

*Procedimiento de Clemot.*—Introducido el catéter en la vejiga, se desliza á lo largo de la pared posterior de la vagina un gorgorete que, fuertemente apoyado en el periné, va á converger con la extremidad del catéter. El cirujano conduce entonces á lo largo del gorgorete un bisturí recto cogido como una pluma de escribir, atraviesa la pared véstico-vaginal para caer sobre la ranura del catéter, y divide esta pared de atrás á delante hasta cerca del cuello de la vejiga, que es preciso respetar.

Velpeau aconsejaba colocar la mujer en decúbito prono, tal como después se ha hecho para la fistula véstico-vaginal.

Vallet (de Orleans) divide la vejiga transversalmente, valiéndose de un catéter articulado, que, una vez introducido en la vejiga, su ranura se coloca en dirección transversal; pero la modificación más importante que este cirujano ha introducido en esta operación consiste en la reunión inmediata por sutura. En estos últimos tiempos se ha creído conveniente inventar catéteres especiales, lo cual es completamente inútil.

*Apreciación.*—Desde luego se ha hecho á la talla uretral la objeción de que expone á la herida de alguna arteria por poco que la incisión se aproxime á los huesos; en la única operación de este género que ha visto practicar Malgaigne, la incisión dirigida hacia la sínfisis determinó una hemorragia tal, que el operador Félix de Arce creyó prudente llamarle en consulta. Pero es un accidente mucho más grave la incontinencia de orina que sobreviene casi con seguridad. Todos los procedimientos exponen á él. Fray Cosme, que hacia lateral la incisión, hubo de renunciar á ella únicamente por esta causa; Louis operó dos niñas por incisión bilateral: una de ellas murió, la otra quedó con incontinencia; Vacca una sola vez aplicó la incisión vertical y también siguió á ella la incontinencia; Souberbielle notificaba á la Academia, en 1828, que, de 6 mujeres sometidas á este procedimiento por un solo cirujano, 2 murieron y las otras 4 padecían de incontinencia. Estas cifras demuestran que esta operación tiene una gravedad comparable con la de la talla perineal en el hombre, por cuyo motivo ha sido justamente abandonada en la práctica general.

Fray Cosme daba la preferencia á la talla hipogástrica; pero esta operación no es menos grave en la mujer que en el hombre: en 42 operadas, de las cuales 16 contaban de edad entre tres y diez y siete años, fray Cosme tuvo 7 muertos.

Nos queda la talla vaginal, que no tiene casi ninguna gravedad; lo que sí sucede es que cuando se abandona la herida á sí misma, es muy de temer una fistula véstico-vaginal consecutiva. De 3 operadas le quedó á Clemot 1 con esta penosa consecuencia; Flaubert, más desgraciado que el anterior, no consiguió evitarla más

que en 1 de 4. Pero la sutura inmediata hará seguramente estas fistulas extraordinariamente raras; hoy día con los procedimientos que se emplean para la fistula, su curación es segura. En los casos en que se practica la talla vaginal para curar una cistalgia, y en los cuales la fistula debe durar algunos meses, es á veces difícil durante los primeros días impedir su oclusión espontánea. También se ha propuesto suturar sobre los bordes de esta fistula la mucosa vesical ó la vaginal.

Respecto de la dirección y sitio de la incisión, no hay vacilación posible. Hay que temer la sutura de uno de los uréteres, por consiguiente debe seguirse fielmente la línea media y rechazar la incisión transversal de Vallet. No debe, pues, prolongarse la incisión hasta la uretra, lo cual podría exponer á la incontinencia de orina.

## ARTÍCULO II

### OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LA VULVA Y EN LA VAGINA

#### I.—De los tumores de los grandes labios

Los grandes labios pueden ser asiento de tumores sebáceos, quistes serosos análogos al hidrocele y quistes mucosos semejantes á la ránula, los cuales parece que residen en alguna granulación de la glándula véstico-vaginal ó en su conducto excretor obliterado, y finalmente, se encuentran también en esta región tumores fibrosos y de otras clases. Los procedimientos operatorios son los mismos que se aplicarían á las mismas afecciones en cualquiera otra región que se encuentren; únicamente que en ésta la ablación de los tumores produce una hemorragia á veces difícil de cohibir, sobre todo durante el embarazo. Véase cómo procedió Malgaigne en un caso de esta naturaleza.

Tratábase de un tumor fibro-plástico que, teniendo al principio del embarazo un volumen de un huevo de paloma, á los siete meses había adquirido ya el del puño; una ulceración de los tegumentos de su cara interna había dado lugar una tras otra á dos hemorragias alarmantes. Practicó una incisión en la cara externa; el tumor estaba envuelto en un quiste fibroso y se le pudo enuclear con facilidad. Pero casi inmediatamente sobrevino por toda la superficie de la herida una hemorragia, que ni con el taponamiento ni con el percloruro de hierro fué posible cohibir. En vista



de esto, constriñó la base del labio menor entre dos puntos de sutura enclavijada, y como la sangre continuara fluyendo por la parte superior, comprendió en una ligadura el resto de la herida y la hemorragia se contuvo. No ocurrió otro accidente que una ligera tumefacción; al tercer día, quitó la ligadura superior; al cuarto, los puntos de sutura, y la herida marchó rápidamente á la cicatrización.

A consecuencia de la ruptura de un trombus de los grandes labios, se han observado varias veces hemorragias bastante graves para llegar á ser mortales, sobre todo cuando tienen lugar durante el trabajo del parto: en 22 casos de este género se han contado nada menos que 12 muertos. El mismo medio sería igualmente eficaz para este caso.

## II.—Vagina doble

La existencia de un tabique que divide en dos la vagina coexiste casi siempre con un útero doble; no conozco más que una sola excepción de esta regla: la observación de Maunoir, en la cual coincidía una vagina doble con un útero simple. En mi tesis de agregado (1863) reuní cierto número de observaciones de este vicio de conformación. Por lo común, una sola de las vaginas sirve para el coito, que se ejerce sin obstáculo alguno; así es que han sido muy escasas las operaciones que se han practicado. Maunoir cortó el tabique, porque la vagina que servía para el coito era precisamente la que correspondía á la mitad del cuello que no llevaba el hocico de tenca. Huguier seccionó un tabique incompleto, porque dificultaba las relaciones sexuales. Chassaignac empleó el estrangulador lineal para destruirlo. En general, las enfermas rehusan someterse á una operación, para curarse de un vicio de conformación que únicamente por casualidad han llegado á conocer.

## III.—Imperforación y ausencia de la vagina

Este vicio de conformación presenta muchas variedades:

1.º *Imperforación del himen.*—Este vicio de conformación es bastante frecuente. La vulva presenta una conformación normal, pero el himen no tiene abertura alguna, ó una abertura tan pequeña que no es suficiente para dar paso libre al producto de la menstruación. Una punción, ó mejor una incisión simple ó

crucial con escisión de los colgajos, bastarán casi siempre para obtener una abertura permanente para la salida de la sangre menstrual.

2.º *Imperforación de la vulva.*—Se produce esta deformidad por la fusión congénita de los pequeños labios y por la adherencia de las paredes del orificio vaginal. Las más de las veces, deslizando una sonda verticalmente al nivel de la abertura que da paso á las orinas, se comprueba la existencia de un simple tabique, que bastará dividirlo, como he tenido ocasión de hacerlo no hace mucho tiempo, para restablecer las cosas en su estado normal.

3.º *La ausencia de la vagina* se presenta bajo tres formas principales: 1.º carencia completa del útero y de la vagina, existiendo en su estado normal las partes genitales externas; 2.º ausencia de la vagina con integridad del útero y á veces con integridad de la porción uterina de la vagina; 3.º terminación de la vagina en fondo de saco á una profundidad mayor ó menor, con ausencia ó atrofia del útero y faltando también la exhalación menstrual. En el primero y tercer casos, no tienen lugar las reglas; no aparece por lo tanto accidente alguno, y el cirujano no podría hacer otra cosa que formar un fondo de saco que permitiera la cópula. En realidad, estas operaciones pertenecen á las llamadas de complacencia, pero se encuentran circunstancias en que una operación de este género puede llegar á ser de necesidad.

Cuando hay retención del flujo menstrual, el cirujano puede proponerse, ó bien practicar una simple abertura que permita la evacuación del foco sanguíneo, ó bien formar al mismo tiempo una vagina artificial.

*Punción por el recto.*—Esta operación no puede considerarse más que como paliativa. Baker-Brown la practicó con éxito en 1861, pero la observación no pasa del segundo mes. Por lo demás, es preciso convenir en que no siempre es inocente, porque Ant. Dubois, que la practicó una vez, cuenta que la enferma murió de peritonitis.

*Punción de la vagina.*—La punción simple, aceptable cuando evidentemente no existe más que una delgada membrana que separa la colección líquida del dedo del cirujano, es de las más peligrosas cuando se debe fiar mucho al azar. Manoury perdió una enferma por haberla operado por este método; también Maisonneuve perdió una en la cual, después de haber practicado la punción, con el litotomo incindió el útero distendido por las reglas.



*Formación de una vagina artificial. A. Con el bisturí.*—Las más de las veces esta operación ha consistido en una incisión transversal practicada en la parte inferior de los grandes labios en el punto en que debiera encontrarse la vagina. Muchas veces la operación no surtió el efecto deseado. De Haen llegó hasta la vejiga; Macfarlane se vió obligado á suspender la operación, y sobrevino una peritonitis; su enferma murió lo mismo que la de De Haen. Otras veces, después de haber penetrado hasta cierta profundidad, se practica una punción en el útero distendido, ya en el cuello, ya en el cuerpo del órgano. De Bal no pudo dilatar la abertura que había practicado. Willaume (de Metz) observó que la abertura que había practicado en los lados del útero se retrajo mucho y quedó muy estrecha. Warbeck alcanzó un éxito completo sin estrechez consecutiva; es de observar, no obstante, que la enferma era casada. La estrechez ulterior puede llegar hasta una verdadera obliteración que haga perder todos los beneficios de la operación; esto es lo que aconteció á las enfermas operadas por Maisonneuve, Guérin, y Piachaud (de Ginebra). Por el contrario, en un caso en que temía perder el resultado obtenido, Richet se admiró de ver que algunos años después la vagina estaba muy dilatada; pero es de advertir que esta mujer, sabiendo que no tenía útero y que no podía llegar á ser madre, se entregó á la prostitución.

*B. Por despegamiento.*—Como diera buenos resultados á Amussat la tracción de los labios de la vulva congénitamente reunidos, se le ocurrió la ingeniosa idea de ensayar el mismo medio en un caso de ausencia de la vagina.

*Procedimiento de Amussat.*—Tratábase de una niña de quince años y medio que tenía la vagina obliterada á lo menos en los dos tercios de su extensión, y por encima de ella el producto acumulado de las reglas formaba un tumor fluctuante. Preparada la enferma con un baño, una enema y una cataplasma sobre la vulva, el cirujano, armado de una gruesa sonda recta, apoyó la extremidad de ésta debajo de la uretra, en el punto en que correspondía el orificio de la vagina, y la empujó en la dirección de este conducto, rechazando hacia atrás la mucosa para producir un ligero hundimiento. Repitió esta misma maniobra con el meñique, después de haber introducido otro dedo en el recto, que debía servir de conductor; la presión fué dolorosa, pero eficaz, pues quedó marcada la impresión del meñique. Para alcanzar mejor el objeto, inclinó entonces hacia atrás el periné cogiéndolo entre dos dedos, uno introducido en el ano y otro en la vulva, mientras que, por otra parte, procuraba llevar hacia arriba la uretra para separarla del recto y dejar entre los dos mayor espacio. Con esto quedó

formado un agujero sin producir desgarro, y por consiguiente sin efusión de sangre. Para conservar esta dilatación, se colocó en este pequeño hundimiento en forma de dedo de guante una esponja preparada. Tres días después se repitió la introducción y la impulsación del dedo, hasta se introdujeron dos dedos para operar una mayor distensión y en efecto, se produjo una verdadera rasgadura en la mucosa y hubo por consiguiente efusión de sangre. Se colocó nuevamente la esponja preparada. Después de otras cinco tentativas practicadas del mismo modo y con uno ó dos días de intervalo, se había llegado á formar un conducto artificial de cerca 6 centímetros de longitud; entonces en el fondo de este conducto se dirigió sobre el índice un trócar, para hundirlo en el tumor, trócar que fué reemplazado después por el bisturí, cubierta su hoja con una compresa en los cinco sextos de longitud. El espesor de la capa que debía atravesar no pasaba de 12 á 13 milímetros. Salieron de 350 á 380 gramos de sangre viscosa y negruzca. Se introdujo en esta nueva vagina una gruesa cánula de goma elástica, y así se llegó á una curación completa, que muchos años después de la operación persistía aún.

Malgaigne tuvo que hacer una operación análoga en una mujer cuya vagina se había obliterado á consecuencia de un parto. Empezó por dividir la cicatriz exterior, que se aproximaba hasta cerca de la vulva; después de la primera incisión, desgarró las partes con el índice, comprimiendo hacia delante y procurando al mismo tiempo dilatar la vía hacia uno y otro lado, hasta que finalmente llegó á una pequeña cavidad en la que pudo reconocer el cuello uterino. Fué necesario mantener la vagina dilatada durante más de un año con trozos de genciana, pero acabó por quedar persistente, y se prestó por completo á las relaciones sexuales. La última vez que tuvo ocasión de ver á esta enferma no se había hecho embarazada.

En una niña de tres años, Zeis (de Dresde) destruyó las adherencias, primero con los dedos, y después de un solo tijeretazo.

Bernutz, después de haber obtenido un infundibulum por la presión de los dos índices, colocó en él una esponja preparada, y acabó por llegar hasta el cuello; pero la vagina se retrajo gradualmente y quedó por algún tiempo una fistula, único vestigio de la vagina nuevamente formada. Un año después se suprimió el flujo menstrual por esta vía, estableciéndose nuevamente por el ano, tal como tenía lugar antes del tratamiento.

*C. Por despegamiento unido á la incisión.*—Este es el procedimiento más comunmente empleado. Flescher, cirujano inglés, lo



puso en práctica veinte años antes que Amussat. Empezó por practicar una incisión de 25 centímetros de profundidad y continuó obrando por despegamiento ayudado de cuando en cuando por el bisturí. El resultado fué completo y la enferma tuvo ulteriormente dos niños. Watson alcanzó también el objeto por un medio análogo. Patry empezó por la incisión, continuó por el despegamiento y acabó por la punción.

En 1878 tuve ocasión de practicar esta operación. Una joven que se había acogido al hospital de Dunkerque por retención menstrual debida á la falta de vagina, presentaba los síntomas de una peritonitis incipiente. Fuéme remitida con urgencia al hospital Beaujon. En estas condiciones no había tiempo que perder. Hice una incisión de 1 centímetro de profundidad al nivel de la vulva, después procedí por desgarro con las uñas de mis dedos apretando y tirando en sentido contrario, ayudándome de vez en cuando de la sonda acanalada hasta que llegué al cabo de media hora á dilatar la vagina, encontrando una bolsa sanguínea ocasionada por la extremidad superior de la propia vagina. Extraje más de un litro de una sustancia negra formada por la sangre en descomposición, y alcancé el cuello uterino que se hallaba en estado normal. Desgraciadamente fuí llamado demasiado tarde para intervenir, y los accidentes de la peritonitis, que existían ya antes de la operación, ocasionaron la muerte de la enferma.

D. *Electrolisis*.—Recientemente me ha surtido buen efecto el empleo de la electrolisis para facilitar el despegamiento. La enferma había sufrido ya 10 operaciones practicadas por Labbé y Th. Anger, y en último resultado se había conseguido la formación de un fondo de saco de unos 2 centímetros. Existía el útero, pero colocado en un punto muy superior, y á cada época menstrual aparecían intensos dolores que se irradiaban hacia el vientre y la pelvis, pero las reglas se suplían por hemorragias que tenían lugar por las conjuntivas, la piel de las piernas, que se hendía espontáneamente, ó por hemoptisis. Para intervenir como intentaba, hube de esperar la desaparición de los serios accidentes peritoneales sobrevenidos á consecuencia de la última operación. Utilicé las propiedades electrolíticas que tienen las corrientes débiles y permanentes cuando el cobre de los reóforos está en contacto inmediato con la piel. Formé un cilindro de boj cuya extremidad, formada por una contera de cobre, estaba en relación, por medio de un vástago interior, con el hilo conductor del polo negativo de una pila de 5 ó 6 elementos de Morin de sulfato de cobre, una plancha metálica colocada sobre el vientre, pero con interposición de compresas mojadas, establecía la comunicación. El aparato se colocaba únicamente durante la noche. Al cabo de poco tiempo,

el cilindro se había fraguado un conducto de 7 á 8 centímetros de profundidad, alcanzó el cuello, y desde este momento la mujer tuvo la menstruación por la vía natural. Era necesario dilatar el conducto que se había formado, y á este fin, mandé construir un instrumento análogo á las pinzas que sirven para abrir los guantes, una rama de las cuales terminaba por una especie de contera de cobre. La dilatación se completó por medio de un dilatador de

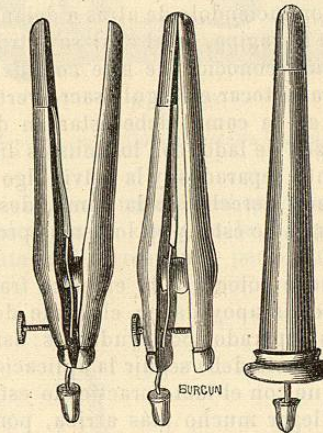


FIG. 738

Candelillas y dilatador electrolíticos empleados para la dilatación de una vagina artificial, L. Le Fort

madera muy ingeniosamente ideado por mi interno M. Bide, y que se parecía mucho al precedente. El resultado era completo cuando presenté la enferma á la Academia, pero es evidente que en éste, como en todos los casos análogos, es necesario evitar la estrechez ulterior de la nueva vagina, lo cual no es posible alcanzarlo sino á beneficio de dilatadores naturales ó artificiales. ¿La vagina formada por electrolisis se retraerá como las demás? Lo ignoro, puesto que no pude ver á mi enferma después.

#### IV.—Del tacto vaginal

Puede practicarse el tacto vaginal estando la mujer de pie ó acostada.

Estando la mujer de pie y con los muslos separados, el cirujano



se coloca delante de ella con la rodilla izquierda apoyada en el suelo y la otra elevada, para prestar apoyo al codo en caso necesario; en esta disposición, pasa la mano derecha por debajo de los vestidos de la mujer, untado previamente el índice con aceite ó cerato y cubierto por los demás dedos para no ensuciar los vestidos, y cuando llega cerca de la vulva, levanta el pulgar hacia adelante, dobla los demás dedos hacia atrás y con el borde radial del índice aplicado horizontalmente debajo del periné, separa los labios mayores, y conduciéndolo de atrás á delante, llega con seguridad al orificio de la vagina, en el cual se introduce suavemente siguiendo la dirección conocida de este conducto, es decir, como si se tratase de llegar á tocar el ángulo sacro-vertebral.

Si la mujer está en la cama, debe estar en decúbito supino ó ligeramente inclinada de lado, con los muslos ligeramente doblados y suficientemente separados, y la pelvis algo elevada. El cirujano se coloca al lado derecho de la cama, desliza la mano por debajo de las cubiertas de ésta, y en lo demás procede como en el caso anterior.

Por último, se puede colocar á la enferma transversalmente en su cama, con la pelvis apoyada en el borde de la misma y los muslos mantenidos separados por ayudantes; así se procede especialmente cuando al tacto debe seguir la aplicación del espéculum.

Conviene saber que con el tacto practicado estando la mujer de pie, el dedo puede llegar mucho más arriba, porque en esta posición el útero se encuentra impelido hacia abajo por la presión de las demás vísceras; algunas veces se practica el tacto vaginal estando la mujer en cuclillas, en cuya posición el útero desciende todavía más.

#### V.— Aplicación del espéculum

Estando la mujer echada transversalmente con la pelvis sobresaliendo del borde de la cama, los muslos separados y mantenidos así por ayudantes, el cirujano, colocado delante de la enferma, empieza por practicar el tacto para asegurarse de la posición del cuello del útero y así dirigirse á él con mayor seguridad. Con la mano izquierda separa los pelos y los pequeños labios, mientras que, con la otra mano, coge el espéculum, previamente untado y calentado si es necesario, y lo presenta á la vulva con el mango vuelto hacia el monte de Venus para que no sirva de obstáculo.

En las mujeres de horquilla anchamente dilatada, lo cual es común en las que han parido una ó muchas veces, desde el primer momento el espéculum puede tomar la dirección de la vagina;

pero cuando la horquilla está íntegra, existe por encima de ella un pequeño fondo de saco formado por la parte inferior y posterior de la vagina, y por esto es necesario empezar por dirigir el instrumento casi directamente de delante atrás. Se empieza por inclinar

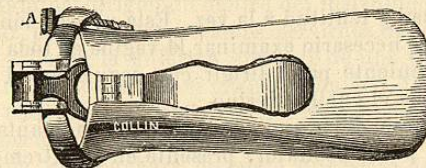


FIG. 739

Espéculum de Cusco cerrado y doblado

hacia atrás el periné para aumentar el orificio, luego con el borde posterior del espéculum se deprime la horquilla, y cuando el centro del instrumento corresponde perfectamente al centro del

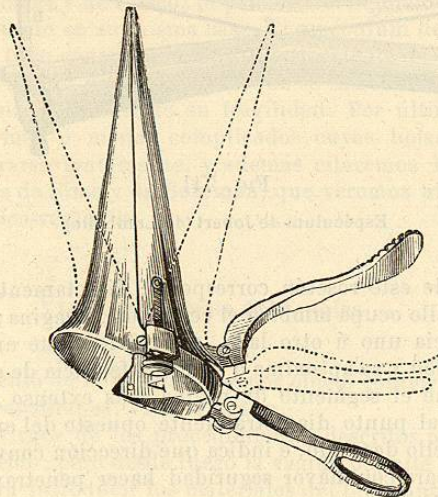


FIG. 740

Espéculum de Cusco

orificio, se le hace penetrar primero en la dirección de una línea que terminaría en la punta del coxis, y después de haber penetrado unos 3 centímetros, se le comunica un movimiento de báscula, que lo conduce en la dirección del ángulo sacro-vertebral.



Algunos cirujanos, cuando únicamente se proponen explorar el cuello del útero, empujan el instrumento con rapidez y en un solo tiempo, proceder que parece un tanto brusco y que, si es doloroso para las mujeres cuyo orificio vaginal está muy dilatado, con mucho más motivo debe serlo para las demás. Debe procederse con extraordinaria suavidad y lentitud á la vez. Esta precaución es indispensable cuando es necesario examinar la vagina en toda su extensión, y es muy conveniente para dirigir con seguridad el extremo del espéculum hacia el cuello uterino.

En efecto, á medida que el espéculum adelanta, la vagina, cerrada en la parte posterior, presenta en el extremo del instrumento una especie de rosetón con una abertura central y cuya circunferencia está formada por las paredes vaginales. Así es que toda la extensión de estas paredes aparece perpendicular á la vista del observador á medida que el espéculum las desdobra al penetrar.

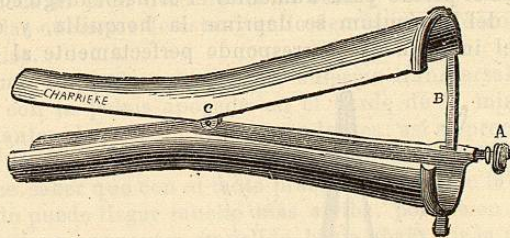


Fig. 741

Espéculum de Jobert (de Lamballe)

La abertura de este rosetón corresponde directamente al centro, cuando el cuello ocupa también el centro de la vagina; pero si éste se inclina hacia uno ú otro lado, el orificio sigue en general la misma dirección y se aproxima á la circunferencia de este rosetón, de manera que el segmento de vagina más extenso corresponde casi siempre al punto diametralmente opuesto del en que se encuentra el cuello desviado, é indica qué dirección conviene dar al instrumento para con mayor seguridad hacer penetrar en su interior dicho cuello.

Desde el momento que se percibe el cuello, debe procurarse introducirlo en el orificio del espéculum, haciendo de manera que el hocico de tenca resulte exactamente en el centro. Cuando el cuello está de tal modo desviado, que no es posible percibir el hocico de tenca, se retira entonces un poco el instrumento para inclinarlo hacia atrás ó hacia adelante, según el sentido en que estuviese inclinado el cuello y conducir hacia el centro su orificio.

Una vez introducido el cuello dentro del espéculum, será bueno fijarlo en esta posición comprimiendo ligeramente el instrumento. En esta posición, se le limpia en seguida con pequeñas bolitas de hilas atadas previamente al extremo de pequeñas varillas de madera, y se le examina dirigiendo dentro del instrumento la mayor cantidad de luz posible. Si queremos servirnos de la luz del día, será necesario colocar la enferma enfrente de una ventana; de lo contrario, el cirujano toma por sí mismo la bujía y dirige la luz en el sentido más conveniente. Un excelente medio para proyectar en el fondo del espéculum gran cantidad de luz, consiste en colocar detrás de la bujía una cuchara de plata que sirva de espejo cóncavo, y como que así los ojos del operador quedan en la sombra, puede prolongar el examen sin la menor molestia.

La forma del espéculum es muy variable. El espéculum que más se ha usado durante largo tiempo es el de boj ó de marfil, de tubo ligeramente cónico, con una pata para sostenerlo y dirigirlo, y provisto para su introducción de un mandril de cabeza redondeada. Citaremos el espéculum bivalvo y cuadrivalvo de Ricord, el de Jobert y de Cusco; el primero, articulado cerca de su cúspide, el segundo en su misma base. El espéculum de Fergusson consiste en un tubo cónico revestido interiormente de cristal azogado y cortado á bisel por su cúspide, que se introduce sin contera; pero tiene el inconveniente de su fragilidad. Por último, existen instrumentos más ó menos complicados cuyas hojas pueden á voluntad separarse lentamente, y además citaremos los espéculums univalvos de Sims y de Bozeman, que veremos al hablar de las fistulas véstico-vaginales.

## VI.— Taponamiento de la vagina

El taponamiento de la vagina tiene por objeto cohibir una hemorragia, ya sea espontánea, ya traumática.

Podemos servirnos de los procedimientos descritos para el taponamiento del recto; pero desde luego la vagina permite servirse del espéculum para introducir los materiales del taponamiento, y por otra parte, como que la matriz ya cierra este conducto por su extremidad superior, no es necesaria cubierta alguna para retener estos materiales; así es que podemos introducir directamente hilas, agárico, etc., con sólo aplicar al exterior una compresa pasada entre los muslos, que tanto por delante como por detrás vaya á fijarse en una toalla aplicada alrededor del vientre. Pero sucede frecuentemente que se hace después difícil el extraer las hilas ó el agárico introducidos; que por la presión é imbibición del líquido



han llegado á formar una masa compacta. Por eso se ha ideado el procedimiento siguiente:

*Taponamiento á cola de cometa. Procedimiento de Bretonneau.*—Se toma un haz de algodón ó hilas del grosor conveniente y se ata un hilo largo en su parte media. A la distancia de algunos centímetros de este haz y sobre el mismo hilo, se coloca otro haz y se practica un nuevo nudo, y así sucesivamente se continúa hasta que el hilo se concluye, pero sobre todo hasta que se ha reunido algodón suficiente para llenar toda la cavidad vaginal. Este hilo así dispuesto se parece realmente á una cola de cometa, y de aquí el pintoresco nombre que se ha dado á este procedimiento.

Con los dedos ó con una pinza cualquiera, se introduce el primer copo de algodón en el fondo de la vagina, después el segundo, luego el tercero, y así sucesivamente se continúa amontonando algodón hasta que queda completamente llena la cavidad, dejando tan sólo pendiente al exterior el extremo del hilo. Cuando se trata de retirar el taponamiento, basta tirar de este hilo, con lo cual la masa de algodón se deshace, por decirlo así, con extraordinaria regularidad.

#### VII.—De los pesarios

La forma de los pesarios se ha multiplicado en gran manera, sin que para ello haya verdaderos motivos; esto se explica por lo poco que hasta ahora se han conocido las circunstancias de las dislocaciones. Los primeros pesarios tenían una forma esférica ú ovoidea,

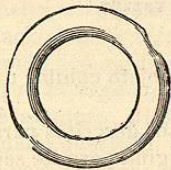


FIG. 742

Pesario ordinario ó en rosquilla

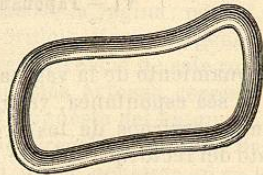


FIG. 743

Pesario de Sims

como si únicamente se tratase de llenar la cavidad de la vagina; tales son todavía las vejigas de caucho vulcanizado. Los pesarios en rosquilla, redondos ó elípticos, pero aplanados y con un agujero central, no llenan otro objeto, sino es que evitan toda molesta compresión sobre el recto y la vejiga.

Limitándonos á obrar guiados por la naturaleza de la enfermedad, para contener un cistocele ó un rectocele vaginal, es necesario rechazar especialmente hacia adelante ó hacia atrás la parte inferior de la vagina; á este fin, hay los *pesarios en forma de reloj de arena* y los *pesarios en forma de embudo*; estas dos clases de instru-

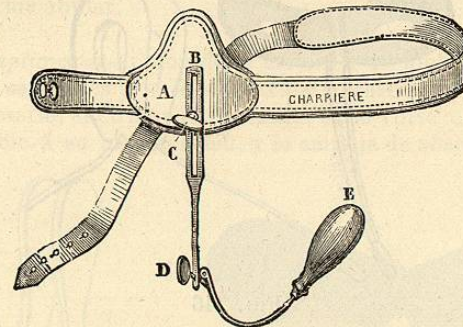


FIG. 744

Histeróforo de Becquerel

mentos son de caucho, para que se los pueda introducir reduciendo su volumen y se dilatan una vez introducidos. El útero queda asimismo bien sostenido empleando los *pesarios en forma de boliche* ó los histeróforos de Becquerel, Roser, Scanzoni, Lazarewitch, etc.; pero, para usar éstos, es necesario sostenerlos desde el exterior con

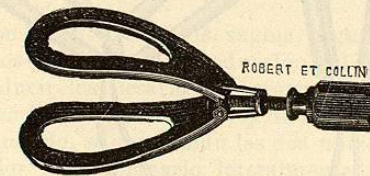


FIG. 745

Pesario de Schilling

un braguero ó plancha aplicada sobre la vulva y que sostenga el eje del pesario.

Hay una clase de pesarios que se introducen en la vagina cerrados, y una vez colocados á la altura conveniente, sus valvas se separan cuanto se cree necesario y por diversos mecanismos: el de Schilling, por medio de un tornillo, el de Zwanck, por la aproximación de dos varillas que estaban separadas en el momento de la



introducción; el de Eulenburg, por la elasticidad del círculo de caucho que rodea su base; y otros, como el de Pertusio (de Turín), se separan por sí mismos, merced á la acción del resorte que reúne las dos ramas.

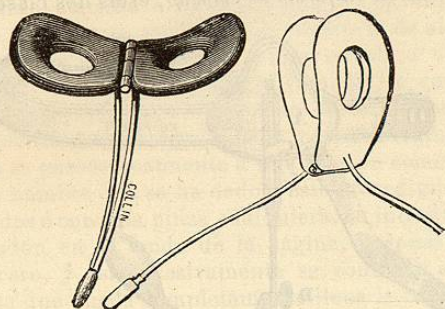


FIG. 746

Pesario de Zwaneck

Finalmente, para los casos de anteversión ó retroversión, se podrá elevar más la parte de la circunferencia del pesario que debe sostener la matriz. El pesario de Sims, compuesto de una mezcla

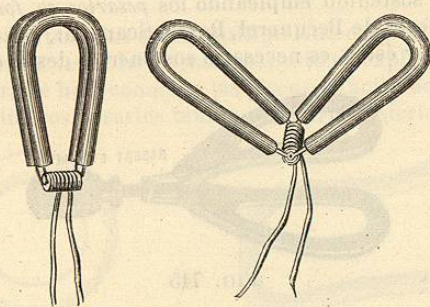


FIG. 747

Pesario de Pertusio

de plomo y estaño, puede doblarse en el grado y forma que desee el cirujano, para apoyarse en uno ú otro lado del fondo de saco vaginal.

No describiremos aquí los pesarios de Mayer, Hodge, Schultze, Thomas, Graily, Hewitt, para lo cual pueden verse los tratados espe-

ciales. Me limitaré á señalar el pesario de resorte de Gualde, imitado por Dumont-Pallier, porque presta los mayores servicios. Está formado por un resorte arrollado envuelto en un anillo de caucho. Puede colocarse fácilmente, porque la simple presión de los dedos lo prolonga y lo aplasta; una vez dejado en la vagina toma su forma anular.

*Modo de aplicación.*—Colocada la mujer en decúbito supino, con los muslos separados y en ligera flexión y previamente untado de cerato el pesario, el cirujano lo presenta en la vulva en el sentido más favorable á su introducción, y lo empuja de abajo arriba y de

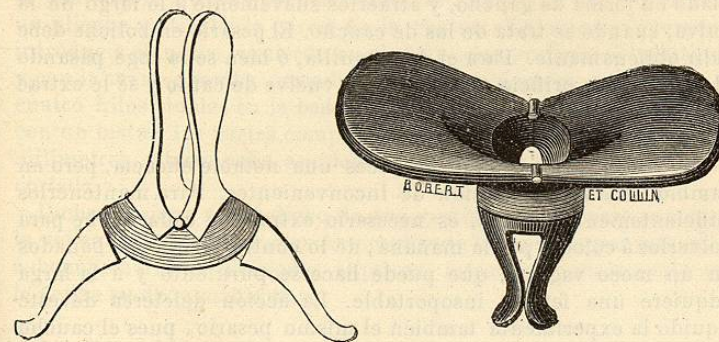


FIG. 748

Pesario de Eulenburg

delante atrás en el interior de la vagina, siguiendo las mismas reglas que hemos dado para la introducción del espéculum. Así es que, para introducir los pesarios de caucho, lo mismo si se trata de los que tienen la forma de un reloj de arena que de los que se parecen á un embudo, se aproximan las dos mitades de su circunferencia superior para aplanarlo lateralmente y darle la forma elíptica. Se introduce en la vagina una de las extremidades de esta elipse, y se la dirige hacia arriba y atrás en dirección de la concavidad del sacro, á fin de que la otra extremidad pueda pasar por debajo del arco del pubis. Una vez pasado el orificio vaginal, el pesario recobra su forma, y sólo falta empujarlo con el dedo hasta la altura que convenga colocarlo.

El pesario en boliche es necesario cogerlo casi transversalmente, para que presente su circunferencia de canto á la vulva; pero, una vez introducido en la vagina, se le endereza de manera que su mango ó cola vuelva á colocarse en la línea media.

El pesario en rosquilla debe presentarse también de canto; la