

De estos reconocimientos resulta que el cirujano puede apreciar el volúmen del quiste y sus proporciones con relacion á la herida abdominal. Si ésta fuese muy pequeña y el tumor considerable, podemos disminuir éste y agrandar aquella para que la extraccion no ofrezca dificultades.

Para conseguir lo primero debe punzarse el quiste con el trócar que hemos mencionado, que tiene la ventaja de evacuar el líquido por su cánula sin que caiga dicha sustancia dentro de la cavidad del abdómen.

Los trócares de Mathieu, Nélaton y Spencer-Wells tienen á nuestro modo de ver el inconveniente, de que cuando se ha extrahido una parte del líquido, los bordes de la abertura correspondiente á la puncion no se adaptan con firmeza á la cánula por la flacidez en que quedan las paredes del quiste. Al objeto de prevenir estos inconvenientes, Robert y Collin construyeron el trócar de espiral cortante en la parte externa de la cánula, cuyo instrumento se adapta perfectamente á la abertura é impide el derrame de líquido en la cavidad del abdómen.

Una vez disminuido el quiste, se saca con cuidado el trócar de Robert y se cojen los bordes de la puncion con una pinza de ramas triangulares dentelladas, para impedir la salida de sustancias que caigan sobre el peritóneo.

En el caso de que la abertura del abdómen sea insuficiente para la salida del tumor, hay que dilatarla, guiándose con el dedo índice, y, llevando un bisturí botonado, se incinde de dentro afuera, contorneando la parte lateral izquierda del ombligo hasta la altura que se crea necesaria.

Disminuido el quiste y ensanchada la herida abdominal se procede á la extraccion de aquél: si es que tiene adherencias, los ayudantes, que están colocados en las partes laterales de la enferma, separan con ganchos de ancha superficie las paredes abdominales, procurando no pellizcar algun intestino, y teniendo cuidado de que no salgan las asas que componen dichos órganos.

Péan recomienda el empleo de *servilletas* ó paños calientes sobre el abdómen, y especialmente sobre los bordes de la herida. Esta práctica es sumamente ventajosa, pues debe procurarse en todo lo posible que el calor orgánico no pierda su relativa uniformidad, recargándose más en unos puntos que en otros.

Hay un fenómeno que no debe perder de vista el práctico du-

rante este tiempo operatorio, y cuyo síntoma explica los accidentes que en algunas ocasiones suelen presentarse. Consiste aquél, en que una vez abierta la cavidad del abdomen se congestionan los vasos mesentéricos, debido, indudablemente, á el estado consecutivo del espasmo primero y á la parálisis de los nervios vaso-motores. Esta congestión obra como poderoso revulsivo sobre el cerebro llegando á ocasionar la anemia del órgano y las consecuencias que consigo trae, las cuales graduándose, pueden originar la causa determinante de la muerte (1).

Para impedir dichos síntomas debe procurarse descubrir lo ménos posible la cavidad abdominal y evitar el espasmo por medio del calor.

Dícese también que las pulverizaciones de ácido fénico son en extremo perjudiciales en tanto que permanece abierta la herida del vientre. Los que tal opinan apoyan sus creencias, en que la serosa peritoneal tiene una gran potencia absorbente, y en que la sustancia fenicada ocasiona fenómenos verdaderamente tóxicos cuando penetran en el organismo en cantidad considerable. Estas causas han llegado á producir algunos casos de muerte, sobre los cuales no pudiendo dar una satisfactoria explicación, se les denomina con el genérico nombre de *colapsus*.

Nosotros creemos que estos hechos tienen algún fundamento; y aún siendo partidarios de la cura listeriana llevada á todo rigor, no emplearíamos las pulverizaciones de ácido fénico en estas condiciones; usándolas en cambio en el primero y último tiempo operatorio.

El quiste ovárico puede tener adherencias con la vejiga urinaria, útero, intestinos, ó con otra clase de vísceras como de ello hay repetidos ejemplos; pudiendo ser dichas adherencias de diversas condiciones que impriman una distinta regla de conducta á el cirujano, sobre la manera como ha de separarlas.

Si el tumor, por ejemplo, está muy adherido, hasta el punto que fuera muy difícil ó casi-imposible el separarlo por los peligros que acarrearía una disección en estas condiciones, es lo más prudente extraer toda la parte que se pueda, usando las ligaduras mediatas ó el termo-cauterio, y aplicando despues un tubo de desa-

(1) Sobre este punto hemos insistido al tratar del *choque traumático* en las operaciones en general.

güe para la evacuacion de las sustancias que se fueran expulsando.

Cuando el quiste presenta adherencias no muy consistentes, el operador puede valerse del bisturí, de la espátula, ó bien verificando tracciones con los dedos, acomodando la diseccion al estado de la parte: teniendo siempre presente que debe inclinarse en los cortes, mucho más hácia la neoplasia que á el órgano sobre el cual esté adherida; pues la experiencia ha demostrado que no por ello el quiste se reproduce, y la cicatriz sobreviene sin accidentes temibles. En cambio, si el operador se obstina en separar la adherencia sobre la misma superficie del órgano á la cual se une el tumor, siempre ha de resentirse aquél de los efectos del traumatismo que provoca la diseccion, y se originarán complicaciones que se hubieran evitado siguiendo la regla de conducta anterior.

Puede tambien estar adherido el tumor ovárico, presentando numerosos y gruesos vasos, en los puentes membranosos que se establecen.

¿Qué procedimiento debemos seguir entónces?

Cuando no se conocian los efectos de las ligaduras de catgut, los cirujanos empleaban medios hemostáticos, usando alfileres ó hilos metálicos no oxidables que siempre presentaban numerosos inconvenientes para verificar la expulsion. Hoy, gracias á las grandes ventajas que reúnen dichas cuerdas, las cuales son perfectamente absorbibles en el interior de los tejidos, el operador cuenta con este poderoso medio para aplicar la ligadura *perdida* sin preocuparse despues de su ulterior destino.

Con estos recursos se puede proceder á la separacion de las adherencias vasculares en la siguiente forma: con las pinzas hemostáticas se cojen los puentes membranosos, se separan por la parte media del espacio comprendido entre los dos instrumentos, procurando de que no caiga sangre alguna dentro de la cavidad del abdómen, practicando despues las ligaduras correspondientes. Otros operadores creen que es más factible verificar dobles ligaduras é incidir por medio.

Estas dos modalidades operatorias deben atemperarse á la naturaleza y condiciones de los puntos adheridos, teniendo siempre presente que tanto en uno como en otro caso, hay que evitar la caida de la sangre dentro de la cavidad peritoneal; y por si acaso saliese alguna, un ayudante debe tener esponjas antisépticas pre-

paradas para absorver el líquido sanguíneo, apénas asome por la boquilla de los vasos.

Libre ya el tumor ovárico de los vínculos que en el abdómen le aprisionaban, y quedando tan sólo sujeto por el pedículo, verifica el cirujano su extraccion, en tanto que los ayudantes procuran contener con uniformes presiones las paredes abdominales.

La conducta que el operador debe seguir en este tiempo operatorio está subordinada á la forma del pedículo. Si este es largo y estrecho, la maniobra quirúrgica se facilita extraordinariamente practicando la ligadura de catgut y excindiendo por encima de ella.

Si el pedículo es un poco grueso, se pasará una aguja ó dos con las cuerdas de guitarra fenicada, para que de este modo pueda haber mayor seguridad en la constricción y en la hemostasia. Si fuese muy ancho aquél, el número de ligaduras estará en relacion á la extension del mismo.

Despues de ligado el pedículo, se coloca éste en el fondo de la pélvis, y no se le fija en el extremo inferior de la herida abdominal—cual ántes se ejecutaba—con diversos instrumentos: como el *clamps cepo* y otros varios que hoy no se usan.

Terminada ya esta parte de la operacion se procede á la limpieza, á la cual Spencer-Wells daba gran importancia. Los cirujanos franceses llaman gráficamente *toilette du peritoine*. Dicha limpieza debe llevarse á cabo mediante esponjas finas con toda la prontitud que sea compatible para evitar el contacto de las vísceras.

Conseguida que sea la antisepsis y no haya temor á las hemorragias ¿debemos aplicar algun medio para el desagüe quirúrgico? Los cirujanos de una época cercana á la nuestra consideraban como necesidad imprescindible el colocar tubos de goma para conseguir el resultado que decimos, y hubo algunos prácticos que aconsejaron que la parte más declive de la pequeña pélvis debia ser el punto por donde se desaguaran las sustancias que se fuesen formando. Kæberlé, hace tiempo, recomendaba un pequeño tubo de cristal que servia para el mismo objeto. Hoy ninguno de estos medios se emplean á no ser en los casos que ántes hemos indicado.

El miedo que los prácticos tenian á la septicemia abdominal, estaba perfectamente justificado, teniendo en cuenta, que se habia observádo, de que el peritoneo tiene una propiedad absorbente con-

siderable; de manera que las sustancias pútridas que se estanca-
ban en la cavidad peritoneal se absorbían con extremada rapidez,
llegando á causar fatales trastornos que malograron el éxito de
muchas ovariectomías.

En el último tiempo operatorio debe verificarse la sutura y la
aplicación del apósito conveniente.

Para la primera, se pasan unos hilos de plata bastante delga-
dos para que, por medio de la sutura que se llama emplumada,
coapten los bordes profundos de la herida, teniendo cuidado que
estos no lleguen á aprisionar ninguna asa de intestino, lo que pro-
duciría una temible complicación.

Los hilos metálicos se pueden colocar con una aguja hueca de
curvatura necesaria, y deben introducirse y sacarse á tres ó cua-
tro centímetros de los bordes respectivos de la solución de conti-
nuidad.

Los extremos de dichos hilos se fijarán en dos trozos de sonda
ó mucho mejor en placas cuadrangulares de gutapercha, porque és-
tas tienen la ventaja de tener muy poco peso y repartir uniforme-
mente la presión en una superficie mayor.

La sutura superficial debe ser ensortijada, pasando los alfileres,
cuyas puntas se pueden clavar sobre una tira de goma con el fin
de no punzar los tejidos.

Respecto al apósito, se emplea de diversa manera, pues hay cir-
ujanos que aplican curaciones de Lister con todas las piezas que
componen esta clase de ellas, colocando una faja de franela como
medio contentivo. Otros sobreponen una ligera capa de algodón á
través de la sutura, y vertiendo un poco de colodión sobre la mis-
ma, envuelven el vientre con una gruesa capa de algodón sujeta
por un vendaje de cuerpo.

En la aplicación del apósito debe el cirujano cumplir varias in-
dicaciones, como son: la inmovilidad de las paredes abdominales;
la antisepsis de la herida; la compresión y el mantenimiento del
calórico en todo el vientre. ¿De qué manera debe darse cumpli-
miento á estas indicaciones?

Nosotros creemos que se puede obtener todo esto, colocando
primeramente una tira de protector para cubrir la herida y des-
pues anchos vendotes empapados en colodión con ácido fénico
que verifiquen un cruzamiento en dirección transversal sobre las
paredes del vientre. Aplicaremos después cuatro hojas de gasa fe-

nicada, y encima el *retentivo* ó *makintosh*, rodeando el abdomen y parte inferior del tórax con una capa de algodón contenida en una faja de franela, que debe sujetarse hacia la parte superior por medio de un vendote que pase por el hombro, y, en la inferior, por otros dos que rodeen la raíz del muslo. De este modo no se arruga el vendaje quedando con la tirantez necesaria.

Con este apósito se pueden obtener los tres fines que hemos indicado; y con el objeto de asegurar más aún la inmovilidad, debemos poner especial cuidado en que la respiración sea en la operada más torácica que abdominal, para cuyo objeto se debe procurar que el diafragma tenga los ménos movimientos posibles. Esto no es tan difícil de alcanzar, toda vez que se trata de mujeres, en las cuales, como es sabido por los datos que nos suministra la fisiología, la respiración se efectúa más principalmente á expensas de la dilatación de las paredes latero-superiores del tórax.

Aplicado el apósito y colocada la enferma en la cama en decúbito dorsal, sus extremidades inferiores deben permanecer en semi-flexión, apoyadas sobre gruesos almohadones para evitar la tirantez de las paredes abdominales.

En esta posición se rodean de paños y bayetas calientes las partes periféricas del cuerpo para obtener una reacción uniforme.

Con el objeto de impedir los vómitos y reanimar un poco á la operada, deben administrársele pequeñas cantidades de champagne helado, cuya sustancia cumple dos indicaciones: la primera como excitante, debido á la corta cantidad de alcohol que contiene esta clase de vino; la segunda, como anti-hemética, tanto por la temperatura como por el ácido carbónico que se desprende. En el caso de que los vómitos ó náuseas se presentasen, el ayudante que debe vigilar á la enferma ha de sostener las paredes del vientre con las manos extendidas sobre dicha región.

Una vez que la operada haya entrado en reacción, se le administrará como bebida usual, pequeñas porciones de agua fría para calmar su sed, y dosis fraccionadas de ópio, que tienen por objeto inmovilizar el vientre y calmar el dolor.

El plan que sigue Kæberlé consiste en dar á la enferma, unas horas después de la operación, un poco de caldo con té, y al siguiente día vá aumentando, con las precauciones necesarias, las sustancias alimenticias, cuya administración estará subordinada á el estado de la paciente.

Respecto al apósito, nosotros creemos que no debe cambiarse hasta el tercero ó cuarto día, á no ser que se presente algun accidente que hiciera necesario el aplicar otros nuevos medios de curacion. Los puntos de sutura superficiales deben extraerse en los sitios alternos al cuarto ó quinto día; y los restantes cuando ya la herida vaya terminando su proceso cicatricial.

Varias complicaciones pueden sobrevenir despues de la operacion (además de los vómitos que ya hemos indicado). Entre estas se cuentan la *hemorragia*, *peritonitis*, *choque de la operacion*, *vientre timpanizado*, *septicemia abdominal* y otras que no presentan la gravedad de las que llevamos enunciadas.

La hemorragia puede sobrevenir algunas horas despues de terminada la operacion, y suelen dar origen á ella los vasos del pedículo ó los correspondientes á las adherencias que no se hayan ligado bien.

Esta complicacion es bastante grave, no tanto por la sangre que se derrama, como porque ésta obra como un cuerpo extraño en la cavidad peritoneal provocando temibles flegmasias ó descomponiéndose en sustancias pútridas que, absorvidas por la serosa, originan la septicemia abdominal.

Si la hemorragia fuese tan considerable que la operada presentase fenómenos generales, los cuales indicarán desde luego que la pérdida sanguínea se efectuaba en abundancia, debe el operador levantar el apósito—como en varias ocasiones ha sucedido—y entreabriendo los labios de la herida, buscar el vaso por donde la sangre se escapa, para aplicar en él la ligadura correspondiente ó la cauterizacion, cuando este medio estuviese indicado.

Extrañaba sobremanera á los prácticos que las más pequeñas heridas en el peritóneo provocasen intensas flegmasias que en poco tiempo concluian con la vida de los pacientes; y, en cambio, en los grandes traumatismos que en la ovariotomia se verifican sobre dicha membrana, es muy rara la peritonitis: como lo prueban las numerosas observaciones que sobre este punto existen. ¿A qué se debe esta diferencia?

Ninguno como Duplay ha dado una explicacion tan satisfactoria en lo que hace referencia á este asunto. El cirujano francés, en una conferencia que dió al tomar posesion de su Cátedra, en la Facultad de Medicina de París, exponia: que el peritóneo es muy susceptible cuando los cortes que sobre él se practican son irregula-

res y recaen sobre una membrana serosa que no se encuentra en contacto con la superficie de un tumor; y en cambio tolera perfectamente los traumatismos, cuando existen quistes ováricos, porque estos han llegado á habituar á la serosa, haciendola mucho más tolerante.

De este modo se comprende, el por qué la peritonitis no figure como una complicacion constante en la ovariectomía, cual seria de temer si nos guiásemos tan sólo por las deducciones que se desprenden de las lesiones análogas.

En el caso de que se presentase la flegmasía del peritóneo con los caractéres graves, debemos emplear el opio, vejigas de nieve sobre el vientre y todos los medios que se recomiendan.

El *choque de la operacion ó desfallecimiento traumático*, como algunos autores le denominan, viene á ser ocasionado por las causas que manifestamos al tratar de este accidente en los *Preliminares quirúrgicos*; y hay que tener en cuenta, que muchas veces se ha diagnosticado el *desfallecimiento*, cuando en realidad se trataba de otra clase de causas que motivaban la muerte: siendo una de ellas el *agotamiento nervioso* y la *depression* que reconocia como origen el contacto excesivo de los vapores fenicados sobre la cavidad peritoneal.

Para combatir esta complicacion, el cirujano debe hacer un análisis minucioso sobre los motivos que la originan, empleando para remediarla, el sulfato de sosa, si se trata de una intoxicacion fenicada; los excitantes, si reconoce por causa un *agotamiento* del sistema nervioso, y otros medios que estén en consonancia con la indicacion que se pretenda cumplir.

La *timpanizacion abdominal* es producida por la parálisis de las fibras musculares de los intestinos, á consecuencia de la flegmasía de la serosa ó motivada por una causa directa. En estas condiciones se debe practicar la puncion capilar cuando el diafragma se encuentre empujado hácia el tórax y dificulte la respiracion. Además, es conveniente usar pequeñas dosis de *sub-nitrato de bismuto* como absorbentes de los gases; y en el caso de que no inspiren temor de flegmasías peritoneales, estarian indicadas algunas gotas de *tintura de nuez vómica* para restituir á las fibras musculares del intestino la tonicidad perdida.

La *septicemia abdominal* debe combatirse procurando el desagüe por medio de un tubo de goma, para que no se estanquen los

líquidos pútridos. A este efecto, debemos entreabrir el extremo inferior de la herida, si es posible, ó evacuar las sustancias sépticas punzando con cuidado el fondo de saco recto-vaginal.

Es conveniente además, emplear los medios antisépticos generales para contrarrestar el estado de la complicación.

Otra clase de accidentes suelen presentarse, pero no son tan frecuentes como los que acabamos de indicar.

Para terminar este punto, manifestaremos, que dada la perfección con que hoy cuenta el Arte, la *laparotomía* no es operación gravísima, como lo demuestran el considerable número de curaciones que se cuentan, especialmente en el extranjero, y puede ser un poderoso recurso, no sólo para extraer los quistes ováricos, si que también para la extirpación de tumores fibrosos, y aún para verificar la *histerotomía*, de cuya operación nos ocuparemos en la lección inmediata.

LECCION CII.

Histerotomía.—Apuntes históricos de la operación.—La laparotomía en el tratamiento quirúrgico de los tumores uterinos.—Inconvenientes del método intra-peritoneal por las hemorragias y supuración.—Dificultades de verificar el método de Stilling.—Notables ventajas de la operación en la forma que Freund la recomienda y la práctica.—La ligadura y cauterización en la histerotomía.—Tratamiento quirúrgico de los pólipos del útero.

Por la abertura de las paredes abdominales se ha verificado varias veces la extirpación del útero, cuando este órgano se ha encontrado afecto de neoplasias, que originaban gravísimos peligros para la conservación de la vida.

También se ha llevado á cabo esta operación por la vagina; y en algunas ocasiones el útero ha sido separado, cuando, hallándose en un *prolapsus* completo, se ha creído necesaria la excisión, empleando como métodos quirúrgicos más seguros la cauterización ó la ligadura elástica.

Pocas maniobras operatorias presentarán tantos *puntos oscuros* en su historia como la *histerotomía completa*. Los críticos, que rebuscan entre los hechos antiguos todos aquellos datos que les pueden servir de puntos de partida para reconstruir la *escala* histórica, de las operaciones que son objeto de su estudio, atribuyen

á Pareo la primera extirpacion uterina, comprobada tres meses despues por medio de la autopsia, en la que pudo verse la ausencia completa del órgano.

En nuestro siglo se ha repetido multitud de veces la operacion y no hay *Obra quirúrgica* que no presente nutridas estadísticas, que á decir verdad, reúnen hechos heterogéneos, sumándolos como verdaderas extirpaciones.

Algunos cirujanos no pueden por ménos de llevar sus prevençiones (en lo que á este asunto se refiere) hasta un verdadero escepticismo. Véase lo que dice Le Fort: «En Paris se han publicado un número crecido de curaciones; pero cuando se ha presentado alguna enferma curada, nunca se ha acompañado la porcion extirpada. Por mi parte, no encontrando en estas observaciones *una autenticidad científica suficiente no me creo obligado á admitirlas y mucho ménos á justificarlas: esperaré hechos nuevos cuyo origen me inspire mayor confianza*, para discutir el valor de la histerotomia y describir los procedimientos correspondientes.»

Freund manifiesta tambien sus dudas sobre muchos hechos que pasan como *histerotomia completa*; así, dice el cirujano alemán, que Osiander—á cuyo práctico se atribuye una operacion de este género—nunca extirpó el útero en su totalidad; y que Langenbeck no verificó otra cosa que la *excision uterina por la parte más alta del cuello*.

Expone Freund que existen grandes confusiones en los casos de esta naturaleza, que se refieren no sólo en la *Literatura quirúrgica antigua* si que tambien en nuestra época; y para apoyar su aserto, cuenta que en el Congreso de Naturalistas, celebrado en Dresde en 1868, un médico habia dado cuenta de una extirpacion total de útero *sin ayudante alguno y tan sólo con una pinza de pólipos hallándose la mujer colocada entre dos sillas (!)*.

Separados todos los hechos dudosos, hay que confesar que si bien no son tan numerosos, como se publican, muchas veces se ha practicado dicha operacion en su totalidad.

¿Qué indicaciones cumple el corte ó excision parcial ó total del útero? Dejando aparte la operacion de Porro, con sus diversas variantes, que tan ventajosamente ha venido á sustituir en la época moderna al mortífero *método cesáreo*, hemos de fijarnos sobre las neoplasias y *prolapsus* que reclaman tambien la mencionada manobra quirúrgica.

Hennig, en una Monografía (1) que titula: *La laparotomía para la extirpacion de los tumores uterinos*, dice, que la laparotomía para operar sobre el útero está indicada: 1.º Cuando las hemorragias uterinas, producidas por el tumor fibroso no pueden cohibirse por otro medio; siendo el tumor del útero tan grande que aún despues de la *menopausia* anticipada, segun el método de Hegard (2) podria ocasionar la muerte. 2.º Cuando la neoplasia, comprimiendo el recto ó la vejiga amenaza con la abolicion de las funciones que dichos órganos desempeñan. 3.º Si el tumor ha experimentado una torsion y es inminente la gangrena. 4.º En casos de dolores y sufrimientos considerables.»

Fijadas estas indicaciones ¿debemos verificar la extirpacion de la neoplasia solamente, ó practicar la hysterotomía? Por muy poca base de implantacion que tenga el tumor (3), como entónces, si extirpásemos tan sólo la neoplasia, habia de quedar dentro de la cavidad del abdómen una cruenta superficie que poco ó mucho ha de expulsar sustancias purulentas, y esto habria de dar origen á multitud de graves trastornos, es preferible verificar *en todo caso* la hysterotomía. Es más, en este camino el cirujano ha de plantear el problema clínico siguiente: ¿Qué tendrá más ventajas, verificar la excision del útero en la parte inferior ó extraer todo lo que se pueda del órgano, incluso los ovarios?

Claro está que teniendo la *matriz* la forma conoidea, á medida que nos aproximemos á el vértice truncado, el peligro será menor, porque limitaremos más la superficie cruenta, y ésta estará más declive y más léjos del centro pelviano y por consiguiente ménos podrá influir en el desarrollo de las complicaciones: no á otra cosa se debe la diferencia de mortalidad entre la *operacion cesárea* y la *de Porro*.

Respecto á la segunda parte, podemos atenernos á las circunstancias, pues en tanto que en una mujer que ha pasado á la época de la menopausia, la extirpacion del ovario seria un traumatismo que no estaria justificado, toda vez, que no teniendo la menstrua-

(1) Traducccion de Varela de la Iglesia.

(2) Refiérese la operacion de Hegard á la castracion de la mujer para impedir la menstruacion, y con ello disminuir el desarrollo de las neoplasias uterinas, atajando esas hemorragias tan temibles que pueden motivar la muerte de las pacientes.

(3) Aunque siempre hay que suponer— pues generalmente sucede— que el fibroma forma cuerpo con las paredes del útero.

cion no hay que temer los *hematomas* provocados por la periodicidad de aquella, ni tampoco los embarazos extra-ulterinos que pudieran presentarse, como aconteció en el caso que refiere Kœberlé, en una jóven, debemos extirpar todos estos órganos, porque las hemorragias y embarazos en estas condiciones podrian dar fatales resultados.

El temor á el muñon secretor habia hecho que la mayor parte de los prácticos siguieran el método extra-peritoneal, porque de este modo—sujetando aquél en el extremo inferior de la herida del abdomen (1)—se pueden vigilar las hemorragias consecutivas y la supuracion no queda en la cavidad abdominal. Si esto se hace con el pediculo del tumor ovárico, es porque en él se puede asegurar la hemostasia y la superficie cruenta representa ordinariamente muy pequeña extension.

El método extra-peritoneal de Stilling ofrece numerosos inconvenientes que someramente vamos á indicar: en primer término, casi siempre hay que comprimir la vejiga; en segundo lugar, la superficie cruenta es mayor y nunca queda por consiguiente el estado definitivo de las partes operadas, como empleando el proceder de Freund, que más adelante describiremos.

En el caso de que se deje el muñon dentro del abdomen, de la misma manera que hemos dicho se verificaba con el pediculo de los quistes ováricos, se ha de aplicar la ligadura en masa, cuyos hilos deben formar diversas vueltas representando un verdadero 8 de guarismos, practicando ántes la cauterizacion de la superficie cruenta para evitar las pérdidas sanguíneas.

Tanto en las ovariotomias, como en las extirpaciones del útero debe el cirujano hacer el cateterismo de la vejiga urinaria cada cuatro ó seis horas, á el objeto de que dicho reservorio no tenga que contraerse ni aumentar de volúmen por el acúmulo de la orina.

Como la histerotomia, á pesar de las perfecciones que la habian modificado en estos últimos tiempos, presentaba bastante mortalidad, debido á las hemorragias consecutivas, y sobre todo, á la permanencia de la superficie cruenta dentro de la cavidad del abdomen (pues en la mayoría de veces es enteramente imposible el método extra-peritoneal de Stilling) los prácticos hubieron de pensar en otros medios que con más seguridad atajasen el peligro; y

(1) Como si fuese el pediculo de un tumor ovárico.

estos motivos dieron origen á la notable operacion de Freund en condiciones completamente distintas de las que hasta entónces se habian tenido en cuenta.

De la manera como el cirujano aleman verifica la maniobra quirúrgica, ofrece á nuestro modo de ver, ménos gravedad que la misma ovariectomía. Empieza este profesor por lavar cuidadosamente la cavidad uterina con una disolucion fenicada al 10 por 100, Evacuada la orina por medio de una sonda, se procede á la abertura del vientre segun las reglas clásicas que se recomiendan para la laparotomía, y una vez dentro de la cavidad abdominal, separa las asas intestinales que se encuentran sobre la pélvis, sosteniéndolas con una tohalla húmeda que se coloca sobre el espacio de Douglas; atraviesa el útero en su extremidad superior valiéndose de un hilo que sirve para dar á el órgano la situacion más conveniente durante los tiempos operatorios; y para que la hebra pueda ser más fácilmente manejable, se forma un nudo con los dos extremos, quedando una asa, por la cual se introducen los dedos para conseguir lo que indicamos.

Terminado este tiempo de la operacion, se pasan tres hilos en forma de asas en cada una de las partes laterales, de manera que comprendan los bordes internos de los ligamentos anchos.

El hilo superior debe atravesar la trompa de Falopio y el ligamento del ovario; el medio debe comprender á este último y al ligamento redondo, y el más inferior á dicho ligamento y la parte lateral superior de la vagina: procurando que las hebras no atravesen las venas que existen en esta region.

Colocadas estas ligaduras, se aparta el cuello uterino, incindiendo ántes, como es consiguiente, la serosa peritoneal en la parte más declive de la bolsa útero-vesical, separando despues el fondo ántero-superior de la vagina.

De la misma manera se verifica el corte en la region posterior, ó sea en la correspondiente á el seno de Douglas y el punto que se relaciona con la bóveda vaginal.

Constreñidas las asas del ligamento ancho, se incinde por dentro de ellas, teniendo sumo cuidado de no herir los uréteres que tienen una relacion muy inmediata con las partes laterales del cuello uterino (1).

(1) Algunas veces se ha incindido alguno de los uréteres, y aunque se

Extraído el útero en su totalidad, se limpia bien la region con una disolucion fenicada ó de ácido salicílico, y se pasan los hilos de las asas hácia la vagina para invertir hácia ella las partes comprendidas en los ligamentos anchos, con lo cual se constituye una especie de taponamiento, que mirado por el abdómen. representa una hendidura transversal entre la vejiga y el recto, quedando el fondo de la pelvis como si perteneciera al sexo masculino, por la falta del útero que normalmente forma prominencia en la parte media.

El muñon queda dirigido hácia la vagina, sujeto por las seis asas de hilo y apoyando en una pelota de algodón empapada en una disolucion oleosa de ácido fénico al 10 por 100.

En esta disposicion, se aplica la sutura sobre la abertura peritoneal, poniéndose en contacto los bordes serosos para que la cicatrizacion sea más rápida y segura, cerrando la abertura abdominal en la misma forma que se acostumbra hacer en la laparotomia.

El tratamiento consecutivo debe ser igual al que se recomienda en esta última operacion, con la única diferencia del tratamiento local, que hay que emplear en la vagina, por corresponder á dicha region anatómica la superficie cruenta del muñon.

El profesor aleman Freund practicó la histerotomia, de la manera que hemos descrito, en una mujer de 62 años, con motivo de un carcinoma uterino. A los catorce dias de haberse operado, se pudieron extraer todas las ligaduras; y á los diez y nueve se consideró como curada quedando la vagina en su parte superior muy estrecha: su calibre podia compararse al de un cañon de pluma.

El método de Freund ofrece grandes garantias de éxito, y aunque no se pueden establecer juicios concluyentes, pues hasta ahora, que sepamos, no lleva practicada más que una operacion, juzgando por los datos racionales, desde luego puede asegurarse que será *el único y más seguro camino que se emplee para llevar á cabo la histerotomia.*

Entre las ventajas con que cuenta, vienen á descollar las siguientes: 1.º Está basada en lo mismo que el organismo hace, las veces que el útero en *prolapsus* ha llegado á gangrenarse 2.º No

dice que se han suturado obteniendo una cicatriz sin consecuencias, siempre es un accidente gravísimo que debemos evitar á todo trance.

hay hemorragias durante la operacion. 3.º La limpieza y la anti-sepsis pueden verificarse mucho mejor que en la misma ovariectomía. 4.º La sutura de serosa con serosa es la más conveniente porque garantiza una rápida y segura cicatrizacion. 5.º Las hemorragias primitivas y consecutivas, que tan frecuentes y temibles son en los demás métodos que se empleaban, no ofrecen en el de Freund temores de ninguna especie, porque la sangre saldría por la vagina en un principio, y una vez que el cirujano de ello se apercibiera, puede constreñir un poco más el asa que comprenda á el vaso por donde se escape el líquido sanguíneo ó bien usar el taponamiento vaginal. 6.º Como el muñon queda en la vagina en nada perjudica á la cavidad peritoneal, pues aunque supure, la sustancia purulenta seria absorbida por la pelota de algodón, que debe renovarse cuando se crea conveniente.

Todas estas consideraciones se nos ocurren, al reflexionar un poco sobre tan notable método, á el cual hay que augurar, casi sin temor de equivocarse, un *porvenir* seguro en la práctica quirúrgica, cual ántes hemos manifestado.

Tambien se ha practicado la *histerotomía* por medio de la ligadura, cuando haya un *prolapsus* del útero, y á este órgano sea necesario extirparlo porque esté afecto de gangrena ó de otro padecimiento que pueda ocasionar la muerte.

La ligadura cuenta con bastantes éxitos, especialmente la que se ejecuta con hilos elásticos. En la Facultad de Medicina, Clínica del Dr. Homs, se llevó á cabo el uso de este medio con buen resultado, segun pudimos leer en la historia clínica redactada por el malogrado jóven, Sr. Folch.

Tiene, sin embargo, la ligadura el inconveniente de que si se aplica comprendiendo una parte del fondo de la vejiga ó una asa intestinal que se haya colocado en el fondo de saco infundibiliforme, los resultados pueden ser desastrosos.

La extirpacion del útero en estado de *prolapsus*, se ha hecho tambien mediante el termo-cauterio.

Suelen tomar asiento en el útero ciertos pólipos, para cuya extraccion se han recomendado diversos métodos quirúrgicos, como la *constriccion*, *excision*, *torsion*, *magullamiento* con el aparato de Chassaignac, y la *extirpacion* valiéndonos de la gálvano-caustia.

Sea cualquiera el procedimiento que se use, se tropieza con el grave inconveniente de que el *pediculo* tarda mucho en ser acce-

sible: en el valor que esta palabra puede tener en la práctica quirúrgica.

Lo primero que debe combatir el cirujano son las hemorragias, si este síntoma llega á tomar proporciones alarmantes, cuando existen pólipos uterinos. Despues debe procurarse que el cuello esté bastante dilatado para que salga el pólipo y puedan emplearse con la *holgura* necesaria los instrumentos quirúrgicos.

La dilatacion del cuello uterino, aunque se verifica lentamente mediante tallos de *laminaria digitata* ó con pequeños conos de *esponja preparada*, tiene más ventajas que con el dilatador de Lemenant, el de Hugier, el de Charriere y otros.

La constriccion por medio de instrumentos se ha practido por fuera de la vagina, en ella y dentro del útero. Es evidente que mientras más cerca del pedículo se aplique el cordonete, habrá más garantías de que la operacion produzca el resultado que se pretende. Lo difícil es rodear el pedículo con el asa constrictora; cuya maniobra quirúrgica ofrece grandes dificultades, especialmente cuando se trata de implantaciones muy superiores y anchas, ó de fibromas que ocupan la totalidad del útero, permaneciendo el cuello de éste tån estrechado que apenas pueda dar paso á el dedo ó á el instrumento que debe conducir el hilo constrictor.

La mayoría de los ginecólogos reprueban, y con mucha razon, las constricciones lentas que producen un aumento de volúmen en la neoplasia, por la suspension de la circulacion de retorno. Esto viene á ocasionar dolores considerables, y lo que es aún peor, la disgregacion molecular de sustancias pútridas y sépticas que, en contacto con las mucosas uterina y vaginal, pueden dar ocasion á gravísimos accidentes.

La *excision* seria el mejor medio, por su rapidez y por la regularidad de la superficie cruenta. Este método no puede emplearse á no ser que el pedículo sea muy accesible, y entónces se puede excindir con unas tijeras curvas de largos brazos y puntas romas. Las de Siebold estuvieron muy en uso entre los ginecólogos. Hoy se han fabricado multitud de ellas construidas sobre la misma base.

Cuando el *pedículo* tiene una área de implantacion extensa, fácilmente se comprenderá que la excision con las tijeras, sea cual fuese la forma del instrumento, no podria cumplir la indicacion operatoria.

La *torsion* es el método que ofrece mejores condiciones: primeramente, se puede hacer presa del pólipo sin necesidad de remontarse á el pedículo, llevando los instrumentos hasta él á través de la cavidad uterina: cuya maniobra quirúrgica tiene las dificultades que ántes hemos indicado. En segundo lugar la *torsion* puede servir hasta de medio hemostático por la manera de verificar la avulsion de los vasos.

Son indudables las ventajas que se obtienen con la *torsion*, pero no por ello hemos de perder de vista, que solamente debe esta emplearse en aquellos casos, en que los pólipos sean muy blandos ó mucosos; y en manera alguna cuando se trate de neoplasias que ofrezcan gran dureza por el tejido fibroso que las forman, ó que estén implantadas sobre una matriz de paredes adelgazadas; porque entónces podria ocurrir que, al torcer con alguna fuerza el pólipo, se desgarran los tejidos del útero ó *se retuerza* una parte del órgano originando flegmasias que, como la *perimetritis* y *parametritis*, no dejan de tener bastante gravedad como complicaciones.

El *magullamiento* con el aparato de Chassaignac ofrece muchos inconvenientes en el tratamiento quirúrgico de los pólipos uterinos. No solamente la dificultad de abrazar el pedículo con una cadena como la que lleva este aparato, si que tambien el gran traumatismo que sufren los tegidos en un órgano de textura tan delicada como el útero.

La aplicacion del asa galvánica, dada la forma de la matriz y la manera como dicho medio obra, está indicada en muchos casos, porque al mismo tiempo que separa el tumor, modifica la superficie cruenta, evitando—si la temperatura no es muy elevada—las hemorragias que puedan sobrevenir.

En resúmen, este último método valiéndonos de una pila eléctrica que produzca una corriente bastante intensa, debido á la superficie de los *pares que se empleen*, puede dar buenos resultados en los casos ordinarios. La excision es el proceder más rápido; pero pocas veces es dado á el cirujano emplearlo en su indicacion más propia; es decir: cuando el pedículo del pólipo sea muy accesible. Finalmente, la constriccion con los alambres, perfectamente preparados para una gran resistencia, y montados sobre un buen constrictor, como el de forma curva que inventó Péan, se podrá usar con garantías de éxito. El cirujano puede sustituir á aquellos por *cuerdas de viola*, que, untadas en aceite, difi-

cilmente se rompen, aún que se llegue á los más grandes esfuerzos de la constricción.

Existen en el útero ciertos padecimientos que desarrollan grandes fungosidades, las cuales sangran con mucha frecuencia haciéndose rebeldes á los tratamientos mejor dirigidos. También suele padecer dicho órgano neoplasias benignas—en el sentido clínico de la palabra—que afectan tan sólo la mucosa, y no teniendo verdadero pedículo, deben considerarse como un estado hipertrófico que es necesario extirpar llegando con los instrumentos quirúrgicos hasta las membranas sanas.

En los casos anteriores está indicada la *excavacion ó legradura uterina*, llevada á cabo con una cucharilla cortante, de dimensiones proporcionadas á la cavidad en que se opera. Primeramente debe el cirujano—si el punto que ha de legrar está en la parte inferior del cuerpo del útero—dilatarse un poco el cuello uterino valiéndose de la esponja preparada ó de pequeños tallos de las plantas conocidas con el nombre de *tupelo y laminaria digitata*, ó bien con los dilatadores mecánicos que, como los de Peaslee y Fritsch, producen sus resultados en poco tiempo. Schröder aconseja la incision de la porcion cervical del útero, y Prochownik, dilatores de acero, que tienen la figura encorvada de sondas cónicas, cuyo diámetro aumenta desde 2 á 12 milímetros.

Una vez que haya el suficiente campo operatorio, se procede á la excavacion de la mucosa uterina en la forma siguiente: se introduce el *speculum* de canal, inventado por Sims; se limpia la vagina y útero con una disolucion antiséptica por medio de lociones que se han de repetir durante el curso de la maniobra quirúrgica.

Terminados estos preparativos, con la legra de Simon ó con la cucharilla, se empiezan á extraer las fungosidades hasta dar con tejidos sanos, que generalmente vienen á corresponder á la capa muscular.

Despues de la maniobra cruenta se inyecta la cavidad con los líquidos indicados, para poner el órgano á cubierto de la infeccion.

En el caso de que existan ó se desarrollen consecutivamente fenómenos flegmáticos en los ovarios ó en los ligamentos anchos, no debe practicarse ni repetirse la excavacion ó legradura uterina.

Es conveniente que las enfermas guarden despues de la opera-

cion un reposo completo, manteniendo la parte operada á cubierto de toda influencia morbosa.

LECCION CIII.

Cauterizaciones uterinas.—Empleo de los cáusticos actuales y potenciales.—Nuestro porta-cáustico.—Operacion de Emmet.—Dilatacion del cuello uterino.—Amputacion de éste en los casos de excesiva longitud por ocasionar la esterilidad.—Escarificaciones del cuello uterino.—Evacuaciones sanguineas mediante las sanguijuelas.—Pneumoincluser de Servajan.—Taponamiento de la vagina.—Métodos operatorios recomendados para remediar el *prolapsus* del útero.

Para el tratamiento de ciertas afecciones que radican en la cavidad cervical uterina se emplean las cauterizaciones actuales y potenciales. Las primeras se han llevado á cabo teniendo que vencer grandes dificultades por lo recóndito de la region y estrechez del campo operatorio.

Algunos prácticos llevaron su entusiasmo y *optimismo* por la gálvano-caustia, hasta el punto de manifestar, *con más candor que exactitud*, que el uso de dicho medio ofrecia considerables ventajas, porque, al mismo tiempo que la electricidad producia la cauterizacion, iluminaba la cavidad por lo que el operador podia guiarse en la maniobra quirúrgica.

Por poco que se reflexione acerca de estas pretensiones exageradas, se podrá formar un juicio bastante imparcial, para dar su merecido valor á el procedimiento indicado.

Como no siempre pueden estar al alcance de las cauterizaciones potenciales la extension y desarrollo de determinados padecimientos, no cabe otro medio que verificar la cauterizacion actual. Para ello debemos introducir un *especulum* de marfil ó de madera (sustancias malas conductoras del calor) y llevar á el cuello uterino un cauterio en forma de aguja que podrá ser una de las piezas *ad hoc* del aparato de Paquelin. En el caso de no tenerlo á mano se puede usar el instrumento antiguo que vá montado sobre una esfera metálica del tamaño de las balas redondas, el cual sirve para reponer una parte del calórico que por la irradiacion se pierde.

La cauterizacion cumple dos fines principales: la destruccion de granulaciones fungosas, ó el modificar la membrana interna

cuando ella es asiento de una afeccion que se ha mostrado rebelde á toda clase de tratamiento.

Si se emplea la cauterizacion actual, no es conveniente el pulverizar con éter por las quemaduras que se pudieran originar.

Para llevar los cáusticos potenciales á la cavidad cervical-uterina se han puesto en uso multitud de instrumentos, de los que mencionaremos solamente, algunos de ellos. Scanzoni habia inventado una sonda de curvatura en relacion con la del eje de la vagina y cuello, que lleva en su extremo terminal tres pequeñas valvas que se abren ó cierran mediante un anillo corredizo. Entre aquellas se coloca la piedra de nitrato argéntico ó de sulfato de cobre, con la cual se ha de verificar la cauterizacion.

Algunos ginecólogos se valen del cauterio de Lallement, otros del de Courty, y muchos especialistas han empleado distintos modelos para cumplir la indicacion manifestada.

Nosotros mandamos construir un porta-cáustico á el Sr. Esca-

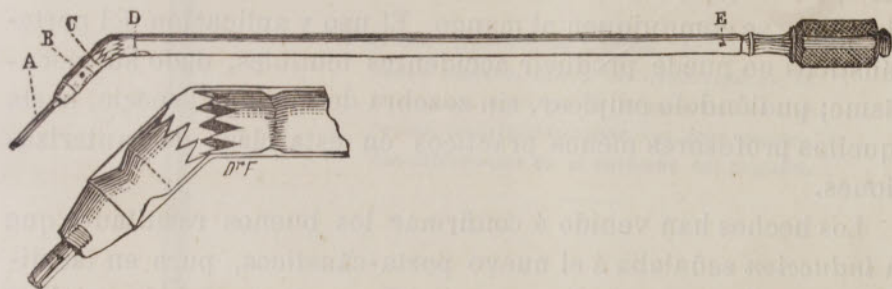


Fig. 352. Nuestro porta-cáustico para la cavidad cervical uterina.— A Conducto para alojar el cáustico.— B Travesaño para sujetar la rueda.— C D Rueda dentada.— E Clavo para fijar el mandril.

lona de Alora (Málaga), cuyo grabado adjunto dará una idea del instrumento.

Consiste éste en una cánula que presenta cerca de uno de sus extremos una curvatura en ángulo obtuso para que pueda acomodarse á el eje útero-vaginal. En la terminacion de la cánula se monta el porta-cáustico, cuya pieza lleva una rueda dentada que engrana con otra que está labrada en la terminacion de una varilla mandril, provista de un mango prismático cuadrangular, con el cual se le dan movimientos giratorios, los que comunica á la segunda rueda por medio de un engranaje en ángulo obtuso.

Tanto el porta-cáustico como el mandril están sujetos dentro de la cánula con unos pequeños travesaños que vienen á fijar las piezas antedichas.

Para usar el aparato se introduce la extremidad que lleva el cáustico dentro de la cavidad cervical; se hace girar entónces el mandril y empiezan los movimientos giratorios cauterizando la mucosa del cuello.

Nuestro porta-cáusticos es de *niquel*, condicion favorable para evitar las oxidaciones. Como ya hem'os dicho, presenta éste un ángulo en un extremo, tomado de la direccion normal del cuello uterino con la vagina, mas si en algunos casos hubiese desviaciones del cuello, el instrumento puede seguir las sin grandes inconvenientes, usando un spéculum de ranura ó el bivalvo.

El cirujano puede saber, por el mango del instrumento, el punto del cuello uterino que se cauteriza en cada uno de los momentos de la operacion. Esta puede ser más ó ménos intensa, á voluntad del operador, con sólo subordinarla á los movimientos lentos ó rápidos que se comuniquen al mango. El uso y aplicacion del porta-cáusticos no puede producir accidentes temibles, dado su mecanismo; pudiéndolo emplear, sin zozobra de ninguna especie, hasta aquellos profesores ménos prácticos en esta clase de cauterizaciones.

Los hechos han venido á confirmar los buenos resultados que la *inducccion* señalaba á el nuevo porta-cáusticos, pues en las diversas ocasiones que lo hemos aplicada nos ha producido notables ventajas, haciendo desaparecer granulaciones con tendencia á las fungosidades hemorrágicas, que radicaban en la cavidad cervical del útero; así como modificando por completo la mucosa del cuello en ciertos catarros, que sostenian, con una rebeldia tenaz, flujos procedentes de las glándulas de dicha membrana.

Hay muchos ginecólogos que, en esta clase de afectos, se contentan, exclusivamente, con llevar la accion terapéutica sobre las úlceras de los lábios del cuello que dependen del contacto del moco-pus, haciendo caso omiso del origen de estos flujos moco-purulentos, causa directa de dichas manifestaciones secundarias. Y cuando más,—despues de las cauterizaciones exteriores de reglamento—se valen de las ducha de agua y las inyecciones astringentes que, á decir verdad, pocas veces llegan á cumplir el fin que se les encomienda. De este modo se comprende el porqué muchas de

estas afecciones duran años y años, con diversas alternativas de mejoría y empeoramiento.



Fig. 353. Aparato de Cheron para medir el cuello uterino. Lleva un cuadrante en la base para apreciar la separacion de las ramas; pudiéndose notar las más pequeñas diferencias en el volúmen del órgano.

Nuestra opinion se funda en algunos hechos que hemos podido observar.

No pretendemos exponer la multitud de teorías y diversas discusiones que, para explicar las ulceraciones del cuello, se han venido sucediendo; porque tratar con la extensión propia de las obras de Ginecología semejantes materias, sería rebasar los límites impuestos por el método didáctico á un Tratado de las condiciones del nuestro; pero sí queremos indicar, como base del método quirúrgico, algunos puntos que con él tienen una relación inmediata.

No podemos en absoluto ser partícipes de la opinión de aquellos ginecólogos, que por presentar algunas variantes de *originalidad*, creen que las ulceraciones del cuello uterino no son otra cosa que *procidencias parciales* de la mucosa al través de una desgarradura del cuello con motivo del parto, desprovista esta membrana de su epitelio correspondiente. No hemos de ser tan exclusivistas que neguemos tampoco los fundamentos de dicha teoría; efectivamente, suelen ocurrir los hechos en la forma indicada. Cuando hay estos desgarros, la mucosa uterina, en contacto con el moco, se erosiona y viene á ser el punto de partida de ulceraciones y fungosidades; pero ¿y cuándo no existen estos desgarros en aquellas mujeres que tienen ulceraciones? ¿No podrá achacarse á el contacto repetido del glande, como sucede en algunas prostitutas, y á el paso del moco uterino producto de una endometritis?

Muchas veces las ulceraciones reconocen las causas enunciadas y el tratamiento debe subordinarse á las nociones etiológicas.

Para combatir las que reconocen por origen la procidencia de la mucosa con motivo del desgarramiento del cuello, se ha recomendado la operación á la cual dió Emmet su nombre.

Consiste dicha maniobra quirúrgica en lo siguiente: colocada la enferma convenientemente y puesto á el descubierto el cuello uterino por medio de un *espéculum* (generalmente se recomienda el de Lins) se hace descender el cuello del útero con el auxilio de unas pinzas y se avivan los bordes de la desgarradura con el cauterio actual. Otros ginecólogos se valen de otros medios cruentos para obtener el fin indicado.

Avivados los bordes, se emplea la sutura, para que la mucosa no caiga en *prolapsus* evitando de este modo las ulceraciones.

También se practican sobre el cuello uterino otras maniobras operatorias que someramente vamos á exponer.

En los casos en que, por lo estrecho de la abertura del *hocico de tenca*, la sangre de la menstruación no tiene fácil paso á la vagi-

na, provocando por este hecho dolores intensos y otros síntomas que constituyen el *síndrome* de la dismenorrea mecánica, entonces, y cuando no dé resultado ó sea peligrosa la permanencia de cuerpos dilatantes en la cavidad cervical uterina, está perfectamente indicada la dilatación cruenta del cuello.

Este método cumple también otra indicación, y ésta se refiere á cuando existe una pequeñísima abertura en el cuello uterino, la cual, quedando hacia las paredes laterales, impide que la mujer pueda ser fecundada.

La dilatación cruenta puede verificarse con los diversos instrumentos que, fundados en el mecanismo del litotomo de fray Cosme, se han venido recomendando. También podemos usar un pequeño bisturí de botón de larga hoja, con la que se puede incidir la parte necesaria.

Los cortes deben efectuarse en igual longitud hacia las partes laterales cuando la abertura es central ó hacia un solo lado cuando ésta corresponda á uno de los bordes del cuello uterino: como sucedía en una enferma que nosotros reconocimos, en la que había motivos para presumir que la esterilidad no reconocía otra causa.

Después de verificado el corte, debemos procurar el que no se efectúe la cicatrización, pues en este caso nada adelantariamos. Para conseguir dicho resultado, creemos que mucho mejor que ciertos cuerpos dilatantes sería preferible, en un principio, interponer entre los labios de la herida un poco de protectivo hasta que la cicatrización se terminase.

Los ginecólogos creyendo ver en una de las formas del cuello uterino un motivo de esterilidad, aconsejan la amputación parcial, en aquellos casos en que dicho órgano es puntiagudo y prolongado, asemejándose á la cabeza de un topo, como lo comparan algunos especialistas, con bastante exactitud. ¿A qué se debe la esterilidad entonces?

Dícese, por los que opinan en sentido afirmativo, que cuando esto sucede, el pene queda colocado en el acto de la cópula y durante la eyaculación entre el cuello y la pared vaginal, ensanchando, por la repetición del coito, uno de los fondos vaginales anterior ó posterior. En esta disposición no corresponde el meato-urinario á la abertura del cuello uterino, y por dicha causa los espermatozoides no ascienden á la cavidad uterina.

Aunque esta teoría presenta algunos *puntos vulnerables*, se observa esta relación de *causalidad* que hemos indicado; y además, como contra-prueba, se ha podido notar que la mujer es más apta para la fecundación á medida que tiene el cuello más redondeado, corto y de abertura ancha; de manera que en igualdad de condiciones está más propensa á ser fecundada una *multipara* que una *nulipara*.

Cuando la disposición del cuello uterino es puntiagudo y largo, algunos prácticos han verificado la extirpación de la parte excedente.

La operación se ejecuta introduciendo uno de los *especulums*, que dejan ancho campo operatorio; y cogiendo á el órgano cervical por medio de unas *pinzas de garfios*, como las de Museux, se trae hácia la parte inferior, verificando el corte con bisturi, con el termo-cauterio ó bien con el asa galvánica.

Una vez extirpada la parte, se cohibe la hemorragia y se aplica un tapon antiséptico, con el objeto de que el proceso cicatricial recorra todos sus períodos sin contratiempo alguno.

La extirpación del cuello uterino sirve también cuando este órgano es asiento de tumores canceroides, siendo los procedimientos quirúrgicos los mismos que acabamos de indicar.

La excisión uterina para cumplir esta segunda indicación, no dá grandes resultados muchas veces, debido á que en un principio las enfermas se preocupan poco de su padecimiento, y en una época posterior la degeneración se ha extendido hasta ciertos puntos que están fuera del alcance de la observación.

Con motivo de infartos en el cuello uterino ó congestiones que alcancen también al cuerpo de la matriz, se han recomendado evacuaciones sanguíneas, las cuales se llevan á efecto por medio de escarificadores ó de sanguijuelas, aplicadas al rededor del orificio uterino.

Las escarificaciones se han verificado con diversos instrumentos, como el de Scanzoni, muy parecido al que Desmarres empleaba para las granulaciones palpebrales, y el de Mayer, que no viene á ser otra cosa más que el escarificador de Bondu, montado sobre una pinza de mango con un resorte de palanca para hacer salir las cuchillas.

Nuestro colega el Dr. Cirera recomienda también un escarificador, cuyo grabado exponemos, para dar una idea del instrumento.

Las sanguijuelas producen, á nuestro modo de ver, mayores ventajas que los medios anteriores, toda vez que la evacuacion es más continuada, pudiéndola dosificar en la misma forma que en las escarificaciones.

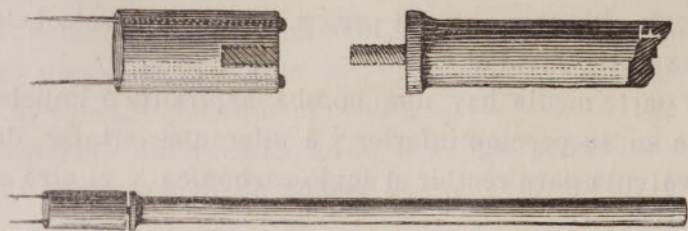


Fig. 354. Escarificador de Cirera.

La manera como deben aplicarse estos anélides es la siguiente: sentada la enferma en el sillón de reconocimientos y cubierta con su sábana correspondiente, se introduce el *especulum* de Ferguson hasta poner á el descubierto el cuello del útero. En esta disposicion, se colocan las sanguijuelas en un cilindro de cristal abierto por sus extremos, y de ménos calibre, por supuesto, que el del *especulum* que sirva para la operacion. Se lleva el tubo de cristal hasta que una de sus extremidades toque con el cuello uterino, y, entónces, con una pelota de hilas empujadas por un atacador, se van dirigiendo las sanguijuelas hácia el órgano antedicho. Mantenidas en esta posicion, muy pronto hacen presa de los tejidos y empieza la succion sanguínea, hasta que una vez que estén llenos los anélides, se desprenden, quedando entre el cuello uterino y el tapon de hilas.

Cuando se presuma que ya han verificado aquellas la *operacion que se les encomienda*, se extraen las hilas y los coágulos que les están adheridos, se limpia bien la region y se extrae el *especulum*.

Otra de las maniobras quirúrgicas que se practican sobre la vagina y cuello del útero, son las fumigaciones de ciertos gases con el objeto de cumplir alguna indicacion terapéutica. Para ello se han inventado diversos aparatos, mereciendo entre estos especial mencion el pneumo-incluser de Servajan, cuyo grabado exponemos, porque de este modo se facilitará la descripcion del aparato.

Se compone éste de dos cilindros metálicos (E. F.) terminados en la parte superior por dos casquetes esféricos que llevan en su parte media dos *manómetros* para medir las presiones atmosféricas que se encierran en dichos receptáculos. Cuatro tubos metálicos, provisto cada uno de su espita (G. H. Y. J.) ponen en comunicacion los cilindros entre sí para permitir la mezcla de los gases entre una y otra cavidad.

En la parte media hay una bomba aspirante é impelente (C.) que lleva en su porcion inferior y á diferentes alturas, dos espitas con válvula para recibir el ácido carbónico y el aire atmosfé-

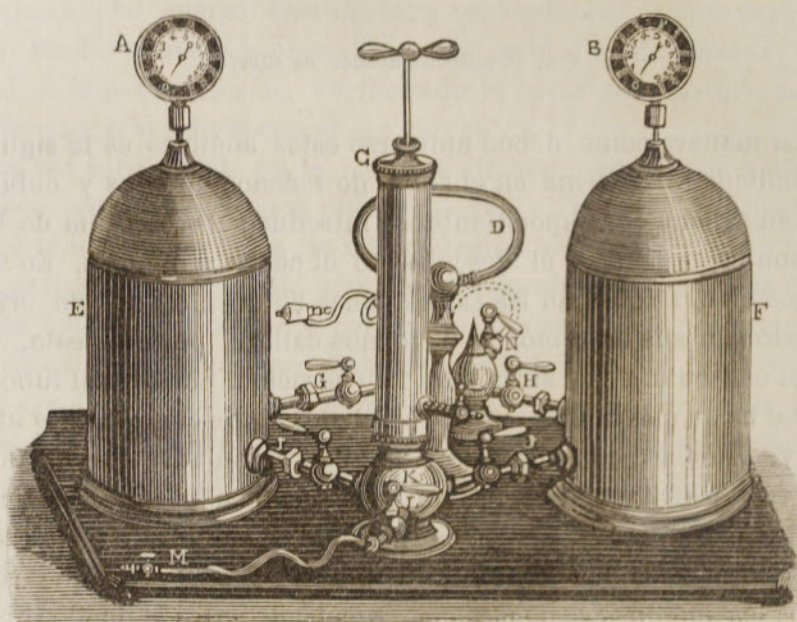


Fig. 355. Pneumo-incluser de Servajan.

rico. Hacia la parte ántero-inferior se encuentra otra espita destinada para la evacuacion, sobre cuyo tubo se ajustan otros, por donde salen los gases á las cánulas que se introducen en el cuello uterino, para el contacto de las sustancias gaseosas que se empleen.

De la misma manera que en la rectorragia, si es muy abundante, se verifica el taponamiento, en la vagina se lleva á cabo dicha operacion cuando las hemorragias son considerables y ponen en peligro la vida de las pacientes.

El modo como se procede á dicha operacion es bien sencillo: se

introduce el *especulum* de Fergusson, llevando á dicho instrumento envuelto en una vejiga de goma. Una vez que se haya llegado por delante del cuello uterino, se van colocando torundas de hilas en el fondo del receptáculo de goma, empapadas en un líquido astringente ó expolvoreadas con tanino; y á medida que se vaya llenando aquella en la forma indicada, se irá separando el *especulum* hasta que quede en la vagina la vejiga antedicha, repleta de pelotones de hilas, taponando el conducto.

Del extremo ántero-inferior de la vejiga pende un cordonete doble que hace el oficio de *fiador*, sujetándolo en un cinturón ó vendaje inguinal (1).

Cuando ya se haya pasado el peligro de la hemorragia por estar ésta cohibida, se saca el tapon y se hacen lociones en la cavidad de la vagina y cuello del útero á el objeto de procurar la desinfeccion de las sustancias pútridas, que hubieran podido formarse, debido á la descomposicion de la sangre.

Varias operaciones se practican con motivo de la caida dal útero.

En el *prolapsus* uterino se han recomendado multitud de *pesarios* que á nuestro modo de ver no obran de otro modo que paliativamente; y aún por ello no siempre están exentos de peligros. En efecto, si la *caida del útero* obedece generalmente á la flacidez de sus ligamentos superiores ¿como los pesarios, colocados en la vagina, han de restituir las condiciones fisiológicas que han perdido aquellos órganos? Por otra parte, la permanencia de un cuerpo extraño en la cavidad vaginal podrá ocasionar erosiones, flegmasías, etc., que orígen otras consecuencias de mayor gravedad.

Fundados en los motivos expuestos, los ginecólogos han procurado buscar en procederes más radicales, el medio de mantener á el útero en su posicion normal, ó por lo ménos, procurar que no salga á el exterior para que dicho órgano no sufra las alteraciones consiguientes.

Entre los puestos en práctica, cuéntase la *episiorrafia* (avivamiento y sutura de los labios de la vulva) aconsejada por Fricke, de Hamburgo. Esta operacion recuerda la que ciertas tribus sal-

(1) Tambien se puede hacer el taponamiento con la pelota de Gariel llena de aire ó de un líquido que, dilatándola, obre mecánicamente.

vajes empleaban para cerrar el orificio vulvo-vaginal, con el fin de que la mujer no pudiese cohabitar sino con su propio marido (1).

La episiorrafia es una palabra originaria del griego (Επισσειον—pudendo, ραφη—sutura). La maniobra quirúrgica mencionada fué practicada doce veces por su inventor obteniendo notables éxitos. Dieffenbach y Foucher tambien habian llevado á cabo esta operacion con igual resultado.

El método que hemos indicado tiene por objeto obturar el orificio vulvo-vaginal, dejando una pequeña abertura hácia la parte inferior, para que por ella pueden evacuarse las mucosidades y la sangre de la menstruacion: si la operacion se ejecuta en una persona que no haya llegado á la época de la *menopausia*. Obstruyendo de este modo el orificio el útero, queda éste en la vagina, y no sale á el exterior donde tan expuesto está á las alteraciones referidas.

Varios prácticos, como T. Anger, Baker-Brown, Kúchler y Hepner, han verificado la sutura de los labios de la vulva á el mismo tiempo que el periné, cuando en ellos existian desgarrros con motivo del parto. Los procederes que se han empleado varian algun tanto, porque han tenido que sujetarse á el estado de la region lesionada.

Gérardin propuso, en 1823, remediar los *prolapsus* de la matriz cauterizando la vagina para producir el estrechamiento del conducto. Muchos cirujanos habian seguido este método (á el cual dan el extravagante nombre de *Hefesiorrafia*) (2), valiéndose del cauterio actual como Velpeau; del ácido nítrico, como Sangier; y del cloruro de zinc, como hacia Desgranges.

Tambien se ha pretendido estrechar el conducto vaginal cogiendo un pliegue de la mucosa, por medio de una pinza, para mortificar los tejidos; y que, al venir la cicatrizacion, se produzca la disminucion de calibre necesaria para que el útero no pueda descender.

(1) Dicho proceder cruento tomaba el nombre de *infibulacion*; y segun refieren algunos historiadores, la operacion consistia en perforar los grandes labios, que se cerraban despues con un anillo. Esta abertura era un secreto que debia conservar únicamente la persona más interesada en que la cónyuge no faltara á los deberes impuestos, en tan extraña forma, por unas costumbres bárbaras, que deprimian la entidad moral de la mujer.

(2) Segun Bourdon, dicha palabra procede de las griegas Ηφαίστος.—Dios del fuego, y ραφο—coer.

Bellini, en 1835, habia propuesto un procedimiento, que como a el anterior se le ha querido bautizar con un extraño nombre originario del griego: *Colpodesmorrafia* (1). Consiste dicha operacion en extrangular un pliegue de la mucosa vaginal, empleando la sutura.

Bajo el nombre de *Elitrorrafia* (2) se conoce un método, que consiste en estrechar el conducto de la vagina, excindiendo un pliegue de la mucosa por medio del bisturí, suturando despues los bordes cruentos.

Este se ha modificado de diversos modos segun el colgajo que se excinde y el modo como se verifica la sutura, dando origen á una multitud de procedimientos sobre los cuales no pueden darse reglas generales, porque han de adaptarse á los diferentes hechos particulares que en la Clínica pueden presentarse.

Finalmente, Le Fort ha recomendado un procedimiento que él denomina *tabicamiento de la vagina*, cuya operacion es ventajosa y tiene aplicacion en muchos casos.

Consiste dicho proceder en avivar linealmente la pared anterior y posterior de la vagina en la extension de 5 á 6 centímetros. Reduce despues el útero poniendo en relacion las superficies cruentas por medio de los correspondientes puntos de sutura: los cuales deben quedar con un largo *fiador* para extraerlos, una vez que se hayan desprendido de los tejidos.

Este procedimiento que Le Fort usó en una mujer afectada de un completo *descenso uterino*, dió excelentes resultados, pudiéndose dedicar la operada — una vez que cicatrizaron las superficies cruentas — á toda clase de trabajos.

La perineorrafia, como su nombre indica, consiste en la sutura del periné.

Está indicada ésta cuando existen desgarros que llegan á dividir parcialmente el tabique que separa á la horquilla del ano, cuyos desgarros son propios del parto, y producidos por que la cabeza del feto, encajada en la vagina por las fuerzas expulsivas del útero, no halla el periné suficientemente protegido ó con las fuerzas necesarias para resistir el empuje.

(1) La etimología viene del griego: *Κολπος*—*repliegue*; *δεσμος* — *extrangu-lacion* y *ραφη*—*sutura*.

(2) *Εδοτρον*—*vagina*; *ραφη*—*sutura*.

La maniobra operatoria consiste en avivar los bordes y aplicar los puntos de sutura á el objeto de favorecer la cicatrizacion de las superficies cruentas.

Tambien se practica sobre la vagina una operacion, para que obstruya por completo el conducto en los casos de que haya fistulas rectales y vagínales, en las que, por la gran pérdida de sustancias, no se pueda emplear ninguno de los procederes de sutura con autoplastia ó sin ella. Dicho método, llamado *Kolpocleisis*, tiene pocas aplicaciones.

LECCION CIV.

Imperforacion del himen.—Estrechez congénita de vagina y su tratamiento quirúrgico.—Fistulas vésico-vaginales.—Operaciones que se recomiendan.—Manera de avivar los bordes.—Sutura de los mismos y diferentes medios que se emplean para mantenerlos coaptados.—¿Cuando deben separarse las suturas? Qué concepto merece la *Epifisiorrafia* y la *Kolpocleisis* cuando las fistulas son muy extensas?—Catereterismo uretral.

Formado el himen por un repliegue mucoso con tejido celular entre las dos hojas de dicha membrana, afecta una forma bastante variable, que algunas veces por la imperforacion que presenta constituye un vicio de conformacion.

Por esta disposicion, las mucosidades de la vagina y útero, así como la sangre menstrual, no salen á el exterior, acumulándose detrás del diafragma vaginal, hasta que se dá á los líquidos salida por la abertura de la membrana.

Como hasta que se llega á la época de la menstruacion generalmente las mucosidades son muy escasas, dicho vicio de conformacion pasa desapercibido hasta que, al venir la *ovulacion*, se desarrollan los síntomas enunciados.

La operacion entónces es bien sencilla, pues basta con que el cirujano practique una puncion con el bisturi para que salgan al exterior los líquidos estancados por detrás del tabique. La solucion de continuidad se cicatriza despues y queda expedito el orificio vulvo-vaginal, para que los líquidos puedan salir libremente.

Aunque rara, puede existir una deformidad, que consiste en que la vagina es tan sumamente estrecha que apenas llega á tener el calibre de un *cañon de pluma*.

Realmente este vicio de conformacion es perfectamente compatible con la vida, y en nada altera la salud de la mujer que padece semejante estrechez (1). Unas veces vá acompañado de la falta de útero y ovarios, y en otras, estos órganos subsisten como en el estado normal, teniendo la mujer la menstruacion sin trastorno de ninguna especie.

En este último concepto se presenta un problema que en muchas ocasiones el operador ha de resolver. Supongamos que la persona que tal vicio de conformacion tiene, desee tener hijos, como en el caso que cita un cirujano aleman; ó bien de que, ensanchada la parte anterior de la vagina por la repeticion de coitos incompletos, pudiera ser fecundada y entónces el parto seria verdaderamente distósico con gravísimo peligro de la parturienta. ¿Qué regla de conducta debe seguirse ante estos hechos excepcionales? ¿Deberá verificarse la operacion ó no intentar medio alguno para dar á la vagina su calibre normal?

Nosotros creemos que en estas circunstancias el cirujano debe intentar la dilatacion con cuerpos que, como la esponja preparada, laminaria y tupelo, puedan ensanchar el conducto.

Tambien podremos emplear el bisturí haciendo incisiones múltiples y procurando, que el tejido cicatricial que se forme no haga perder lo que por medios cruentos se haya ganado en lo referente á el aumento de calibre del conducto.

Esta práctica tiene por lo ménos algun fundamento; no así las tentativas temerarias de algunos cirujanos, los que, aún en una imperforacion completa se empeñan en hacer *una vagina artificial*. Así es, que no nos extraña, que Haen rompiese la vejiga y que Macfarlane tuviese que suspender la operacion, sobreviniendo una peritonitis, de cuyo accidente falleció la operada.

Uno de los afectos que más ha llamado la atencion de los ginecólogos ha sido la fistula vésico-vaginal, por los sufrimientos físicos y morales que ocasiona en las mujeres que tienen la desgracia de padecer estas soluciones de continuidad.

(1) Un profesor reconocia á una señora, siendo inútiles las tentativas que hacia para orientarse á fin de introducir el *espéculum*. Achacaba el práctico á *torpeza* lo que despues resultó ser un vicio de conformacion como el que hemos indicado. La mencionada mujer era viuda, habiendo vivido con su marido ocho meses, sin que durante esta época hubiese podido verificar el coito, como es fácil de suponer.