los labios de la abertura de la pared abdominal exceptuada la piel, salía de nuevo por el peritoneo y era conducido de izquierda á derecha por el mismo espesor del tegido uterino casi al nivel de la reunión del cuello y del cuerpo, y por último era pasado de nuevo por el la-

(1) Describimos la aguja de Reverdin en la figura 129.

bio derecho de la abertura abdominal siempre exceptuada la piel. Después coloca una pinza de presión en cada una de las extremidades de este hilo. Un segundo y después otro tercer hilo grueso de catgut se pasa también el uno por medio del cuerpo y el otro por muy cerca del fondo del útero, sostenidos por pinzas de presión.

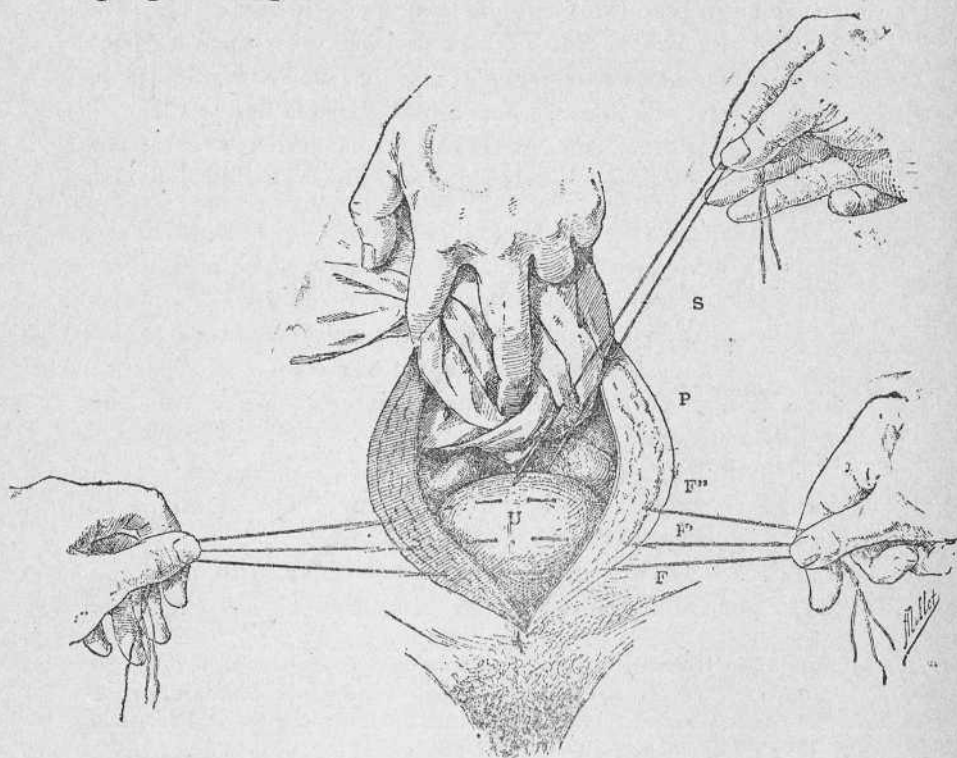


Fig.^a 127.—Hysteropexia por el procedimiento de M. Terrier.
U, Útero.—F, F', F''. Hilos fijadores.—S, Hilos suspensorios.—P, Pared abdominal.

Bien limpio todo con la esponja se hacen sucesivamente tres ligaduras, procediendo de abajo arriba, y después se eleva el hilo de seda colocado en el fondo del útero para mantenerlo elevado mientras se procede á la sutura. La incisión abdominal se sujeta por arriba con tres hilos de plata que atra-

viesan el peritoneo y por abajo con tres hilos de clin de Florencia al nivel de las suturas del útero. Colócase un pequeño tubo de drenage en el ángulo inferior de la herida.

Cura antiséptica de Lister. Gasa iodoformada y *drainage* sobre la incisión.

El procedimiento de fijación de Terrier constituye en mi juicio un progreso serio sobre los de Saenger y Leopold; creo, sin embargo, que se perfeccionaría todavía más suprimiendo el hilo de seda que sólo sirve para elevar el útero durante la operación.

El hilo de catgut, colocado transversalmente, puede desempeñar perfectamente este oficio; conduciendo sus dos extremos al fin de la operación al través de los labios de la incisión abdominal, sirve para la sutura. De este modo no se punza inutilmente el útero y se hace más corta la operación.

Sin negar las ventajas que la laparohysterorrafia pueda presentar en ciertos casos excepcionales graves y rebeldes, no se puede menos de concluir que sus indicaciones deben ser muy restringidas.

Cuando los anejos del útero están enfermos, las afecciones ovaricas ó tubarias son las que indican la laparotomia, y la sutura uterina sólo es una medida accesoria.

Cuando los anejos están sanos y el útero fijo, juzgamos que la laparotomia no puede ser justificada sin ensayar antes la movilidad del órgano por medio del masage.

Cuando el útero desviado está libre de adherencias, la operación de Alquié-Alexander nos ofrece un medio más sencillo y más anodino aunque menos seguro de aproximar el fondo del útero á la pared abdominal.

LECCIÓN DÉCIMANOVENA (1)

TRATAMIENTO DE LAS DESVIACIONES POSTERIORES (continuación) DEL ACORTAMIENTO INTRA-ABDOMINAL DE LOS LIGAMENTOS UTERINOS.

Posición de Trendelebourg para la laparotomía

Señores:

Hemos descrito en la lección anterior los diferentes procedimientos operatorios que tienen por objeto el enderezamiento del útero desviado hacia atrás. Una de estas operaciones (operación de Alexander) tiene por objeto el acortamiento extra-abdominal de los ligamentos uterinos; otra (histeropesia) consiste en suturar el útero desviado, á la pared abdominal. Ahora debemos completar el tratamiento de las retro-desviaciones uterinas graves, con la descripción de una tercera operación que permite, como la hysteropectia, la laparotomía y que consiste en el acortamiento intra-abdominal de los ligamentos redondos.

En la operación de Alquié-Alexander, se trata de descubrir el ligamento redondo, practicando el acortamiento extra-peritoneal y de fijarlo sobre los pilares inguinales y sobre los labios de la incisión.

En la operación que vamos á describir se trata igualmente de acortar el ligamento redondo, pero se procede con más se-

(1) Esta lección inédita, la debemos á la exquisita galantería del Dr. Lutand, á quien damos las gracias por esta distinción.

guridad puesto que el acortamiento se practica abriendo la pared abdominal y operando al descubierto en dicha cavidad.

Esta concepción que consiste en acortar, después de una laparotomía exploratriz, los ligamentos redondos, cuya prolongación causa las retro-desviaciones, es muy reciente. Como otros muchos procedimientos originales, este ha sido importado de América, habiendo sido M. Marcel Bandonin el primero que la ha descrito en Europa.

Este método comprende dos tiempos principales: 1.º *la laparotomía exploratriz* y 2.º *la fijación del útero* en una buena posición por medio del *acortamiento intra-abdominal* de aquellos ligamentos uterinos cuya prolongación ha sido la causa ó actualmente es, el efecto de la retro-desviación, á saber, los ligamentos *útero sacros* y los *anchos* de una parte y los ligamentos redondos de la otra.

Nada de particular ofrece la laparotomía exploratriz puesto que es idénticamente la misma que la que precede á toda ovariectomía ó hysterectomía. Recomendamos á este propósito la posición de Trendelenbourg acerca de la cual diremos algunas palabras.

Posición de Trendelenbourg.—Esta posición, que desde luego debe aplicarse á todas las laparotomías, tiene por objeto impedir que la masa intestinal salga fuera después de la incisión abdominal. Consiste en levantar la pelvis y sostener las rodillas sobre un caballete. Merced á este procedimiento toda la masa intestinal abandona la vagina y sin embargo permanece en la cavidad abdominal. El útero y sus anejos están separados y el operador puede trabajar cómodamente sin necesidad de ayudantes que sostengan las asas intestinales en el abdomen. Entremos de lleno en la operación propiamente dicha.

Operación para el acortamiento intra-abdominal de los ligamentos intra-uterinos

Esta operación comprende varios tiempos:

1.º *La laparotomía explorativa* que nada ofrece de particular.

2.º *Destrucción de las adherencias peri-uterinas.*

Si se trata de una retro-desviación móvil, dice Mr. Bandoín, este tiempo está reducido á cero; en el caso contrario, puede adquirir una importancia considerable. No insistimos mucho en él, por la razón siguiente, que á nuestro parecer es capital: el acortamiento intra-abdominal de los ligamentos redondos sólo debe ensayarse cuando las adherencias pelvianas y peri-uterinas sean poco importantes. Explicaremos esto.

Cuando abierto el abdomen, tropezamos con un vacinete lleno de falsas membranas, gruesas y coriáceas, que inmortalizan todos los órganos pelvianos y engloban el útero retro-desviado y sus anejos muchas veces enfermos, es inútil; á nuestro juicio, ensayar el acortamiento de un ligamento cualquiera del útero, pues es trabajo perdido. Supongamos, por ejemplo, que hayamos llegado á separar el útero después de manipulaciones intrapelvianas largas y delicadas; que se haya llegado también á aislar los ligamentos uterinos después de destruir las adherencias útero rectales ó útero intestinales, sería ilusorio querer realizar el acortamiento intra-abdominal. Los intestinos están muy alterados, muy retraídos y muy atrofiados para esto, y la operación sería insuficiente. Estos casos son del dominio de la histeropexia intra-peritoneal que es la *única* que puede darnos un resultado duradero creando ligamentos nuevos y sólidos. No recurriendo á este nuevo tratamiento no se conseguirá el objeto ni se obtendrá un enderezamiento persistente del útero.

3.º *Acortamiento de los ligamentos.*—Este tiempo es el que constituye verdaderamente la operación de que nos ocupamos.

El acortamiento puede tener lugar en los ligamentos anchos, los útero-sacros y los redondos; pero nosotros sólo indicamos aquí los procedimientos que se aplican á los ligamentos redondos porque los restantes no tienen aún la sanción suficiente para ser expuestos en un manual.

Vamos á describir dos procedimientos:

1.º Procedimiento Wylie (acortamiento por repliegue de cada uno de los ligamentos).

2.^o Procedimiento de Polk (acortamiento por acodadura y soldadura de los ligamentos redondos delante del útero).

Procedimiento de Wylie.—Para ejecutar el acortamiento de los ligamentos redondos, Wylie prende uno de los ligamentos con una pinza de presión cerca de su parte media, á igual distancia del cuerno uterino y del puvis. Hecho esto, le saca fuera por la incisión abdominal, después aviva, raspando el peritoneo que la recubre, la *cara interna* del pliegue que se forma al levantar el ligamento. Resta colocar las suturas destinadas á asegurar la persistencia del pliegue y á determinar la reunión de las dos partes del asa ligamentosa. Para hacer esto, Wylie aplica tres sólidas ligaduras de seda alrededor del pliegue formado, haciendo pasar la aguja á través del ligamento redondo.

Estas ligaduras deben hacerse con cuidado y procurar seccionar las partes que se quieren reunir apretando muy bien las suturas.

De este modo el acortamiento es dos á tres pulgadas y media.

En todo caso Wylie completa las ligaduras con muchos puntos de sutura á fin de asegurar la unión más perfecta posible de las superficies avivadas. Hecho lo mismo en el otro lado, no hay más que cerrar la incisión abdominal. Wylie coloca enseguida en la vagina un pesario Hodge. En las lecciones siguientes describiremos el uso de los pesarios aplicados al tratamiento de las retro-desviaciones.

Procedimiento de Polk. Acortamiento por acodadura y soldadura por delante del útero.—Polk acorta los ligamentos redondos en el curso de una laparotomía, de un modo enteramente diferente de los procedimientos anteriores. Disminuye la longitud de los ligamentos determinando en ellos también la formación de un *codo*, es decir de un repliegue en cada uno de ellos, pero la manera con que él asegura la persistencia de este repliegue que es interno en vez de ser externo como en los procedimientos anteriores, es más elegante, hasta más práctica, más fácil y más segura.

Hé aquí como se procede: una vez abierto el abdomen, *aviva*

à tres cuartos de pulgada de sus extremidades uterinas los ligamentos redondos al nivel de su *cara interna*. Hecho esto, los lleva hacia adelante del fondo del útero y los acoda interiormente, los une el uno al otro por el vértice del asa, en el punto avivado, por medio de una sutura hecha con un hilo resistente.

Si después de esta primera ligadura el acortamiento no le parece todavía suficiente, lo acentua haciendo otra ligadura por delante de esta.

Esta manera de confrontar los dos ligamentos redondos y de reunirlos, anastomasándolos en forma de X por detrás de la vejiga, no debe ser de una ejecución tan sencilla como el método por repliegue de Wylie; pero se comprende perfectamente que bien ejecutado debe producir un resultado idéntico. (Baudoin).

Por más que estos diversos procedimientos de acortamiento intra-abdominal de los ligamentos redondos, no hayan sido todavía sancionados en Francia por la práctica, hemos juzgado conveniente hacer una ligera descripción de ellos.

En principio, estos procedimientos nos parecen superiores á la operación de Alquié-Alexander.

LECCIÓN VIGÉSIMA

ORTOPEDIA UTERINA (continuación)--TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSUS DEL UTERO Y DE LA VAGINA—PERINEORRAFIA —COLPOPERINEORRAFIA

Señores:

Las operaciones practicadas con el fin de prevenir la formación del prolapsus entran en nuestra clasificación con el mismo título, que las destinadas á curar esta afección, una vez declarada ó constituida.

Entre las operaciones que tienen carácter preventivo ó profiláctico son las más importantes la traquelorrafia y la perineorrafia.

Ya hemos descrito la traquelorrafia, hemos explicado su objeto y su alcance ortopédico, por lo cual no trataremos otra vez de ella (véase la lección 7.^a).

Ya se ejecute esta antes ó después del prolapsus, sólo tiene un valor accesorio; pues la perineorrafia es la que constituye la parte esencial de todo tratamiento quirúrgico de la procedencia del útero y de la vagina, sea curativo ó simplemente preventivo.

Perineorrafia

La perineorrafia es una operación que tiene por objeto restaurar el periné, mutilado por desgarraduras recientes ó antiguas.

Estas desgarraduras son en general causadas por:

La estrechez del anillo vulvar y de la vagina, la altura anormal del periné y la rigidez de los tegidos.

La rápida expulsión de la cabeza fetal.

Las contracciones violentas.

El volúmen considerable de feto.

Las operaciones tocológicas laboriosas ó mal dirigidas.

El traumatismo obstetrical es naturalmente más frecuente y más intenso en las primíparas.

La conducta que se ha de observar cuando hay sospechas de que el periné está lastimado, consiste en colocar la embarazada en el decúbito lateral izquierdo (posición inglesa).

De este modo toda la región se encuentra expuesta á la vista del tocólogo, que puede retardar la expulsión hasta el momento en que juzgue que las partes están suficientemente dilatadas; puede igualmente sostener con eficacia el periné y desbridar en caso necesario el orificio vulvar por incisiones laterales, y por último, si apesar de todas estas precauciones se produce la ruptura, está en las mejores condiciones de aproximar los pedazos y suturarlos.

La ruptura perineal puede ser parcial ó completa. Es parcial cuando no pase del cuerpo perineal y completa cuando además el esfínter y el recto están desgarrados.

La operación varía según que sean recientes ó antiguas las desgarraduras.

En el primer caso debemos ejecutar la perineorrafia *inmediata*, y en el segundo la perineorrafia *tardía*.

Perineorrafia inmediata

Los cirujanos, se resistían en otro tiempo á reunir las desgarraduras vivas del periné. Hoy gracias á los progresos de la antisepsia, la cuestión ha sido resuelta en favor de la *restauración inmediata*.

Ahlfeld y otros aconsejan, sobre todo cuando la enferma está anestesiada, no esperar el alumbramiento, sino comenzar por reunir la desgarraduras inmediatamente después de la expulsión.

La aproximación de los pedazos hace cesar las hemorragias y cierra la puerta á la infección: desde hace dos años vengo procediendo así y no he hallado más que ventajas.

Se ha objetado contra la intervención inmediata: 1.º el estado de las partes; 2.º el flujo loquial y el estado puerperal y 3.º el paso de la orina por la herida durante los primeros días.

Examinemos brevemente estas objeciones.

1.º *El estado irregular de los pedazos con frecuencia desgarrados* puede regularizarse siempre, por la excisión, de las partes expuestas á esfacelarse, hecha por medio de tijeras y de este modo es posible establecer superficies sanas y regulares, que se adopten fácilmente.

2.º *El flujo loquial*, sea ó no séptico, no es motivo para que nos obstengamos; al contrario la reunión impedirá la inoculación de estos virus en las partes vivas.

3.º *El paso de la orina*.—Para evitarlo no hay más que sondar la mujer durante los primeros días, por más que la orina normal no es séptica.

En resumen, el traumatismo obstetricial no difiere de ningún otro. Estando bien esterilizado, no hay razón para repararlo lo más cerca posible del momento de su producción.

La operación se hace más rápida porque de este modo nos ahorramos el tiempo del avivamiento.

El curso de la operación se confunde con el del parto.

Restauración de las desgarraduras incompletas

Dividimos las desgarraduras en *superficiales* y *profundas*.

Desgarraduras superficiales.—La restauración de éstas, apenas merece el nombre de operación.

La parida está en decúbito dorsal con el trasero al borde del lecho.

Después de irrigar y limpiar la vagina y la herida, se dan algunos puntos de sutura entre las partes desgarradas, que deben aproximarse cuanto se pueda, tanto del lado de la vagina, como del lado exterior.

La distensión que precede á la ruptura produce en general la insensibilidad en los tegidos, de modo que el paso de la aguja no provoca dolor.

En el caso contrario, se aplica á las desgarraduras una solución de cocaína de 2 gramos por 10.

El tratamiento consecutivo será el mismo que para el caso siguiente.

Desgarraduras profundas.—Los instrumentos necesarios son:

Tijeras curvas sobre el plano,
Pinzas *monográficas* de *forcipresura*,
Agujas y

Un aparato irrigador continuo, lleno de una solución de sublimado al 5 por 1.000.

Es necesario tres ayudantes: uno está encargado de la anestesia, y los otros tienen las piernas y asisten al operador.

Se coloca la enferma en el borde del lecho.

Desde luego se irriga la vagina y después se pone de manifiesto la herida, separando los labios de la vulva por medio de las pinzas sostenidas por los ayudantes.—Todo dispuesto así se impeciona la desgarradura.

Si esta es regular, no hay más que *limpiarla* cuidadosamente.

Si es irregular, sobre todo cuando los tegidos están alterados, conviene regularizarla y *preparar* las superficies que han de aproximarse.

El tiempo de la operación es mucho más corto cuando el operador ha sido testigo de la rasgadura, porque los pedazos están frecuentemente dislocados y deformados en tales términos, que es difícil orientarse acerca del modo de reunirlos, cuando no se ha asistido á su separación.

Conviene recordar que las desgarraduras son con más fre-

cuencia algo laterales, y no se encuentran perfectamente en medio. De ordinario la separación sólo es antero-posterior; pero hay casos en que los tegidos están también separados en sentido transversal.

En fin, gracias á su punto de partida, los tegumentos de un lado de la vagina y de la vulva pueden encontrarse tocando el borde opuesto de la desgarradura.

Además, que á causa de la anemia y de la desorganización, los tegidos pierden también su forma y su aspecto.

En la preparación de la superficie, el operador debe tener en cuenta que no obtendrá la reunión si produce cualquier mortificación en las partes suturadas. Escindirá y separará por consiguiente todos los tegidos sospechosos; es decir, lividos, descoloridos ó negruzcos, y todo lo que cuelgue sin relaciones circulatorias, con el fondo de la herida.

La preparación de la superficie puede exigir sacrificios en algunos casos.

Procedimientos operatorios.—Las reglas generales para la restauración del periné son las mismas que hemos descrito ya, con ocasión de otras operaciones autoplásticas. Señalaremos, sin embargo, á este propósito, los progresos introducidos en la práctica de Gineología Operatoria por Mr. A. Reverdín, que ha perfeccionado el menage de su mesa de operaciones y sus suturas.

La mesa de operaciones de Reverdín es muy sencilla: su parte superior lleva una barra de hierro transversal, que sirve de soporte á los pies de la operada y á los antebrazos del cirujano, cuyos movimientos se hacen más seguros y menos molestos; tiene además un delantal en forma de saco, que se fija por el otro extremo por bajo del trasero de la enferma. El fondo de este saco está dotado de un orificio que da paso á los líquidos y los conduce á un recipiente colocado debajo.

Sutura.—No pudiendo estudiar todas las suturas empleadas, os exponremos las más modernas, las más típicas y las más racionales.

Ciertos operadores conceden gran importancia á la naturaleza del hilo y la clase de agujas que emplean; pero nosotros

juzgamos que estos detalles son enteramente secundarios. Lo esencial es resecar bien y emplear un hilo antiséptico y no reunir más que superficies muy vivas y muy esterilizadas.

El catgut es el hilo que más se recomienda y, á nuestro juicio, es el peor; porque con frecuencia se reabsorbe ó se rompe antes que la reunión haya adquirido la necesaria solidez.

Preferimos la seda iodolada y el hilo metálico.

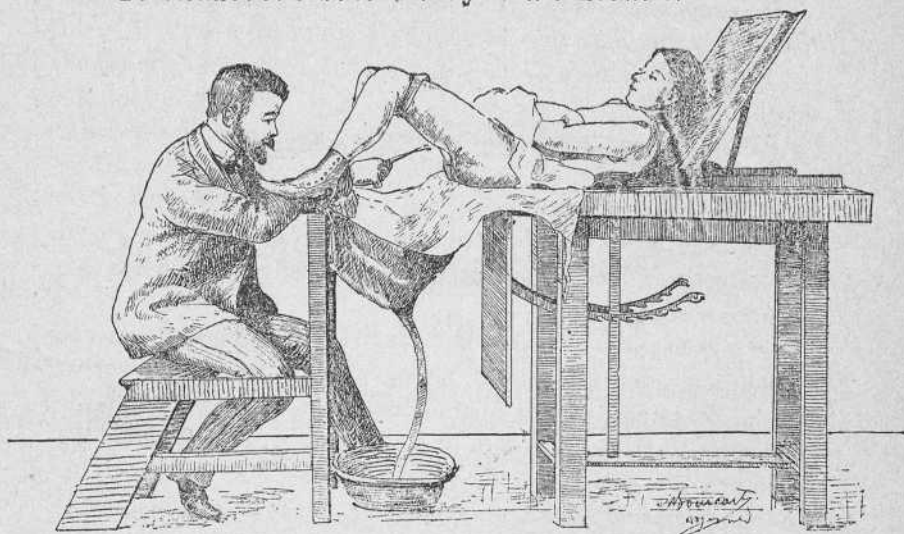


Fig.^a 128.—Asiento-escalera de A. Reverdin.

Agujas.—Debemos decir algo acerca de las agujas, y más particularmente sobre las mejoras introducidas en ellas por el profesor Reverdin. Este ha tenido la buena idea de dar al mango de su aguja una armadura metálica para facilitar su limpieza; le ha dotado de un volumen bastante considerable para poderle coger bien y ha conseguido que la aguja resulte montada en ángulo recto con dicho mango (figura 129).

Un simple esfuerzo, al cerrar la mano, abre el ojo, el cual se cierra tan pronto como cesa la presión. El hilo llevado á lo largo de la aguja encuentra necesariamente el ojo y se enhebra por sí misma. Una pequeña sacudida anuncia al operador

que su aguja está dispuesta. Es una verdadera *aguja de ciego*. El uso de esta aguja, algo difícil de explicar, es de una sencillez extrema, pues no exige más que un movimiento de presión y de relajación de la mano y un movimiento de pronación y de supinación, que son familiares á cualquiera.

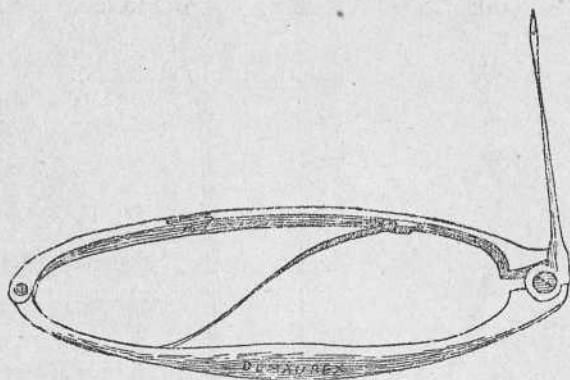


Fig.ª 129.—Aguja de A. Reverdín.

En un modelo reciente, gracias á un sencillo mecanismo, la aguja se repliega en el mango, lo que permite llevarla en el bolsillo sin temor de accidente alguno (figura 130).

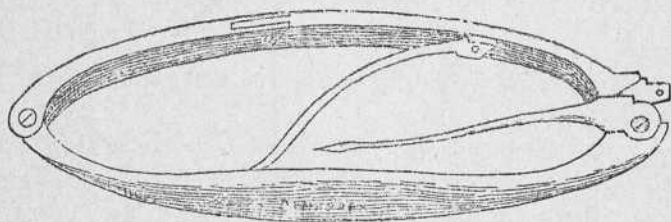


Fig.ª 130.—Aguja de bolsillo de A. Reverdín.

Para suturas ginecológicas, el autor ha hecho construir agujas largas y curvas de todas las formas apetecibles (figura 131).

El mango, que tiene la forma de un dinamómetro de mano, y aún la misma aguja, son fáciles de desarmar.

Sutura de puntos interrumpidos.—Esta clase de unión re-

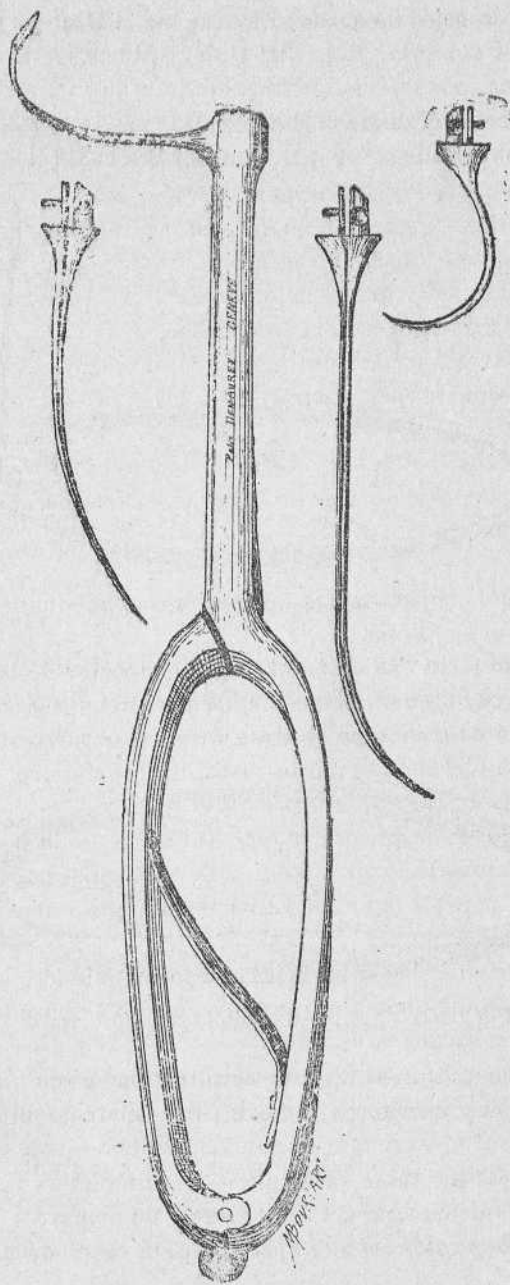


Fig.^a 131.—Aguja de A. Reverdin para las operaciones ginecológicas.

quiere dos especies de suturas: las superficiales y las profundas.

1.º *Suturas profundas*.—Enhebrada una aguja grande con un grueso hilo de seda, se introduce en los tegidos casi á un centímetro del borde de la desgarradura, á la altura de la horquilla; el índice izquierdo colocado en el recto servirá para guiarla; caminará entre la vagina y el recto por las capas profundas para salir por el lado derecho de la desgarradura, á un centímetro de distancia del borde.

Hacemos tres ó cuatro puntos profundos según las dimensiones del desgarro del periné. Los hilos no se atarán en seguida.

Estos puntos deben ser profundos en toda su extensión, esto es, que no deben notarse en ninguna parte de la superficie desgarrada.

2.º *Suturas superficiales*.—Se hacen por medio de pequeñas agujas con seda fina.

El primer punto se da en el ángulo superior de la desgarradura vaginal, el cual debe estar herméticamente cerrado.

Los siguientes, como si se tratan de una sutura interrumpida, ó por intervalos, se darán casi á un centímetro de distancia unos de otros.

Se sostiene con la pinza de garras el borde de la desgarradura, se introduce la aguja á 4 ó 5 milímetros del borde, á fin de que salga por el lado opuesto enteramente enfrente del punto de entrada.

Conviene reunir las superficies con gran cuidado, sirviéndonos de pequeños tenáculos, por cuyo medio se impide la retracción de los bordes de la llaga.

Una vez cerrada ésta, es necesario ocuparse de los hilos que dejamos sueltos en sus lugares respectivos. Si el periné no está elevado y no hemos dado más que dos ó tres puntos, bástanos anudarlos.

Si el periné elevado ha sido desgarrado en gran extensión, preferimos fijar los hilos en cuadraditos de caoutchouc

endurecido, dotados de pequeñas aberturas, por las cuales se hace pasar los hilos, y se anudan sobre los mismos.

Pedazos de tubos de *drenage*, de uno á uno y medio centímetros de longitud, pueden dar el mismo servicio.

Las extremidades de cada dos hilos contiguos se hacen pasar en sentido inverso por el tubo y después se anudan; se hace lo mismo en el otro lado con las extremidades de otros dos hilos, y se anudan después de asegurarse de la unión íntima de los labios de la herida en toda su extensión.

Expondremos más adelante, en la lección en que nos ocupemos de la perineorrafia según Lawsón-Tait, la sutura con hilo de plata. Esta sutura puede sustituir perfectamente á la que acabamos de describir.

Terminada la sutura se aumenta la irrigación, se hace una inyección vaginal y un nuevo lavado minucioso de las partes externas; después espolvoréase la sutura con iodoformo, y se aplica un largo lechino de gasa iodoformada de dos ó tres dobleces, y que recubra toda la extensión de la sutura, se fija todo por un bendaje en T, las piernas se mantienen aproximadas por medio de una tohalla atada alrededor de los muslos y la enferma está acostada en su propio lecho.

Cuidados consecutivos:

Cateterismo de la vejiga durante los 3 ó 4 primeros días.

Inyecciones vaginales é insuflaciones de polvo de iodoformo tres veces al día.

Cambio frecuente del bendaje en T.

Se procurará conservar el estreñimiento todo el mayor tiempo posible; pero si la enferma tiene necesidad imperiosa, es necesario facilitar la defecación por medio de enemas.

Las partes se lavarán cuidadosamente después de cada deposición.

Las suturas se quitarán del octavo al décimo día.

Quando no es completa la reunión, ó es parcial, se dan puntos secundarios, que se dejan durante ocho días más.

Para terminar nuestras explicaciones sobre la perineorrafia inmediata, réstanos examinar el procedimiento operatorio

en caso de ruptura completa del ano, del esfínter ó de una parte más ó menos grande del recto.

Restauración de las desgarraduras completas

La cosa aquí es más compleja que en el caso precedente, pues no sólo se trata de restaurar la vagina, la vulva y el periné, sino que además es preciso cuidar de la *oclusión de la cloaca* y de la *reconstitución del esfínter circular del ano*.

Sólo he tenido dos veces ocasión de reunir desgarraduras completas recientes. Por más que no he obtenido ni en uno ni en otro caso una reunión completa de primera intención, considero, sin embargo, como indicada la intervención inmediata, pues habiendo hecho desde luego la sutura por el lado del recto, la desgarradura completa, quedó transformada en ambos casos en una desgarradura incompleta, y además porque, según mi opinión, habría obtenido un resultado más completo, si hubiera sacrificado desde luego en su totalidad los tegidos sospechosos.

La preparación de las superficies toma aquí una importancia enteramente especial.

Habiendo sido mutilados los tegidos en un grado extremo, es necesario cortar para limpiarlos hasta que los pliegues de la herida estén libres de todo lo inútil, bajo el punto de vista de la reunión.

Se escindirá con tijeras grandes por el lado de la vagina, y en el lado del recto se usarán pequeñas tijeras que permitan limpiarlo con igualdad, y abrir con gran minuciosidad los bordes de la solución de continuidad.

La parida debe estar anestesiada y el recto vacío y limpio por medio de enemas copiosos, enviados desde mucha altura, por medio de una canula flexible.

La sutura continúa de repulgo y ordenada es la que nos parece más conveniente para este género de reunión.

De este modo puedo recurrirse á las suturas de Emmet ó de Hegar que encontrareis expuesta más adelante (página 364).

Sutura continua de repulgo y por cima.—El operador toma una aguja fina curva enhebrada con un hilo largo de seda iodolada.

Coge con las pinzas uno de los labios del ángulo superior y profundo de la herida rectal, atraviesa este labio, después el otro y saca el hilo y lo anuda sólidamente. La aguja no debe salir por el recto. Sólo el dorso de las paredes rectales debe coserse para que retrayéndose los bordes de la mucosa hacia el lado de la cavidad eviten la presencia de cuerpos extraños.

Esta sutura, idéntica á la que se practica en las heridas del intestino ó de la vejiga, se continúa por puntos muy próximos, hasta cerrar el recto. Esta es la primera parte de la sutura. Comienza sobre la pared rectal propiamente dicha, y termina por la parte de abajo sobre el ano. La segunda parte sube de abajo arriba y los primeros puntos deben restablecer la continuidad del esfínter.

Con la ruptura este músculo se retrae, y de circular se hace transversal y es necesario para unir sus bordes, prenderlos con las pinzas de garras y ponerlos en contacto. Una vez aproximados, la aguja penetra longitudinalmente en su espesor, y se multiplican los puntos de sutura en esta dirección para obtener una reunión sólida; cuando la circularidad del esfínter está reconstituida, se continúa el repulgo remontando hasta el centro del cuerpo perineal; la tercera hilera toman los tegidos á un nivel mal elevado y de este modo se continúa hasta que toda la desgarradura esté en coaptación perfecta.

Las hileras de puntos no deben comprender los tegidos exteriores, deben por consiguiente comenzarse y terminar á un centímetro del borde de la desgarradura.

Procediendo de este modo, la herida se reduce gradualmente y termina por presentarnos una superficie viva cuya longitud es de un centímetro próximamente. Este es el momento en que debemos cerrarla por completo: se hace salir la aguja por el ángulo superior ó por el inferior, según donde se haya terminado la última hilera profunda y se unen los bordes por una sutura superficial, que será la única visible.

Es necesario evitar en la sutura, vacíos no coaptados. Para

obtener este contacto perfecto y continuo de los pliegues de la herida, no hay que temer la multiplicación de las hileras ó líneas de suturas y la aproximación de unos puntos á otros. La irrigación continua es indispensable para lavar constantemente la herida, el hilo y la aguja.

La terminación de la operación es la misma que en el caso precedente; á fin de evitar las evacuaciones, conviene someter la parida á las prescripciones que indicaremos más adelante, al tratar de la perineorrafia en caso de rasgaduras completas antiguas.

No hay por qué preocuparse de las suturas que se reabsorven ó se enquistan.

Sutura contigua.—A fin de que aprendais á disponer la sutura en hilera conforme á planos regulares y líneas simétricas, os recomiendo el pequeño ejercicio siguiente: Tomad un pedazo de franela, plegarlo dos veces y coser el uno al otro en su espesor los dos dobleces, de modo que la sutura describa una figura romboidal ú obalada, cortad después en el interior del espacio suturado un rombo ó un óvalo regular en uno de los dobleces.

El borde de la franela representará el borde de la herida. La parte cortada representará la parte avivada. Trazad en el fondo de esta herida y á cada lado de la línea media líneas rectas que representarán las líneas de aproximación; tomad una aguja enhebrada con un hilo largo haciéndole un nudo en uno de sus extremos y dar el primer punto fuera de la herida hacia uno de sus ángulos. Se hace caminar la aguja bajo la franela desde este punto hasta aquel en que comienza la línea más central. La aguja sale y vuelve á entrar por este mismo punto; de este modo se termina el principio de la sutura profunda que se ejecutará yendo de una línea á otra hasta la extremidad opuesta del óvalo ó del rombo. Convendrá además, al llegar á esta extremidad, desviar la sutura de la hilera superior, para esto se atravesarán los tegidos para subir al principio de las segundas líneas y á las suturas de éstas.

El espacio que representa la herida se va reduciendo con cada nueva hilera. Cuando los bordes están bastante próxi-

mos, la aguja se desvía por uno de los lados de los bordes de la línea imaginaria, la cual puede cerrarse ya definitivamente.

Perineorrafia tardía

Designamos con este nombre la restauración operatoria de desgarros antiguos, es decir recubierto de granulaciones ó revestimientos cicatriciales.

La diferencia esencial entre la inmediata y la tardía consiste en el primer tiempo. En la primera es necesario solamente expurgar las superficies, y en la segunda se necesita avivarlas antes de reunir las.

No podemos hacer aquí el estudio y la crítica de todos los procedimientos operatorios ideados para esta restauración. Pueden dividirse en dos grupos:

- 1.º Procedimiento en pedazos.
- 2.º Procedimiento de simple avivamiento.

Los primeros estaban completamente desusados cuando Lawsón-Tait propuso un nuevo método que los ha hecho estar en voga nuevamente.

Describimos desde luego los procedimientos de simple avivamiento, y después expondremos la operación de Lawsón-Tait.

Perineorrafia por avivamiento

Este método consiste en separar los tegumentos en cierto espacio á cada lado de la región desgarrada, y en aproximar las superficies avivadas de este modo, por medio de una sutura.

Se da generalmente á este avivamiento la forma de un rombo, cuyo ángulo posterior se encuentra en la pared vaginal posterior, el anterior en el periné; y los laterales, al nivel de la extremidad inferior de los pequeños labios.

Preparación de la operada

Es esencial que la enferma no tenga evacuación alguna durante los primeros días que siguen á la operación.

Se obtiene el estreñimiento desembarazando el intestino desde luego, y admitirá después el mínimum de un alimento que dé poco residuo fecal. La víspera del día en que se ha de operar, se ordena un purgante por la mañana, y por la tarde una lavativa. Una hora antes de la operación, se expelen por medio de una segunda lavativa las materias que hayan podido acumularse desde la víspera, y después se le hace tomar de 15 á 20 gotas de láudano.

Administrándole además tres veces por día 0'25 gramos de bismuto y no permitiéndole otro alimento que huevos, vino y caldos. La operada podrá fácilmente permanecer de 5 á 8 días sin que sienta necesidad de deponer.

Instrumentos necesarios.—A los que hemos indicado para la restauración de las desgarraduras recientes, se añadirán pequeños bisturís, pinzas de disección, é hilo de plata, si el operador prefiere hacer la sutura metálica. El número y la misma disposición de los ayudantes y la irrigación continúa.

Avivamiento.—El operador introduce dos dedos en el recto, por medio de los cuales hace subir hacia adelante la parte inferior de la vagina y periné: dos ayudantes separan la vulva por medio de pinzas de garras. De este modo toda la región se encuentra expuesta, y es fácil reconocer la extensión, el eje, y la situación de la desgarradura. Es ordinariamente lateral en un trayecto vaginal, es decir, en lugar de ocupar la línea media, en que se encuentra el rafe, está situada al lado del mismo en una dirección paralela, y sólo es perfectamente media en el periné propiamente dicho. El operador no debe preocuparse de esta particularidad. El eje antero-posterior de

El avivamiento debe corresponder exactamente á la línea media, tanto en la vagina, como en el periné. La forma más sencilla de hacer el avivamiento es la de un rombo cuyo ángulo anterior se encontrará en el rafe de la vagina; el anterior, en el periné; y los laterales, debajo de la extremidad inferior de los primeros labios.

Las dimensiones de este rombo variarán según el grado de reducción que se quiera obtener; cuanto más suban los ángulos laterales en los lados de la vulva, más ganará en altura el periné con detrimento del orificio vulvar.

La extensión del avivamiento debe exceder siempre á el área de la desgarradura.

Una vez determinada la situación de los ángulos del rombo, coloco en cada uno de ellos una pieza *monográfica de forcipresura*, y trazo del uno al otro con el bisturí incisiones rectas que marcan los lados del rombo (véase la figura 133).

Este está constituido por dos triángulos. La intersección de sus lados forma los ángulos laterales del mismo.

Se acostumbra á comparar la forma de este avivamiento á la de una mariposa con las alas semiplegadas. Ved aquí cómo se justifica esta comparación: la línea media profunda forma el cuerpo de la mariposa, cuya cabeza está en el ángulo vaginal y la cola en el ángulo perineal del rombo. Cada mitad del rombo constituye un ala, cuyo borde superior está representado por la línea que une el ángulo superior al lateral, y el borde externo por la línea que va de este ángulo lateral al inferior ó perineal.

Toda la parte comprendida entre los bordes del rombo debe avivarse completamente.

No debe dejarse nada absolutamente de tegido cicatricial ó mucoso. La mejor manera de conseguirlo, es proceder por disección centripeta: se comienza por asir con pinzas y por disecar en toda su periferia los bordes del rombo.

Cuando por medio de la separación, el borde adquiere cierta anchura, se coje con los dedos; y si se ha hecho bien la disección en el tegido celular submucoso, el rombo se separa sin ninguna dificultad y en una sola pieza por medio de unos golpes de bisturí.

Es más rápido y más seguro avivar de este modo que por medio de las tijeras. Sin embargo, si el triángulo posterior se extiende hacia atrás en el tabique delgado recto vaginal, puede haber necesidad de recurrir á las tijeras para la parte superior del avivamiento. Los dedos introducidos en el recto hacen resaltar la mucosa, que se corta á pedazos hasta la desnudación completa. Conviene emplear tijeras curvas por el plano, largas y puntiagudas. Se procede de delante hacia atrás. La mucosa, prendida entre las dos hojas, se eleva desde luego en pliegues salientes, cuando se tiene cuidado de no cortarla por completo. No hay más que comenzar un poco más delante para separar la mucosa en zonas longitudinales, continuas y paralelas, que lleguen hasta la extremidad posterior del rombo, y que son menos largas, cuanto más laterales. Recomiendo esta manera de avivar con las tijeras porque se gana tiempo y se puede conseguir con más seguridad el avivamiento completo. Cuando es completa la desgarradura, esto es, cuando hay cloaca, conviene avivar el lado del recto con pequeñas tijeras curvas y puntiagudas: trabajo de paciencia que no dará resultado, sino con gran cuidado y gran minuciosidad.

Repito aquí que durante el avivamiento, no debe cesar la irrigación continua. Sin ella no se sabe ni se ve con claridad lo que se hace, y se confunde lo que está avivado con lo que no lo está.

La irrigación también cohibe la hemorragia de tal modo que rara vez hay que apelar á la ligadura.

Suturas.—Las suturas varían tanto como los autores.

Ya hemos descrito la *sutura de repulgo, continua y en hileras*, que pueden emplearse, por modo general, en toda perineorrafia.

Vamos á exponer ahora la de Emmet y la de Hegard y Kaltenbach aplicadas á las desgarraduras completas.

Emmet emplea en todas sus suturas el hilo de plata de un grueso mediano. Se sirve de una aguja con mango, de grande curvatura, que forma más de una semi-circunferencia.

La mano derecha tiene la aguja y el índice izquierdo se

coloca en el recto para guiar la punta del instrumento en todo su recorrido. La primera sutura, en caso de desgarró completo, tiene una importancia capital, porque de ella depende el éxito de la operación.

La punta se introduce á un centímetro *detrás* y no *fuera* de la extrémitad izquierda del esfínter; esto es, casi á centímetro y medio fuera y detrás del ano.

La aguja asciende por los tegidos sin salir de ellos, penetra en el tabique recto-vaginal alrededor del ángulo del desgarró, de allí desciende simétricamente por el lado opuesto, para salir á la derecha del ano por un punto absolutamente simétrico á el punto de entrada. El hilo de plata se pasa y no se anuda hasta anudar los otros.

Además se colocan dos ó tres hilos más arriba siguiendo el mismo trayecto, y del mismo modo que el primero, conservando las suturas entre sí casi un centímetro de distancia.

Emmet hace enseguida idénticas suturas en el periné y en la vagina, en número suficiente para aproximar las paredes.

Se atan estos puntos de sutura, empezando por el primero que se colocó: *se t m n los hilos á una distancia conveniente, se emplean los índices para hacer que los tegidos se deslicen sobre el punto, y haciendo una ligera tracción con los hilos, se tuerce volviendo la posición de las minos de un lado á otro.*

Emmet fija su sutura por medio de granos de plomo comprimidos; en cuanto á las suturas perineales externas, él las deja algunas pulgadas más largas, y las reúne pasando sus extremidades á través de un pedacito de tubo de caouchout. Si es necesario, puede añadirse ya en la horquilla, ya en el periné, algunas suturas superficiales con seda ó con catgut.

Suturas procedimientos de Hegar y Kaltenbach.—Estos autores emplean el hilo de plata para las suturas perineales y vaginales, y el catgut ó la seda para las rectales.

Comienzan por cerrar con tres puntos de sutura el vértice del pequeño triángulo vaginal; la aguja se introduce á tres milímetros del borde del avivamiento, camina por los tegidos, y sale por el borde opuesto á tres milímetros también de dis-

tancia; los hilos se anudan á conveniente distancia. Después hacen la sutura rectal; la aguja pasa del recto á la herida avivada, á dos ó tres milímetros del borde, é introducida por el lado opuesto de arriba á bajo, sale por el recto en un punto simétrico al orificio de entrada. Las dos extremidades de hilo quedan pendientes en el recto y se anudan en este lado. Las suturas rectales profundas deben aproximarse.

Después de la reunión de la herida rectal se terminan las suturas vaginales, que son tanto más profundas cuanto más extenso es el avivamiento.

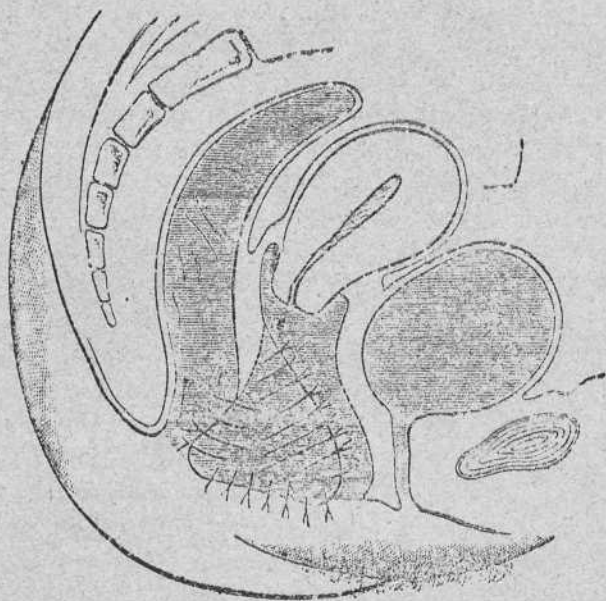


Fig.ª 132.—Suturas separadas por la rotura completa. (Hegar y Caltenbach.)

En último lugar se hacen las suturas perineales, (figura 132).

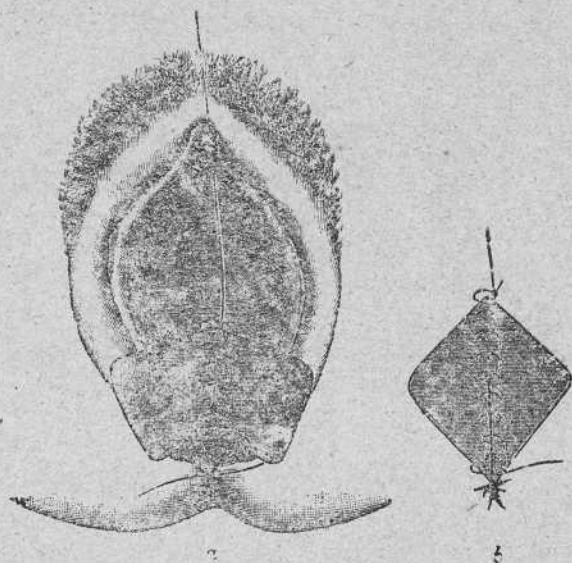
Las suturas rectales se dejan y no se quitan.

Este procedimiento ha dado á sus autores buenos resultados, porque en treinta y siete casos, sólo han tenido cuatro veces fistulas recto-vaginales, que exigieran una operación

complementaria para su obturación. Consideran su aplicación como factible en todos los casos por complicadas que sean las lesiones.

Procedimiento de Martín.—Este emplea las suturas continuas de repulgo y en hilera que ya hemos descrito.

La figura siguiente representa un caso de desgarradura después del avivamiento,



ig.^a 133.—Procedimiento de Martín. Superficie inflamada y sutura en forma de repulgo por la rotura completa. (*a* el tegumento más profundo; *b* paso al segundo tegumento.)

Figura *a* primera hilera de la sutura dada pero sin atar todavía por la parte del recto.

Figura *b* primera hilera de la sutura cerrada, por lo que el avivamiento ha tomado la forma de un rombo, en el que se colocará la segunda hilera de suturas.

Perincorrasia—Procedimiento de Lawson-Tait

He sido iniciado en esta operación por Fancourt Barnes que la ejecutó delante de mí en el hospital de Chelzea. Est

la había aprendido del mismo Lawsons-Tait, y creo que en nada ha modificado la técnica del cirujano de Birmingham.

Empiezo dando estas explicaciones, porque la operación de Tait ha sido ya descrita en Francia en documentos de origen

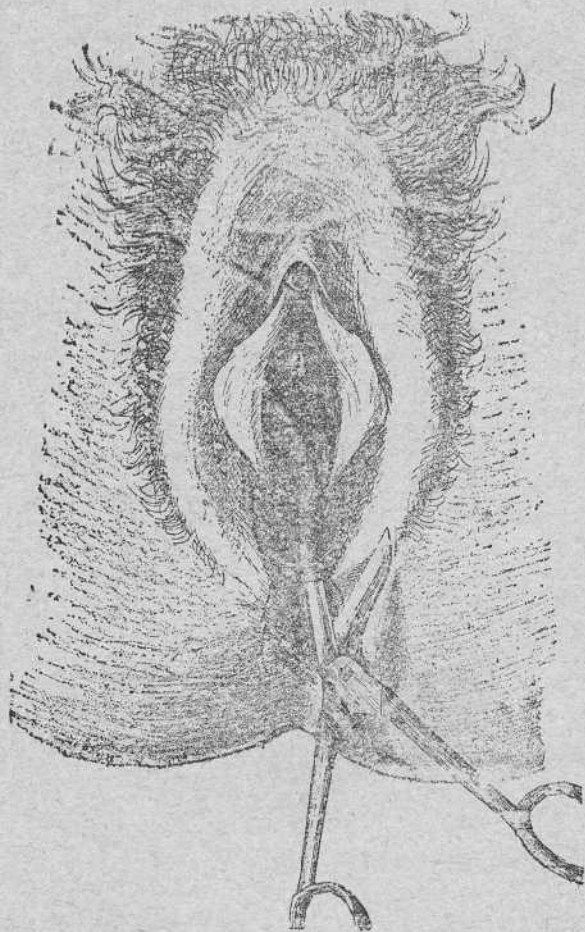


Fig.^a 134.—Procedimiento de Lawsons-Tait. Primer tiempo avivamiento. La línea de puntos indica la dirección de la incisión.

alemán, que no están conformes con los míos. Saenger, que ha importado el procedimiento en Alemania, no lo ha desnatu-

ralizado ciertamente; pero se ha acomodado más ó menos á las ideas que corren en su país.

Así para cerrar mejor la herida, añade á las suturas metálicas de Tait suturas intermedias de seda, que comprenden la

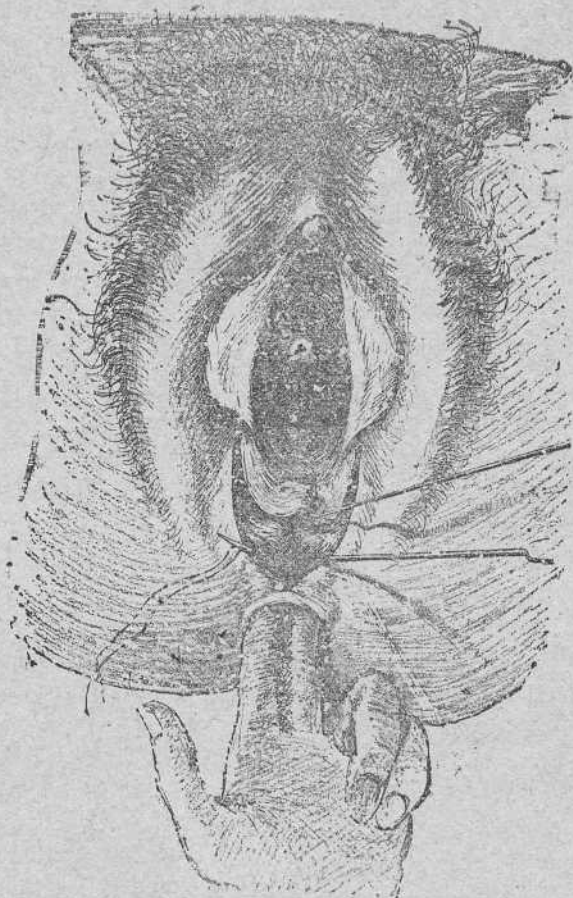


Fig.^a 135.—Procedimiento de Lawsons-Tait. Segundo tiempo el avivamiento está terminado. Primera sutura.

piel, tratando además de combinar la perineorrafia de Tait con la colporrafia posterior.

Yo juzgo, fundado en experiencias comparativas, que el

procedimiento primitivo es superior al procedimiento modificado; por esto me ocuparé sólo de aquél.

El método de Tait se distingue en que la restauración es en cierto modo un trabajo de zapa, porque se remonta á la horquilla y á la pared posterior de la vagina, sin interesarlas directamente en la operación.

Se ejecuta con gran rapidez, la he visto hacer á F. Barnes en cinco minutos.

Los instrumentos necesarios son tijeras acodadas como las de nuestra figura, aguja con mango, é hilo de plata.

Preparación de la enferma.—La misma que se indica en la página 338,

Manual operatorio

La enferma se encuentra colocada en el decúbito dorso-pelviano, dos ayudantes en las piernas y un tercero encargado de la anestesia.

El operador introduce dos dedos de la mano izquierda en el recto bien limpio.

Los dedos deben extender transversalmente la región ano-vulvar, y una vez vueltos hacia adelante, hacer subir el *septum vulvar*, la comisura posterior, y la extremidad inferior de la vagina, y de este modo el campo operatorio está bien manifestado. Un ayudante separa los labios.

La sección de avivamiento debe ser transversal en el septum, después se redondea exteriormente ascendiendo sobre los lados de la vulva, y describiendo una curva concéntrica á la de la horquilla desgarrada.

Esta incisión se hace con dos cortes de tijera.

El operador toma las tijeras, dirige la punta más aguda de las dos hojas hacia el centro del *septum vulvanar*, y la encarna en los tegidos por lo menos un centímetro, permaneciendo la otra al exterior. Los dedos que están en el recto, guían el instrumento, á fin de que no se introduzca ni en el recto ni en la vagina,

Una vez introducida la hoja, se inclina la mano de modo que dé á las tijeras la dirección apetecida ó necesaria, para hacer una incisión transversal primero, después redonda, y por último vertical.

Conviene proceder de modo que no se pierda la hoja.

Para esto se la coloca en el interior de los tegidos, en la dirección de la incisión proyectada; pero no se termina el cor-

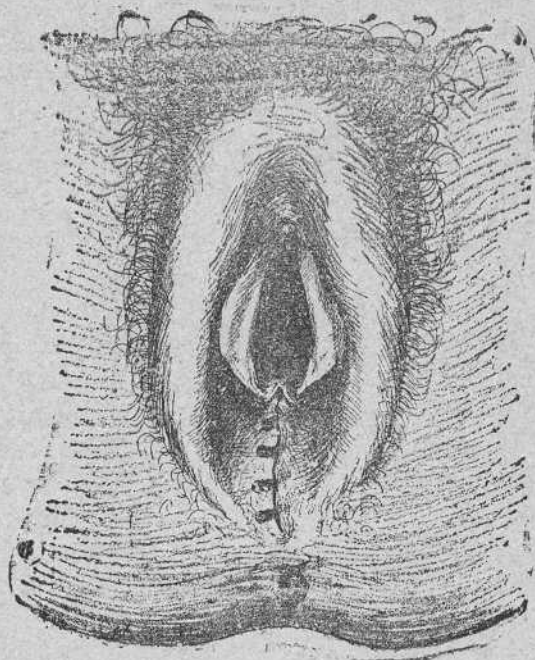


Fig.^a 136.—Procedimiento de Lawson-Tait. La sutura está terminada

te, llegándose de este modo por pequeñas secciones hasta el límite superior de la incisión.

Cuando se ha terminado en un lado, se vuelven las tijeras para practicar en el otro una incisión enteramente simétrica á la precedente.

El límite superior de la incisión varía según el grado de reducción que se quiere obtener.

Una vez libre el pedazo vaginal, se retrae y sube de modo

que la herida tome la forma de media luna, cuya parte más ancha se encuentra en el centro del periné y cuyos cuernos suben por los lados de la vulva.

El colgajo retraído hace que la parte desnuda tome la forma de un tejado.

La media luna debe tener su máximo de profundidad en el punto donde está el máximo de anchura; esto es, en la línea media. Para asegurarle esta profundidad, que de pronto no tiene, conviene dar algunos golpes de tijera sobre la línea media en la dirección del vértice del cuerpo perineal. Estos golpes de tijera deben ser tanto más pequeños cuanto más profundos.—Mediante algunas incisiones complementarias en los lados, se da la regularidad y la simetría á toda la herida.

Reunión de herida.—Se emplean hilos de plata preparados de antemano.

Cada hilo tiene una longitud de 20 centímetros próximamente. Una de sus extremidades está provista de un grano de munición perforado, y debajo de él se encuentra un resorte hecho sencillamente de un pedazo de alambre de plata arrollado en espiral. Para hacer este resorte que se parece al de un muelle de butaca, no hay más que arrollar el hilo en vueltas apretadas alrededor de una aguja de hacer media. Se saca el espiral y se cortan los dos pedazos.

Los hilos se colocan de abajo arriba: La aguja entra, no en la piel, sino directamente en el límite externo del avivamiento. Los dedos que están en el recto la conducen por el otro lado á través del fondo del periné, hasta que sale por un punto simétrico al punto de entrada.

Acabada la transfusión de la herida, se enhebra de nuevo la aguja.

Se dan del mismo modo cinco ó seis puntos comenzando por el ángulo inferior, y terminando al nivel de los ángulos superiores del cuadrante. Para cerrar las suturas, se pasa la extremidad libre del hilo al través del muelle y del grano de plomo, que se hace deslizar en la herida hasta que se aproxima á sus bordes y el plomo se comprime con pinzas.

El colgajo vaginal no está reunido; y forma en la sutura una especie de rodete ó excrescencia libre.

La exclusión de la piel en esta clase de unión no impide al parecer la primera intención, como se podría creer á primera vista, y este hecho, que yo mismo lo he comprobado, parece indicar que á causa del aprisionamiento, la supuración se forma, mucho mejor, en una herida cerrada que en otra abierta de la cual puede escaparse el derrame consiguiente al traumatismo.

Bajo el punto de vista antiséptico, es acaso mejor suprimir los derrames de estos jugos que anonadar los microbios.

La exclusión de la piel suprime los dolores locales que sienten ordinariamente las enfermas al despertar. El abandonar asimismo el pedazo vaginal tiene muchas razones que lo justifican. Creo que si los tegidos se cicatrizaran libremente, el orificio vaginal no presentaría en su entrada los extropión de mucosa que se producen cuando la mucosa se fija en la piel; ó también cuando se reúnen dos mucosas continuando la sutura en el pedazo vaginal. He visto sobrevenir estos extropión muchas veces después de una operación semejante á la de Tait que yo practicaba en otro tiempo. Yo separaba el pedazo con el bisturí y continuaba la sutura hasta la parte superior del pedazo vaginal separado hacia arriba. El vértice del colgajo que yo formaba, se gangrenaba frecuentemente. Los cuidados consecutivos son como los anteriormente indicados.

Se quita la sutura del noveno al décimo día.

He querido aplicar después del avivamiento de Tait, suturas que comprendan la piel, ó suturas en hileras; pero no he obtenido tan buenos resultados. Cualesquiera que sean las objeciones teóricas que se puedan oponer á esta clase de reunión, debo manifestar que los hechos que he observado están completamente en su favor.

Operación de Lawson-Tait en caso de desgarraduras completas

Se trata en este caso de una doble restauración.

La del lado de la vagina se hace como acabo de exponer.

Supongamos, por consiguiente, la herida en forma de media luna hecha, y el tabique recto-vaginal desdoblado.

El operador coloca la punta de la rama aguda de las tijeras en el centro de la media luna, y parte de este punto para hacer en cada lado del ano una incisión semejante á la que tiene hecha en los lados de la vulva.

De este modo obtiene dos arcos de círculo uno con los extremos dirigidos hacia arriba, y el otro hacia abajo. Estos se confunden en la línea media.

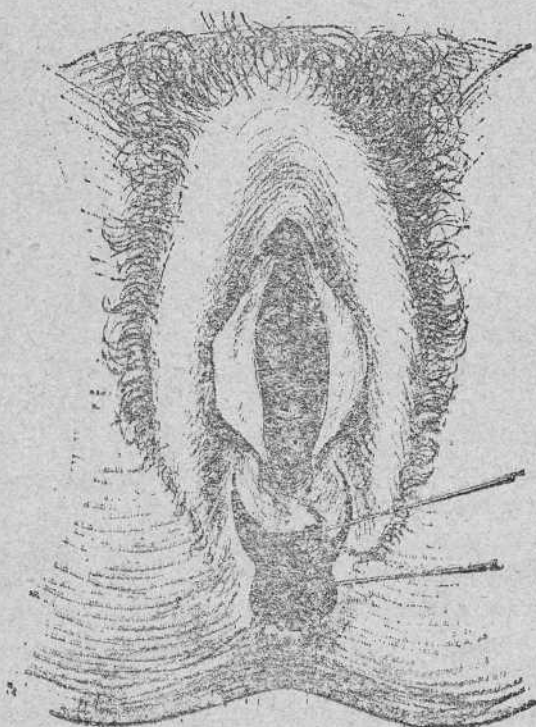


Fig.^a 137.—Procedimiento de Lawón-Tait para la rasgadura completa. Avivamiento y creación de dos girones.

Para reunir los lados externos del arco inferior atraerá hacia arriba y hacia la línea media las extremidades de sus cuernos con las pinzas de garras. Esta tracción tiene por objeto

perinir en forma circular las fibras del esfínter y facilitar la sutura.

Después introducirá la aguja en el avivamiento, en dirección perpendicular á la de la cuerda anal, y la hará caminar en la dirección de la parte inferior del septum, para que salga por bajo de la extremidad del otro cuerno.

Se colocará más arriba un segundo hilo que describa una curva menos pronunciada.

El tercero será casi horizontal.

Los puntos dados en el cuadrante anal tendrán, por consiguiente, una disposición análoga, pero en sentido opuesto, á los dados en el cuadrante vaginal.

Una vez anudados todos estos hilos se reconstituye el periné y se cierra la desgarradura anal.

Procedimiento de Warzberg

Este procedimiento nos parece una modificación del de Lawsón-Tait.

Se aplica exclusivamente á las desgarraduras completas del periné, con participación á mayor altura del tabique recto-vaginal.

Se diseca, á un centímetro de profundidad, separando cuidadosamente la mucosa vaginal de la rectal y comenzando en el vértice (arista á cara interna) toda la desgarradura hasta un poco más bajo del punto en que las terminaciones del esfínter desgarrado se pierden en la cicatriz. Se hace perpendicularmente una nueva incisión de tres centímetros desde esta incisión transversal á su extremidad externa y paralela con el periné, hasta la reunión de los grandes y pequeños labios. Se diseca y se separa á la vez este ángulo vaginal.

Entonces se comienza la sutura reuniendo desde luego, del lado de la herida, el recto en toda su longitud por el método de Sanensteins. De este modo se aísla perfectamente el recto, poco aséptico, del resto de la herida, y se favorece su reunión de primera intención. Una serie de puntos de sutura en hile-

fa aproxíman las partes blandas y aniquilan la tensión. Además, se reúnen fácilmente los pedazos vaginales por una sutura continua, y por último, se reconstituye el periné con otra de tres ó cinco puntos. La sutura se hace con catgut. Según Warzberg el procedimiento de Dieffenbeach-Simón, el de Sangenbeck etc., sólo tiene un interés histórico. El procedimiento de Lawson-Tait, tiene con frecuencia el inconveniente de estrechar mucho la vagina y sólo conviene en los casos en que ésta es muy ancha y cuando hay prolapsus uterino concomitante. Conviene también en las desgarraduras incompletas.

Fritsche-Warzberg, juzga que este procedimiento aplicado á las desgarraduras completas, presenta las ventajas siguientes:

- 1.º No hay retracciones vaginales ni tensión excesiva de la herida vaginal.
- 2.º Excelente nutrición de los pedazos y
- 3.º Solidez del septum recto-vaginal.

*Tratamiento quirúrgico de prolapsus establecido ó fijo.
Colporrafias combinadas con la perineorrafia.*

Para comprobar el grado y las particularidades del prolapsus es necesario:

- 1.º Por medio de una tracción del útero exagerar la dislocación.
- 2.º Medir la profundidad de la cavidad uterina por medio de la sonda.
- 3.º Examinar el estado de los labios, del cuello y de la mucosa interna, é impecionar las secreciones.
- 4.º Tocar con las pinzas las paredes invertidas y extenderlas en diferente sentido para apreciar el grado de relajación.
- 5.º Explorar la vejiga con el cateter, para hacerse cargo de los cambios de posición que ha sufrido, y examinar el estado de la orina.

6.º Practicar el tacto rectal para asegurarse del estado del tabique posterior y del grado de participación del intestino en el prolapsus.

7.º Reducir por último toda la hernia para inspeccionar minuciosamente el estado del periné, el de las capas profundas del plano pelviano, y el del anillo del elevador á cuyo través pasa la vagina.

Es necesario este exámen, no sólo para hacer el diagnóstico diferencial entre el prolapsus verdadero, la prolongación

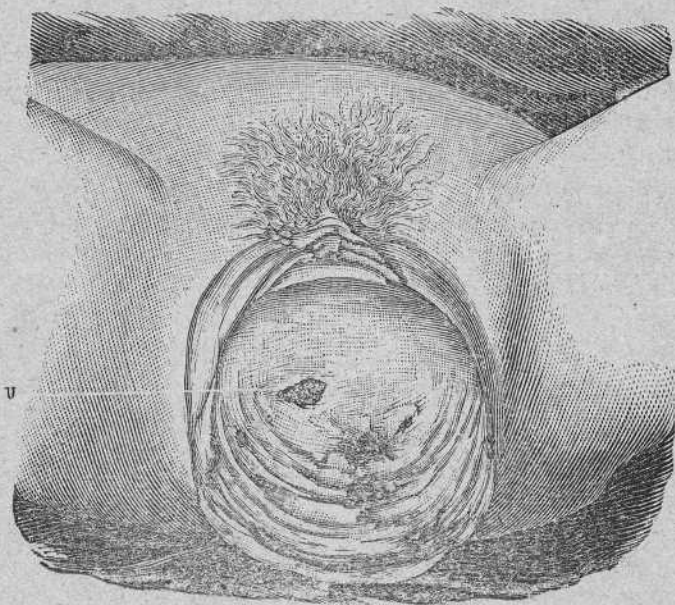


Fig.^a 133.—Cistócele vaginal no reducida.

del cuello y la cistócele (figura 133) sino también para trazar el plan de la restauración que ha de hacerse, y juzgar de la oportunidad de las operaciones accesorias.

Operaciones accesorias

Llamo operaciones accesorias á las que sin concurrir directamente á la curación del prolapsus, están sin embargo indi-

cadass para combatir los desórdenes que acompañan ordinariamente á la dislocación del útero; desórdenes que no desaparecen espontáneamente, aunque el órgano se haya restituido á su lugar.

Estas operaciones son: el raspado, la restauración de los labios lacerados, y la amputación del cuello.

No he querido pasar en silencio esta última operación, por más que dude de su utilidad.

Raspado.—En precidencia, el útero es ordinariamente el asiento de una endometritis crónica. Por una parte no es posible que esperemos para hacer la operación á que un tratamiento demasiado largo haya hecho desaparecer la endometritis; y por otra sería imprudente que después de haber obtenido la restauración, tuviéramos que prolongar las cicatrices para poder ejecutar las maniobras que exige el tratamiento tópico de las afecciones intra-uterinas. Es, pues, muy ventajoso levantar la mucosa enferma con el cureter cortante y tubulado para irrigar y esterilizar la cavidad con inyecciones antisépticas. Durante el reposo necesario para la cicatrización se formará de nuevo otra mucosa con todos los caracteres de perfecta salud.

El raspado no dura más que un par de minutos.

Traquelorrafia—Admito, en mi práctica, como regla general, no hacer nunca la elitrorrafia sin haber restaurado antes el cuello, *cundo está lacerado*, que es lo que ordinariamente ocurre.

La razón de esta conducta, está justificada suficientemente por el papel que atribuyo á la desgarradura cervical en la producción de los descensos en general. Recuerden ustedes lo dicho en las consideraciones generales.

(Véase la técnica de esta operación en la lección acerca de la traquelorrafia.) (Operación de Emmet).

La escisión cónica del cuello, cuando hay prolongación, es recomendada por muchos autores. He renunciado á ella por-

que el útero se acorta siempre por sí mismo cuando se le coloca en condiciones en que no puede descender, y si persiste en descender, se alarga de nuevo apesar de la escisión.

Colporrafia

Generalidades.—Los métodos modernos tienen sobre los antiguos la doble ventaja de ser de un plan y una ejecución más sencilla, y de dar resultados mucho más seguros.

El objeto es restituir á la vagina su estrechez y vigor primitivos, y formar cicatrices rígidas que impidan la inversión de las paredes vaginales. La experiencia ha demostrado que se consigue mejor este objeto cortando en medio de las paredes vaginales largos pedazos, y aproximando en la línea media los bordes del avivamiento.

En los métodos antiguos se conservan los tegidos. Se limitan á cortar de cada lado y de un modo simétrico bandas de mucosa. Las superficies avivadas de este modo eran adosadas y suturadas una á otra. Este procedimiento encerraba espacios vacíos no avivados y no reunidos, en los que se acumulaban secreciones, y estas mismas cicatrices no ofrecían superficie bastante para asegurar una resistencia durable.

Otros separaban los pedazos sin cortarlos, y los aproximaban en la línea media.

Con este modo de obrar conseguían la formación de una rugosidad media destinada á aumentar la altura del periné.

Pero esta ventaja es más teórica que práctica. En la mayor parte de los casos la rugosidad se atrofia en su vértice, y hasta se gangrena, lo cual compromete toda la operación.

Burkart y Martín, con objeto de conservar el rafe en medio de la pared posterior, hacen dos avivamientos laterales, y dejan intacta la línea media. Este método hace la operación más larga y complicada, sólo por conservar el rafe, que de ordinario se atrofia, se mutila y constituye, bajo el punto de vista del apoyo, una cantidad absolutamente despreciable.

Os recomiendo, señores, sin vacilación alguna, el método

de escisión completa, tal como lo han establecido Simón y Hegar, pues lo creo superior á los demás.

Cuanto más sencilla sea la forma geométrica del pedazo cortado tanto mejor es.

Debe ser perfectamente simétrico; con lo cual la disección y el afrontamiento de los bordes se practica con más facilidad.

El área total del pedazo reseado deberá calcularse siempre de modo que por su retracción exceda las proporciones que al parecer hayan tenido la vulva y la vagina antes de la desgarradura.

La relajación de los tegidos continuos á la operación adquiere casi siempre un grado, que supera nuestras previsiones.

La incisión, limitante del pedazo, comprenderá todo el espesor de la mucosa. Será muy perpendicular y de corte muy limpio.

El pedazo, á ser posible, se separará de un solo golpe; esto es muy fácil, cuando la incisión que le limita ha penetrado hasta el tegido celular submucoso. Cuando se procede por disección centripeta y con instrumento no cortante, se obtiene muy fácilmente en un sólo colgajo la parte de mucosa que se quiere quitar.

Las hemorragias no turban al operador, cuando recurre á la irrigación templada y continua. Los vasos que se van cortando se ligan con catgut fino.

Las suturas no sólo deberán afrontar por completo los bordes del *avivamiento*, y cerrar toda comunicación de fuera adentro, sino que convendrá además que los dos labios de la herida estén en toda su extensión unidos de un modo regular, sin que queden intervalos ni espacios no coaptados, en los que puedan acumularse la sangre y las secreciones.

La primera condición para el buen resultado es la reunión por primera intención, que supone la antisepsia más perfecta.

Dada la naturaleza del campo operatorio, que está expuesto constantemente á ser infectado por las secreciones, toda interrupción en la aplicación de las medidas de esterilización, puede comprometer el resultado; por esto conviene operar ba-

jo una irrigación antiséptica continua, hasta dar el último punto de sutura. Esta irrigación se hará templada, con el objeto de que sea á la vez hemostática.

Una reunión pronta supone una sutura que no determina ni necrosis ni tensiones excesivas.

La sutura metálica ha caído hoy en desuso. Se emplea la seda ó el catgut. Yo empleo siempre la seda iodolada. Estando el hilo bien esterilizado, su naturaleza importa poco.

Expondremos las diversas clases de sutura cuando describamos el manual operatorio. Diremos ahora, sin embargo, que la sutura continua, dispuesta en muchas hileras, está á punto de reemplazar á la de puntos sueltos.

Las operaciones más usuales contra la procidencia son dos. Se practican en la misma sección y se les ha añadido también la operación de Alquié ó la histerepesia. Estas dos operaciones son:

La colporrafia anterior y la colpoperineorrafia

Gracias á ellas se llega casi siempre, cuando se ejecutan bien, á reintegrar el útero en el bacinete. Algunas veces, sin embargo, conviene apelar como último recurso, á la obliteración completa de la vagina.

Cuando el prolapsus está muy acentuado, hay casi siempre un descenso considerable de la pared anterior, y una cistócele pronunciada. (fig.^a 133)

En este caso conviene comenzar por la colporrafia anterior.

Cuando el cistócele es poco acentuado, puede uno limitarse á hacer sólo la colpoperineorrafia posterior; porque, una vez restaurado el plano inferior, podrá sostener el superior.

Se purgará con cuidado la enferma; se bañará y sonderá antes de la operación.

La desinfección del útero, de la vagina y de las partes genitales externas se ejecutarán con el más exquisito cuidado y con todas las reglas de la más rigurosa antisepsia. Como la operación exige una anestesia prolongada, recomendamos el éter sulfúrico, más inocente que el cloroformo.

El número de ayudantes y sus funciones es lo mismo que para la perineorrafia.

La posición que ha de tener la enferma no es indiferente; en general, la posición de la talla ha de preferirse á las demás, aun para las operaciones que han de practicarse en la pared anterior; pero en ciertos casos puede procederse á la colporrafia anterior en la posición genu-pectoral, para la que Bozemán ha construído un sillón especial; ó en decúbito lateral izquierdo, en el que se puede anestesiar sin necesidad del sillón.

Colporrafia anterior

Indicamos, sin recomendación, los procedimientos de Sims (fig.^a 139) y de Emmet (fig.^a 140 y 141). Hacer un avivamiento en forma de corona, de herradura ó de corazón, dejando intacta la región central no denudada es: primero complicar inútilmente el trabajo, y segundo crear ó producir cicatrices de poco espesor que no resisten. Es muy sencillo avivarlo todo de una vez; el adosamiento de las dos mitades se hace con facilidad, la cicatriz es más alta y más sólida y por último la unión por primera intención es más factible.

El procedimiento clásico y corriente es el de *Simón*.

El útero es descendido y rechazado contra el periné deprimido por una valva. La pared anterior se pone de manifiesto por medio de pinzas, por delante de la vulva. El operador coloca cuatro pinzas una en cada extremidad de los diámetros longitudinal y transversal de la superficie que quiere cortar, y las confía á los ayudantes (fig.^a 142). Traza después el contorno del avivamiento dándole una forma ovalada. El diámetro transversal mayor del ovoide, se hará más largo ó más corto, según que el máximun de relajación de la pared se encuentre más próximo al meato ó al cuello. El mayor diámetro longitudinal se encontrará en la línea media; y puede extenderse desde el meato hasta el cuello ó ser más corto, según el grado del prolapsus.

Una vez circunscrito geométrica y simétricamente el peda-

zo, el operador toma las pinzas de disección y comienza á separarlo con el bisturí de un modo igual en toda su periferia. Cuando puede coger un borde con los dedos, deja las pinzas de disección, toma los bordes del colgajo, y continúa la separación por disección, con instrumento sin corte, procediendo siempre de un modo centrípeto. Cuando está bien avivado hasta en el tegido celular subvaginal, el colgajo se separa muy fácil y muy rápidamente, y sale en un pedazo sólo.

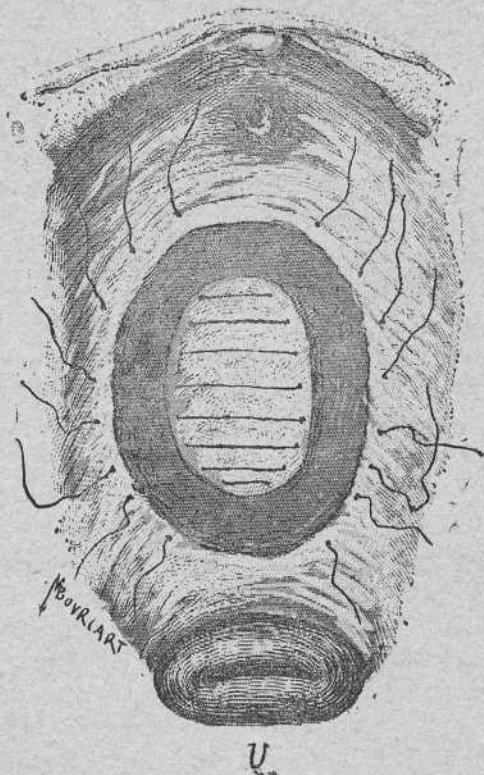


Fig.^a 139.—Operación de Sims para la colporrhagia anterior. La enferma está en la posición genu-pectoral.

El avivamiento de la pared anterior es tan sencillo y tan fácil de este modo, que casi nunca hay necesidad de recurrir á las tijeras,

Muchas veces hay hemorragia abundante; pero la irrigación continua desembaraça el campo operatorio. Cuando son arterias importantes las que sangran, es necesario ligarlas con catgut; pero por lo regular los vasos dejan de sangrar después que se dan los puntos.

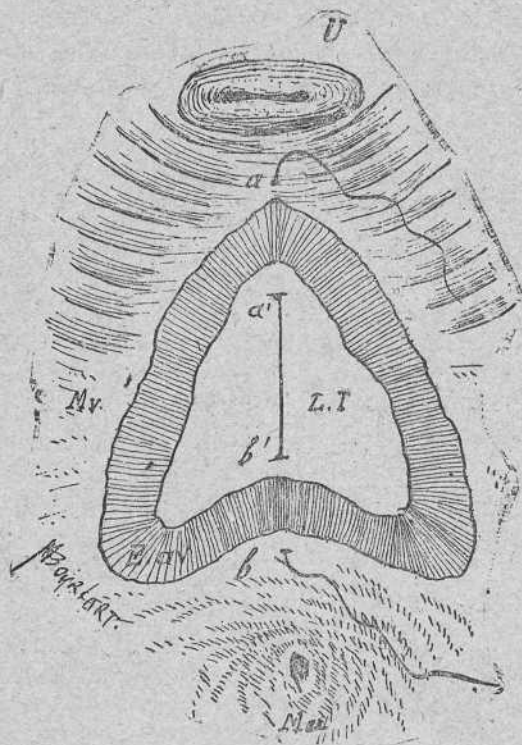


Fig.^a 140.—Operación de Emmet para el prolapsu. Avivamiento de las superficies.

La sutura será ó la ordinaria, esto es, de puntos sueltos, ó la sutura continua llamada de repulgo ó en hilera.

Sutura de puntos aislados.—Esta permite hilos profundos y superficiales.

Los profundos se colocan del modo siguiente:

Penetra la aguja en la mucosa á dos ó tres milímetros del borde de la herida, y camina por bajo de ella hasta la proxi-

midad de la línea media; allí sale para entrar inmediatamente por el otro lado de la línea media y salir por otro punto situado enfrente describiendo un trayecto simétrico al trayecto de entrada.

El objeto de la sutura profunda es reunir la parte profunda de los labios de la herida: 3 ó 4 puntos bastan en general. Aunque el avivamiento sea considerable y extenso, no es necesario multiplicarlos.

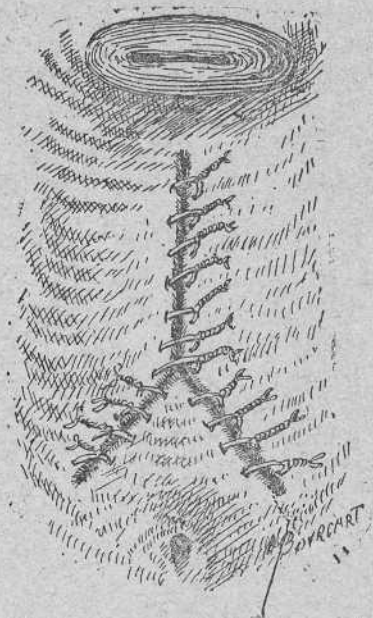


Fig.^a 141.—Operación de Emmet para el prolapsu. Aproximación de las superficies por la sutura.

Los hilos superficiales deben poner los bordes de la herida en contacto perfecto y no interrumpido. Cuanto más herméticamente se cierre la herida, mayores serán las probabilidades de obtener una cicatrización por primera intención. Estos hilos comprenden sólo la mucosa y el borde del avivamiento. Es necesario valerse de una aguja pequeña y de un cordonete relativamente fino, y dar los puntos muy cerca uno de otro. Mientras que se anudan los hilos, un ayudante con tenáculos

debe impedir el encogimiento de los bordes y mantenerlos de modo que confronten sus picos.

Anudado el último hilo cesa la irrigación.

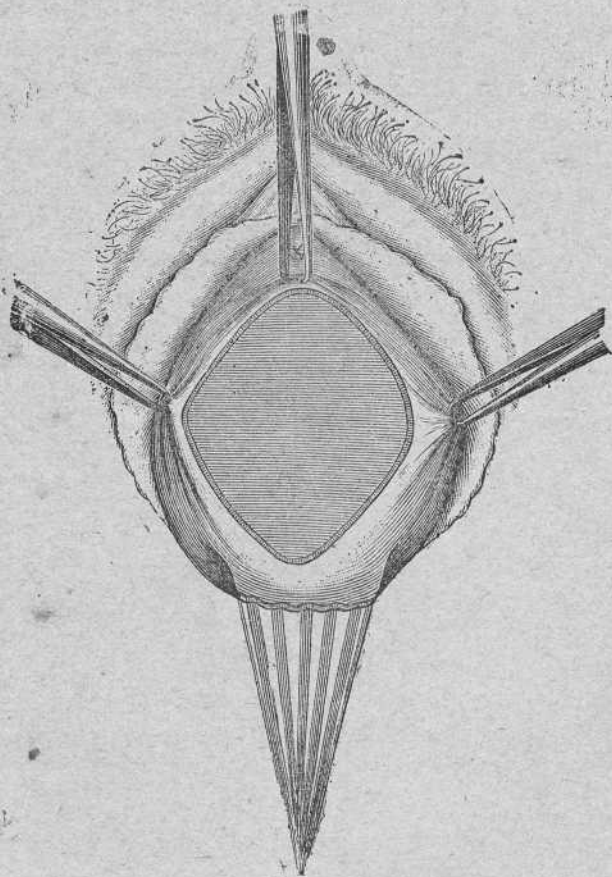
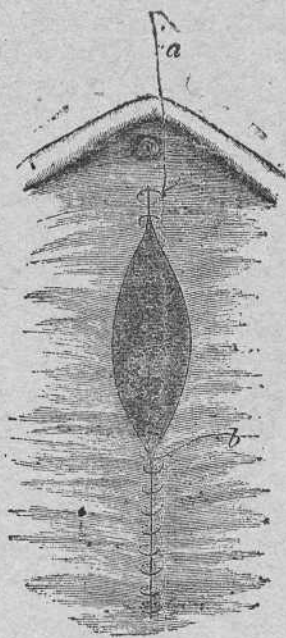


Fig.^a 142.—Colporrhafia anterior. Procedimiento de Simón. Tensión de la pared por las pinzas. Forma del avivamiento.

Sutura continua de repulgo y en hilera.—La pérdida de tiempo que resulta de la necesidad de valerse de un nuevo hilo para cada punto y de andar y cortar aisladamente estos hilos, constituye un inconveniente serio en una operación tan larga como las colporrafias anterior y posterior, ejecutadas en una sola sesión.

Sin duda, esta es la razón del favor creciente de que goza la sutura continua que hemos descrito.

Cuando el avivamiento es muy extenso, para poder aproximarlos por dos hileras de sutura, es necesario colocar una tercera y aún una cuarta.



Fig^a 143.—Colporrafia anterior. Sutura elevada en forma de repulgo.
a Cabo superior del hilo, *b* Cabo inferior.

Colpo-perineorrafia

Esta operación permite un avivamiento que se hace á la vez en el periné y en la pared posterior de la vagina. Se les da generalmente la misma forma adoptada en la perineorrafia, la forma de un rombo. El ángulo posterior del rombo mira hacia el cuello, el anterior al ano y los dos laterales suben á más ó menos altura á los lados de la vulva, según el grado de estrechez que se desee obtener. Ordinariamente no suben

más arriba de la extremidad inferior de los pequeños labios. Toda la parte comprendida en este rombo debe ser completamente denudada (figura 142).

El colgajo que ha de cortarse no es tan fácil de circunscribir, como en la colporrafia anterior, á causa de que la pared posterior es más difícil de ponerse de manifiesto, que la pared anterior; pero cuando se tiene cuidado de marcar bien las señales, se llega sin embargo á limitar un colgajo regular y simétrico.

Los mejores puntos de indicación son: cuatro pinzas tirabalas, colocadas en los cuatro ángulos del rombo. Para determinar la extensión y la disposición del rombo que ha de cortarse, conviene frecuentemente hacer entrar y salir muchas veces el útero y las paredes vaginales.

Una vez puestas las cuatro pinzas, se trazan de una á otra por medio del bisturí, líneas cruentas, que gracias á la salida de la sangre, podrán siempre encontrarse fácilmente en el curso del avivamiento y de la sutura.

En nuestros ejercicios operatorios ejecutados sobre el cadáver, trazamos estas líneas con un lápiz de anilina.

Las dos líneas que unen el ángulo posterior con los laterales, deben describir una lijera curva de concavidad extensa; de este modo se evita aproximarlas demasiado á los brazos ascendentes del pubis. Los tegidos están en este punto muy adheridos al hueso y por esta razón son muy difíciles de aproximar; el ángulo obtenido así es agudo en su parte posterior, y se hace obtuso al partir del pubis hasta los ángulos laterales, es decir, en la región vulvar.

Las líneas que unen el ángulo anterior á los laterales, deben, por el contrario, tener su convexidad externa, para seguir el contorno de la parte inferior del orificio vulvar.

La forma general del avivamiento, será poco más ó menos la de un calizador encorvado hacia atrás en su extremidad más ancha.

La denudación puede presentar grandes dificultades. Los tegidos, especialmente en la línea media, son muchas veces tan ténues y delgados, que es necesario gran precaución para no perforarlos.

No se puede, por consiguiente, hacer tan frecuentemente como en la colporrafia anterior, uso exclusivo del bisturí para separar por completo el colgajo. Sin embargo, hay mucha ventaja procediendo hacia adelante y por el lado como en la colporrafia anterior; esto es haciendo penetrar la incisión limitante hasta el tegido celular submucoso, y separando los bordes del colgajo. De este modo se llega gradualmente y con frecuencia hasta la línea media y al ángulo posterior; y se termina por separar el rombo en una sola pieza. Colocando un dedo en el recto, se puede además ejercer un registro continuo de la disección. Si el tabique es muy delgado, se deja el bisturí y se separará la parte media y posterior por medio de tijeras puntiagudas y curvas sobre el plano como las hemos descrito para la perineorrafia; es menester redoblar los cuidados á medida que se aproxima al ángulo posterior, porque si no estuviese suficientemente avivado, no se reuniría y las secreciones se acumularían en la herida.

Sutura.—Como en la colporrafia anterior pueda hacerse la sutura continua ó interrumpida.

Sutura interrumpida.—Esta se compone también de puntos superficiales y profundos; los profundos deben ser mucho más numerosos y más próximos que en la colporrafia anterior.

Cuando el avivamiento es muy extenso, hay con frecuencia que hacer entrar y salir dos ó tres veces la aguja en cada borde al nivel de los ángulos laterales, ó sea en el punto donde la superficie es más extensa.

Sutura de repulgo ó continua.—Esta se hace como la hemos descrito al tratar de la perineorrafia. Se la comienza por el ángulo posterior. Cuando el avivamiento ensancha, se la hace deslizar por una hilera inferior; pero como la herida es frecuentemente muy ancha, al nivel de los ángulos laterales del rombo, es necesario muchas veces hacer hasta cuatro hileras de puntos, para reunir los tegidos de la parte extensa del avivamiento.

He visto en la clínica de Berlín practicar la sutura de ré- pulgo sin que el operador dispusiera los puntos de un modo sistemático; la aguja pasaba de un borde al otro, gracias á una coacción completa de los bordes del avivamiento. Creo este procedimiento el mejor de todos; pero una restauración de este género supone una gran experiencia. Me maravillé de la rapidez con que fué cerrado un traumatismo relativamente enorme.

Procedimiento de Martín

A veces ocurre que la línea media de la pared posterior, ha conservado un espesor y una firmeza relativa. Este es el caso en que se justifica el empleo del método de Martín.

En vez del gran triángulo posterior del avivamiento romboidal sencillo, que acabamos de describir, Martín hace en cada lado de la columna posterior de la vagina que permanece intacta, un avivamiento triangular, más ó menos extenso, según el caso.

La figura 144 representa el plano general del avivamiento.

El procedimiento operatorio se compone de dos actos distintos: una elytrorrafia doble y una perineorrafia.

Elytrorrafia

Se atrae la pared posterior hacia abajo y se busca la extremidad inferior de la línea rugosa. Se coloca enseguida en la extremidad superior de esta línea una pinza monogrifa, como se describe en la figura 144. Colocamos después una pinza en cada ángulo lateral del avivamiento, ó sea los puntos I é I (figura 144).

Los ayudantes sostienen los tegidos con las pinzas, y el operador traza con el bisturí á cada lado de la línea rugosa una línea de avivamiento, que termina en los puntos 1 y 1;

después á partir de la extremidad superior de esta línea (número 2 fig.^a 144) traza el borde externo del triángulo (números 3, 4 y 1, fig.^a 144) el colgajo, así circunscrito, es separado en un sólo pedazo y se une inmediatamente por una sutura de puntos sueltos (fig.^a 145) ó con una sutura sencilla de repulgo ó en hilera, según las dimensiones avivadas. (fig.^a 146.)

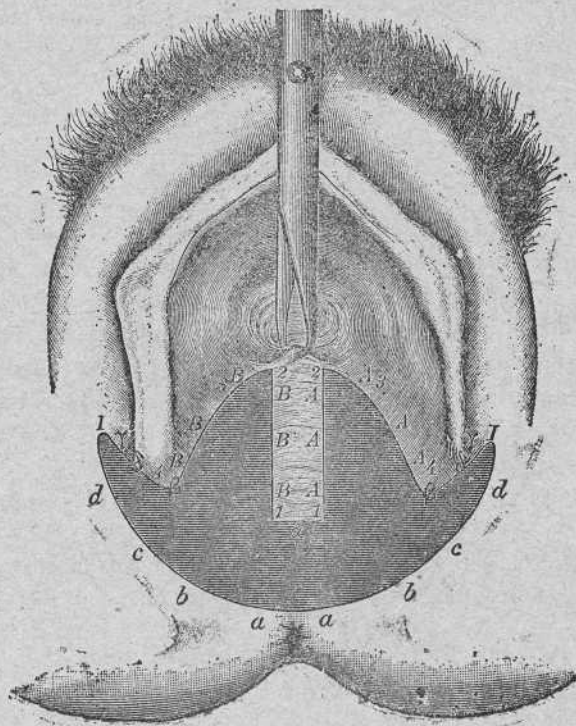


Fig.^a 144.—Superficie de avivamiento por la colpoperineorráfia conforme á la doctrina de A. Martín.

1-2 Incisiones á cada lado de la columna vaginal posterior.

3-4 Incisiones practicadas sobre las paredes laterales de la vagina.

I Punto terminal del avivamiento á la entrada de la vagina. A-A, B-B, a-a, b-b, c-c, d-d, Y-Y, ó-ó, B-B determinan el lugar en que deben estar unidos los unos á los otros puntos.

Reunidas y suturadas las dos heridas, toda la parte de la vagina, que se acaba de operar, se encuentra remontada en el lado del cuello.

Este punto es importante para la comprensión de la figura 145 y 146.

Se procede enseguida á la segunda parte de la operación ó sea la perineal.

La extremidad inferior de la columna rugosa se incinde transversalmente (fig.^a 146) y después se prende esta columna por cima de la incisión, con pinzas monogrifas.

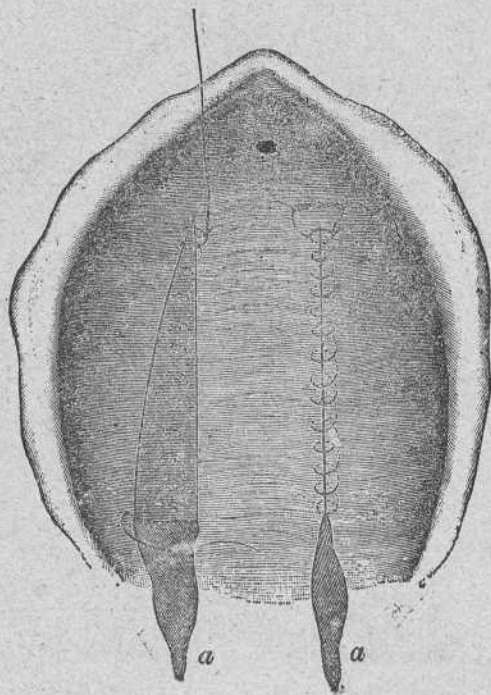


Fig.^a 145.—Operación de Martín. 1.^a parte. Elytrorrafia doble. Suturas en repulgo. Suturas á punto por cima. *a* Roturas del avivamiento. El periné está todavía intacto.

El campo del avivamiento se pone entonces de manifiesto por medio de esta pinza, de otras dos colocadas en los lados en el I y en la I, y de una cuarta pinza fijada en el ángulo inferior. (fig.^a 144) La atracción da entonces á la parte posterior del avivamiento la forma de rombo como se observa en la figura 146.

Se separa el colgajo en un sólo pedazo y se reúne por medio de suturas profundas y superficiales, como se ve en la figura 146; ó por sutura en hilera representada en la fig.^a 146 en su hilera profunda, y por la fig.^a 147 en su hilera superficial.

Para terminar, señores, diremos algo acerca de los procedimientos empleados cuando las demás operaciones han fracasado. Lefort y Neugebauer han propuesto la obliteración de la vagina.

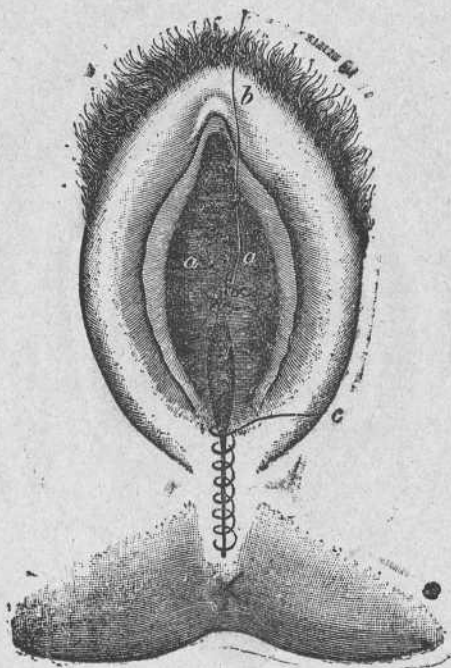


Fig.^a 147.—Colpoperineorrafia según Martín. *aa* Elytrorrhaphia doble lateral.—*b*. Cabo superior del hilo.—*c*. Cabo inferior

La técnica es de las más sencillas; se avivan dos superficies en la línea media, una en la pared anterior de la vagina, y la otra en la posterior. (fig.^a 148.)

Estas dos superficies reunidas por las suturas constituyen, después de la cicatrización, una barrera que impide al útero franquear la vulva. Es preferible intervenir de este modo

sólo en mujeres que no son susceptibles de ser fecundadas; pues el parto obligaría bien pronto al cirujano á destruir una obra establecida tan laboriosamente.

P. Muller ha apelado como último recurso á la histerectomía total. Pero esta es una operación que supone un grado de

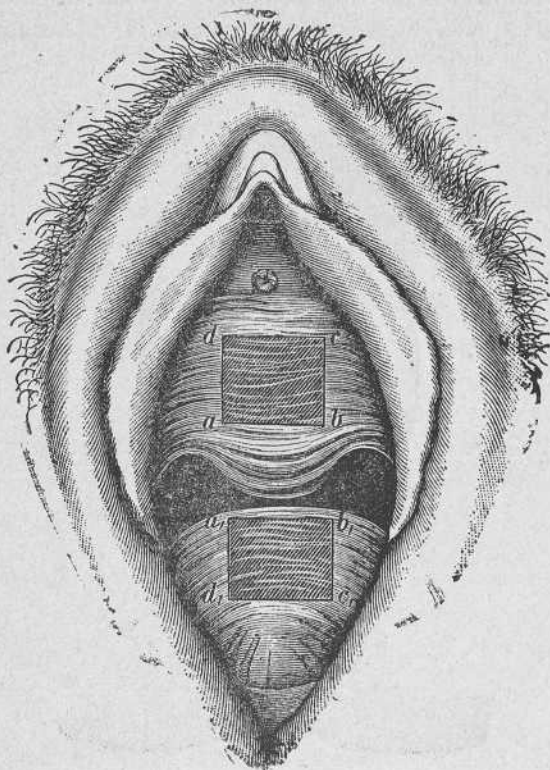


Fig.^a 143. — Colporrafia mediana. — Avivamiento según Neugebauer.

sufrimiento poco común. No puede aconsejarse más que en casos enteramente excepcionales.

La ejecución, en una sola sesión, de la colporrafia anterior y de la perineorrafia, dura por lo menos una hora.

La colpoperineorrafia es la que principalmente prolonga la sesión: por esto yo la sustituyo siempre con la operación de Lawson-Tait.

De este modo, todo se termina en 20 ó 25 minutos.

Mis resultados han sido bastante buenos, y cuando es necesario hacer algún retoque, la enferma se somete voluntariamente por segunda vez á una operación, que siempre es menos larga que la primera.

LECCIÓN VIGÉSIMAPRIMERA

CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD DE LA MUJER —EL COITO EN SUS RELACIONES ANATÓMICAS

Señores:

Es evidente que cuando hablamos del tratamiento de la esterilidad, no puede esperarse una terapéutica uniforme, única para todos los casos de esta afección. La esterilidad es debida á causas múltiples, que difieren considerablemente unas de otras, y exigen cada una un tratamiento especialísimo. Este tratamiento sólo puede ser aplicado y coronado por el éxito, cuando el diagnóstico exacto y cierto de la causa esterilizadora en el caso que nos ocupe haya sido hecho metódicamente y con el mayor cuidado. Como las causas de la esterilidad pueden dividirse en dos grandes secciones, en *causas constitucionales* y en *causas locales*, el tratamiento deberá corresponder á estas dos divisiones, y será, por lo tanto, *general* en el primer caso y *local* en el segundo.

Lejos de nosotros la idea de que esta división sea siempre exacta, y de que las dos formas nunca se encuentren combinadas. Muchas veces el estado mórbido exigirá un tratamiento general y una intervención local; pero á fin de examinar todas las causas de esterilidad, conservaremos la división que hemos indicado, y comenzaremos nuestro estudio por las causas constitucionales, que no haremos más que indicar, dado el carácter quirúrgico de nuestras lecciones.

Causas constitucionales.—*La juventud* ha sido invocada como causa de esterilidad y ciertamente desempeña un papel

importante. En este caso el médico sólo podrá intervenir generalmente, cuando haya sido consultado antes del casamiento.

Entonces deberá aconsejar á los interesados que aplacen el matrimonio para tiempo más favorable, especialmente cuando se trata, como de ordinario acaece, de personas poco desarrolladas y con frecuencia cloróticas.

En otros casos tendrá que tratar perturbaciones de las funciones genitales, ocasionadas por una vida sensual demasiado precoz; y entonces aconsejará el reposo absoluto de los órganos genitales durante cierto tiempo.

Clorosis.—No es necesario insistir mucho en el tratamiento de esta afección. Aquí encuentran su indicación un régimen reconstituyente, las aguas y medicación ferruginosa y la vida en el campo. Una abstinencia genital prolongada, es muy recomendable á todas las personas nerviosas.

Aquí se presenta una cuestión de cierta importancia: en el caso de cesación del menstruo ó amenorrea completa, debemos procurar por un tratamiento local la aparición de las reglas. Esta terapéutica consiste generalmente en excitantes locales, de los cuales hablaremos de nuevo a' tratar de las perturbaciones funcionales del ovario en la esterilidad.

Debemos decir desde luego que el tratamiento local de la amenorrea debe combinarse con el general de la clorosis.

A propósito de la influencia de la nutrición en la concepción, se ha hecho con frecuencia notar la coincidencia particular de la *obesidad* con la esterilidad; en efecto se puede considerar como demostrada la influencia de esta diatesis sobre la reproducción, especialmente en las personas obesas, cuya menstruación es poco abundante ó ha desaparecido completamente. Se han visto éxitos sorprendentes después de un tratamiento dirigido contra la obesidad, y se debería siempre hacer el ensayo en los casos particulares, sin esperar siempre un resultado favorable. Una dieta bien ordenada unida á la hidroterapia (Ponges, Brides, Vichy), constituyen los puntos más importantes del tratamiento.

Más adelante volveremos á ocuparnos de la obesidad.

Es necesario convenir que en ciertos casos felices, se ha obtenido la curación de la amenorrea y de la esterilidad con inyecciones de agua caliente, aplicaciones de sanguijuelas en el cuello, é introducción de la sonda etc., etc. Hasta la excitación de las glándulas mamarias es considerada por algunos especialistas (E. T. Dilk) como un medio útil y poderoso para favorecer la concepción.

En todos los casos, se deben usar con prudencia estos procedimientos: deberán reservarse para casos desesperados, en los que un tratamiento general prolongado, aún de muchos años de duración, no haya producido resultado alguno y sobre todo cuando ni el estado local de las partes genitales ni la constitución de la enferma se presenten, como contraindicaciones á estos procedimientos.

Por esta corta exposición se vé, que el tratamiento de la esterilidad en la mujer es complejo y variado, según la causa que lo ha producido. No se pueden, por consiguiente, establecer reglas idénticas para todos los casos, en este tratamiento.

Causas locales.—Hemos dicho ya que, después de Sims, el tratamiento de las enfermedades especiales del aparato genital de la mujer se ha considerado más quirúrgico que médico.

Esta distinción se aplica sobre todo á la esterilidad, que reconoce por causa obstáculos mecánicos y vicios de conformación, los cuales se oponen ya al uso del coito (imperforación del himen, vaginismo); ya á la penetración del esperma en el útero (atresia cervical, conicidad del cuello); y ya en fin á la retención del esperma en la cavidad uterina (endometritis).

La experiencia que hemos adquirido durante quince años de práctica ginecológica nos mueve á creer, que ocho veces de diez, la esterilidad de la mujer reconoce *causas locales* y debe someterse, con preferencia á cualquier otro medio, á un tratamiento local.

Reconocemos de buen grado que ciertas diátesis pueden producir la esterilidad: la obesidad, las afecciones constitucionales que producen la amenorrea y diversos estados patológi-

cos, pueden aportar obstáculos á la concepción; pero estas son causas generales que sólo pueden combatirse por medidas terapéuticas muchas veces inciertas,

No sucede lo mismo con las causas locales cuando estas pueden comprobarse bien. En ellas el práctico tiene con frecuencia la satisfacción de ver que su tratamiento produce resultados inmediatos.

Ved aquí la clasificación que proponemos para el estudio de la esterilidad en la mujer,

Clasificación de las causas de la esterilidad en la mujer

1.º Esterilidad por inaptitud para la cópula (vulvitis, vaginismos, atresias vaginales, etc.)

2.º Esterilidad por obstáculo mecánico para la penetración del esperma en el útero (atresias uterinas, flexiones, conicidad del cuello, etc.).

3.º Esterilidad resultante de la no retención del esperma en el útero, ó de la destrucción del huevo por secreciones mórbidas (disminorrea, menorragia, endometritis, catarro uterino etc.)

4.º *Esterilidad por ineptitud para la ovulación é incubación* (perturbaciones de la función del ovario, amenorrea, útero infantil, ausencia de ovarios, extopias ováricas etc.)

Esta clasificación es más quirúrgica que fisiológica. Nos veremos obligados á estudiar ciertos estados mórbidos que no se refieren exclusivamente á la esterilidad. Así es que hablaremos del vaginismo, del prolongamiento hipertrófico del cuello, de la discisión de los orificios uterinos, etc.

Si las causas fisiológicas que producen la esterilidad en la mujer son las más numerosas (ineptitud para la ovulación); también es verdad que ellas están con frecuencia fuera del alcance de los recursos de la terapéutica. Por esta razón les hemos dado el último lugar al clasificarlas.

Vamos á explicar cada una de estas causas y á describir

los diferentes tratamientos que pueden aplicárseles. Mas creemos que la parte terapéutica de nuestro trabajo, debe ser precedida de un estudio práctico del acto sexual; estudio basado en la situación de los órganos genitales de la mujer, cuyas modificaciones pueden hacer difícil, sino imposible, la penetración del esperma en el canal cervical.

El coito en sus relaciones anatómicas

Aunque el coito, acto inicial de la fecundación, es con frecuencia un acto impetuoso que se realiza bajo la influencia de un impulso instintivo y no razonado y basta para asegurar la fecundación, pueden presentarse casos en los cuales el médico debe indagar las condiciones en que se ha verificado, para suministrar á las interesadas los datos científicos que le faltan para conseguir el objeto final: la reproducción de la especie.

Debemos, por consiguiente, considerar el coito.

- 1.º En sus relaciones anatómicas, y
- 2.º En sus relaciones fisiológicas.

El coito considerado en sus relaciones anatómicas

Para que la fecundación tenga lugar es necesario el contacto material de los agentes reproductores del hombre y de los productos sexuales de la mujer. Este contacto sólo puede tener lugar de un modo eficaz en el útero.

El coito fecundante, pues, debe tener por objeto la penetración del esperma en la cavidad uterina. La anatomía y fisiología de los órganos están de acuerdo en demostrar que el objetivo del acto sexual es *proyectar* en el cuello uterino el líquido eyaculado por el pene en erección.

El médico consultado por una mujer estéril debe por consiguiente, ante todo, asegurarse si el coito se ha practicado de un modo conveniente. *Si el pene estaba en las condiciones*

necesarias, si el cuello uterino estaba en el eje de la vagina, si no existen falsas roturas vaginales, y si no es posible por las posturas ó actitudes adoptadas durante el coito, colocar los órganos en las condiciones más favorables á la fecundación.

Tenemos que estudiar aquí las causas que producen *la impotencia en el hombre*; pero queremos llamar la atención sobre los estados que hacen inepto el pene, para deponer el semen en el orificio del cuello uterino.

Entre estos estados los más importantes son los *epispadias* y los *hipospadias*. Esta última disposición sobre todo es extremadamente frecuente y permanece con frecuencia desconocida, ya por que el marido ignore la importancia de esta anomalía, ya por que no se atreva á darla á conocer, temiendo revelar su impotencia.

No hablamos aquí del *hipospadias perineal*, que da al individuo que está afectado de él, la apariencia del hermafrodita, sino de la abertura de la uretra á pequeña distancia del glande.

Fuí consultado por una criada esteril. Después de haber examinado á la mujer, que no presentaba ninguna causa de infecundidad, pedí examinar el esperma del marido. Este se turbó y despertó mis sospechas por su confusión. Le cité para la mañana siguiente, rogándole que me trajera el esperma y recomendándole que viniera sin su mujer. El se decidió entonces á dejarse examinar. No me sorprendió hallar en él un ligero grado de hipospadias. La uretra se abría por el tercio inferior del pene; y esta era la causa de una esterilidad absoluta. Este caso es interesante, porque la mujer había ya sufrido muchos tratamientos que se hubieran evitado, si la causa de la esterilidad se hubiera buscado y reconocido en el marido. Conocida ya la causa, practiqué con éxito la fecundación artificial.

Lo repito, el hipospadias es más frecuente de lo que comunmente se cree ocurriendo que el esperma en lugar de ser dirigido hacia el cuello, es proyectado fuera de la vulva y viene á derramarse lubricando los testículos.

Vamos á tratar de los estados que colocan el orificio uteri-

no fuera del eje vaginal. Estos casos se relacionan con las desviaciones anteriores y posteriores.

Se ha insistido mucho y con razón sobre lo que Pajot ha descrito bajo el nombre de *falsos caminos vaginales*. En las desviaciones, en la disposición cónica del cuello, y especialmente en la prolongación hipertrófica el pene penetra en uno de los culos de saco vaginales, y el espermia, en vez de ser proyectado directamente sobre el cuello uterino, se deposita en uno de estos culos-de-saco en donde no tarda en ser alterado por la acidez de las secreciones vaginales. El acto sexual se practica generalmente de un modo uniforme; el pene se introduce en una de estas falsas direcciones, que se acentúan cada día más; en suma, el coito se hace infecundo, y estas causas de infecundidad aumentan con el tiempo.

Importa por estas diversas razones estudiar la posibilidad de poner remedio á las condiciones defectuosas á causa de las *posturas empleadas para el coito*, y ver si es posible, variando estas posturas, poner el glánde, el pene y el cuello uterino en condiciones más favorables para la fecundación.

En la especie humana las relaciones sexuales tienen lugar cuando la mujer está en decúbito dorsal si bien la posición vertical se ha ido haciendo poco á poco propiedad de nuestra especie. Los autropoides tienen los miembros superiores mayores que los nuestros, y estos miembros les sirven para caminar y para trepar.

La transformación que se ha obrado gradualmente, no ha acomodado sin embargo todos nuestros órganos al enderezamiento de la columna vertebral. El útero ha conservado una posición idéntica á la que ocupa hoy en la mona y en los demás cuadrúpedos. Está normalmente en anteversión y forma con la vagina un ángulo que constituye una condición desfavorable para la concepción, cuando el coito se practica según el modo habitual, que está en uso en nuestra especie.

Resulta de estas consideraciones que el coito practicado *more canum* es más favorable á la concepción.

Este hecho está demostrado no sólo por la fisiología, sino que además lo confirma la observación clínica y el estudio me-

cánico de las relaciones del glánde con el cuello uterino durante las relaciones sexuales.

Basta practicar el tacto vaginal ó aplicar una valva de Marión Sims, cuando la mujer está colocada en la posición genu-pectoral, para darse cuenta de la facilidad con que se toca el cuello uterino.

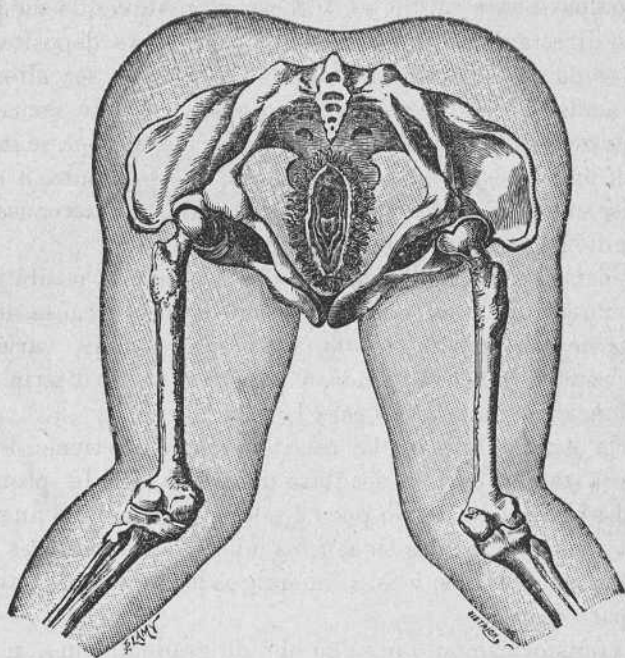


Fig.^a 149.—Posición genu-pectoral.

En esta posición no sólo es el cuello más accesible al tacto y á la vista, sino que sufre, por esta misma posición, cambios de situación que hacen desaparecer momentáneamente la retroflexión y las falsas vías vaginales, que son su consecuencia.

Recomendamos por consiguiente á los maridos, cuyas mujeres son estériles, la práctica del coito *more animalium*. El útero humano no difiere en nada del de los animales. Estos últimos, por consiguiente, deben ser nuestros guías en el modo de realizar el coito.

En la *retroversión* es especialmente donde este modo de coabitar puede dar resultados. Los prácticos están acordes en reconocerlos así.

Hegar recomienda no sólo colocar la mujer en la posición genu-pectoral, con el cuerpo levantado por los codos y las rodillas, sino que además aconseja, para facilitar la progresión del espermatozoos en las partes profundas del aparato genital, con-

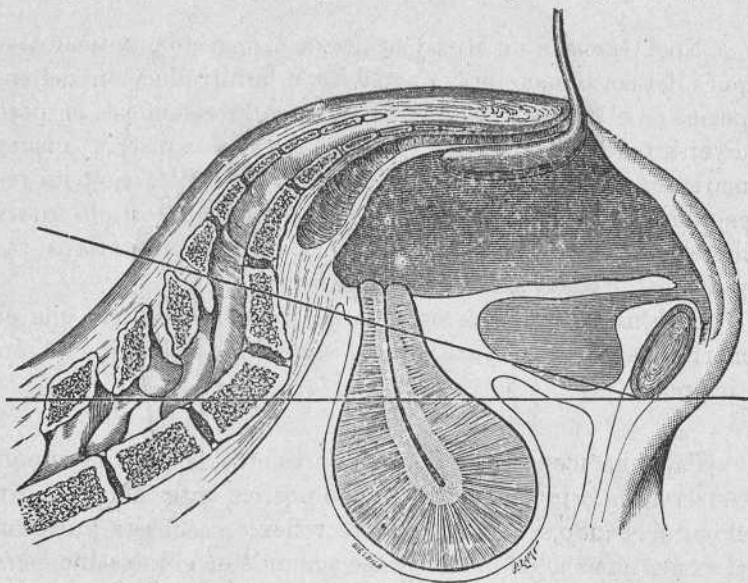


Fig.ª 150.—Posición genu-pectoral. (Sección)

servar algunos instantes después del acto esta postura, mientras que el marido eleva lentamente la masa abdominal y la deja caer de repente.

Por repugnante que pueda parecer esta maniobra, ninguna paciente reusará someterse á ella, siendo tan intenso el deseo de maternidad que invade á las mujeres estériles. Recomendamos como más práctico, el procedimiento que consiste en practicar el coito estando la mujer sentada sobre el marido; de este modo las relaciones del cuello uterino con el pene son las mismas que en la posición anterior.

El cuerpo uterino cae delante y el cuello está muy apor-

ximado al pene. Esta posición tiene sobre la precedente la ventaja de no fatigar la mujer, y permite la copulación más en relación con la costumbre. Es cierto que la posición genu-pectoral es fatigosa para las mujeres, y que les es muy difícil conservarla largo tiempo *post coitum* á causa de la congestión de la cabeza, que se encuentre hacia abajo.

Noel Guenean de Mussy aconseja al marido practicar después del coito maniobras que faciliten la introducción del esperma en el útero: «Sed aud illicitum mihi visum est, si post diversa tentamina dicitus uxor infecunda manserit, ipsum maritum digitum post coitum in vaginam immitere, et ita receptum semen uteri ostio admovere. Et cum ostiolo uteri hæret, ut in pervium canalem, spermatozoidum motibus faventibus, prodeat sperare non absurdum.»

Este medio puede recomendarse, pero es necesario que el marido haga previamente el tacto vaginal: lo cual exige algún tiempo.

Pajot ha aconsejado á las mujeres afectas de anteversión conservar la orina el mayor tiempo posible antes de practicar el coito; cuando se trata de una retroflexión aconseja provocar el estreñimiento de modo que se acumule en el intestino cierta cantidad de materias que enderecen el útero. No vemos inconveniente alguno en ensayar estos procedimientos, cuya inocuidad está más demostrada que su ineficacia.

Ved aquí como Mr. Pajot formula su tratamiento, que es enteramente original (1): «voy á daros á conocer ahora una terapéutica que creo hasta ahora nadie la ha enseñado.

Cuando tengais que tratar una mujer que presente una desviación, tened siempre cuidado de tomar los dos individuos aparte, la mujer para confesarla y el marido después. No es necesario reseñarles á la vez los medios que han de emplearse, y vais á ver el por qué. ¿Tiene la mujer una *anteversión*? Le direis: tened la bondad de no orinar durante cinco ó

(1) Obstáculos de la fecundación.

seis horas todas las tardes que debais tener relaciones con vuestro marido. No os inquiete el como se hace esto; esto no os incumbe, sino no orineis. Ustedes quieren tener hijos, está bien, pues orinareis después, pero no antes.» Cuando se trate de una *retroversión* le direis: «Señora, al fin de sus reglas comerá usted muchos huevos y mucho arroz, y tomará usted también durante tres ó cuatro tardes una pequeña píldora que voy á daros»—Esta pequeña píldora será simplemente dos centigramos y medio de extracto tebaico.—«Se dispondrá usted, señora, para no ir al escusado en tres ó cuatro días, después tendrá usted relaciones con su marido, y sólo vaya al escusado *después*.»—¡Bizarro! magnífico!

Todo esto parece en efecto muy bizarro, y por tanto esta conducta es absolutamente racional, y está basado en la anatomía y en la fisiología.

Cuando se toma el cadáver de una mujer de 30 ó 40 años, se inyecta la vejiga y se le llena bien de líquido, se vé enderezarse el fondo del útero y dirigirse hacia atrás. ¿Habeis comprendido ahora? Cuando se toma el mismo cadáver, se vacía la vejiga y se llena el recto después de haberlo atado é hinchado con aire y agua, está muy extendido y se ve que el fondo del útero se dirige hacia adelante. Habeis visto lo que pasa, habreis comprendido, que el cuello debe seguir necesariamente una dirección inversa al cuerpo. Dirigido el cuerpo *hacia atrás* por la vejiga, el cuello se inclina *hacia adelante*. Dirigido el cuerpo *hacia adelante* por el recto, el cuello es llevado *hacia atrás*.

Mr. Pajot emite igualmente su opinión favorable acerca de las posturas:

«Un hombre se presentó un día con su mujer. El hombre casado hacía cuatro años, alsaciano, de buen aspecto; la mujer bien constituida, también bella, rubia y fresca. Nada de enfermedad ni el uno ni el otro: el hombre espermatozoides soberbios y numerosos; la mujer un útero en buen estado, nada de flujos ni de catarros.

Nada de hijos. Pero la matriz estaba en lateroverción iz-

quiera, el cuello oprimido sobre la pared lateral derecha de la vagina, hasta el punto de que el orificio externo estaba cerrado ú obstruido por esta pared aplicada sobre él. Falsa vía de dos centímetros en el culo-de-saco lateral izquierdo.

Dije al marido: «usted hasta el presente sólo ha tenido relaciones con su mujer en las condiciones clásicas, ó sea en las situaciones consagradas por el uso.» El marido, valiente muchacho, muy sencillo, de 28 ó 30 años me respondió: «Toma, si señor.... á la buena fé.»

«Usted va á cambiar esa costumbre. Va usted á colocar á su mujer sobre el lado derecho, absolutamente sobre el lado derecho.

—«Sí, señor.

—«Y después se arreglará usted como pueda, porque esto no me importa.

—«Qué diablo, señor... si yo no veo la cosa tan fácil.

—«Si... si... si... usted verá, vuelva á su mujer de este lado y usted verá...

—«Está bien señor.»

Quince días después la mujer estaba en cinta. Ha tenido cinco hijos.

Pero ved aquí que la observación se hizo completamente picarezca. Este señor había tenido ya cuatro hijos y se dijo: cuatro hijos es bastante; es necesario detenerse aquí: Y entonces hizo este razonamiento: yo estuve por espacio de cinco años amando á mi mujer en una posición en que no puede tener hijos; debo volver á mis antiguos hábitos. Aplicó repentinamente su razonamiento, que ciertamente no era el de un necio, y desde la primera vez quedó embarazada su mujer.

Entonces, no comprendiendo lo que le pasaba, con cierta timidez, vino á encontrarme y me dijo: «Puede usted creer, señor, lo que me sucede? Durante cuatro años usé del matrimonio siempre como lo he hecho hoy, y no pude tener hijos; vine á consultar á usted, me dió el consejo de colocar á mi mujer de costado. Esto me produjo efectos. Usted lo sabe, he tenido cuatro hijos, y he pensado que eran bastantes. Con tal motivo he vuelto á mi antiguo método. Mi mujer ha practica-

do también enteramente lo mismo, y sin embargo está en cinta. Esto es demasiado pronto. ¿Y cómo es posible esto?— Traígame usted á su mujer. «Yo reconocí su mujer y ved aquí lo que había sucedido. Es verdaderamente muy curioso. Tenía cuando era estéril, una desviación lateral derecha tan pronunciada, que era una *de aquellas* en que el orificio estaba cerrado ó tapado por la pared. Tuvo cuatro hijos. Sabeis que en la preñez el cuello se lleva á la *izquierda*, y que el cuerpo está de 30, 28 veces inclinado hacia la *derecha*. Poco á poco, pues, por los embarazos, el cuello había sido llevado excesivamente á la *izquierda*, y á fuerza de estar á ese lado cuando el embarazo pasaba, se reemplazaba incompletamente en la *latero-versión* derecha, de modo que se encontraba el cuello en la situación normal; así cuando el marido determinó volver á los hábitos clásicos, se encontró en la dirección justamente favorable á la conjunción del meato con el orificio.— «Pero en fin, señor Doctor ¿cómo es necesario obrar para no tener más hijos?

— «Sobre esta cuestión, le dije, yo sólo respondo á los maridos cuyas mujeres están expuestas á morir de parto: La fórmula es sencilla. Comer el pez sin la salsa y jamás pasar de allí.

— «No pasar de ahí? No comprendo.

— «Sí, apreciable señor, en los matrimonios que no deben tener hijos por exposición de muerte, la mujer es semejante al honor. Usted conoce la definición:

El honor es como una isla escarpada sin límites.

«De donde no se puede salir.....

»Los maridos viejos se ven obligados á repetir este texto.

»Los jóvenes lo modifican..... diciendo:

»De donde no se debe salir..... etc.»

«Hé aquí todo el secreto.

Tales son los medios para remediar estas desviaciones.

Después de todos los cuidados que acabo de indicaros, recomendareis á los esposos tener relaciones alrededor de la época menstrual y nunca en la época intermedia. Mandareis al marido que permanezca tres semanas en cada mes sin relaciones conyugales. Estas economías son provechosas. Además las aproximaciones se harán en tres ó cuatro días con-

tinuados tan luego como hayan cesado las reglas. Este es un buen método. Si el coito tiene lugar *antes* de las reglas, se corre el riesgo de destruir al mes siguiente lo que antes se había hecho; pero este riesgo desaparece si aquel acto se realiza inmediatamente después de la menstruación. Si cada dos meses no había inconveniente en la aproximación de los esposos antes de las reglas, debe haberle en que se aproximen todos los meses antes de referida función. Habiendo puesto remedio de este modo en la mujer á las dificultades que hayais podido encontrar, decid á los esposos: Obrid así y no desmayeis, porque si hay mujeres que quedan en cinta á vuelta de algunos días, las hay también que tardan dos

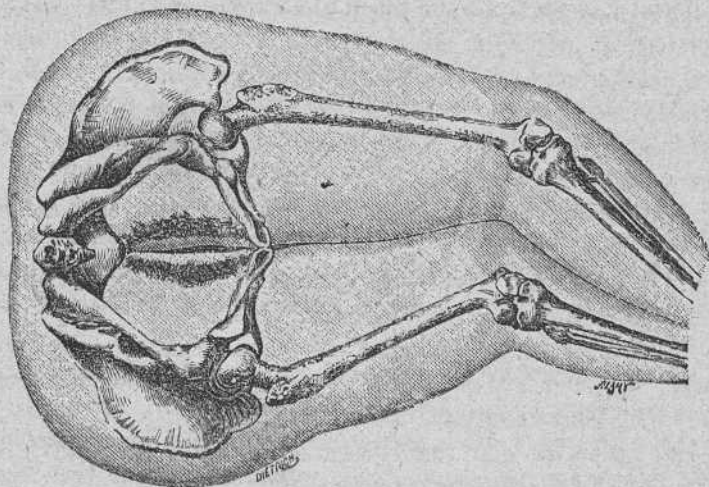


Fig.^a 151.—Posición lateral izquierda.

ó tres años. Yo he tenido dos casos: la una tardó tres años y la otra un poco menos. Siendo bueno el espermatozoide, y allanadas las dificultades, no hay más que tener paciencia, como yo les digo á los esposos: «paciencia y fervor, que ello vendrá.»

Juzgamos que las posiciones laterales (fig.^a 151) permiten una adaptación menos completa de los órganos genitales, que la posición genu-pectoral (fig.^a 149 y 150—página 379 y 380)

pero aquéllas tienen sobre esta última la ventaja de fatigar menos la mujer, y de permitir el coito manteniéndose acostada en la posición coxal, que es la que más generalmente se usa.

Cualquiera que sea el procedimiento empleado en el coito, aconsejamos al marido dejar algunos instantes el pene en la vagina *post coitum*, para favorecer la penetración del esperma en el útero; y á la mujer conservar también el mayor tiempo posible *post coitum*, la posición que tenía durante el acto sexual.

El coito considerado en sus relaciones fisiológicas

Epoca favorable para la fecundación.— Volveremos sobre esta cuestión al tratar de la fecundación artificial.

Aceptamos desde la opinión general, que mira como tiempo más favorable á la fecundación, los ocho días que siguen á la época menstrual. Este hecho está perfectamente demostrado hoy por millares de estadísticas establecidas sobre la fecha del parto en sus relaciones con la fecha de la última menstruación.

Se practicará el coito *durante los cuatro días que preceden á las reglas*, y durante los ocho que las siguen.

El coito que tiene únicamente por objeto la concepción, debe practicarse en la época que indicamos, por la tarde con preferencia, y *una vez al día solamente*. El coito repetido con frecuencia es sumamente nocivo.

Al admitir que las épocas que acabamos de mencionar son más favorables á la fecundación, consignamos también la teoría muy en boga hoy, que consiste en hacer creer que la concepción sólo puede tener lugar durante dichas épocas; y que todo coito practicado en la quincena intermedia es necesariamente infecundo.

Juzgamos que la fisiología del coito debe ser estudiada por el médico, cuando éste ha de ocuparse de cuestiones tan delicadas, como son las que se refieren á la fecundación. Lo más

insignificante puede tener importancia; así es que el modo de copular, la duración del coito, las sensaciones y secreciones que acompañan al espasmo venéreo, y la posición de la mujer después del coito, son factores no despreciables bajo el punto de vista de la concepción y de la esterilidad.

Los autores han emitido opiniones muy contrarias acerca de la importancia que presentan respecto de la fecundación *las sensaciones voluptuosas experimentadas por la mujer* durante el coito. Pretenden unos que la frigidez tan frecuente en la mujer, no es de ningún modo obstáculo para la concepción; afirman otros por el contrario que el espasmo venéreo es un factor que debe tenerse en cuenta.

No se puede en esta cuestión delicada, emitir una opinión absoluta. Si está demostrado que ciertas personas pueden concebir, aunque no representen en el coito sino un papel pasivo, no podemos admitir que el espasmo venéreo fisiológico que acompaña al acto sexual, consentido y aún deseado por la mujer, carezca de influencia en el resultado de este acto.

Esta imposibilidad resulta sobre todo de la fisiología del coito, acompañada de espasmo venéreo en la mujer.

Durante la cópula las glándulas de Bartholín lubrican las partes genitales, el clítoris está en erección y se hincha, y los músculos vulvo é isquio-cavernosos descienden este órgano y le doblan sobre el pene.

Se produce al mismo tiempo una contracción peristáltica de la vagina, que tiene por objeto apretar y mantener en contacto contra el cuello la bola espermática depositada ó lanzada por la eyaculación.

El mismo útero entra en juego también. Bajo la influencia de la excitación propia de la generación, su túnica muscular abre el orificio del cuello, expulsa las secreciones, y produce al mismo tiempo una especie de aspiración del esperma.

También puede admitirse que bajo la influencia del espasmo venéreo, las trompas de Falopio sufren el impulso general y se abren más extensamente.

Tales son, en resumen, los principales fenómenos fisiológicos; todos los cuales tienen por punto de partida la erección y

la excitación voluptuosa, fenómenos que acompañan al coito, *y que no tienen lugar sin él.*

La fisiología nos demuestra, pues, que el coito fecundante debe ser voluptuoso; que las mujeres que conciben sin experimentar el espasmo venéreo no son más que excepciones que confirman la regla.

Jamás he dejado de interrogar sobre este punto, y con toda la delicadeza que exige la materia, á las mujeres estériles que me han pedido consejo. De las 43 mujeres que han respondido á mis preguntas, había once afectas de frigidez absoluta y siete que experimentaban el espasmo venéreo rara vez y bajo la influencia de maniobras extrañas al coito. Seis habían conocido las sensaciones del coito muchos años después de su casamiento.

Resulta de esta pequeña estadística, que la insensibilidad ó la pasividad durante el coito es un obstáculo para la concepción.

Conviene, sin embargo, no caer en la exageración de admitir todo lo que se ha dicho y escrito sobre esta materia.

Hay quien dice que el espasmo venéreo en la mujer, para producir la concepción, debe tener lugar en el momento mismo de la eyaculación, y sólo por el coito, sin maniobra alguna extraña al acto sexual simplemente realizado.

Estas teorías son puramente especulativas. Opinamos que *la erección y el espasmo venéreo son útiles para favorecer la fecundación* en la mujer. A esto se limita nuestra afirmación.

LECCIÓN VIGÉSIMASEGUNDA

ESTERILIDAD POR INEPTITUD PARA LA CONCEPCION

Señores:

Todos los estados morbosos adquiridos ó congénitos, que se oponen á la introducción del miembro viril en la vagina, son causas de esterilidad.

Estas causas son numerosas, y con frecuencia susceptibles de un tratamiento quirúrgico eficaz.

Los obstáculos que se oponen á la cópula, son de varias clases. Ved aquí los principales:

- 1.º Imperforación y vicios de conformación de la vagina.
- 2.º Tumores de la vulva.
- 3.º Persistencia y rigidez del himen.
- 4.º Vaginismo.

1.º Imperforación y vicios de conformación de la vagina

Estos estados morbosos son casi siempre congénitos. Pueden clasificarse del modo siguiente:

Imperforación de la vagina. Ausencia de la misma. Abertura anormal de ésta. Vifidez de ésta por tabicamiento. Oclusión accidental de la misma.

Estas anomalías son casi siempre consecuencia de un desenvolvimiento anormal de los órganos genitales, dentro del canal intra-uterino,

Ausencia de la vagina

Esta anomalía que es muy rara, coincide muchas veces con la ausencia del útero. El aparato genital de la mujer se encuentra en este caso simplemente representado por una pequeña depresión de la vulva. En este caso la intervención que puede tener por único objeto permitir la cópula, es muy discutible. Esta intervención está admitida por Le Fort, el cual cree que el coito es una necesidad que los esposos deben satisfacer aun cuando no puedan aspirar á la reproducción.

Nosotros admitimos este modo de ver, tanto más, cuanto que la ausencia de la vagina no coincide necesariamente con la ausencia del útero; y si este órgano existe, la restitución del canal vaginal es necesaria, no sólo para la cópula, si que también para asegurar el desagüe de las reglas y hacer posible la fecundación. Una operación de esta índole entra en la categoría de las que tienen por objeto el tratamiento de la esterilidad.

Dada la ausencia de la vagina, deben buscarse desde luego el útero y los órganos genitales internos. Esta indagación puede hacerse por signos físicos y por signos racionales.

Por el tacto rectal, combinado con la palpación abdominal, se puede comprobar la existencia de un órgano móvil, globuloso, análogo al útero, entre el recto y la vejiga.

La palpación bimanual practicada por manos expertas, permite con mucha facilidad percibir el útero entre los dedos introducidos en el recto y los aplicados en el abdomen. Esta indagación producirá mejores resultados, si se practica durante la anestesia.

Los signos racionales que pueden revelar la existencia del aparato genital interno, cuando falta la vagina, son todos aquellos que han sido designados bajo el nombre de *molimen hemorrágico*: pesadez, dolores lumbares y cólicos menstruales.

La intervención quirúrgica está absolutamente indicada, cuando se prueba en una mujer que la ausencia de la vagina acompaña á la presencia del útero,

Operación.—Los casos en que se ha obtenido con éxito la restauración de la vagina, no son bastante frecuentes para que la práctica de esta operación se haya establecido con reglas precisas.

Tres medios se han puesto en uso: *la compresión*, *la incisión* y *la electrólisis*. Cualquiera que sea el procedimiento empleado, la dificultad capital consiste en abrir un camino entre la vejiga y el recto sin penetrar en ninguna de estas cavidades.

El empujamiento ó *la compresión* dió á Amussat un caso de buen éxito. Este cirujano pudo llegar, apretando y comprimiendo la mucosa vulvar, hasta el punto en que debía estar el orificio vaginal, penetrando hasta una profundidad de cinco centímetros. Llegado á dicho punto, hizo una incisión y penetró en la bolsa sanguínea formada por la acumulación de la sangre de las reglas. Sostuvo la dilatación por medio de esponjas preparadas, y la enferma curó.

Baker Brown ha practicado sólo la incisión. Esta exige el mayor cuidado. Introducida una sonda en la vejiga y un dedo en el recto, se procede con la mayor lentitud, siguiendo una doble exploración á cada corte de bisturí, á fin de conservar el instrumento á igual distancia de la uretra y del recto. También se puede combinar ventajosamente la incisión con el desprendimiento.

La electrólisis ha sido aplicada con éxito por León Le Fort. Después de practicar una incisión superficial en la vulva, este cirujano introdujo en forma de cono en la herida el polo negativo de seis elementos, y de este modo llegó á abrirse camino hasta el útero. La dilatación se practicó durante muchos meses por medio de esponjas y mechas preparadas. Hemos visto la enferma de Mr. Le Fort y nos hemos convencido de que la vagina que se obtiene de este modo permite perfectamente la cópula.

Estos ejemplos prueban que la restauración de la vagina ausente es una operación posible, indicada, cuando podemos suponer la existencia del útero.

El procedimiento operatorio no puede sujetarse á reglas

fijas y debe dejarse á la elección del cirujano según los casos.

Los demás vicios de conformación de la vagina son más raros, y no ofrecen gran importancia bajo el punto de vista operatorio.

La vífidez de la vagina, que coincide muchas veces con un útero bicornuto, no es obstáculo absoluto para la cópula. Si este tabicamiento se opone al coito, es necesario hacerlo desaparecer, bien con el termocauterio, bien de un modo lento por la ligadura elástica, bien por el *le-craser* como lo hizo con éxito Chasaiguac.

Puede numerarse también entre las anomalías que sirven de obstáculo para la cópula, *la abertura anormal de la vagina*.

Rossi, Boyer, Louis y muchos otros han citado casos en que la vagina se abría en el recto donde existía una especie de cloaca.

No conocemos ningún tratamiento quirúrgico que se haya aplicado á este vicio de conformación, que por lo demás no es obstáculo absoluto para la concepción, toda vez que el coito puede realizarse por el canal colectivo.

Los mismos autores refieren muchos ejemplos de embarazos sobrevenidos en estas condiciones, y terminados felizmente. La existencia de la cloaca en la mujer no puede, por consiguiente, considerarse como causa de esterilidad. Dejamos por lo tanto á la iniciativa de los prácticos el tratamiento que les convengan aplicar cuando se les presente algún caso de este género.

Las reglas bien comprendidas de la autoplastia permiten en ciertos casos remediar estas desformidades de suyo muy raras.

Recordaremos la célebre discusión médico-teológica que tuvo lugar á fin del siglo último en la Academia de Cirugía entre Louis y los pp. Cucufe y Tournemine. Sostenían estos dos teólogos que el coito anal es permitido cuando la vagina se abre en el recto, y nos felicitamos al considerar que el Papa Benedicto XIV, á quien fué sometida la cuestión, la resolvió en el mismo sentido que los teólogos y la Academia de Cirujía.

2.º Tumores de la vulva y de la vagina que se oponen á la cópula

Los tumores voluminosos, desarrollados á la entrada de la vagina, deben quitarse cuando constituyan un obstáculo para la cópula.

Algunos de estos tumores no son otra cosa que la manifestación de la diátesis cancerosa ó sifilítica y no debemos ocuparnos aquí de ellos.

Las *vegetaciones* vulvares tan frecuentes en las mujeres que han tenido blenorragia, y en las que no han tenido los cuidados de limpieza necesarios, pueden desenvolverse en tales términos, que constituyan ya por su volúmen ya por la hiperesesia que ocasionan, un obstáculo casi absoluto para el coito. He hecho desaparecer la esterilidad, cuya causa había permanecido ignorada mucho tiempo por rehusar la enferma dejarse examinar, en una joven de 22 años, practicando la escisión de una vegetación voluminosa, desarrollada en la vulva.

Cualquiera que sea su antigüedad y su naturaleza, las vegetaciones vulvares escinden fácilmente con el bisturí, las tijeras ó el termo-cauterio. La única precaución que hay necesidad de tomar, es preveer y combatir las hemorragias secundarias.

Los quistes de la vagina y de la vulva son muchas veces tan voluminosos, que impiden las funciones sexuales.

Alfonso Guerin, les señala un origen glandular, pero dada la ausencia de glándulas en la mucosa vaginal, juzgamos con Vidal de Casis que estos desenvolvimientos quísticos son debidos á una especie de prolongación de las mallas del tegido conjuntivo.

Cualquiera que sea, por lo demás, su origen y su naturaleza, estos quistes deben de ser destruidos cuando están tan desarrollados que impiden el coito.

El procedimiento que ha de emplearse es la incisión con ó sin escisión de la pared, seguida de la cauterización de toda la extensión de la bolsa.

La ablación total presenta muchas veces dificultades, y expone á perforaciones tanto más temibles, cuanto que las paredes son muy delgadas ordinariamente.

Los *tumores fibrosos* y los *pólipos* implantados en la vagina, son de ordinario neoplasmas, que han tenido su punto de partida en el útero y se encuentran sujetos todavía á la pared uterina por un pedículo. Se ha hecho mención, sin embargo, de fibro-miomas que han tenido su punto de partida en la capa celulo-musculosa de la mucosa vaginal.

Estos tumores están generalmente pediculados. Su ablación puede presentar dificultades á causa de la proximidad de la vejiga y del recto.

3.º *Persistencia y rigidez del himen*

La persistencia del himen es, á nuestro juicio, causa frecuente de esterilidad en los primeros años de matrimonio. Se citan casos en que el himen ha permanecido intacto mucho tiempo después del matrimonio, bien á consecuencia de una extremada resistencia de esta membrana, bien por torpeza ó impotencia del marido.

Se ha culpado mucho en estos casos la *impotencia ó insuficiencia* de los pobres maridos. Admitimos que esta causa desempeña un papel de alguna importancia en la persistencia del himen, pero es más bien la torpeza de los dos esposos, la brutalidad del uno y el temor injustificado de la otra son la causa de todo el mal.

Las primeras tentativas se hacen inconsideradamente, y la introducción del pene no tiene lugar en las primeras aproximaciones; de donde resulta con frecuencia una inflamación de la fosa navicular, que aumenta el dolor de la mujer que opone entonces una repulsión instintiva á toda introducción vaginal.

Otras veces, y es lo más frecuente, el marido aunque bastante vigoroso para franquear la fortaleza del hímen, considera á su mujer que da grandes gritos, ó se atemoriza cada vez que se trata de la aproximación sexual. Ante el temor de herirla ó de producirla desgarraduras, se contenta con penetrar en la fosa navicular, en la cual se realiza la eyaculación.

Lo que desde luego era sólo una necesidad se hace después un hábito. La fosa navicular se agranda, el hímen se hunde, y de este modo se crea una *vagina artificial*, suficiente para permitir un coito, con el cual terminan por contentarse los esposos.

He observado muchos casos de este género. En una mujer de 27 años, el hímen estaba absolutamente intacto, por más que hacía más de dos que se había casado; el marido era, sin embargo, vigoroso y bien constituido. Esta membrana estaba hundida y la fosa navicular formaba un canal de casi cinco centímetros de profundidad, que permitía el coito.

En otro caso el matrimonio databa de tres años. La mujer de 24 de edad, era extremadamente obesa; la membrana himen estaba intacta, y el coito tenía lugar entre los muslos y los grandes labios. El canal artificial que he indicado en el caso anterior no existía.

En estos dos casos, sólo he podido darme cuenta de la situación, después de haber practicado la anestesia.

Anomalías del hímen. Rigidez.—Sabido es que el hímen está constituido por un repliegue mucoso, de forma y resistencia variable, que separa la vulva y la vagina por una especie de diafragma perforado. Entre las hojas de este repliegue existe un extrema conjuntivo más ó menos resistente.

La resistencia excepcional de este extrema y su consistencia tendinosa pueden constituir un obstáculo absoluto para el coito. Los hechos de este género no son raros. Kisch ha visto en una mujer de 24 años, infecunda después de dos de matrimonio, un hímen ovoide muy resistente, dividido de atrás hacia adelante por un septum tendinoso duro al tacto. El peque-

No espacio libre entre estas dos cuerdas tendinosas no permitía ni aun la introducción del dedo. La sección del septum tendinoso produjo la curación, y la enferma pudo quedar en cinta.

Numerosas observaciones de este género han sido publicadas por Bandl, Hoffmann, Simón, Breisky (1) Braun, etc.

Uno de los casos más notables es el de Spaeth, referido por Kisch. El himen estaba figurado por un rodete saliente, de superficie externa lisa, y cuyo orificio central apenas admitía la introducción del histerómetro. Entre el borde inferior de la membrana y la comisura posterior, se encontraba un infundibulum en forma de ciego, casi de cuatro centímetros de profundidad, por el cual se efectuaba un coito que parecía satisfacer á los interesados.

Por más que los teólogos hayan referido ejemplos de este género, en los cuales ha tenido lugar la concepción, nosotros no podemos menos de considerar tales anomalías como productoras de la esterilidad.

El *tratamiento operatorio* de estos diversos estados es de los más sencillos. Cuando no existe más que una persistencia normal del himen, resultante de la debilidad del marido, ó por la torpeza de los esposos, se llegará fácilmente á dilatar la vagina ó progresivamente por la introducción de esponjas preparadas, ó bruscamente por la dilatación verificada durante la anestesia. Volveremos á hablar más adelante del tratamiento de estas complicaciones con ocasión del vaginismo.

Cuando la estenosis vaginal es debida á un himen fibroso y resistente, es necesario incindirle y mantener la dilatación vaginal, hasta la completa cicatrización de la herida.

4.º Vaginismo

Por su frecuencia el vaginismo ocupa un lugar importante entre las afecciones que causan la esterilidad. Este estado

(1) Breisky enfermedades de la vagina. Stuttgart, 1879.

mórvido es frecuentemente curable por medio de un tratamiento quirúrgico.

Bajo el nombre de *vaginismo* describiremos una afección caracterizada por una hiperestesia excesiva de la vulva y de la vagina, acompañada la mayor parte de las veces de contractura espasmódica, que reconoce como causa las lesiones variables de estos órganos y se opone al coito.

Esta definición no difiere mucho de la que ha dado Sims; pero hemos creído que se debe modificar algo. En efecto este autor y la mayor parte de los que han escrito después de él sobre la materia, han hecho del espasmo y de la contractura involuntaria el carácter patognomónico de esta afección; sin quitar á este síntoma su importancia, creemos que puede faltar; y en todos los casos es consecutivo al dolor y á la lesión.

El vaginismo es una afección *frecuente*. Sims, Debout, Michón y Scanzoni, han publicado sus observaciones. Este último dice que ha visto más de cien casos en el curso de su carrera médica. Visca ha indicado 32 observaciones en su tesis inaugural (1). Y nosotros hemos publicado también un número de casos no menor.

La *etiología* del vaginismo es muy compleja. Hemos dicho que esta afección reconoce casi siempre por causa una lesión de la vulva ó de la vagina.

Citaremos en primer lugar entre las causas ocasionales, las *fisuras*, á las que algunos autores han atribuido de una manera exclusiva la producción del vaginismo. El razonamiento debía forzosamente llevar á comparar el esfínter vaginal con el rectal, sobre todo en una época en que la contractura y la contracción eran consideradas como el único síntoma de la afección que nos ocupa. Lejos nosotros de negar á esta causa su importancia, diremos sin embargo que no es la única. La fisura vaginal es muy difícil de comprobar en multitud de casos por la hiperestesia excesiva que se opone á la introducción del instrumento explorador; y es muy probable que ella

(1) Visca, du vaginisme, these doctorat, Paris, 1870.

existiera en la mayor parte de los casos, que los autores han descrito con el nombre de vaginismo esencial.

Estas suturas pueden ocupar todo el contorno del orificio, y algunas veces se extienden tanto hacia el interior del canal, que se escapan á un exámen superficial.

Ciertas afecciones cutáneas como el *herpes* y el *ecceme* desempeñan un papel bastante importante en la producción del vaginismo. (1) Y se comprende fácilmente este hecho, si se tiene en cuenta que estas mismas afecciones producen igualmente constricciones musculares intensas, cuando se manifiestan alrededor de la boca, en el ano y en los párpados.

La vaginitis y la vulvitis deben ocupar un lugar importante en esta nomenclatura. Churchill ha dado á esta causa una importancia capital (2) y no queremos contradecirle. El vaginismo existe rara vez sin la vaginitis; pero es causa ó efecto. Aquí está toda la dificultad. Un estudio atento de los hechos nos demuestra bien claro que es más bien efecto que causa. Toda inflamación vulvar ó vaginal va acompañada necesariamente de una hiperestesia más ó menos intensa. Frecuentemente esta hiperestesia desaparece con la causa que la ha producido; pero en ciertos casos, más numerosos de lo que se cree, persiste y constituye entonces la afección rebelde que se ha designado con el nombre de vaginismo. Esto nos explica, además, la frecuencia de esta afección en las mujeres que sufren las primeras aproximaciones; porque la ruptura del hímen determina casi siempre la inflamación de la parte de la mucosa, que reviste el esfínter vaginal.

Las desgarraduras producidas por el parto pueden igualmente producir lesiones, que más tarde serán causa de un vaginismo rebelde. Tales son los casos observados por Gueneau de Mussy (3), Sims, Michón, etc.

(1) Voy. Nuevo diccionario de medicina y cirugía práctica, publicado bajo la dirección del profesor Jacout, artículo vagina por Vinay.

(2) Fleetwood Churchill, *tratado práctico de las enfermedades de la mujer*, 3.^a edición, París 1891.

(3) Gueneau de Mussy, *Clínica médica* tomo 2.^o 1875.

Sintomatología.—Dolor excesivo en el momento del coito, haciendo imposible su realización, es el principal cuando no el único síntoma acusado por las enfermas. Este dolor es tal, que arranca gritos, produce algunas veces síncope, é inspira á la mujer una repugnancia indecible á la aproximación sexual.

En ciertos casos, sin embargo, el síntoma doloroso está menos acentuado, la introducción del pene es posible en rigor, pero los sufrimientos que produce impiden á los esposos efectuarla.

La contracción espasmódica del esfínter es más ó menos pronunciada. El tacto vaginal, que debe practicarse con las mayores precauciones á causa de los dolores que provoca, permite percibirla netamente. Algunas veces, sin embargo, podemos equivocarnos.

En los casos en que los signos suministrados por el examen local parecen insuficientes, es útil interrogar al marido sobre las circunstancias que han acompañado á las tentativas de la aproximación conyugal. Los síntomas observados en este caso son importantes de conocer, porque caracterizan muy bien el grado de intensidad de la afección. A vuelta de muchos ensayos tan dolorosos como infructuosos, la mujer adquiere cierta repugnancia para el coito; más en la esperanza de ver desaparecer este estado, se somete con valor á nuevas tentativas. Entonces el dolor adquiere su máximun, la cara expresa el terror, la respiración y el pulso se aceleran, y se declara un estado convulsivo. La mujer pide que la dejen, los músculos abductores se contraen violentamente, al mismo tiempo que los del periné, y este estado terminaría por el síncope, si las tentativas de introducción se continuaran.

El vaginismo es una causa de esterilidad casi absoluta, porque hace imposible el coito. Úsese el eter en la enferma como lo ha hecho Gaillard Thomas (1) y la cópula y la fecundación serán posibles apesar del vaginismo más pronunciado.

(1) Voy. Gaillard Thomas. *Tratado de la enfermedad de la mujer*, traducido y anotado por el Dr. Lataud, 2.^a edición, París 1887,

Tratamiento.—La analogía notada entre el vaginismo y la fisura del ano, han debido forzosamente conducir á los cirujanos á aplicar el mismo tratamiento á dos afecciones. La sección del esfínter vaginal y la dilatación fueron empleadas desde luego con más ó menos éxito; más tarde se practicó la sección del esfínter anal y la cauterización. El vaginismo ha sido algunas veces tratado por lociones astringentes y tópicos de naturaleza diversa. Vamos á examinar cada uno de estos distintos tratamientos.

La sección del esfínter vaginal preconizada por Marión Sims, había sido practicada ya en Francia por Huguier, Pínel, Graudchamp y Michón (1). Ved como procede el cirujano americano: después de anestesiar la enferma, hace á cada lado de la línea media una incisión profunda dirigida de arriba á bajo, que termina en el rafe del periné, en forma de y. Cada incisión debe tener casi dos pulgadas de longitud, é interesar á la vez el tegido vaginal, el anillo vulvar y el periné (2). La sección del esfínter vaginal puede también hacerse por el método subcutáneo preconizado por Blandín para la sección del esfínter anal; pero este procedimiento, poco empleado hoy, nos parece que no presenta ventajas reales.

Hemos tenido que tratar un gran número de mujeres afectas de vaginismo, y consideramos la sección del esfínter como tratamiento radical, que asegura la curación en la mayoría de los casos; pero juzgamos útil, antes de recurrir á una operación que las enfermas no aceptan siempre fácilmente, aplicar un tratamiento más sencillo, que da resultado algunas veces: hablamos de la dilatación.

La dilatación es brusca y gradual.

La dilatación gradual se hace con mechas que aumentan gradualmente de volúmen, ó con esponjas preparadas. Hemos obtenido la curación por este procedimiento, pero no lo re-

(1) Michón, Boletín de Terapéutica, tomo 56.

(2) Voy. Marion Sims, *Notes cliniques sur la chirurgie utérine*. Paris 1866.

comendamos de un modo general. En efecto, sólo al cabo de mucho tiempo y á costa de vivos y repetidos dolores puede obtenerse resultado y no siempre las enfermas quieren someterse el tiempo necesario á un tratamiento tan doloroso. He aplicado la dilatación gradual durante dos meses á una enferma joven, cuya observación he publicado. (1) Una mejoría pasajera permitió algunas aproximaciones que determinaron la concepción.

Preferimos á la mecha de hilas, la esponja preparada *bastante voluminosa*; la introducción de estas esponjas no es dolorosa, y el efecto es mucho más rápido.

La raíz de genciana cuyo volúmen aumenta bajo la influencia de la humanidad, se ha puesto en uso con éxito por Robert de Latour. Pean ha empleado igualmente cilindros de cauchouc, cuyo volúmen puede aumentarse gradualmente por medio de líquidos ó por la insuflación.

Dilatación brusca.—Esta cuenta muchos éxitos y tiende á generalizarse. La han practicado en Francia muchos cirujanos entre los cuales citaremos á Richot Venuil, Delore, etc; Tilt en Inglaterra y en Alemania Scanzoni.

Esta operación debe practicarse siempre durante la anestesia. Recomendamos para las operaciones ginecológicas el ingenioso aparato ideado por Mr. Boucart (figura 152). Se practica por medio de los dedos ó por un instrumento dilatante. Nosotros introducimos los dos pulgares adosados por su cara dorsal, y conservamos el orificio distendido durante algunos minutos, practicando enseguida el taponamiento vaginal con gasa iodofórmica. El taponamiento se deja 48 horas. Los dolores sucesivos son algunas veces tan intensos que necesitan el empleo de la morfina en inyecciones subcutáneas.

Algunos cirujanos han propuesto practicar la operación con instrumentos. Delore de Lion se ha servido con ventaja del espéculun de Ambrosio Pares cuya introducción es fácil, y puede mantenerse extendido en el orificio vulvar todo el

(1) Lataud, Du vaginisme, París 1874.

tiempo que se quiera. El de Boxeman recomendado por Gallard ofrece las mismas ventajas. Si se hace uso de un espéculum bibalvo, la dilatación brusca se obtiene sacando el instrumento enteramente abierto.

Este procedimiento ha sido realmente eficaz en muchos casos; pero su empleo no está siempre indicado. Antes de ponerlo en práctica se procurará hacer desaparecer las lesiones vulvares que son ordinariamente la causa del vaginismo. Hemos notado que la dilatación brusca produciría efecto, cuando el espasmo vaginal pareciera esencial, y que éste reconocía por causa alguna fisura de la vagina, que había pasado desapercibida en un examen superficial.

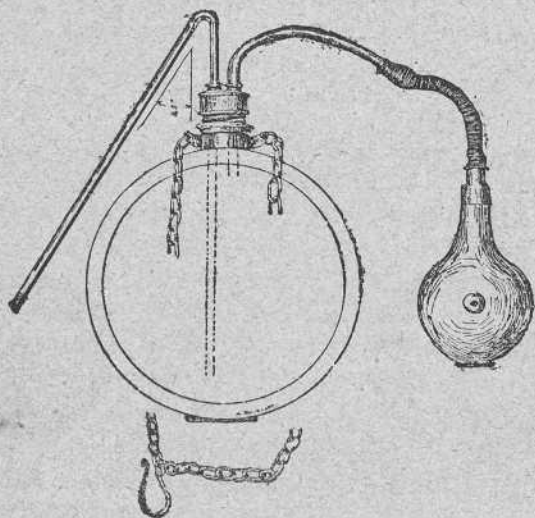


Fig.^{ta} 152.—Aparato de Boucart para la anestesia.

Este resultado pone de relieve la analogía que existe entre la fisura anal y la vaginal.

Resumiendo, el tratamiento del vaginismo es esencialmente quirúrgico y consiste en la dilatación brusca practicada durante la anestesia. En los casos en que este procedimiento no basta para permitir la ejecución de las funciones sexuales, se recurrirá á la sección del esfínter vaginal tal como la ha propuesto Marión Sims.

LECCIÓN VIGÉSIMATERCERA

ESTERILIDAD PRODUCIDA POR OBSTÁCULOS MECÁNICOS PARA LA PENETRACIÓE DEL ESPERMA EN EL UTERO

Señores:

La esterilidad es debida muchas veces á causa uterina. Las desviaciones y las anomalías de conformación del cuello, que causan ó producen un obstáculo mecánico para la penetración del espermatozoide, son de ordinario las más frecuentes. Se comprende que las flexiones determinen por la curvatura que

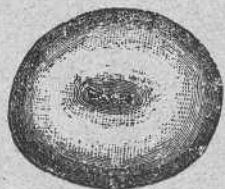


Fig. 153 - Orificio uterino normal.

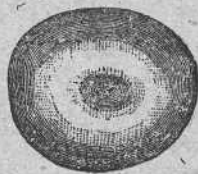


Fig.ª Orificio uterino de ojo de aguja.

imprimen al canal cervical, una especie de atresia de este canal. La curvatura divide al órgano en dos cavidades distintas: la del cuello y la del cuerpo. Las dos cavidades están separadas en el punto de la curva por un estrechamiento que produce un obstáculo casi siempre infranqueable á los espermatozoides.

Vamos á dividir las causas de esterilidad uterina, por obstáculo mecánico, en tres categorías:

- 1.º Atresia simple del cuello.

2.º Anomalías de conformación del cuello (cuello cónico, prolongación hipertrófica, etc.) y

3.º Desviaciones uterinas, consideradas como causa de esterilidad.

Atresia del cuello uterino.—Estenosis cervical

La estenosis cervical es comúnmente congénita; no es raro, sin embargo, encontrarla en mujeres que han tenido hijos. Esta puede ser entonces la consecuencia de una solución de continuidad, sobrevinida durante el parto, que ha producido cicatrices viciosas. Hemos observado numerosos casos en que la estenosis adquirida era debida á cauterizaciones intempestivas hechas con el termo-cauterio, ó á operaciones anteriores, cuyas consecuencias no habían sido bien previstas.

El orificio cervical puede también estar obliterado por tumores.

La esterilidad por obstáculos mecánicos es considerada por todos los autores como una de las más frecuentes. Ved aquí lo que dice á este propósito un maestro autorizado, el profesor Pajot, en una lección publicada recientemente. (1)

«Entre los obstáculos más frecuentes que se oponen á la fecundación, es necesario enumerar *la estrechez del orificio externo*, y debe añadirse no sólo esta estrechez si que también la forma particular del cuello. Esta es menos conocida. En las mujeres que tienen un orificio extremadamente estrecho, no es raro encontrar el cuello con una *conicidad* excepcional. El cuello cónico muy puntiagudo ha recibido el nombre de cuello de trompa. Estos cuellos son un poco más largos que de ordinario, ó al menos parecen serlo; y tienen casi siempre en el vértice del cono un orificio más ó menos estrecho á veces con exceso. Hay también en estos cuellos un signo importante para nuestro objeto y es el menos conocido. Estos cuellos

(1) Pajot. Obstáculos para la fecundación en la especie humana. Conferencia dada en clínica de partos y publicada en los *Anuales de Ginecologie*, (Abril 1889).

puntiagudos tienen muchas veces el orificio como hecho por un *saca-bocado*. Figuraos el paso brusco al través del papel de un instrumento puntiagudo el cual produce un orificio circular. En otros casos, por el contrario, el orificio está precedido de una pequeña cúpula ó más claramente, está en el fondo de ella y se asemeja á la huella que dejaría una lenteja en arcilla ó en cera blanda. Apretando una lenteja sobre cera blanda ó arcilla produciría una pequeña depresión lenticular. El orificio externo de la matriz está en el fondo de esta depresión. Hay cuellos que presentan esta depresión de un modo muy pronunciado. He dicho que hay necesidad de establecer una distinción importante, porque los cuellos cónicos puntiagudos pertenecen casi siempre, (yo al menos nunca he visto lo contrario) á mujeres que permanecen estériles. Por el contrario, cuando el orificio externo está en el fondo de esta pequeña cúpula, la fecundación puede tener lugar. Esto se comprende considerando que puede permanecer en esta cúpula una gota de esperma, y como, cuando el esperma es rico, basta una pequeñísima cantidad para la fecundación, puede suceder muy bien que los espermatozoides, franqueando el orificio externo, entren en el útero y vivifiquen el óvulo.

Ved aquí lo que caracterizan estas dos causas comunes: 1.º *el estado natural*; 2.º *la estrechez del orificio externo y la forma del cuello*.

Hay una tercera causa que es acaso menos común que las anteriores, pero muy común también, y que ha sido muy explotada por los charlatanes y aún por los médicos poco entendidos. Esta tercera causa son las *desviaciones uterinas*. No os quiero hacer historia de ellas, porque vosotros las conoceis, por lo menos de nombre, también como yo. Las hay de todas especies, pero hay sobre todo bajo el punto de vista que nos ocupa dos grandes clases, que no tienen la misma importancia como obstáculo para la fecundación y son muy diferentes las *versiones* y las *flexiones*.

Las *versiones* cuya palabra explicaré enseguida, son necesariamente de *cuatro* especies, porque se producen en cuatro sentidos: *versión* indica simplemente inclinación más ó menos pronunciada,

La inclinación del cuerpo y del fondo da nombre á la desviación. El útero presenta normalmente cierto grado de anteversión: casi el del eje del estrecho superior.

Si esta situación normal se exagera, el útero está en *anteversión*; la disposición contraria constituye la *retroversión*, y las inclinaciones laterales las *late o-versiones*. Se puede decir de un modo general que cuando la preñez produce la *latero-versión* derecha, el cuello está á la izquierda.

La posición del cuello y del fondo da nombre también á la desviación en las *flexiones*.

El útero más ó menos encorvado *en forma de ángulo* con, su fondo *hacia atrás* (algunas veces más bajo que el cuello) se llama *retroflexión*. Hacia adelante *anteflexión*, con todos los grados posibles de *flexión*.

Es necesario establecer una distinción entre estas dos especies de desviaciones uterinas como obstáculos para la fecundación. Las *flexiones* constituyen para el útero una situación más grave y menos propia que las *versiones*. Las *versiones*, sin embargo, son obstáculos mucho mayores para la fecundación que las *flexiones*. Ved aquí lo que me sucedió hace algunos años. Era uno ó dos después de la guerra. Una señora extranjera vino á mí y me dijo: «Señor, he consultado todos los médicos de Europa en su especialidad: Krassowski de San Petersburgo, Scanzoni en Wurzburg, Braun en Viena, Benett en Inglaterra y todos me han afirmado que la disposición de mis órganos era tal, que no podía tener hijos. Uno sólo, monsieur Scanzoni, me ha dicho: es difícil pero no imposible. Ahora bien, señor, yo deseo ver un especialista en Francia como los he visto en los demás países y por tanto os ruego me digáis vuestra opinión. No he tenido hijos, desaría tenerlos y temo, después de oír el parecer no unánime (porque Scanzoni ha dicho lo contrario) pero sí general de los médicos de Europa, temo, repito, que me sea imposible tener hijos.»

Era una bella señora, bien conformada al exterior. Practiqué el tacto y encontré una *retroflexión* tan pronunciada, que el fondo del útero estaba más bajo que el cuello; la matriz plegada como dividida en dos mitades. Se encontraba el fondo

del útero por bajo del cuello en el culo-de-saco posterior. Era enteramente evidente; puse el dedo en el ángulo que formaba la flexión, y (no hubo necesidad de Histerómetro) del primer golpe, con la práctica del tacto, encontré en esta señora una retroflexión de las más pronunciadas. Los médicos que habían examinado el útero le habían dicho: «Con semejante disposición, hay pocas esperanzas de que podáis concebir.» Scanzoni había dicho: «La situación es muy mala, pero no es un obstáculo materialmente insuperable; podrá suceder que quedeis en cinta.»

Ved aquí el razonamiento que yo hice á mi vez: «teneis vuestras reglas?—Sí—Regulares?—Sí—Sufre usted?—No mucho. (Es muy de notar que en ciertos casos de desviaciones *extremas* hay mujeres que no sufren).—Ahora bien, señora, cómo pasando la sangre no pasa también lo demás? Tiene usted sus reglas y por consiguiente no creo imposible su concepción.»

Van ustedes á ver, señores, cuán curioso es lo que sucedió. Esta señora se fué con este diagnóstico.

Cuatro meses después fui llamado de pronto. Se me rogaba fuera enseguida. Era para Md. y era necesario ir enseguida. Yo partí con el criado. Encontré á esta misma señora en el lecho y me contó lo que sigue: había cuatro meses que ella había estado en mi casa y desde aquel momento no había visto sus reglas. Habiendo ido á visitar á una de sus amigas que habitaba en el principal, subió de prisa la escalera. Al llegar á lo alto había sentido un ruido muy violento, muy molesto y muy doloroso en el vientre; este movimiento la había producido una impresión tan grande que había perdido el conocimiento; fué llevada á su casa en el coche, la habían acostado y se me había mandado buscar.

Examiné el abdomen y encontré un útero que se había corregido casi en cuatro meses y medio, el útero estaba en su lugar hacia el lado derecho y presentaba el volumen de una preñez, de cuatro meses. He visto, le dije, que las reglas no han reaparecido. Comuníqueme mi impresión; creo, dije á la enferma, que está usted en cinta. Estos son síntomas de pre-

ñez; no tengo certeza absoluta todavía, porque no puedo apreciar aún los ruidos del corazón; pero aquí hay un útero desenvuelto y creo que el movimiento que usted siente es el del útero conmovido que se ha corregido bruscamente bajo la influencia del desarrollo de la preñez. Esperose un mes. La preñez era cierta; tan cierta que yo asistí á la señora, y dió á luz tan naturalmente, como una mujer que se encuentra en condiciones normales. Cuando vino á mi casa la primera vez, hacía unos ocho ó diez días que había salido de Viena y que estaba en cinta, pero naturalmente yo no lo sabía. Cuando le dije como Scanzoni, que no era imposible con un útero como el suyo, quedar embarazada, ya lo estaba. Se comprende, bien que no era imposible sospechar una preñez de ocho ó diez días.

Este hecho demuestra, señores, cuán circunspecto debe ser el médico. Si para hacer el diagnóstico de la retroflexión hubiera yo hecho uso del hysterómetro!

De esta observación podemos sacar la deducción siguiente: Si los médicos en general tienen en cuenta estos hechos, no cometerán faltas, que á veces cometen aún los mismos maestros.

La consecuencia no es menos interesante. Yo me dije y vosotros direis conmigo: hé aqui una excelente ocasión de curar á esta parida de su retroflexión. El útero está derecho, vamos á procurar mantenerle en esta situación. Dejé á esta señora tres meses en el lecho después del parto; la prohibí removerse mucho antes de la vuelta de sus reglas, y cuando éstas volvieron y pasaron, hice por mañana y tarde inyecciones astringentes, con tanino, vino y rosas, y al cabo de dos meses tuve el placer de ver que *el útero estaba perfectamente derecho*, tan derecho como nunca pudo tenerlo mujer. Y yo mismo no podía dejar de pensar: Qué éxito! He encontrado el medio radical de curar flexiones. ¡Un año después mi clienta vino á verme: *Tenia el útero tan encorvado como antes*. Si se conocieran todas las observaciones de este género, no se emplearían más los enderezadores del útero. Es verdad que hoy se acortan los ligamentos redondos! Ved una mujer, que ha tenido el

útero corregido por la preñez; los tejidos se han resblandecido y modificado, y después han vuelto á su organización primitiva. Pero permanece derecho? Nada de esto. Un año después vuelve la retroflexión, lo que no ha impedido á esta señora quedar en cinta otras dos veces en tres años y medio. La he parteado las tres veces apesar de su retroflexión, que se reproducía después de cada parto.»

Hemos tenido que citar los hechos narrados por Pajot, por que manifiestan toda la importancia que debe concederse á la atresia cervical, y á las dislocaciones uterinas en el tratamiento de la esterilidad.

No son solamente los ginecólogos franceses los que reconocen la importancia de los factores mecánicos en la etiología de la esterilidad. Graily Hewitt, profesor de enfermedades de la mujer en el colegio de la universidad de Londres, se expresa de este modo: «Si en ciertos casos la esterilidad en las mujeres es debida á condiciones desfavorables para la concepción el tratamiento demuestra que la impermeabilidad del canal uterino es una de las causas más comunes. El estado anormal de los ovarios, de las trompas y del cuerpo del útero pueden causar la esterilidad; pero es difícil reconocerlo, mientras que el canal cervical puede examinarse fácilmente. Por otra parte el éxito de los métodos que se aplican al tratamiento de este canal, justifica la atención de que ha sido objeto esta parte del útero.»

Math. Duncan apesar de reconocer que la dilatación del canal cervical es seguida de numerosos éxitos, no cree, sin embargo, que esta sea causa de los mismos, porque no hay obstrucción. Pero Graily Hewitt ha recogido casos clínicos, que demuestran que las flexiones uterinas son causas reales de obstrucción y que impiden la fecundación. El estado del tegido uterino hace esta obstrucción más ó menos rebelde y permanente. Cuando, por ejemplo, la flexión ha sido de larga duración, el tejido se indura y se engruesa é inmoviliza, por consiguiente, el órgano en su posición viciosa. En los casos de flexión aguda, por el contrario, hay adosamiento de las paredes uterinas; pero la sonda puede penetrar y no hay obstruc-

ción, porque el órgano puede enderezarse durante el coito. Este enderezamiento separa las paredes adosadas, y la obstrucción desaparece al mismo tiempo. Este fenómeno desaparece cuando la flexión permanente ha entrañado la rigidez de los tejidos.

Se ve, pues, que la flexión uterina no suprime necesariamente la permeabilidad del canal, y que el factor más importante no es esta lesión, sino su irreductibilidad.

Precisamente se observa la esterilidad, cuando el útero flexionado ha perdido su flexibilidad. Por otra parte, la concepción puede tener lugar si se ponen á tiempo los medios indicados. La dilatación del cuello uterino obra especialmente produciendo la corrección.

G. Hewitt ha recogido cierto número de observaciones acerca de esta materia: las ha dividido en muchas series, según que la esterilidad es primitiva ó secundaria: en el último caso la mujer ha tenido un hijo, pero no ha tenido más, y en el primero hubo embarazo terminado por un aborto.

En los diez casos de retro-flexión observados por Hewitt, tres mujeres no tuvieron nunca hijos, dos abortaron una vez y otras cinco después de haber tenido uno permanecieron estériles durante muchos años, y curaron por el tratamiento aplicado á la flexión.

En las ante-flexiones se cuentan nueve casos de esterilidad primitiva curada por el tratamiento, tres con embarazo seguido de aborto y ocho de esterilidad secundaria curados por el enderezamiento ó por la dilatación parcial del canal cervical.

Importa notar que la esterilidad no es rara en las mujeres expuestas á los abortos. La deformación del útero es con frecuencia la causa del aborto, é impide que el órgano se desenvuelva con el producto de la concepción.

Se ve, pues, que la esterilidad por obstrucción mecánica de causa uterina es de ordinario la más frecuente. Esto explica la extensión que nosotros damos al tratamiento de las diferentes clases de estenosis del cuello, y de las flexiones uterinas miradas bajo este punto de vista especial, como también

á las anomalías (conicidad, etc.) El estado actual de nuestros conocimientos ginecológicos nos permite considerar el tratamiento de la esterilidad como más quirúrgico que médico,

Tratamiento de la estenosis cervical

De todas las formas de estenosis, la *atresia congénita*, de ordinario la más frecuente, se asienta comunmente en el orificio externo y en la porción cervical del canal. Esta variedad de obstrucción difiere en esto de la que resulta de la flexión uterina, cuyo asiento es habitualmente el punto de reunión del cuerpo y del cuello. El cuello tiene muchas veces la forma cónica que describiremos más adelante. Con el exámen por medio del espéculum, se ve que el crificio cervical presenta la forma de un punto ó de ojo de aguja.

Muchas veces es muy difícil penetrar en la cavidad cervical con el histerectómetro. En algunos casos no se llega á introducir más que una bugía muy fina, y esto después de numerosas tentativas infructuosas.

Cateterismo uterino

Se necesita desde luego cierto hábito para practicar el cateterismo. En la lección cuarta, página 43 se encuentran las reglas que deben presidir esta pequeña operación. Recomendamos siempre no emplear sondas rígidas y cuidar de la antisepsia del instrumento. Hemos hecho construir una sonda uterómetra, de extremidad flexible, que aun manejada por manos inexpertas, nunca puede perjudicar. Este histerómetro no permite, sin embargo, apreciar la dirección de la cavidad uterina. Se empleará después de haberse asegurado de la permeabilidad del canal con el instrumento que acabo de describir (fig.^a 155) el histerómetro flexible de Sims (fig.^a 156) cuya curva se tendrá cuidado de modificar según la dirección apreciada de la cavidad uterina. Se ha recomendado una sonda

uterómetro de ballena (fig.^a 157) pero nosotros preferimos los histerómetros metálicos de hoja flexible.

Cuando existe la estenosis, después de haber franqueado el punto estrecho, se encuentra á veces la cavidad cervical distendida y piriforme. Esta distensión es consecuencia de la acumulación de la sangre durante el periodo menstrual. Se sabe que la estenosis cervical determina no sólo la esterilidad, si que también la variedad de dismenorrea, que ciertos autores han designado con el nombre de dismenorrea obstructiva ó mecánica.

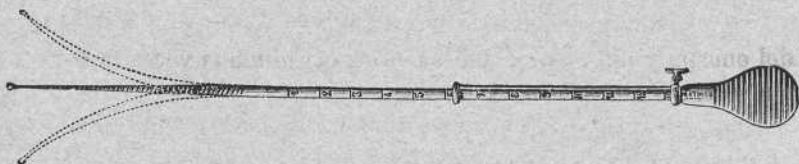


Fig.^a 155.—Sonda intra-uterina de Lutaud con mango flexible.



Fig.^a 156.—Sonda flexible de Sims.



Fig.^a 157.—Sonda uterométrica de Crequy de ballena.

El tratamiento de la estenosis cervical es esencialmente operatorio. Permite dos métodos distintos:

- a) La dilatación gradual.
- b) La discisión.

Dilatación de la cavidad uterina

La aplicación de la dilatación uterina al tratamiento de la esterilidad ha sido recomendada por todos los ginecólogos, que han reconocido que la estrechez de la flexión del canal cervical era uno de los obstáculos más frecuentes que se oponen á la penetración del espermatozoos en el útero.

Por lo mismo debemos dar á conocer los diversos procedimientos que han sido preconizados. Habiéndolos descrito ya no haremos más que exponerlos.

Procedimiento de la dilatación ordinaria

Los medios empleados para operar la dilatación son de tres clases. Se emplean:

1.º Tientas expansibles, es decir, de tallos que se hinchan al humedecerse.

2.º Dilatadores mecánicos de brazos. Estos dilatadores se introducen cerrados, y una vez franqueado el orificio interno, se abren ó se separan sus brazos.

3.º Bugías de diferentes calibres. Se reemplaza inmediatamente la bugía que se retira, por otra de mayor diámetro, hasta que se obtiene la ampliación apetecida del canal uterino.

Por último, al fin ó durante el curso de una dilatación, puede haber necesidad de usar instrumentos cortantes para separar las *stricturas* que se asientan en los orificios y á lo largo del canal del útero. Se emplea para esto el bisturí ó el metrótomo de cuchillas ocultas. (Véase más adelante discusiones.)

Las sustancias que se usan para confeccionar las sondas dilatadoras más usadas, son: la esponja preparada, la lamina-ria digitata y el tupelo. Habiendo sido descritas en la lección cuarta (página 46) como también el modo de emplearlas, no hay necesidad de hablar de ellas.

Empleo de los dilatadores mecánicos

Pueden también emplearse para la dilatación aparatos mecánicos, señaladamente los de Pajot de Huguier de tres valvas, y el de Sims; pero ya hemos hecho resaltar los inconvenientes que presentan los instrumentos que sustituyen la fuerza mecánica, á la acción más mesurada de la mano.

Por todas aquellas razones preferimos la dilatación gradual.

Debemos, sin embargo, indicar como un instrumento excelente, el dilatador para inyecciones intrauterinas, inventado por Ang. Reverdin (fig. 162). Este ingenioso instrumento se compone de dos brazos de 26 centímetros de longitud, unidos por una articulación, y permite al mismo tiempo la dilatación del útero y hacer una inyección. El dilatador inyector de Reverdin se presta á numerosas aplicaciones, no sólo en las dilataciones, sino también cuando hay necesidad de desembarazar el útero de productos sépticos (*curaje*, retención de los restos placentarios, etc.).

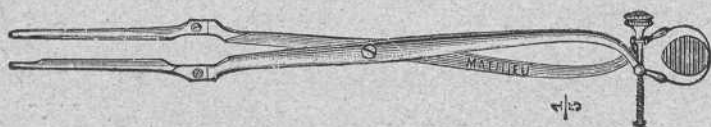


Fig.ª 158. — Dilatador uterino de Pajot.

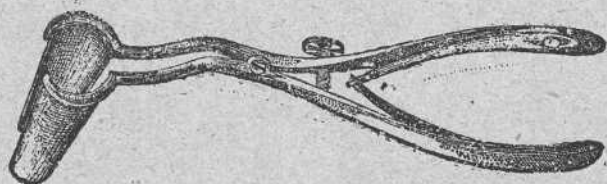


Fig.ª 159. — Spéculum intra-uterino de Vulliet.

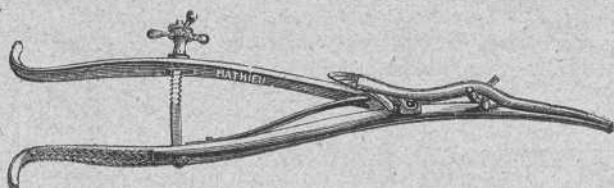


Fig.ª 160. — Dilatador uterino de Sims.

Se aplica á este dilatador la cremallera Deumaurex (figura 164).

Todo cirujano conoce la dificultad que ofrece abrir una pinza de cremallera, y sobre todo, cuán expuesto está á falsear este instrumento. En vez de tener que separar á la fuerza los brazos, Demaux hace la cremallera móvil. Un pequeño re-

sorte, convenientemente colocado debajo de la misma, la mantiene unida. Basta una ligera presión del dedo para separar los brazos. Este ingenioso artificio se aplica también á otros instrumentos del mismo género (fig.^a 164).

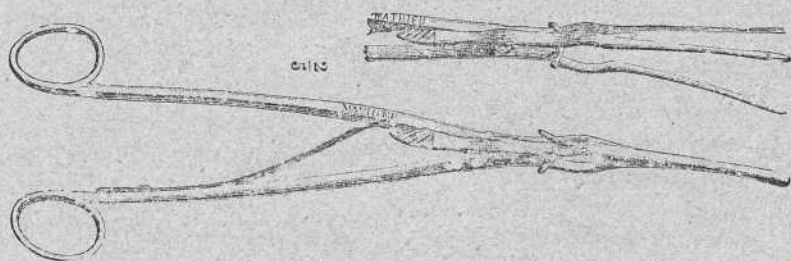


Fig.^a 161.—Dilatador intra-uterino de Huguier.

Tratamiento de la estenosis por la discisión

Esta se practica con el metrótomo de cuchilla oculta de Simpson, con el uterotómo de Sims (fig.^a 165), ó más sencillamente con el bisturí ordinario ó con tijeras. Kuchenmeister ha propuesto tijeras especiales, con una de sus puntas dispuestas de tal modo, que pueden penetrar fácilmente en el cuello.

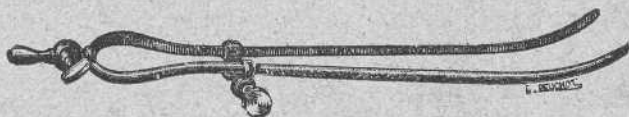


Fig.^a 162.—Dilatador inyector intra-uterino de Reverdin.

Cualquiera que sea el instrumento empleado, es necesario obtener de antemano un grado de dilatación suficiente para introducir ya el metrótomo ó ya la punta de las tijeras de Kuchenmeister.

Se introducirá enseguida un tallo de laminaria, según las instrucciones que dimos al tratar de la dilatación.

Hemos dicho que el metrótomo es un bisturí de cuchilla oculta análogo al histerótomo. Un tornillo colocado cerca de la empuñadura hace salir la cuchilla al retirar el instrumento.

El *metrótomo* es sencillo (modelo de Simpón), ó doble (modelo de Greenhalg). El primero debe introducirse dos veces siempre que deseamos obtener una incisión bilateral, lo que es preferible cuando se practica la discisión en un caso de atresia congénita. Esta reintroducción del instrumento no es necesaria con el metrótomo doble, y por esta razón nosotros le damos la preferencia.



Fig.^a 163.—Dilatador de A. Reverdin para inyecciones intra-uterinas.

Manual operatorio. El tallo estrecho que termina el instrumento y que contiene oculta la cuchilla, se introduce en el orificio cervical. Una vez introducido á la profundidad deseada, se hacen salir las cuchillas por medio del mecanismo co-

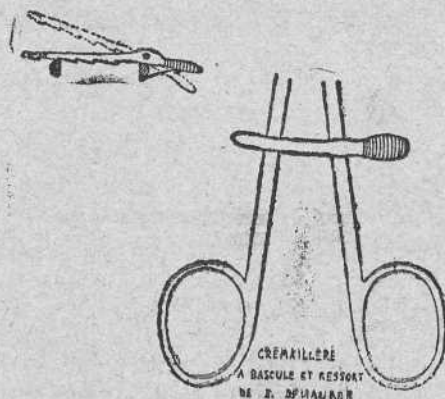


Fig.^a 164.—Cremallera de Demareux, de báscula y resorte.

locado en el mango, y la incisión se hace por la simple retirada del instrumento.

La figura 166 representa una incisión con el metrótomo doble, y la 167 indica la parte del cuello en que se ha hecho la incisión.

Tales son las censuras dirigidas al metrótomo. No las creemos fundadas, con la restricción, sin embargo de que *este instrumento sólo debe emplearse para hacer desaparecer la estenosis del orificio externo*. Se han construido metrótomos cuyo estuche prolongado permite penetrar más allá del orificio interno y practicar la sección. Tal instrumento puede ser dañoso porque en los casos de flexiones pronunciadas, el instrumento de dos cuchillas no respetaría la oblicuidad del órgano, y cortaría los tejidos á profundidades desiguales. Tal obsección no puede dirigirse contra el metrótomo aplicado á la discisión del orificio externo.

La *discisión* con tijeras no presenta particularidad alguna especial. Hemos dicho que las tijeras de Kuchenmeister presenta la ventaja de que el gancho de la cuchilla externa se ase al cuello y se opone á su deslizamiento después de la sección.

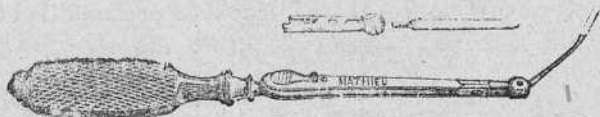


Fig.^a 165.—Uterótomo de Marion Sims, con láminas de diferentes formas.

Para practicar la discisión con tijeras, se colocará á la enferma en la posición de Marión Sims ó en la genu-pectoral. Después de introducir una valva de Sims ó de Simón, se ase el cuello con unas pinzas de garras, y se atrae hacia la vulva. Entonces es fácil practicar la sección. Se introduce la hoja larga de las tijeras tan profundamente, como lo permitan la longitud de los culos-de-saco. Después de seccionar uno de los lados, se introduce de nuevo el instrumento para repetir la misma operación en el opuesto. Deben tomarse las mayores precauciones antisépticas. Aconsejamos además hacer la operación bajo la acción de una ducha vaginal.

Procedimiento de Marión Sims para la discisión

Quando la estenosis cervical va acompañada de una flexión muy pronunciada, la discisión por el bisturí ó el metrótomo,

por los procedimientos que acabamos de describir, es con frecuencia insuficiente para hacer desaparecer la disminorrea y por consiguiente la esterilidad.

La disminorrea persiste, porque entonces es consecuencia de la incurvación del canal que necesariamente acompaña á las flexiones. Si se toma un tubo flexible del volúmen del canal cervical y se le encorva como se ve en las figuras 169 y 172, las dos superficies cóncava y convexa, llamadas necesaria-

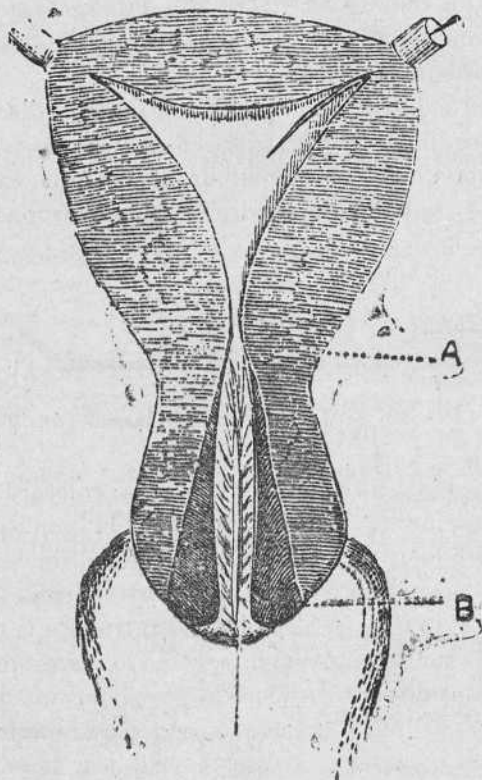


Fig.^a 166. — Discisión del orificio externo con el metrótomo: A orificio interno. B, puntos sobre los cuales se verifica la incisión.

mente á gravitar la una sobre la otra, presentan un obstáculo mecánico valvular al paso del líquido en aquella dirección.

Basta fijarse en las dos figuras 169 y 170 para ver que

una simple incisión bilateral sólo puede ensanchar el canal transversalmente, y que las relaciones de las dos superficies opuestas no pueden ser modificadas por esta operación.

Para oviar esta disposición, que es muy frecuente, Marión Sims propuso para el tratamiento de la estenosis, producida por *anteversión*, la sección de la porción del cuello situada

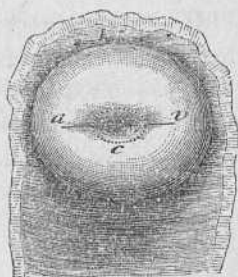


Fig.^a 167.—Estrechez cervical. La línea indica la parte desgarrada por el metrótomo.

entre el orificio externo y la inserción vaginal. De este modo el canal cervical se encuentra obligado á seguir una dirección casi rectilínea como la indicada en la figura 172.

La operación para la *anteversión* se practica del modo siguiente: Colocada la enferma en la posición de Marion Sims, y aplicada la valva se ase el labio anterior con un tenáculo; se corta con las tijeras el labio posterior á la altura que el instrumento lo permita.

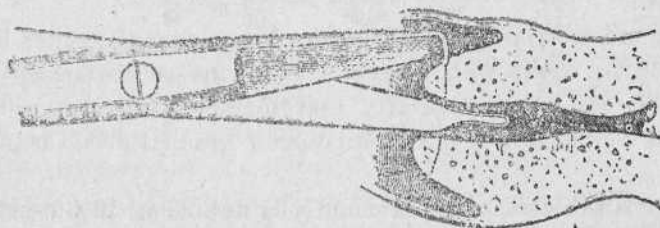


Fig.^o 168.—Discisión del cuello con las tijeras de Küchenmeister.

Introduciendo entonces en la cavidad uterina el bisturí articulado de Marion Sims, se cortan los tejidos para corregir el canal en su parte superior, y hacer desaparecer el obstáculo mecánico que resulte de su encorvadura.

El manual operatorio que acabamos de describir es aplicable á las incoraduras y á las estenosis producidas por anteversión. Es por último asaz delicado en su aplicación, y exige cierta habilidad operatoria. En las manos de Marion Sims y de Emmet ha dado excelentes resultados. (1)

Cuidados consecutivos.—Cualquiera que sea el instrumento que se emplee para practicar la discisión, la enferma debe ser objeto de importantes cuidados consecutivos.

Después de hacer la incisión aconsejamos el taponamiento de la cavidad incindida con pequeños tapones iodoformados, que se dejarán colocados 24 ó 48 horas. Marion Sims y Gail-
lar-Thomas aplicaban un pequeño tubo de vidrio en la cavi-

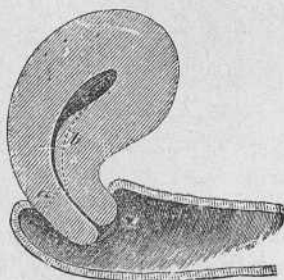


Fig.^a 169.—Retroversión que produce la stenose ó estrechez.

dad cervical (fig.^a 171). Hace algunos años que hemos renunciado á este tubo por haber notado que los pequeños tapones de gasa iodoformada mantienen la dilatación de un modo suficiente.

Algunos cirujanos se han levantado con energía contra la discisión del cuello en la estenosis. Scanzoni particularmente pretendía que no era necesaria esta operación cruenta, toda vez que se puede obtener la dilatación gradual por la laminaria.

Hemos practicado la dilatación y la discisión, un número de veces bastante considerable, para formular una opinión sobre el valor comparativo de estas dos operaciones.

(1) Emmet *la pratique des maladies des femmes* vurrage traduit sur la 3.^a edition, por Ad. Ollivier Paris 1887.

La dilatación con la laminaria, para dar resultados satisfactorios, exige muchas semanas si ha de ser completa y sobre todo permanente. Yo la he practicado hace dos años en una enferma para un caso de dismenorrea; el dedo penetraba en el útero y los síntomas dolorosos cesaron en las menstruaciones posteriores. Un año después he visto de nuevo la enferma, que sentía otra vez los dolores menstruales. Al examinarla comprobé que el estrechamiento se había producido de nuevo y tuve necesidad de practicar la discisión. Podríamos citar muchos casos análogos.



Fig.^a 170.—Anteflexión que produce la stenose.

Prolongación del cuello.—Su amputación

La hipertrofia ó mejor la prolongación de la porción vaginal del cuello uterino, también descrita por Huguier (1), debe figurar entre las causas de la esterilidad. Es susceptible de un tratamiento operatorio, y nos permite describir aquí una operación que en otro tiempo gozó de gran fama, y que hoy tan sólo es aplicable á la prolongación hipertrófica. Aludimos á *amputación del cuello*. Esta operación debe ser sustituida por

(1) Huguier mernoire sur les allons gements hypertrophiques du col de l' uterus dans les afestions de siguees sous le nom de descento, de precipitation de cet organe et sur leur traitement, 1866.

operaciones más radicales, cuando nos encontramos ante un epiteloma manifiesto. La prolongación que nos ocupa, no puede ó no debe confundirse con el prolapsus uterino, que sólo se observa de ordinario en mujeres de edad y múltiparas; ni con la prolongación hipertrófica resultante de la hinchazón producida en el tejido del órgano por la persistencia de la modificación textil, propia del embarazo.

La prolongación que nos ocupa, bajo el punto de vista especial de la esterilidad, es casi siempre congénita. El cuello está prolongado pero no hinchado ó engrosado.

Puede haber prolongación en los dos labios (figuras 172 y 173) ó en uno solamente (figura 174). Comunmente coincide con la anteversión (figura 172) y rara vez con la retroflexión (figura 176).



Fig.ª 171.—Tubo dilatador de vidrio de Sims, para mantener la dilatación después de la discisión.

El mecanismo, que determina la esterilidad en la prolongación simple del cuello, se explica de dos modos: por la conicidad del cuello, que ya hemos descrito, y sobre todo por la producción de *falsas vías vaginales*, sobre las que ha insistido Pajot con mucha razón.

Es fácil, desde luego, comprender el mecanismo de estas *falsas vías*. El pene penetra por uno de los culos-de-saco ya anterior ó posterior; el hábito de este coito defectuoso termina por aumentar cada vez la profundidad de esta falsa vía. Como ha dicho muy bien Pajot, el marido pasa el blanco sin tocarlo. El esperma es depositado en uno de los culos-de-saco, el posterior generalmente, y no penetra en el útero. Las falsas vías vaginales que acompañan *siempre* á la prolongación del cuello, y *muchas veces* las desviaciones uterinas, son una causa, no de la *imposibilidad absoluta* de la fecundación, pero sí de la *dificultad* de la misma, en las mujeres que presentan esta disposición.

El tratamiento de la prolongación del cuello uterino consiste en la amputación de la parte vaginal del útero.

Amputación del cuello

Esta operación fué hecha por primera vez por Ambroise



Fig.^a 172.—Prolongación del cuello uterino que determina una falsa rotura vaginal. Existe en *a* una curvatura que produce la stenose.

Paré (1), después por Tulpio de Amsterdam (1652) y generalizada en Francia por Lisfranc y Huguier (2). Diremos además que el abuso que se hizo de esta operación la trajo el descré-

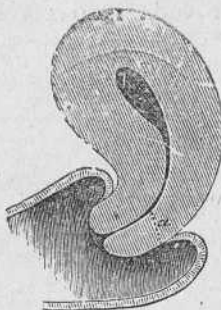


Fig.^a 17s.—Prolongación del cuello uterino. Falsa rotura vaginal en *a* dito. Sus indicaciones son más restringidas, desde que la histerectomía vaginal ofrece un tratamiento más radical del cáncer uterino.

(1) Ambroise Paré, Auvres, edition Malgaigne. Paris 1840.

(2) Huguier, *memoire sur les allongements hypertrophiques de l'uterus*. 1869,

La amputación del cuello se practica con el bisturí, el *le craseur* ó el galvano-cauterio.

Amputación con el bisturí.—Se coloca la enferma en decúbito lateral izquierdo, posición más cómoda que la genu-pectoral para la práctica de la anestesia y aplicado el espéculum



Fig.^a 174.—Prolongación hipertrofica que descansa principalmente sobre el labio posterior.

unibalvo se prende el cuello con el tenáculum ó la pinza de Museux y se atrae suavemente hacia la vulva. Escíndese el cuello, entonces, por cada lado con el bisturí ó las tijeras

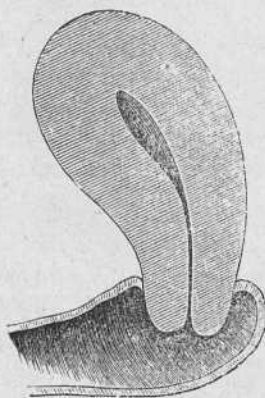


Fig.^a 175.—Prolongación hipertrofica y anteveasión

hasta más allá de la inserción vaginal, después se separa rápidamente la mitad anterior, y luego la posterior. Así se obtiene una herida circular representada en la figura 177,

Opérese bajo una irrigación de agua fenicada tibia. Procédase enseguida con rapidez á las suturas, sin inquietarse por la hemorragia. Para esto se atraviesan de delante atrás los bordes de la herida con éuatro puntos de sutura, dos á cada lado del canal cervical. Preferimos los puntos metálicos, pero puede emplearse el catgut, la seda de Florencia, ó cualquiera otro hilo apropiado.

Al reunir los puntos se tendrá cuidado de obtener una coaptación bastante completa de la herida, á fin de contener la hemorragia y obtener la reunión inmediata.

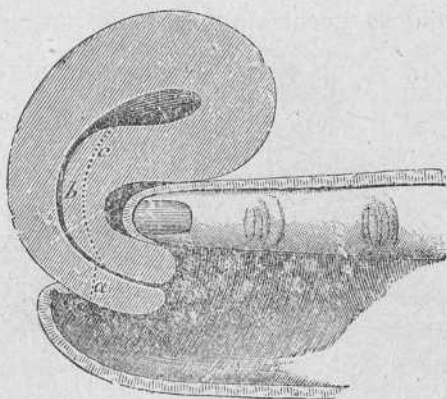


Fig.^a 176.—Prolongación hipertrófica y retroversión

Se podrá también, en caso necesario, dar uno ó dos puntos superficiales, para asegurar la coaptación de los tegumentos.

Como en todas las autoplástias uterinas, los puntos se separarán del 8.^o al 9.^o dia.

Amputación con l' craseur ó el asa galvano-cáustica

Con el l' craseur (ó el asa galvánica) la operación es más fácil, pero requiere más prudencia á causa de los daños á que se expone.

Estos daños son de dos clases: la perforación de la cavidad peritoneal, y las hemorragias secundarias.

El l' craseur, sobre todo cuando es manejado con lentitud,

como desde luego es absolutamente necesario, atrae los tegidos hacia el centro y tiene tendencia á amputar más que el círculo comprendido por la cadena. Se han comprobado, después de la amputación perforaciones peritoneales, aún cuando la cadena del *l'craseur* sólo había abrazado el cuello.

El segundo daño, las hemorragias secundarias. Estas pueden evitarse, haciendo funcionar el *l'craseur* con extremada lentitud.

Por estas diversas razones preferimos el asa *galvano cáustica*, que no tiene ningún inconveniente, á un aparato que por lo dispendioso, no siempre puede procurarse.

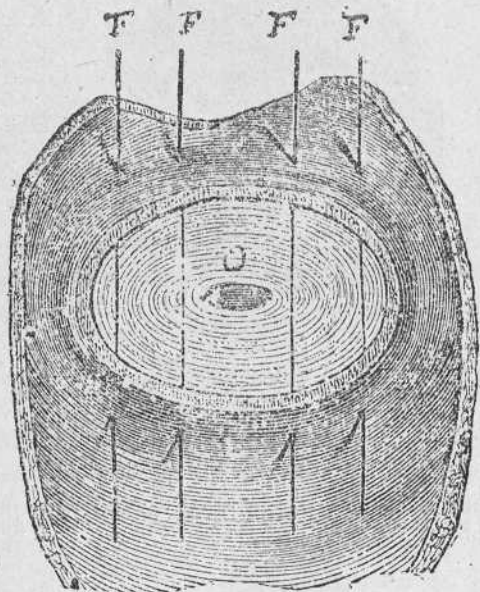


Fig.^a 177.—Amputación del cuello. Aspecto de la herida después de haber cortado los tejidos y colocado los hilos. O, orificio del cuello. F F F F hilos antes de la torsión.

Lo más importante de la operación, consiste en colocar el hilo de platino en la base del cuello uterino, bastante separado del mismo (fig.^a 180), á fin de hacer desaparecer todo temor de perforación peritoneal ó vexical.

Este hilo que debe tener de 30 á 40 centímetros de longitud, está encorvado en forma de asa, y presentado por la concavidad de esta asa á la extremidad de la vulva, para tocar el culo-de-saco anterior.

En este momento los dedos indicadores imprimen al hilo un cambio de dirección de manera que da á las dos ramas del asa una dirección perpendicular á la del cuello uterino, y les hace unirse al nivel del culo-de-saco posterior. La figura 180 indica la posición del asa galvano-caústica con la sección del cuello,



Fig.^a 178.—Amputación del cuello. Las suturas están presentadas

El hilo se calentará al rojo oscuro á fin de que haga la separación lentamente, y evite toda hemorragia secundaria. Para remediar la dificultad de colocar el asa del hilo alrededor del cuello, el Dr. le Blond ha propuesto un espéculum muy ingenioso que permite aplicar automáticamente el hilo en la base de la parte que se quiere amputar.

La aplicación de este ingenioso instrumento se ha hecho más frecuente, desde que los progresos realizados en la ginecología nos han permitido descender el cuello hasta la vulva en la mayoría de los casos,

Anomalia de conformación. — Conicidad del cuello

Desde la antigüedad han llamado la atención las anomalías de conformación del cuello uterino, en sus relaciones con la esterilidad. Hipócrates dijo:

«Cuando el útero está en una posición oblicua, el hocico de tenca participa de esta oblicuidad; el esperma no penetra en el órgano, y la concepción no tiene lugar.» (1)

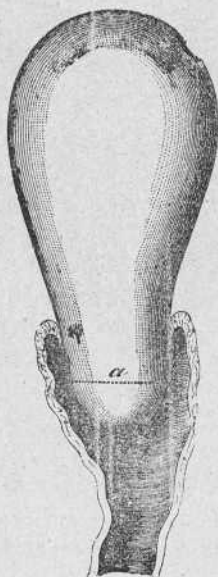


Fig.^a 179.—Prolongación hipertrófica del cuello. *a* punto en que conviene colocar el asa galvano-cáustica para la amputación

Pero el aforismo de Hipócrates casi ha carecido de aplicación práctica hasta la época muy reciente por cierto en que Marion Sims publicó sus primeros trabajos en 1866. (2)

(1) Hippocrate, *Œuvres*, traduction, Littre. Paris 18.^o tome.

(2) Marion Sims, *notes cliniques sur la chirurgie utérine*. Paris 1866

Refiere en este libro, Sims, haber hallado 175 veces la conicidad del cuello, y considera esta anomalía unida siempre á la esterilidad.

Según el mis no autor, el cuello uterino no debe medir en su porción vaginal más de la quinta parte de la longitud total del órgano, esto es un cuarto de pulgada.

La porción vaginal del cuello presenta la forma de un elipsoide achatado, perforado en sentido longitudinal (figura 181).

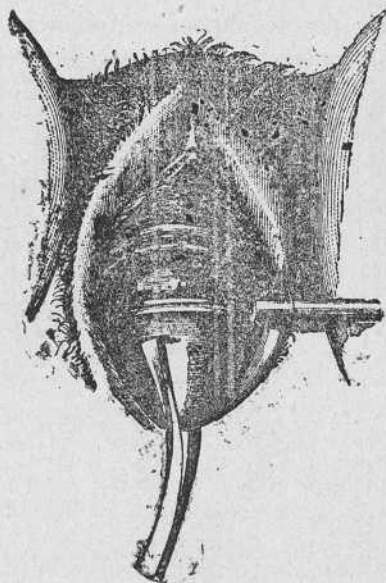


Fig.^a 180.—Amputación por el asa galvano-caústica. A, hilo presentado en su sitio. C, cuello uterino hipertrofiado asido con una pinza

A veces la abertura está deprimida (figura 183) y esta estrechez del orificio externo coincide con frecuencia con la estenosis del canal y con la esterilidad.

La anomalía designada con el nombre de *conicidad del cuello*, consiste en la prolongación en forma de cono de la porción vaginal (figura 182). Cuando esta prolongación es considerable, constituye la anomalía que describiremos más adelante con el nombre de *elongación*.

El mecanismo que determina la esterilidad es idéntico al que hemos descrito al hablar de la elongación hipertrófica, y de las falsas rutas vaginales. En estos casos el orificio del glauco no corresponde con el del hocico de tenca, y la eyacuación se realiza en uno de los culos-de-saco de la vagina, en donde el esperma se deposita sin penetrar en el útero.

Ampútase una porción del cuello para darle una forma tan aproximada á la natural, como sea posible. El manual operatorio de la amputación queda descrito anteriormente.

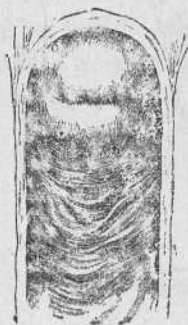


Fig.^a 181.--Representa la forma normal del cuello (Kisch) El orificio es longitudinal y suficientemente abierto.



Fig.^a 182.--Representa un cuello conocido. (Kisch.)

La conicidad del cuello coincide la mayor parte de veces con la estenosis.

Desviaciones uterinas consideradas como causas de esterilidad.—Anteversión.

Esta desviación tiene gran importancia bajo el punto de vista de la esterilidad. Ya dijo Marión Sims que casi la tercera parte de las mujeres estériles están afectadas de anteversión. Nuestras experiencias propias confirman esta opinión. En estos casos la anteversión coincide frecuentemente con la conicidad y con la estenosis del cuello (figura 184).

La anteversión es comunmente congénita, al paso que la retroversión es casi siempre consecuencia de las perturbaciones de la involución uterina; propia del embarazo.

La anteversión tiene por consiguiente en la etiología y en el tratamiento de la esterilidad más importancia que la retroversión.

Asegúrese el diagnóstico y tómense para el cateterismo las precauciones recomendadas. Conviene desde luego ensayar la reducción. Empléense para esto enderezadores (enderezador uterino; el incurvador de Valliet figura 185 y 186.)

Un punto esencial en la introducción del cateter en las flexiones complicadas de estenosis es el fijar bien el cuello con un tenáculo (figura 187), ó con una pinza de Museux. La



Fig.^a 183.—Indica la configuración normal de la porción vaginal de un cuello. El orificio es insuficientemente abierto.

aplicación del tenáculo facilita mucho el uso de la sonda en los casos difíciles, fijando el útero y enderezando la curvatura del canal.

Los pesarios vaginales nos dan pocos resultados en la anteversión. La curación permanente, sobre todo, en lo que concierne á la esterilidad, sólo puede obtenerse por medio de las operaciones de Sims, y de Schröder, ó por medio del masaje.

Retroversión

Mientras que las desviaciones anteriores son generalmente congénitas, las posteriores son muchas veces adquiridas.

Estas no tienen menos influencia en la etiología de la esterilidad.

Hemos dicho que la retroversión era frecuentemente consecuencia de la falta de involución del parenquima uterino, después del primer parto. A esta variedad de desviación es necesario atribuir la variedad de infecundidad, que los autores ingleses han descrito con el nombre de *one child sterility*; y que podemos designar con el de *esterilidad de las uníparas*.

El número de mujeres uníparas es considerable. Si esta cantidad de mujeres poco productivas se explica en Francia

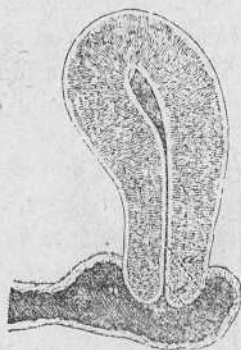


Fig. 184.—Anteversión con stenosis del cuello.

por la práctica del malthusianismo, no puede darse la misma explicación para Inglaterra, Alemania y los Estados Unidos, donde Malthus sólo cuenta un corto número de secuaces.

La esterilidad de las uníparas no reconoce comunmente otra causa que la retroversión ó la endometritis, afecciones que la mayoría de las veces son consecuencia del primer parto ó de un aborto. En diez y nueve mujeres infecundas después del primer embarazo, hemos comprobado la retroversión en once.

Las desviaciones posteriores causan la esterilidad á consecuencia de la estenosis, que determina la flexión del canal (figura 188).

Las retroflexiones uterinas van frecuentemente acompañadas de una tumefacción folicular de la mucosa, que resulta del catarro y de la flacidez del órgano.

La hinchazón y la hipersecreción de la mucosa uterina se oponen tanto más á la introducción del esperma, cuanto que los pliegues anteriores y posteriores constituyen normalmente una salida de suyo considerable. En el catarro complicado de retro-flexión, estos pliegues cabalgan unos sobre otros de tal modo, que obliteran completamente el canal. Esto explica las dificultades que muchas veces hay para penetrar en el úte-

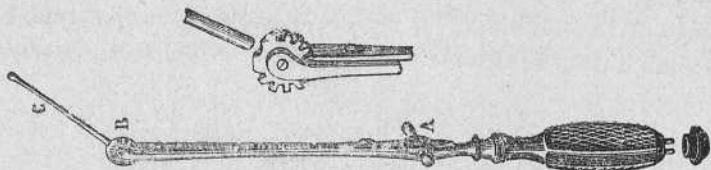


Fig.ª 185.—Enderezador uterino.

ro encorvado, en mujeres que ya han tenido hijos. En estos casos el cateter tropieza con los pliegues, los cuales forman una válvula difícilmente franqueable, tras de la cual se acumulan las secreciones privadas de su desagüe natural por la estenosis.

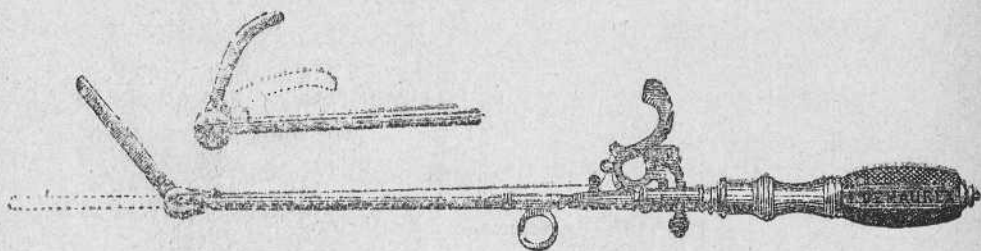


Fig.ª 186.—Encorvador uterino de Vulliet.

Recomendamos muchas precauciones para el cateterismo y la corrección uterina, insistiendo sobre la necesidad de colocar la mujer en la posición genu-pectoral y de asir el labio posterior con un tenáculo, cuya tracción sobre el útero facilite la introducción de la sonda, fijando el órgano y haciendo desaparecer momentáneamente la encorvadura.

Empleo del pesario durante el coito

El pesario de Hodge aplicado convenientemente, obra de un modo favorable en el útero retrovertido. Desgraciadamente este resultado es muchas veces temporal y cesa tan pronto como se quita la protección del instrumento.

Cuando el pesario de retroversión es aplicado como tratamiento de la esterilidad, se recomendará á la mujer que le conserve durante las relaciones sexuales.

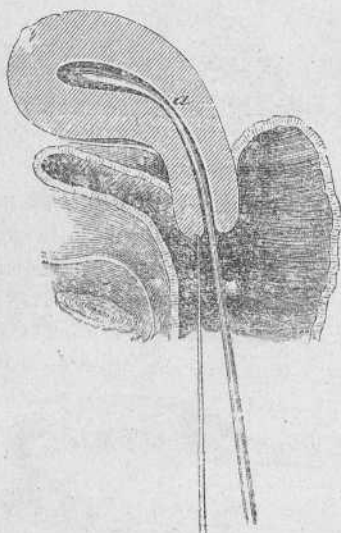


Fig.^a 187.—Introducción del catheter.

Hemos visto recientemente un ejemplo característico, que demuestra la importancia de esta prescripción, en una mujer de 29 años, infecunda hacía siete, desde el nacimiento de un hijo único que había perdido. La enferma se había sometido sin resultado á un gran número de tratamientos. Comprobé una retroversión muy pronunciada, la aconsejé el uso del pesario, pero tenía repugnancia á estos instrumentos á causa de los muchos dolores sufridos en los ensayos anteriores. Llegué sin embargo á convencer á la enferma y con paciencia y nu-

meras reflexiones conseguí colocarla un pesario Hodge que la paciente toleró durante algunos días y retiró en la época de la menstruación. Habiéndola visto á la mañana siguiente á la cesación de las reglas, introduje el pesario y la recomendé la práctica del coito sin quitar el aparato. La enferma había creído hasta entonces, que era necesario quitar el aparato durante las relaciones sexuales. Siguió, sin embargo, mi consejo, quedó en cinta y parió á su tiempo. Volvía á ver seis meses después de su parto, y comprobé que la retroversión era tan grande como antes.

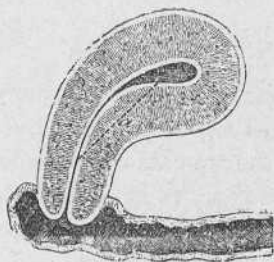


Fig.^a 188.—Retroversión con stenosis del cuello.

Marion Sims y un gran número de observadores han referido hechos análogos. De donde deducimos, que si los pesarios no curan las desviaciones anteriores, pueden facilitar la concepción produciendo una corrección pasagera durante el coito.

Recomendamos el uso del pesario de Vulliet durante el coito (figura 103).

Si la mujeres tienen gran repugnancia al empleo de este auxiliar, frecuentemente es porque prácticos é inexpertos han introducido en sus órganos aparatos desproporcionados y no en relación con las lesiones que estaban destinados á combatir. Se necesitan varios tanteos para encontrar el pesario que conviene, y el ginecólogo que quiera emplear estos aparatos con éxito debe tener á su disposición un sentido considerable.

LECCIÓN VIGÉSIMACUARTA

ESTERILIDAD RESULTANTE DE LA NO RETENCIÓN DEL ESPERMA Ó DE LA DESTRUCCIÓN DEL HUEVO EN EL ÚTERO

Señores:

Hay muchas mujeres estériles porque su mucosa uterina no ofrece al huevo medio ó estancia conveniente.

No hay en estos casos obstáculo absoluto para la impregnación, pero los tegidos sobre los cuales debe fijarse el huevo, no presentan las condiciones necesarias para su fijación y conservación.

Ciertos estados morbosos de la mucosa uterina son impropios para conservar el huevo recién depositado en ella por la concepción.

Tales son las diversas variedades de *endometritis*, la *disminorrea*, el *catarro uterino*, la *sífilis*, etc. En estos casos la mujer no es estéril, pero se encuentra en condiciones que impiden llegue á su término el producto de la concepción; el huevo, como sembrado en terreno malo, pierde su vitalidad, y cae antes de haber adquirido el desarrollo suficiente para llevar el nombre de feto. Su expulsión, que en estos casos tiene lugar en el mismo momento de la menstruación, pasa casi siempre desapercibido.

Estas mismas causas que no permiten la conservación del huevo, pueden igualmente tener una acción funesta sobre la *vitalidad de los espermatozoides* depositados en el útero. No se trata aquí ya de los obstáculos mecánicos para la concepción, sino de obstáculos químicos y patológicos.

La vagina puede contener además, ciertos organismos *patogénicos de naturaleza nociva* á la vitalidad de los esperma-

tozoides (figura 190) (vidiom, gonococos, tricomona vaginales, glóbulos de pus, etc.)

Con ocasión de los diversos estados morbosos que entran en esta categoría, insistiremos en los puntos terapéuticos en que la intervención operatoria está indicada,

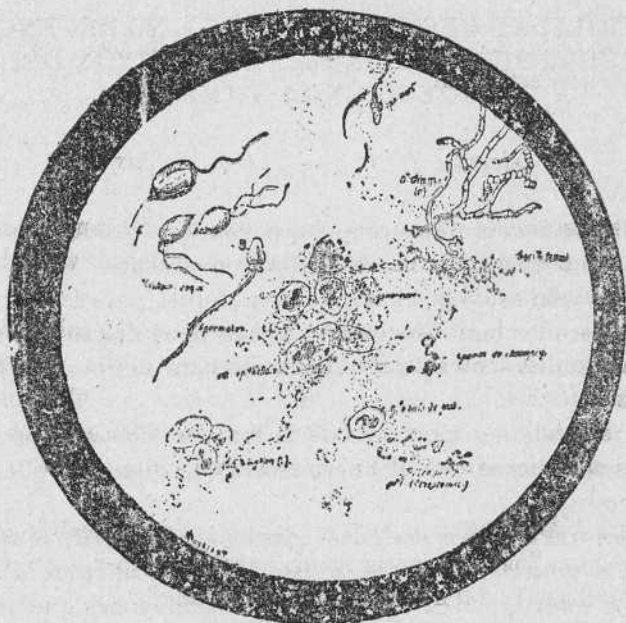


Fig.ª 190.—Principales organismos que pueden encontrarse en la vagina.

Las mayorías de las afecciones inflamatorias del útero ó de la vagina originan secreciones mórvidas. Conviene hablar de los impedimentos de orden químico, que pueden oponerse á la impregnación por la destrucción de los espermatozoides.

Acción química de ciertas sustancias sobre los espermatozoides.—Temperatura

En primer lugar los movimientos de los zospermas no se conservan más que á cierta temperatura; cesan bajo los diez

grados centígrados y sobre los cincuenta. Estos movimientos pueden, sin embargo, recobrar su vivacidad cuando se llevan á temperatura que les favorece.

Así que Montegaza después de congelar esperma humano, ha podido comprobar que los espermatozoides recobran sus movimientos una vez deshelado el líquido.

Esta es una indicación importante para la práctica de la fecundación artificial.

Acción de sustancias químicas

Las sustancias químicas tienen una acción muy variable sobre los zospermas. Unas hacen desaparecer su vitalidad y otras la reaniman.

Todos los *ácidos* ejercen una acción deletérea sobre los espermatozoides. Una solución de ácido clorhídrico ó acético, al diez milésimo, los mata. Lo mismo sucede con el sublimado, el alcohol, el eter, el clcroformo y todos los agentes que coagulan el líquido en que se encuentran.

La saliva, el agua pura y sobre todo el agua destilada son tóxicos para los espermatozoos de animales superiores y más particularmente del hombre. Cuando se añade agua al licor seminal, se ve que inmediatamente los zospermas se encorvan y pierden su vitalidad. Pueden, sin embargo, recobrar la vida, si se añade una solución azucarada ó albuminosa, ó mejor todavía úrea ó glicerina, á condición, sin embargo, de que el contacto del agua no haya sido muy prolongado.

Los narcóticos, no tienen acción sobre los agentes de la reproducción. Las sales metálicas los destruyen instantáneamente. Entre éstas ocupa el primer lugar el sublimado corrosivo, que es deletéreo á la dosis de un diez milésimo.

La mayor parte de *los líquidos del organismo* (á excepción de la saliva) la leche, el moco, no tienen acción en los espermatozoos, no siendo ácidos.

Veamos ahora los agentes con que se *conserva* y hasta se aumentan la vitalidad de los espermatozoides,

Citaremos en primer lugar las preparaciones alcalinas, señaladamente los cloruros y los acetatos alcalinos, á la dosis de uno por ciento. He obtenido la curación de la esterilidad en dos casos, en mujeres afectas de catarro uterino, aconsejando una inyección vaginal con una solución de carbonato de sosa (diez gramos por litro) antes de cada aproximación sexual. Cuando practico la fecundación artificial, aconsejo inyecciones alcalinas por espacio de algunos días antes de practicarla. Según Koelliker la mejor fórmula para activar la vitalidad de los espermatozoides es la siguiente:

Azetato de potasa.	1	gramos.
Azúcar.	150	„
Agua.	850	„

Es necesario emplear los alcalinos en dosis moderadas. Así es que está demostrado que las soluciones débiles (uno por ciento) son favorables y las soluciones más concentradas (tres por ciento) ó muy débiles son menos favorables y hasta deletéreas.

Esta sencilla exposición basta para demostrar que el ginecólogo no debe despreciar los datos suministrados por la química para el tratamiento de la esterilidad.

No puede darse mucha importancia á la acción de las secreciones uterinas y vaginales como causa de esterilidad.

En el estado normal el mucus vaginal es *ácido* y el del útero *alcalino*. Los espermatozoides pierden su vitalidad diez ó doce horas después de su permanencia en la vagina, y aún á veces mucho más pronto, mientras que se puede comprobar la vitalidad de numerosos espermatozoides en el mucus segregado del útero nueve ó diez días después del último coito.

En los días que inmediatamente preceden ó siguen á la menstruación, la alcalinidad y por tanto la nocividad del moco vaginal, está considerablemente atenuada.

Estos datos son tanto más interesantes, cuanto que concuerdan con nuestros conocimientos fisiológicos y clínicos. Hemos querido exponerlos aquí porque nos proporcionan en-

señanzas de utilidad incontestable, para la práctica de la fecundación artificial, cuyo manual operatorio describiremos más adelante.

El tratamiento preliminar y no operatorio de todas las afecciones de la vagina y del útero tiene una gran importancia. Esto explica el éxito obtenido por medio de curas termalés en las cuales la intervención quirúrgica era completamente extraña.

Tratamiento de las afecciones catarrales del útero

Las nociones que nos suministra la química nos ofrecen excelentes indicaciones para el tratamiento de las afecciones catarrales de la vagina y del útero.

Antes de emprender cualquier operación destinada á la curación de la esterilidad, deben quitarse las secreciones, cuya presencia puede impedir el éxito.

Las afecciones catarrales de la vagina serán tratadas con irrigaciones repetidas, ya de las soluciones alcalinas al milésimo de que ya hemos hablado, ya de soluciones de sulfato de cobre ó de zinc al cinco por mil. Las inyecciones se harán á la temperatura de 25 á 35 centígramos. Hace tiempo hemos renunciado á las inyecciones frías y á las muy calientes, cuyo empleo debe reservarse para el tratamiento de las hemorragias.

Cuando se trate especialmente de combatir la acidez de las secreciones vaginales y su acción nociva sobre los zoospermias, se empleará además de las inyecciones alcalinas, una solución que contenga de 15 á 25 por 100 de azúcar, cuya acción sobre la vitalidad de los espermatozoides, ha sido reconocida como favorable. Se aconsejarán estas inyecciones *antes del coito*, y se practicarán siempre en los días que inmediatamente preceden á la fecundación artificial.

Cuando la secreción uterina es ácida, la esterilidad es *absoluta*. Procúrese indagar la causa del catarro uterino y modificar la mucosa.

Aconsejamos en este caso dilatar el útero y practicar inyecciones intra-uterinas con una mezcla que contenga la clara de un huevo y cincuenta gramos de fosfato de sosa por litro.

No podemos abordar aquí los tratamientos de la metritis, endometritis y de todas las afecciones de la mucosa uterina, que ocasionan la esterilidad.

Ya hemos hablado de la esterilidad resultante de la retención del huevo en el útero, porque el estado de la mucosa no le suministra elementos de vitalidad.

Hay en este caso ó *endometritis esfoliátriz* (disminorrea membrana), ó *endometritis fungosa*.

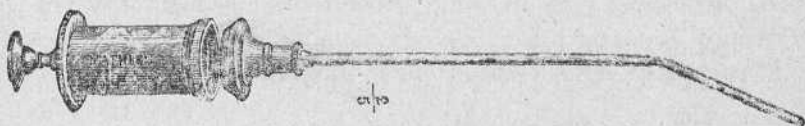


Fig.^a 191.—Geringa porta-pomada de Cow ty.

El tratamiento de estas dos enfermedades ha ocasionado largas discusiones. Recientemente la sociedad de obstetricia y de ginecología de París, discutía si debía emplearse en el tratamiento de la endometritis las cauterizaciones intra-uterinas ó el *cureter*. La cuestión nos parece resuelta en favor del *cureter*.

El *curete* está indicado siempre que la esterilidad es debida á un estado morbozo de la mucosa uterina, que se opone á la retención y al desarrollo del huevo. Es racional, en efecto, separar una mucosa enferma, para que le sustituya una sana, que permita la retención del huevo.

La *infección blenorragica* es una causa muy común de esterilidad. El práctico deberá siempre suponer la presencia desagradable del gonococo blenorragico y perseguirlo vigorosamente por medio de inyecciones parasitícidas, entre las cuales ocupa el primer lugar la solución del sublimado al uno por mil.

Adherencias, exudados. Inflamaciones crónicas.—Cuando la esterilidad reconoce por causa estados inflamatorios antiguos,

ya en estado de cronicidad, se provocará la metamórfosis regresiva de los exudados periuterinos que son su consecuencia. Aquí tiene aplicación el masaje.

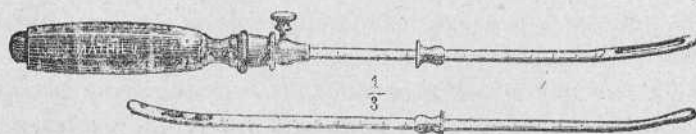


Fig.^a 192.—Porta-cáustico de Siredey.

Sabido es que estos estados son frecuentes y en consecuencia de ovaritis y de otras inflamaciones de los tegidos periuterinos. La descripción y el tratamiento de estas afecciones se encuentra en los tratados de patología especial. (1)

(1) Gaillard Thomas. Traite complet des maladies des femmes, articles *metrite, ovaritis, pelvienne*, édition, avec préface du professeur Pajot, Paris 1887 Lleinheil,

LECCIÓN VIGÉSIMAQUINTA

ESTERILIDAD POR INEPTITUD PARA LA OVULACIÓN E INCUBACIÓN

Señores:

La ineptitud para la ovulación puede ser *absoluta* ó *relativa*. Es absoluta cuando faltan los ovarios ó han sufrido modificaciones orgánicas ó alteraciones mórbidas, que han privado á los órganos germinativos de su actualidad funcional. Esta ineptitud tiene por síntoma la *amenorrea*.

La *amenorrea* es en extremo frecuente, y, si bien se refieren algunos aunque raros ejemplos de mujeres menorreicas que han concebido, debemos considerarla como causa absoluta de esterilidad.

Este síntoma siempre es grave cuando se observa de los diez y seis años en adelante, y deberá desde luego inquirirse la causa.

¿Es debida la amenorrea á la ausencia de los ovarios?

¿Es debida al desarrollo rudimentario y simultáneo del aparato útero-ovárico?

¿Es debida á una afección de los ovarios y de las trompas (tumores tuberculosis, etc.)?

¿Es debida á un retardo de la ariación menstrual ó á la desaparición prematura de esta función?

¿Es debida á un exceso ó perversión de la nutrición en general (obesidad)?

¿Es debida, en fin, á una afección constitucional, que afecta á la función ovárica (clorzanemia, tuberculosis etc.)?

Estos son los principales puntos sobre los cuales debe ver-

har el exámen del Ginecólogo llamado á tratar un caso de esterilidad con amenorrea. Vamos á examinarlos, insistiendo sobre aquellos cuyo tratamiento local ú operatorio puede darnos esperanzas de éxito.

A. *La ausencia de los ovarios* es rara y coincide generalmente con la falta de desarrollo del conjunto del aparato genital.

Su comprobación, imposible en las mujeres obesas puede hacerse ordinariamente en las delgadas por el tacto y la palpación. Más adelante describimos el manual operatorio, que conviene emplear para estas delicadas operaciones.

Manual operatorio para encontrar el cuerpo del útero

Introdúcese en la vejiga que se tiene el cuidado de dejar llena para el momento del exámen, un histerómetro flexible. Enseguida se introduce en el recto uno ó dos dedos y entonces puede percibirse la extremidad de la sonda en la vejiga, así como también la naturaleza de los tegidos interpuestos entre los dos órganos.

Cuando el útero está muy atrofiado ó no existe, el dedo introducido en el recto á la altura conveniente, encuentra la sonda vexical y comprueba la ausencia de masa resistente que representa el cuerpo uterino. Para que esta comprobación sea exacta, es necesario que el dedo haya penetrado á bastante altura en el recto, á fin de asegurarse de que el contacto de la sonda no ha tenido lugar por bajo del útero.

Para completar esta exploración, se anestesiara la enferma, y se procederá á buscar los ovarios y las trompas.

Esta anomalía excede los recursos de la cirugía.

B. *El desarrollo rudimentario de los ovarios, del aparato genital* es igualmente muy difícil de diagnosticar durante la vida, cuando no se llega á sentirlos. Puede sin embargo sospecharse la existencia, después de la suspensión del desarrollo

del útero (útero infantil) y por falta de vigor físico de la paciente.

La supresión del desarrollo de los ovarios no origina siempre la amenorrea absoluta. Algunas veces se observan ligeros flujos sanguinolentos irregulares acompañados del molimen menstrual (*menstruación parca*).

En este caso debe hacerse uso de la terapéutica. Puede excitarse la función ovárica corrigiendo el útero. Gaillard Thomas ha provocado la función ovárica en un caso de atrofia de los órganos genitales introduciendo frecuentemente un tallo de laminaria en el cuello, y manteniendo en él un pesa-

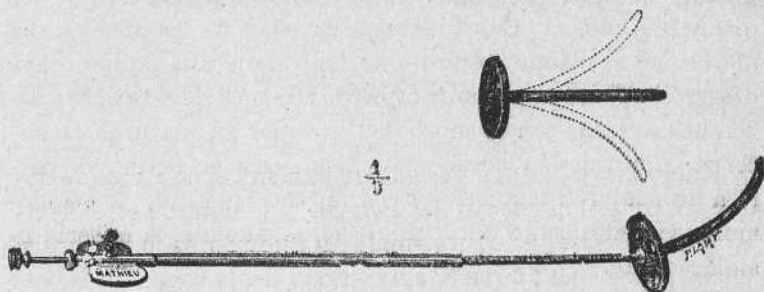


Fig.ª 193.—Pesario intra uterino de Vulliet.

rio intra-uterino. Recientemente hemos conseguido en un caso de *menstruación parca* regularizar la función ovárica, que era casi nula, dilatando el útero por el procedimiento de Vulliet y manteniendo el pesario intra-uterino cuatro meses sin inconveniente para la enferma, que ha visto regularizarse la menstruación y hacerse bastante copiosa.

Se ha aconsejado también el uso de la electricidad para despertar la función ovárica. Se introduce un polo en la cavidad uterina y el otro se mantiene al exterior al nivel de la región ovárica. Se hace pasar una corriente introducida durante ocho ó diez minutos cada día. Hemos aplicado este tratamiento muchas veces, y una tan sólo fué con éxito. ¿Fué debido á la excitación producida por la corriente continua ó al tallo conductor en el útero? Nos es imposible responder; pero este caso nos ha estimulado.

C. *Amenorrea por afección ovárica*: Los tumores, el cáncer y la tuberculosis, cuando afectan los dos órganos á la vez, originan una esterilidad incurable. No insistimos en el tratamiento de esta causa de esterilidad porque varía según la naturaleza del tumor, y según la importancia de los síntomas.

D. *¿Es debida la amenorrea á un simple retardo en la aparición normal del flujo catamenial? ¿Lo es á una desaparición prematura de la función?* Sólo podrá responderse á estas distintas cuestiones, después de un estudio atento de la constitución y del estado general de la salud del individuo.

Sabido es que la menstruación aparece de los doce á los diez y seis años (1). Consideramos la edad de los diez y ocho años como el último término normal para una mujer cuyo desarrollo físico sea casi completo. Después de esta época deben buscarse las causas morbosas, que por su naturaleza entorpecen la función catamenial. Redúcense en su mayor parte á un desarrollo imperfecto del aparato genital, á estados morbosos tales como la tuberculosis, la anemia, la miseria fisiológica etc.

Cuando la amenorrea se presenta entre los 35 y 40 años en una mujer que no ha concebido nunca, debe sospecharse ó temerse que se trate de una cesación definitiva de la función catamenial. Los casos de este género son muy frecuentes. A partir de los treinta años es cuando las mujeres infecundas comienzan á sentir vivamente los deseos de la maternidad, y á correr de especialista en especialista. La función menstrual en las mujeres que han sido infecundas desaparece comunmente después de los treinta y cinco años; y si alguna vez sobreviene periódicamente, sólo dura algunas horas, y dá lugar á un flujo sanguíneo insignificante. En estos casos el tratamiento de la esterilidad da resulta los problemáticos. La mayoría de las veces está poco desarrollado, muy anteñexionado, y el conjunto del aparato genital está por decirlo así inclinado hacia adelante.

(1) Voyab Raciborski. *Traité de la menstruation en rapport avec l'ovulation; la fécondation, l'hygiène de la puberté et de l'âge critique*. Paris 1868.

En general, la cesación de la función menstrual tiene lugar propiamente y con frecuencia en la mujer infecunda antes de los cuarenta años.

E. ¿Es debida la esterilidad á un exceso ó á una perversión de la nutrición en general? *Influencia de la obesidad.* Entre las perturbaciones de la nutrición que ocasionan con frecuencia la esterilidad, debe citarse la *obesidad*.

En todas las razas, los observadores han considerado la mujer obesa como impropia para la concepción. Este es un hecho casi general y fuera de toda duda.

En 215 casos de obesidad, observados en la mujer por Kisch, hubo cuarenta y nueve de amenorrea y ciento diez y seis *menstruación parca*.

Las mujeres obesas son frecuentemente amenorreicas, ó tienen un flujo menstrual insignificante.

Estos casos de esterilidad son interesantes, porque son la mayor parte de las veces el resultado de un estado morboso adquirido (*lapolisarcia*) que es curable.

En efecto, las amenorreicas por *polisarcia* han tenido casi todas en su adolescencia reglas abundantes. Sus órganos genitales están generalmente bien conformados, muchas de ellas tienen también el sentido genérico muy desarrollado. En una palabra, si se hubieran casado á tiempo, hubieran concebido probablemente.

La obesidad se observa muy rara vez en la juventud. Sólo se manifiesta después de veinticinco años y aún mucho más tarde en las que tienen esta tendencia, que casi siempre es hereditaria.

Un gran número de mujeres obesas, que nos han consultado acerca de la esterilidad, se habían casado tarde (de 26 á 30) cuando habían adquirido ya cierto grado de gordura. Habían sido bien regladas durante su juventud, y al venir el recargo grasoso vieron disminuir sus reglas. Tendremos ocasión de tratar de nuevo esta materia en la siguiente lección.

Influencia de Malthusianismo

En algunas regiones, principalmente en Francia, en donde muchas familias acomodadas practican el *Malthusianismo*, las casadas jóvenes toman medidas para evitar la concepción en los primeros años de su matrimonio, con el objeto de poder adquirir cierta fortuna que impediría la venida anticipada de los hijos.

Este cálculo es absolutamente desastroso y entraña con frecuencia la esterilidad. La mujer que por cálculo ha rehusado la concepción, se deja poco á poco invadir de la gordura, y se encuentra estéril en la época en que desearía concebir. He visto de esto numerosos ejemplos.

Hemos dicho que la esterilidad por obesidad es curable. Pueden, en efecto, obtenerse resultados satisfactorios en las mujeres enérgicas que quieren someterse de buen grado al tratamiento siempre largo y molesto de la polisarcia.

La terapéutica de la polisarcia en la mujer estéril debe consistir especialmente en el masaje de la pared abdominal, asociado al masaje uterino.

F. *¿Es debida la esterilidad á una afección constitucional?*
—Sólo puede contestarse á esta cuestión de una manera general.

En efecto, aunque es probable que las diatesis escrofulosa, tuberculosa, cancerosa, etc., constituyan un obstáculo serio para la concepción, vemos mujeres que conciben en un periodo avanzado de la tisis ó de la caquexia cancerosa. Ni el mismo cáncer localizado en el útero impide la concepción como lo demuestran numerosos ejemplos.

La escrofulosis y la clorosis ejercen una acción desfavorable en la ovulación. Si examinamos con cuidado las mujeres estériles, comprobamos muchas veces por las cicatrices la existencia de adenopatías antiguas. Es por consiguiente lícito suponer, que estas perturbaciones del aparato glandular se

han generalizado en la infancia, y han podido ejercer una funesta influencia en las glándulas que son el asiento de la función germinatriz.

Creemos que tanto la escrófula como la clorosis y todos los estados morbosos constitucionales sólo aportan obstáculos absolutos á la concepción, por la supresión de la función ovárica de la cual es consecuencia la amenorrea. Sólo se puede afirmar que una mujer escrofulosa ó clorótica es estéril cuando es amenorreica.

LECCIÓN VIGÉSIMASEXTA

FECUNDACIÓN ARTIFICIAL

Señores:

Cuando los tratamientos que hemos expuesto en las lecciones que anteceden, han fracasado, sólo resta á la mujer estéril una última esperanza: la fecundación artificial.

Esta operación fué ya ensayada en el siglo pasado por Swammerdams y Roesel; pero estos experimentadores, que limitaron sus ensayos al de las especies inferiores, no obtuvieron resultado.

Fué un naturalista, el abad Spallanzani, quien en 1767 hizo las memorables experiencias que ilustraron su nombre, acerca de la fecundación artificial. Este experimentador consiguió fecundar artificialmente(1) muchos mamíferos, particularmente una perra. Los prejuicios de esta época le impidieron ensayar la fecundación en la especie humana, aunque él expresó muchas veces la convicción de la posibilidad del hecho.

El primer resultado obtenido en la especie humana es debido á Hunter; consultado en 1799 el ilustre cirujano por un hipópade que deseaba ser padre, le aconsejó inyectar el espermatozoide eyaculado en la vagina de su mujer. El consejo fué puesto en práctica y fué de un éxito completo (2). Pero puede decirse que el caso de Hunter no hubo verdadera fecundación artificial, sino simplemente una inyección de espermatozoide en la vagina.

(1) Spallanzani, *experiences pour servir á la histoire de la generation des animaux et des plantes*. Geneve 1785.

(2) Hunter, *philosophical transactions*. Loudon 1779,

Las primeras observaciones realmente auténticas de la fecundación artificial son las de Girault (1). Fueron obtenidas por la inyección de la esperma en el cuello. El operador se servía de una sonda uretral, que contenía el líquido, y lo colocaba insuflando por el otro extremo. En 1869 publicó Girault todas sus observaciones en número de doce. Habían exigido 27 inyecciones, practicada la primera en 1838. Sólo en dos mujeres no produjeron resultado y nunca causaron accidentes.

Sims practicó en 1846 una operación de fecundación artificial seguida de éxitos. El mismo año Mr. Gigon publicó una observación de 1846, en la cual una inyección de esperma en la cavidad uterina al día siguiente de la terminación de las reglas, fué seguida de éxito. Mr. Gigon ha publicado en su tesis (2) otras dos observaciones de MM. Lesueur (3) y Delaporte.

Pero la fecundación artificial permaneció excluida de la práctica y condenada como atentatoria al pudor, hasta que apareció el libro de Courty, en el cual el autor indicaba, aunque sumariamente, un procedimiento operatorio (4). El mismo profesor Pajot que había condenado la fecundación artificial en 1867, (5) no tuvo más tarde reparo en apoyarla con su autoridad. La considera hoy como aplicable á ciertos casos, después que han fracasado todos los medios racionales de tratamiento y propone para esta operación un instrumento especial, *el fecundador*.

Leblond ha publicado una exposición de los procedimientos operatorios relativos á la fecundación artificial (6) y hoy todos los autores clásicos admiten esta operación.

(1) Girault. *étude sur la generation artificielle dans l' espece humaine*.

(2) Fabien Gigon, *essai sur la fecundation artificielle de la femme* these de doctorat. Paris 1871.

(3) Lesueur *la Reforme medicale*. Paris 1867.

(4) Courty, *traite pratique des maladies de l' uterus des ovaires et des trompes*.

(5) Pajot, *Archives generales de medicine*, tome IX. p. 217.

(6) Leblond, *traite elementaire de chirurgie gynecologique*. Paris 1878,

Indicaciones y contraindicaciones.—Es evidente que no estamos de acuerdo con el parecer del profesor Pajot, que quiere que la fecundación artificial sólo se aplique cuando hayan fracasado todos los demás métodos racionales de tratamiento. Este es un punto fundamental; pero puede preguntarse sin embargo, si conviene ensayar la fecundación artificial, operación siempre inofensiva, antes de recurrir á procedimientos quirúrgicos, como la amputación del cuello, que, si bien no hacen correr á las enfermas graves riesgos, no dejan de constituir un traumatismo. Una mujer que rechaza la incisión ó la amputación del cuello uterino, aceptaría voluntaria la fecundación artificial; otra con un sentimiento exagerado de la conveniencia, prefiere correr la aventura de una operación antes que sufrir una simple inyección intra-uterina. Con frecuencia el médico tendrá que resolver la cuestión. Lo que acabamos de decir sobre la amputación del cuello, sólo se aplica á los casos en que esta operación se practica para remediar solamente la esterilidad y no cuando se practica para otras afecciones uterinas.

Téngase presente que la fecundación artificial no debe practicarse *después de la menopausia*, ni en la mujer afectada de una *amenorrea precoz* que no va acompañada de los síntomas inflamatorios, que indica la existencia del molimen menstrual. Está igualmente contraindicada en los casos de estrechez de la vagina, en las atrofas uterinas, y cuando la esterilidad reconoce por causa un vicio incurable de conformación de los órganos genitales.

Hay otra contraindicación, la existencia de la pelvipерitonitis crónica. La operación podría tener probabilidades de éxito, porque en estos casos la esterilidad es debida de ordinario á la obliteración de las trompas á consecuencia de las adherencias. La metritis, la endometritis y todas las afecciones inflamatorias del útero y sus anejos contraindican igualmente la operación, que sólo deberá proponerse cuando un tratamiento apropiado haya modificado estos diversos estados morbosos,

Antes de practicar la fecundación artificial, reconózcase la calidad del espermatozoide. Siendo los corpúsculos los agentes esenciales de la fecundación, se examinará el espermatozoide con el microscopio para asegurarse de la existencia de los espermatozoides antes de inyectarlos en el útero.

Hay además otras contraindicaciones de orden moral, de las cuales el médico sólo es juez, y acerca de las cuales apenas es necesario insistir. Así, que la fecundación artificial nos parece contraindicada cuando existe una diatesis tuberculosa, cancerosa, ó escrofulosa, no sólo en la mujer, si que también en el fecundante. Se conciben fácilmente las razones de orden moral que prohíben provocar la fecundación en individuos que sólo procrearían seres imperfectos, y en los cuales la naturaleza, siempre previsora, ha rehusado la concepción.

En resumen, para practicar la fecundación artificial con éxito, es necesario:

1.º Que hayan fracasado todos los demás medios racionales de tratamiento.

2.º Que exista la menstruación ó que síntomas manifiestos indiquen la existencia del molimen menstrual.

3.º Que no haya ningún vicio de conformación incurable de la vagina ó de los órganos genitales, que se opongan á la concepción ó al parto.

4.º Que no haya en los cónyuges ninguna diatesis tuberculosa ó cancerosa, y

5.º Que se haya comprobado la existencia de los espermatozoides.

Época en que debe practicarse la operación.—¿En qué época conviene inyectar el espermatozoide en la cavidad uterina? Pretenden unos que la mujer sólo es fecundable en los ocho días que preceden ó siguen á las reglas, otros, que la fecundación sólo puede tener lugar en los quince días que siguen á las reglas; y otros, en fin, pretenden que la mujer sólo es fecundable en los dos ó tres días que preceden á la menstruación, apoyándo-

se éstos en el hecho de que el proceso congestivo que separa el óvulo del ovario es el momento propio para fecundar el óvulo que sale por decirlo así al encuentro del elemento fecundador masculino. Hasta se ha dicho, no sin apariencia de razón, que la mujer es más apta para ser fecundada durante la menstruación porque entonces hay probabilidad de encontrar el óvulo en el útero.

El análisis de las observaciones de fecundación artificial, publicadas por los autores, no permite todavía resolver esta cuestión importante. Así vemos que Girault ha fecundado muchas mujeres en la semana siguiente á la menstruación, y que en otro caso obtuvo resultado practicando la operación el vigésimo tercero después de las reglas (1).

No han dado todavía resultados positivos las indagaciones fisiológicas modernas, que tienden á probar que la fecundación se hace con más frecuencia antes de la aparición de las reglas, que después de la desaparición del flujo menstrual. Creemos, sin embargo, que conviene practicar la fecundación artificial durante los tres ó cuatro días que preceden á la aparición de las reglas. Esta práctica es tanto más racional, cuanto que si la concepción no ha tenido lugar y se ha producido el flujo menstrual, está entonces uno autorizado para repetirla tentativa de fecundación á la semana siguiente de la cesación de las reglas.

Procedimientos operatorios

Vamos á examinar los principales procedimientos operatorios preconizados por los autores para la práctica de la fecundación artificial. Sólo daremos á conocer los métodos que son compatibles con la dignidad del médico, y el pudor legítimo de la mujer.

Procedimiento de M. Sims.—Consiste en hacer una inyección de esperma en la cavidad uterina por medio de una ge-

(1) Girault, *étude sur la génération artificielle dans l'espèce humaine*, Paris,

ringa de cristal, análoga á la geringa de Pravaz y terminada por un tubo de cristal perfectamente redondeado á la lámpara, á fin de no dañar la mucosa (1). Este tubo que ofrece una encorvadura análoga á la del histerómetro de Huguier, está dotado de un hilo colocado á tres centímetros de su extremidad uterina; y este hilo, que se puede percibir fácilmente por el tacto, permite al operador no introducir el tubo más allá de este punto.

Sumérgese entonces la geringa en agua caliente á 35.° ó 37.° centígramos, y se mantiene á esta temperatura hasta el momento de la operación. Después se introduce la sonda en la vagina y se deja en este órgano cerca de un minuto para equilibrar la temperatura de la sonda con este conducto. Una vez tomada esta precaución, se aspira el esperma anteriormente depositado en la vagina por el coito, y después se in-

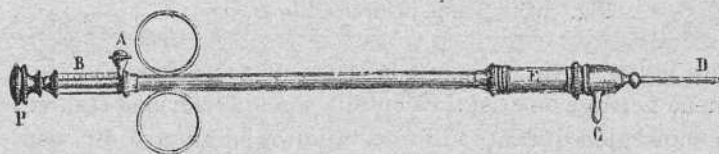


Fig.^a 194.—Geringa de Roubaud.

troduce en este órgano la extremidad del tubo guiado por medio del índice izquierdo colocado en contacto con el cuello. Se hace penetrar el tubo hasta que el hilo de que está recubierto llegue al nivel del orificio externo del hocico de tenca, y después se oprime el pistón muy suavemente á fin de que inyecte una gota á lo más del licor espermático. La graduación del tallo del pistón permite calcular exactamente la cantidad de esperma que debe inyectarse. Se mantiene el tubo colocado de 10 á 15 segundos. La mujer debe conservar el decúbito dorsal durante dos ó tres horas.

Sims da una gran importancia á la cantidad de esperma inyectado en el útero. Esta cantidad no debe pasar de una gota; pero nosotros creemos que este punto no tiene una impor-

(1) Voy Marión Sims, *notes cliniques sur la chirurgie uterine*. Paris 1866.

tancia tan grande. Conviene sin duda no inyectar en el útero una cantidad muy grande de licor espermático, con el fin de no provocar contracciones en el órgano; pero se puede sin inconveniente introducir dos ó tres gotas. La geringa de Roubaud (figura 124) es en este caso muy útil.

Procedimiento de Courty.—Sólo difiere del precedente por la manera de procurarse el esperma. Ved aquí como Courty describe su procedimiento. Se revestirá el miembro viril de un condón, teniendo cuidado de no aplicar completamente su extremidad sobre el glande. Terminado el coito, el producto de la eyaculación permanecerá en este fondo; se le hará salir



Fig.ª 195.—Sonda intra-uterina de Courty

por un golpe de tijera dado á la tripa, y se recogerá en una pequeña geringa de cristal calentada con anterioridad (teniéndola sumergida durante algunos minutos en agua á 40.º centígrados) y dotada de una sonda uterina metálica ó elástica, por medio de la cual será fácil introducirla en la cavidad uterina con el mayor cuidado. Se prescribirá á la mujer el reposo absoluto durante un día. (1)



Fig.ª 196.—Geringa de Braun (de Viena)

Puede emplearse para este procedimiento la geringa de Braun (figura 196) ó la intrauterina ordinaria.

Procedimiento Pajot.—Se practica la inyección del esperma por medio de un instrumento especial que se designa con el nombre de *fecundador*, y que está formado por dos valvas que giran la una sobre la otra, de tal modo, que forman un tubo en el cual se encierra un pistón.

(1) Courty, *traite pratique des maladies de l' uterus, des ovaires et des trompes* 3, édition Paris 1880.

Cítese para después que haya estado con el marido, en general por la mañana, y recomiéndese á éste que practique el coito algunos minutos antes de la hora convenida. El médico, después de mandar acostarse la mujer, introduce en la vagina el instrumento de que acabamos de hablar, hace girar una de las valvas á fin de transformar el aparato en una verdadera cubeta, en la cual se recoje el esperma depositado en la vagina. Equilibrada la temperatura del instrumento con la del conducto vaginal, se cierra el aparato haciendo girar de nuevo la valva por medio del pulgar aplicado al mango (figura 197).

Después se introduce el índice de la mano izquierda en la vagina hasta tocar el hocico de tenca, y se introduce el tubo en el interior del cuello dos ó tres centímetros. En este mo-



Fig.ª 197.—Geringa de Pajot

mento el pulgar que sostiene el mango del fecundador lo oprime y hace mover el pistón. Proyectado el esperma en la cavidad uterina, se deja el tubo colocado uno ó dos minutos, y después se retira el aparato.

La mujer permanecerá después en el lecho muchas horas

¿Cuántas veces deberá ensayarse la fecundación artificial?—

Ya hemos dicho que era preferible practicar la inyección espermática intra-uterina durante los tres ó cuatro días que preceden á las reglas; si la aparición del menstruo indica un fracaso, se comenzará de nuevo la operación en la semana siguiente. De este modo podrán renovarse las tentativas en cinco ó seis épocas menstruales; pero si al cabo de este tiempo no se ha obtenido resultado, nos parece inútil hacer nuevos ensayos.

Todo el que esté habituado al cateterismo uterino puede practicar esta operación cuyo manual operatorio consiste en

Introducir el esperma en un útero convenientemente dilatado, que se aproxime todo lo posible á las condiciones fisiológicas. Sin embargo, como el más pequeño detalle omitido puede hacer fracasar una operación, á la cual las interesadas no gusta someterse muchas veces, vamos á dar á conocer el procedimiento que hemos adoptado, después de larga práctica.

Nuestro procedimiento.—Tratamiento operatorio. —Hemos dicho que esta operación sólo debe ser aplicada cuando se haya reconocido que el estado de los órganos genitales puede permitir la concepción. La enferma deberá sufrir los tratamientos necesarios antes de la fecundación artificial.

El punto más importante es el relativo á el *estado del canal cervical*. Debemos asegurarnos de la permeabilidad del canal, durante algunas semanas antes de la operación y ejercitarnos por decirlo así en la práctica del cateterismo uterino en la mujer, que debe operarse hasta familiarizarnos absolutamente con la dirección y el calibre del canal. Importa, en efecto, no perder un minuto en el momento de la operación, porque sin el cateterismo operatorio de un canal cuya dirección se ignora, tendremos que hacer tanteos que podrían comprometer el resultado.

Inyecciones preliminares. —Lo que hemos dicho acerca de la acción química de ciertas sustancias sobre los espermatozoides, encuentra su aplicación en la fecundación artificial. Evítese la acidez de las secreciones vaginales. La aspiración, con la geringa, del líquido espermático depositado en la vagina puede arrastrar igualmente mucosidades ácidas, cuyo efecto inmediato es destruir los agentes reproductores. Se comprende la importancia del tratamiento preliminar, que consiste en alcalinizar la vagina.

La mujer practicará inyecciones alcalinas. Se empleará con preferencia una solución de azotato de potasa al milésimo para una inyección, que se hará por mañana y tarde durante muchos días antes de la operación. Ved aquí cómo procedemos:

Avistaos con las interesadas por la noche, con preferencia, coincidiendo vuestra vista con la hora en que se practica el coito.

No tenemos que hacer indicación alguna especial acerca del modo de practicarse este coito. El marido deberá prepararse para él por una abstinencia prolongada, no sólo para suministrar esperma de buena calidad, sino también para no exponerse á quedarse corto. Nos ha sucedido en muchos casos no poder practicar la operación, á causa de la impotencia del marido que no ha podido practicar el coito á la hora indicada.

Enseguida de terminar el coito, entra el médico. En vez de recojer á ciegas el esperma depositado en la vagina por los métodos de Sims y de Pajot, y de practicar el cateterismo por tanteos, preferimos un procedimiento más sencillo, que designamos de buen grado con el nombre de *procedimiento de los torpes*. Si la operación practicada de este modo es menos brillante, nos parece más segura y de tal naturaleza, que puede hacerse por todos los prácticos, aún por aquellos que no han adquirido todavía una larga experiencia en la práctica del cateterismo uterino sin espéculum. Se trata especialmente de operar de prisa y sin tanteos, porque el retardo de un minuto podría comprometer el éxito de la operación.

Colocada la mujer en el lecho en la posición dorsal ordinaria para el exámen ginecológico, el operador coloca delante en una vasija que contenga agua á 40.º un espéculum de Tergusón, una geringa intra-uterina ordinaria ó simplemente una sonda intra-uterina dotada de una pera de caoutchouc.

Preferimos el espéculum de Tergusón, porque su introducción, rozando las paredes, recoge todo el esperma derramado en la vagina y lo acumula á la entrada del cuello. Entonces se recogen algunas gotas de esperma, y se introducen en el útero. Esta introducción debe hacerse á la mayor profundidad posible en la cavidad uterina, sin herir la mucosa, porque la más ligera hemorragia puede comprometer el éxito de la operación. Se aplica un tapón de algodón en el cuello y la operación está terminada,

La mujer debe guardar reposo muchas horas después de la operación. El tapón se quita á las diez horas.

Resultado de la operación. Estadística.—He practicado veintinueve veces la fecundación artificial. Los resultados obtenidos han sido raros, pero demuestran, sin embargo, que esta operación cuando se ejecute en enfermas colocadas en condiciones convenientes, puede dar algunos resultados.

En veintinueve casos relativos á mujeres de 27 á 39 años de edad he obtenido:

Fracasos completos.	23
Exitos relativos (concepción dando lugar á abortos de 15 días á tres meses.	3
Exitos completos (concepción seguida de parto á su tiempo).	3
Total	29

No comprendo en esta estadística un caso que he practicado con éxito: la fecundación en una mujer, cuyo marido era hipópade. Esta operación está absolutamente indicada, siempre que el hipospadias pronunciado del pene es obstáculo para la eyaculación del esperma en la vagina.



TABLA DE MATERIAS (1)

	Pag. ^a
Dedicatoria.	V
Prólogo del Dr. D. Manuel López Comas.	VII
Prefacio de los autores.	XIII

LECCIÓN PRIMERA

Introducción.	1
Consideraciones generales sobre la infección.	2
La antisepsia en ginecología.	3
La exploración en ginecología.	6
La vista, el oído, la percusión.	7
El sentido del tacto.	7
Empleo de la sonda uterina.	8
La desinfección en ginecología.	10
Lavado antiséptico.	11
Clase de antisépticos: el sublimado.	13
El iodoformo, la trementina.	14
El ácido fénico.	14
Sondas intra-uterinas.	17
Irrigadores vaginales.	18

LECCIÓN SEGUNDA

<i>Posiciones más usuales para los reconocimientos y las operaciones.</i>	21
Posición de pie derecho.	22
Influencia de la presión abdominal sobre los órganos genitales.	23
Decúbito dorsal.	27
Posición de la talla ó de Simon.	28
Posición americana ó genu-pectoral.	28
Decúbito lateral izquierdo ó posición de Sims.	31

LECCIÓN TERCERA

<i>Cateterismo uterino.</i>	34
Sondas rígidas, cathéters metálicos.	36

(1) La tabla de las figuras se encuentra en la página núm. 409

Catheterismo sin espéculum.	38
Catheterismo con ayuda del espéculum.	40
Catheterismo en la posición genu-pectoral.	41
Sondas blandas ó flexibles; su introducción.	42
Histero-curvímetro de Terrillón.	43

LECCIÓN CUARTA

<i>De la dilatación uterina.</i>	46
Casos en que está indicada la dilatación.	47
Procedimientos para la dilatación ordinaria.	48
La esponja preparada; la laminaria.	49
Los dilataadores mecánicos.	52
Dilatación por medio de las bujías.	54
<i>Procedimiento de Vulliet para la dilatación; el taponamiento.</i>	56

LECCIÓN QUINTA

<i>Del descenso ó prolapsus artificial del útero.</i>	71
Mecanismo del prolapsus artificial.	72
Manual operatorio; precauciones antisépticas.	73
Posición de la enferma; anestesia.	75
Exploración del útero descendido.	77
Prolapsus determinado con un fin operatorio.	80
Operaciones sobre las paredes vaginales.	80
Operaciones sobre el cuello y sobre el útero dilatado y descendido ó en prolapsus.	82

LECCIÓN SEXTA

<i>Del raspado ó legrado de la cavidad uterina.</i>	85
Indicación del curage ó raspado.	86
Empleo de la uña.	86
Empleo del cureter.	87
Manual operatorio del curage y del escovillónage.	88
Del curage en los neoplasmas malignos.	90
Del curage en la endometritis crónica.	91
Del curage en la endometritis puerperal.	97
Del curage en la retención de la placenta y de sus anejos.	98

LECCIÓN SÉPTIMA

<i>De la laceración del cuello; operación de Emmet y de Schröder.</i>	104
Causas de la laceración del cuello.	105
Operación de Emmet. Traquelorrafia.	110
Operación de Schröder.	118

LECCIÓN OCTAVA

<i>Fistulas genito-uritarias.</i>	116
Variedades de fistulas; fecales, vaginales, etc.	116
Etiología de las fistulas véxico-vaginales.	117
Sintomatología de las fistulas uritarias.	117
Historia de la operación de la fistula véxico-vaginal.	119
Técnica de la operación.	121
Operación aplicable á las fistulas genitales en general.	121
Posición de la enferma y determinación de la fistula.	122
Operación de la fistula véxico-útero-vaginal.	128
Procedimiento de Vulliet.	129
Oclusión de la vagina operación kolpopleisis.	130
Procedimiento de Vidal.	130

LECCIÓN NOVENA

<i>De los fibromiomas uterinos y de las operaciones que le son aplicables por las vías naturales.</i>	132
Diagnóstico é indicaciones operatorias.	136
División de los fibromas bajo el punto de vista de su tratamiento operatorio.	144
L'écraseur, sierra nudos, asa galvánica.	145
Operaciones aplicables á los fibromas cavitarios.	146
Operaciones aplicables á los fibromas parietales.	148
La dilatación, el taponamiento.	149
Desbridamiento de los fibromas.	151
Tratamiento consecutivo á las operaciones sobre los fibromas.	153

LECCIÓN DÉCIMA

<i>Tratamiento de los fibromiomas (continuación).</i>	161
Tratamiento paliativo de los fibromas.	161
Electróterapia, electrolisis.	162
Inyecciones parenquimatosas de ergotina y de ergotimina.	167
Dilatación, escarificaciones, raspado.	171
Medicación interna, cornezuelo, hidrastis, hamamelis, etc.	172

LECCIÓN DÉCIMAPRIMERA

<i>El masaje en Ginecología.</i>	175
Generalidades; fisiología del masaje.	176
Indicaciones y contraindicaciones del masaje.	180
Masaje abdominal externo.	181
Masaje mixto; masaje de la parte anterior del bacinete.	188
Masaje de los anejos (partes laterales del bacinete).	188
Masaje en la parte posterior del bacinete.	191

Masaje del útero dilatado.	195
Empleo de la sonda uterina en el masaje.	198
Tratamiento del prolapsu uterino por el masaje.	199

LECCIÓN DÉCIMASEGUNDA

El cáncer del útero y su tratamiento quirúrgico.

Consideraciones generales sobre el cáncer uterino.	202
Indicaciones operatorias en el cáncer uterino.	210
Extirpación radical del cáncer.	212

LECCIÓN DÉCIMATERCERA

Tratamiento quirúrgico del cáncer (continuación)

<i>Histerectomía parcial y total.</i>	215
De las operaciones radicales.	215
Histerectomía total.	216
Manual operatorio.	217
Histerectomía parcial.	227
Amputación subvaginal.	228
Histerectomía supravaginal.	230
Asa galvano-cáustica.	231

LECCIÓN DÉCIMACUARTA

<i>Continuación del tratamiento quirúrgico del cáncer.</i>	233
Tratamiento por la excisión seguida de cauterizaciones enérgicas.	233
Tratamiento de Sims.	241
Tratamiento paliativo del cáncer.	248

LECCIÓN DÉCIMAQUINTA

Ortopedia uterina.—Consideraciones generales sobre el equilibrio uterino normal.

Desviaciones anteriores.	253
Desviaciones posteriores.	260
Prolapsus del útero.	271

LECCIÓN DÉCIMASEXTA

Ortopedia uterina (continuación).—Del tratamiento ortopédico.—

<i>Pesarios.</i>	275
División de los tratamientos ortopédicos.	275
Ortopedia mecánica—Pesarios.	276
Pesarios ortopédicos.	277
Pesarios contra las desviaciones anteriores.	280
Pesarios contra el prolapsus.	287
Pesarios intra-uterinos.	292

LECCIÓN DÉCIMASEPTIMA

<i>Ortopedia uterina</i> (continuación)— <i>Ortopedia operatoria</i> — <i>Tratamiento de las desviaciones anteriores</i> — <i>Operaciones</i>	296
Tratamiento operatorio de las desviaciones anteriores.	296
Dilatación de la vagina.	297
Operación de Sims.	298
Otro procedimiento.	300
Operación de Nicoletti; histeropesia vaginal.	302
Manual operatorio.	305

LECCIÓN DÉCIMA OCTAVA

<i>Ortopedia operatoria</i> (continuación) <i>Tratamiento de las desviaciones posteriores y de los prolapsus uterinos y vaginales</i>	306
Operación de Alquié-Alexander. Laparo-histero-rrafia.	307
Manual operatorio.	308
Laparo-histero-rrafia ó histeropesia.	312
Operación.	313

LECCIÓN DÉCIMA NOVENA

<i>Tratamiento de las desviaciones posteriores</i> (continuación) <i>Del acortamiento intra-abdominal de los ligamentos uterinos</i>	319
Posición de Trendelenbourg para la laparatomia.	319
Operación para el acortamiento intra-abdominal de los ligamentos intra-uterinos.	320

LECCIÓN VIGÉSIMA

<i>Ortopedia uterina</i> (continuación) <i>Tratamiento quirúrgico del prolapsus del útero y de la vagina</i> — <i>Perineorrafia</i> — <i>Colporrafia</i>	324
Perineorrafia inmediata.	325
Restauración de las desgarraduras incompletas.	326
Restauración de las completas.	334
Perineorrafia tardía.	337
Perineorrafia por avivamiento.	337
Preparación de la operada.	338
Perineorrafia—Procedimiento de Lawsón-Tait.	343
Manual operatorio.	346
Operación de Lawsón-Tait en caso de desgarraduras completas.	349
Procedimiento de Varzberg.	351
Tratamiento quirúrgico del prolapsus establecido ó fijo. Colporrafias combinadas con la perineorrafia.	352
Operaciones accesorias.	353
Colporrafia.	355
Colporrafia anterior.	358

Colpoperineorrafia.	363
Procedimiento de Martin.	366
Elytrotorrafia.	366

LECCIÓN VIGÉSIMAPRIMERA

<i>Consideraciones generales sobre el tratamiento de la esterilidad en la mujer—El coito en sus relaciones anatómicas.</i>	372
Clasificación de las causas de esterilidad en la mujer.	375
El coito considerado en sus relaciones anatómicas.	376
El coito considerado en sus relaciones fisiológicas.	386

LECCIÓN VIGÉSIMASEGUNDA

<i>Esterilidad por ineptitud para la concepción.</i>	389
Imperforación y vicios de conformación de la vagina.	389
Ausencia de vagina.	390
Tumores de la vulva y de la vagina que se oponen á la cópula.	393
Persistencia y rigidez del himen.	394
Vaginismo.	396

LECCIÓN VIGÉSIMATERCERA

<i>Esterilidad producida por obstáculos mecánicos para la penetración del esperma en el útero.</i>	403
Atresia del cuello uterino.—Estenosis cervical.	404
Tratamiento de la estenosis cervical.	411
Cateterismo uterino.	411
Dilatación de la cavidad uterina.	412
Procedimiento de la dilatación ordinaria.	413
Empleo de los dilatadores mecánicos.	413
Tratamiento de la estenosis por la disección.	415
Procedimiento de Marión Sims para la disección.	417
Prolongación del cuello—Su amputación.	421
Amputación del cuello.	423
Amputación con el craseur ó el asa galvano-cáustica.	425
Anomalia de conformación—Conicidad del cuello.	428
Desviaciones uterinas consideradas como causa de esterilidad— Anteversión.	430
Retroversión.	431
Empleo del pesario durante el coito.	434

LECCIÓN VIGÉSIMACUARTA

<i>Esterilidad resultante de la no retención del esperma ó de la destrucción del huevo en el útero.</i>	436
Acción química de ciertas sustancias sobre los espermatozoos— Temperatura.	437

Acción de sustancias químicas.	438
Tratamiento de las afecciones catarrales del útero.	440
Adherencias, exudados, inflamaciones crónicas.	441

LECCIÓN VIGÉSIMAQUINTA

<i>Esterilidad por ineptitud para la obulación é incubación.</i>	442
Manual operatorio para encontrar el cuerpo del útero.	444
Influencia del Malthusianismo.	448

LECCIÓN VIGÉSIMASEXTA

<i>Fecundación artificial.</i>	450
Procedimiento operatorio.	454
Procedimiento de Courty—De Pajot.	456
Nuestro procedimiento—Tratamiento operatorio.	458
Resultado y estadística de la operación.	460

INDICE DE FIGURAS

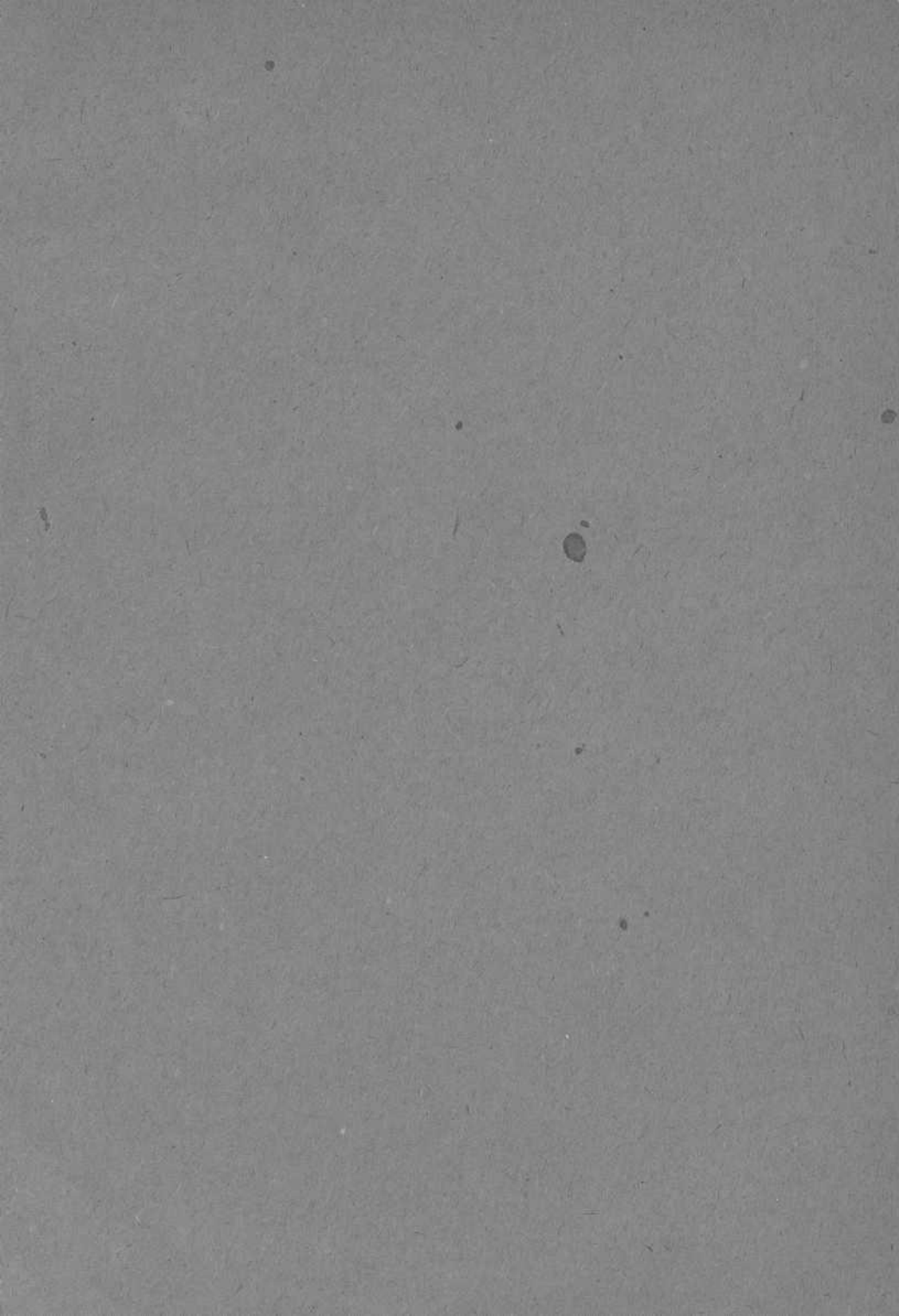
	Pag.^a
Maniqué de Vulliet y Lutaud para la enseñanza de la Ginecología operatoria.	XVIII
Esquema del mecanismo de la infección de los órganos genitales.	4
Demostración de la red venosa en que se desarrollan ordinariamente las trombosis de origen inflamatorio.	5
Sonda intra-uterina de doble corriente de Pinard.	17
Irrigador vaginal de Esmarch.	18
Otro modelo de irrigador vaginal.	19
Basija para recoger el derrame durante la irrigación.	20
Efecto de la presión de los órganos pelvianos.	25
Sonda uterómetro flexible de Sims.	35
Sonda uterómetro de ballena del Dr. Crequy.	35
Sonda intra-uterina de tallo flexible del Dr. Lutaud.	37
Utero-curvimetro con cuadrante de Dr. Terrillón.	43
Esponja preparada para la dilatación intrauterina.	49
Tallo de laminaria para la dilatación del cuello uterino.	51
Dilatador bivalvo del profesor Pajot.	52
Dilatador trivalvo de Huguier ó Scanzoni.	52
Dilatador trivalvo de Sims para la dilatación forzada del cuello del útero.	53
Bujía dilatadora de Hegar.	54
Colocación de los tapones en la dilatación por el procedimiento del Dr. Vulliet.	57
Dilatación del útero por el procedimiento del Dr. Vulliet, retirados los tapones.	60
Útero completamente dilatado por el procedimiento del doctor Vulliet.	62
Dilatación del cuello uterino por el procedimiento del doctor Vulliet.	64
Espéculum intra-uterino del Dr. Vulliet.	67
Nuevo espéculum intra-uterino de curvatura variable del doctor Vulliet.	69
Dilatación y descenso del útero. El útero muy dilatado está descendido y conducido hasta la vulva.	79

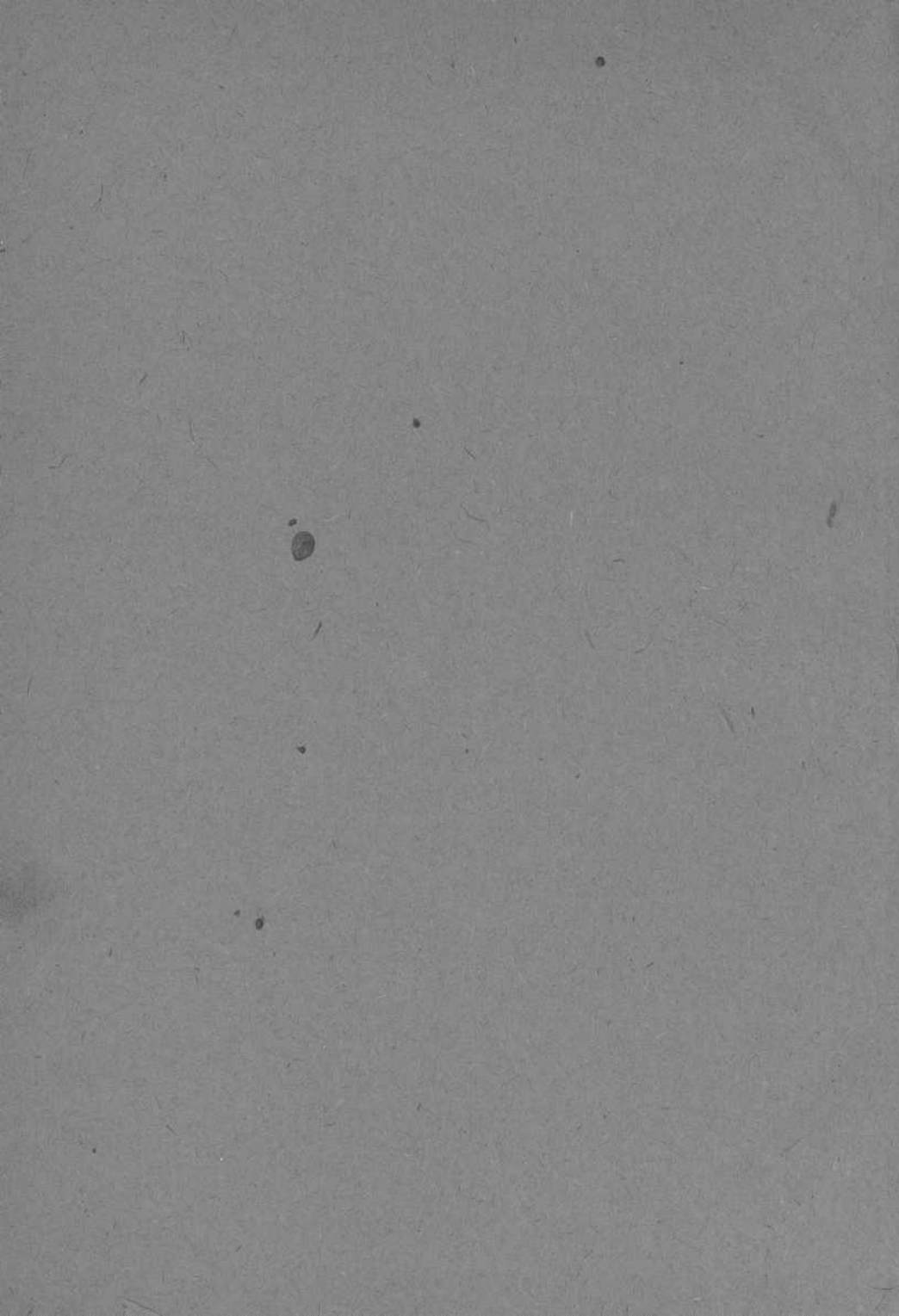
El útero descendido á la vulva con fin operatorio (Traque- llo-rrafia).	81
Protaprio artificial completo (Histerec-tomia).	83
Cureter de Recamier.	88
Cureter de Sims.	89
Desgarro doble del cuello con degeneración gústica de los labios.	105
Laceración del cuello, presentada por medio de un tenáculo do- ble que permite separar los labios del cuello. (Emmet). . . .	106
Laceración múltiple ó estrellada (Emmet).	107
Laceración del cuello. Los labios de la herida están separados con la pinza tenáculo.	109
Operacion de Emmet. Aparece demostrado el paso de los hilos.	111
Aspecto del cuello después de la sutura.	112
Operación de Schröder.	114
Representa la disposición de la sutura en general en la opera- ción de Schröder.	115
Avivamiento de los labios de la herida.	123
Sutura de las fistulas por medio de la aguja de Reverdin. . . .	124
(Churchi) Colocación de los hilos.	126
Torsión de las suturas.	127
Sutura continúa profunda (procedimiento de Vulliet).	129
Fibroma intra-uterino que ocupa todo el interior de la cavidad.	135
Fibromas múltiples intra-parietales (Museo del hospital de Santo Tomás de Londres.	138
Fibroma intra-uterino pediculado, ocupando la cavidad uterina.	139
Pólipo fibroso expulsado de la cavidad uterina, en donde ha toma- do la forma triangular (Museo del colegio de cirujanos de Londres.	141
Extracción de un fibroma por medio del asa metálica (Barnés).	145
Incisión ó desbridamiento bajo la inspección del dedo.	151
Uterótomo de Vulliet.	152
Masaje uterino. Posición de los dedos.	185
Bridas adherentes consecutivas á una pelvi-peritonitis.	187
Masaje de los anejos.	189
Adherencias sujetando ó inmovilizando el útero.	192
Masaje del útero, para la destrucción de las adherencias retro- uterinas.	193
Hematocèle periuterino.	195
Encurvador uterino de Vulliet.	198
Sonda intra-uterina de Millet.	199
Lupus de la vulva.	204
Epithelioma que presentado en el cuello ha invadido la vagina.	205
Cáncer de la vagina.	206
Aspecto del cuello con el epithelioma, visto con el espéculum. La vagina no está invadida.	212

Histerectomia vaginal.—Abertura del <i>culo-de-saco</i> de Douglás.—	
Sutura de la pared vaginal.	220
Histerectomia vaginal.—Separación del útero y de los ligamen-	
tos anchos.	223
Pinza crina de Vulliet.	225
Pinzas de fuerte presión.	225
Posición genu-pectoral en que conviene colocar á la mujer para	
la dilatación por el método de Vulliet y para los diversos	
tratamientos intra-uterinos, aplicables al cáncer.	234
Método de dilatación por el Dr. Vulliet.—El útero suficiente-	
mente dilatado es descendido hasta la vulva.	235
Lámpara de Vulliet para calentar los cauterios.	237
Instrumento destinado á retirar los tapones introducidos en la	
cavidad uterina. Tratamiento del epiteloma por el método	
de Sims.	241
Perforaciones que ponen en comunicación la vagina con el culo-	
de-saco de Douglás.	242
Ablación del epiteloma por el método de Sims.—Sección con el	
bisturí.	243
Epiteloma que habiendo empezado por el cuello invade el	
cuerpo.	246
Cáncer del útero. El neoplasma ha atacado el cuerpo del órgano.	247
Cáncer del útero.—La totalidad del *órgano está invadido. . .	249
Anteflexión normal. (Schultze).	254
Anteversión normal. (Schultze).	256
Anteflexión del útero por retracción de los ligamentos de	
Douglás.	260
Desviaciones uterinas producidas por adherencias.	261
Extrema anteflexión uterina. (Museo hospital de Londres).. .	265
Útero en retroversión retenido hacia atrás por adherencias. . .	267
Desviación posterior producida por relajación de los ligamentos	
de Douglas.	270
Grados sucesivos de prolapsus y grados de retroversión que les	
acompañan. (Barnés).	272
Hipertrofia y prolapsus del cuello.	273
Pesario de Broslau.	276
Pesario de Swanck.	277
Pesario de Meigs ó de Dumontpallier.	277
Pesario intra-uterino de G. Thomas.	278
Pesario de Sims.	279
Pesario de Gehrum.	280
Pesario de Graily Evit para la anteversión.	281
Pesario para la anteversión, con articulación flexible, por Courty	281
Pesario de aluminio, para la anteversión, por Courty.	232

Pesario de Hodge, para la retroversión.	283
Aparato para la colocación del pesario de Hodge.	284
Pesario visto de perfil.	288
Pesario visto por la parte posterior.	288
Pesario visto por la parte inferior.	288
Pesario de Vulliet. Introducción del instrumento.	289
Pesario de Vulliet, colocado en su lugar.	290
Pesario intra-uterino de Jude Hue.	293
Pesario intra-uterino eléctrico.	293
Pesario enderezador y porta-pesario enderezador intra-uterino de Vulliet.	294
Encorvador uterino de Vulliet.	295
Operación de Sims.	297
Operación de Sims.	298
Operación de Sims.	299
Anteflexión de las mujeres estériles.	299
Operación de Schröder.	300
Los tejidos rasgados y cosidos, las mucosas externa é interna cosidas.	301
Fig. ^a 119.	303
Fig. ^a 120, 121, 122, 123.	304
Fig. ^a 124.	305
Laparo-histerorrafia.	315
Histeropesia (por retroflexión por el procedimiento Leopold.	316
Histeropesia por el procedimiento de M. Terriere.	317
Asiento-escalera de A. Reverdin.	329
Aguja de A. Reverdin.	330
Aguja de bolsillo de A. Reverdin.	330
Aguja de A. Reverdin para las operaciones ginecológicas.	331
Suturas (Hegard y Kaltenbach).	342
Procedimiento de Martín.	343
Procedimiento de Lawsón-Tait.	344
Procedimiento de Lawsón-Tait. <i>Segundo tiempo.</i>	345
Procedimiento de Lawsón-Tait. Sutura terminada.	347
Procedimiento de Lawsón-Tait para la rasgadura completa.	350
Cistocele vaginal no reducido.	353
Operación de Sims para la colporrafia anterior.	359
Operación de Emmet para el prolapsus.	360
Operación de Emmet para el prolapsus.	361
Colporrafia anterior. Procedimiento de Simón	362
Colporrafia anterior	363
Superficie de avivamiento para la colporrafia, conforme la doctrina de A. Martín.	367
Operación de Martín.—1. ^a parte.	368

Colpo-perineorrafia, según Martín.	363
Colporrafia media.. . . .	370
Posición genu-pectoral.. . . .	379
Posición genu-pectoral (Sección).	380
Posición lateral izquierda.	385
Aparato de Boucar para la anestesia	402
Orificio uterino normal.	403
Orificio uterino de ojo de aguja.	403
Sonda intra-uterina de Lutaud con mango flexible.	412
Sonda flexible de Sims.	412
Sonda uterónéfrica, de Crequy, de ballena.	412
Dilatador uterino de Pajot.	414
Espéculum intra-uterino de Vulliet.	414
Dilatador uterino de Sims.	414
Dilatador uterino de Huguier.	415
Dilatador inyector intra-uterino de Reverdin.	415
Dilatador de Reverdin para inyecciones intra-uterinas.	416
Cremallera de Demarex, báscula y resorte.	416
Uterótomo de Marión Sims.	417
Discisión del orificio externo con el metrótomo.	418
Estrechez cervical	419
Discisión del cuello con las tijeras de Kuchenmeister.	419
Retroversión que produce la estenosis ó estrechez.. . . .	420
Anteflexión que produce la estenosis.	421
Tubo, dilatador de vidrio, de Sims.	422
Prolongación del cuello uterino.	423
Prolongación del cuello uterino.	423
Prolongación hipertrófica.	424
Prolongación hipertrófica anteversión.	424
Prolongación hipertrófica retroversión.	425
Amputación del cuello.	426
Amputación del cuello representa las suturas.	427
Prolongación hipertrófica del cuello.	428
Amputación con el asa galvano-cáustica.	429
Forma normal del cuello.	430
Forma de un cuello cónico.	430
Conformación normal de la porción vaginal del cuello.	431
Anteversión con estenosis del cuello.	432
Enderezador uterino.	433
Enderezador uterino de Vulliet.	433
Introducción del catheter.	434
Retroversión con estenosis del cuello.	435
Principales organismos que pueden presentarse en la vagina.. . . .	437
Geringa porta-pomada de Courty.	441
Porta-cáustico de Siredey.	442
Pesario intra-uterino de Vulliet.	445
Geringa de Roubaud.	455
Sonda intra-uterina de Courty.	456
Geringa de Braun (de Viena).	456
Geringa de Pajot.	457











VULLIET

Y

LUTAUD

LIBRARY
OF THE
MUSEUM
OF
ART
AND
ARCHAEOLOGY
OF
THE
CITY OF
BOSTON

1805