

En 1828, Roux, con intención de restablecer por sutura la continuidad del intestino, practicó la laparotomía, disecó las adherencias que sujetaban al intestino cerca de la abertura vaginal, suturó los dos cabos aislados, los reintrodujo en el vientre y cerró la herida. La enferma murió, y la autopsia demostró que Roux había seccionado el extremo estomacal del intestino delgado; pero en vez de seccionar el cabo rectal de este intestino, había seccionado el colon descendente. Además había unido el extremo estomacal del intestino delgado con el estomacal del colon, de modo que el extremo rectal ó periférico del intestino delgado continuaba abriéndose en la fistula, en donde desembocaba el contenido del extremo estomacal del ileon por el intermedio del colon y por un trayecto retrógrado, al paso que el extremo rectal del colon se abría libremente dentro del vientre.

En 1826, Casamayor, teniendo á su cuidado una mujer de 42 años, trató de establecer una comunicación directa del intestino delgado con el recto. A este fin mandó construir una pinza especial, de la cual una de las ramas se introdujo por la vagina en el extremo superior del intestino y la otra por el ano en el recto. Manteniendo aproximadas las dos ramas, determinaron la escarificación de los tejidos cogidos y las materias salieron á la vez por la vagina y el ano. Cuando era de esperar que se consiguiese la curación, desgraciadamente la enferma, no curada aún, murió de pleuro-pneumonía.

Verneuil y Otto Weber trataron este ano anormal como el que se abre al exterior. Verneuil introdujo en los dos extremos del intestino una pinza de pólipos obrando á manera de enterotomo; dejándola colocada durante once días. Por desgracia la inflamación determinó la oclusión del extremo inferior y la operación no dió ningún resultado.

Otto Weber fué más afortunado. Tratábase en su caso de una mujer de 23 años cuya vagina había sido desgarrada por la mano poca diestra de un comadrón, resultando de ello una hernia intestinal y un ano anormal. Weber aplicó á los dos extremos del intestino un enterotomo de Dupuytren modificado para seccionar el espolón. Al tercer día empezaron á pasar por el ano las materias. El enterotomo estuvo colocado durante seis días. El orificio se redujo poco á poco hasta un centímetro de diámetro. Weber no había obtenido, pues, más que un resultado parcial. Después de la muerte de este eminente cirujano, Heine continuó el tratamiento aplicando nuevamente el enterotomo, refrescando después los bordes de la herida vaginal, suturándola, con lo cual después de algunos incidentes obtuvo una curación completa.

Como se ve, los casos son poco numerosos, pero de ellos parece deducirse que en tales circunstancias el plan curativo preferible es la enterotomía primero y la sutura después.

ARTÍCULO III

DE LAS OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL ÚTERO Y SUS ANEXOS

I.— Del cateterismo del útero

Anatomía.—Las dimensiones de la cavidad del útero, hasta en estado normal, son muy variables. Según Guyon, en las vírgenes ofrece en general de 45 á 50 milímetros de altura; en las mujeres que han usado del coito, de 48 á 55 milímetros; en las que han parido de 55 á 60 milímetros; pero durante las épocas menstruales esta altura aumenta de 5 á 10 milímetros. De la altura total corresponden á la cavidad del cuello de 26 á 29 milímetros en la edad de la pubertad, después de muchos embarazos, le corresponden de 21 á 28, para volver entre 14 y 24, después de la menopausia.

El orificio externo del cuello ú *hocico de tenca* en las vírgenes

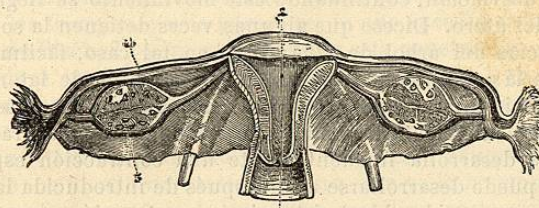


FIG. 770

SECCIÓN DEL ÚTERO Y DE SUS ANEXOS

1, Cavidad del útero.—2, conducto de la trompa.—3, ovario.—4, cavidad del cuello uterino y vagina

ofrece una hendidura de 6 á 8 milímetros; el diámetro de ésta es doble en las mujeres que han tenido hijos, y vuelve á estrecharse en la vejez. Antes del embarazo, el orificio interno ofrece un estrechamiento de 3 á 4 milímetros de diámetro por 5 ó 6 de longitud; y en las que han tenido hijos, es siempre mucho más estrecho que el externo. Entre los dos se extiende la cavidad del cuello, que mide de 5 á 8 milímetros en diámetro transversal, mientras que sus paredes están en mutuo contacto de delante atrás. En estas dos paredes se percibe una eminencia vertical que tiene ramas

análogas por uno y otro lado y divergentes hacia arriba formando lo que se ha llamado el *árbol de vida*.

Por último, en estado normal, el útero está generalmente un poco encorvado hacia adelante, el cuello lleva la dirección de la vagina, y el cuerpo se inclina ligeramente sobre la vejiga. Fácilmente se comprende que el estado de plenitud ó vacuidad de esta misma viscera debe influir mucho en el grado de incurvación del útero.

Procedimiento operatorio.—La sonda uterina, llamada también *histerómetro*, consiste en una varilla metálica, ligeramente encorvada, provista de su correspondiente mango y con las divisiones del metro marcadas en ella para medir la profundidad á que haya penetrado en el útero.

Colocada la enferma como para la aplicación del espéculum, se empieza reconociendo por el tacto la dirección del útero: se introduce después el índice izquierdo de manera que el pulpejo mismo se aplique sobre el labio posterior del mismo, inmediatamente por detrás del orificio de éste, y sobre este dedo se desliza la sonda con la convexidad mirando atrás. Se penetra en el interior del cuello, conduciendo el mango hacia arriba y un poco atrás, y si no hay desviación, continuando este movimiento se llega hasta el fondo del útero. Dícese que algunas veces detienen la sonda las prominencias del árbol de vida; pero en tal caso, fácilmente se desprendería comunicándole algunos movimientos de lateralidad. Mas el orificio interno constituye un obstáculo mucho más serio. Desde luego existe en este punto un estrechamiento natural; pero además se desarrolla frecuentemente una contracción espasmódica, que puede desarrollarse aún después de introducida la sonda y oponer una considerable resistencia á su extracción.

Bennet, después de haber practicado el cateterismo en 600 mujeres, afirma que casi siempre encontró en este punto un obstáculo que no puede vencerse sino efectuando cierta presión. De aquí también un error bastante común en los prácticos noveles, que se creen haber penetrado en el útero cuando todavía el instrumento no ha pasado del cuello; según Bennet, no basta introducir la sonda á 38 y ni siquiera á 44 milímetros de profundidad, sino que es *absolutamente indispensable* que haya penetrado más allá de los 50 milímetros. Esto parece mucho en relación con la altura real del cuello; pero debemos recordar que casi nunca se sonda el útero en estado normal, y que el efecto más común de las afecciones del útero es el de aumentar las dimensiones de esta viscera en todos sentidos; además, la sonda, al chocar contra el orificio uterino, rechaza siempre más ó menos esta viscera, lo cual prolonga todavía más la porción del cuello recorrida ya. En todos los casos

es necesario introducir el instrumento lentamente y con la mayor suavidad, precepto que viene apoyado por otra importante consideración.

Generalmente el instrumento recorre todo el trayecto del cuello sin provocar dolor; pero, al pasar el orificio interno, determina casi siempre un dolor muy vivo. Otros dolores nacen también del contacto del pico de la sonda con las paredes uterinas; de aquí que en ciertas mujeres se desarrollen espasmos histéricos y hasta accidentes tan graves, que alguna vez han llegado á determinar la muerte. Sabido con cuánta prudencia es necesario proceder en la introducción del instrumento, debe tenerse también muy presente que después de haber penetrado en el útero, conviene, como en la vejiga, permanecer en su interior el menor tiempo posible, así es que ningún examen se prolongará nunca más de algunos minutos.

La sonda uterina penetra á veces á mucha profundidad sin que el cirujano haya hecho ningún esfuerzo capaz de perforar el útero. Valenta, habiendo introducido la sonda á una profundidad de 23 centímetros, creyó en la existencia de una fistula útero-perineal, y Bandel, en el congreso de Gratz, ha referido casos de estas fistulas á consecuencia de operaciones practicadas en el útero. Se ha dicho también que, en algunos casos, la sonda ha penetrado en una de las trompas, y esto parece ser lo que sucedió en una observación de Bischoff; pero casi siempre esta penetración exagerada es debida á una perforación del útero, accidente que ordinariamente no ha tenido graves consecuencias. En un caso, Nélaton en presencia de Denonvillers perforó de este modo el útero y no sobrevino trastorno alguno. Para evitar este peligro, Lengrand (de Lille) ha ideado un catéter uterino, que yo lo he empleado con ventajas. Se compone de un tubo metálico corto que lleva á manera de mango una chapa graduada terminada en un espaldón que toma punto de apoyo en el cuello uterino; en este tubo penetra una sonda de caucho blando, á la cual se da cierta resistencia por medio de un resorte de hilo de cobre arrollado en espiral. Esta sonda tiene bastante resistencia para franquear el orificio interno del cuello, pero no podría tener la suficiente para producir una perforación.

II.—De las desviaciones del útero

Sucede á veces que el útero se desvía en su totalidad, de suerte, por ejemplo, que el cuerpo se inclina hacia adelante, mientras que el cuello se dirige hacia atrás, *anteversión*; ó el cuerpo hacia atrás

y el cuello hacia adelante, *retroversión*; así como otras veces acontece que el cuerpo es el único que se dobla sobre el cuello, ya hacia adelante, *anteflexión*, ya hacia atrás, *retroflexión*. Se han observado también *lateroversiones* y *lateroflexiones*.

Estas desviaciones van frecuentemente acompañadas de dolores que se calman, ya con el uso de un cinturón hipogástrico, pues, al parecer, impide que los intestinos graviten sobre el útero, ya mejorando la posición de este órgano á beneficio de los pesarios. Un medio más directo consiste en introducir la sonda en el útero, siguiendo lentamente las incurvaciones de la desviación y manteniéndolo en su posición normal durante algunos minutos para repetir la misma operación al día siguiente. Como que este procedimiento las más de las veces no impide que el útero vuelva á su desviación primera, Simpson tuvo la idea de dejar colocado el instrumento que llama *enderezador uterino*.

Procedimiento de Simpson.—Este enderezador consiste esencial-

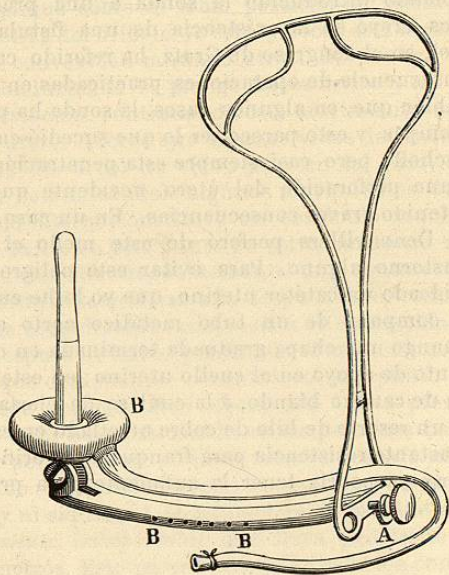


FIG. 771

Enderezador uterino de Simpson

mente en una varilla resistente de metal ó marfil, cuya longitud es la de la cavidad uterina, y se une casi en ángulo recto con

otra varilla destinada á situarse á lo largo de la vagina; esta segunda se une también en ángulo con un anillo exterior que sirve de mango al instrumento (fig. 771).

Una vez reconocida la dirección del útero, se introduce en el cuello la varilla terminal hasta que se nota que choca con un obstáculo. Si este obstáculo proviene de la inflexión del órgano, se hace descender ó se eleva el mango del enderezador para hacer seguir á éste la dirección conveniente, y cuando, por fin, se nota que ha penetrado hasta el fondo del útero, se le endereza inclinando el mango hacia adelante ó hacia atrás según el sentido de la inclinación anormal, y el mango se fija en esta posición á beneficio de cordones que rodean la pelvis.

El pesario intra-uterino de Simpson ha sufrido numerosas modificaciones: me limitaré á citar los instrumentos de Mayer, de Martin, de Studley, etc., porque estos medios están hoy casi completamente abandonados.

Apreciación.—El empleo del enderezador ofrece muy serios peligros; ha llegado á producir hemorragias graves, inflamaciones del útero, del peritoneo y de la fosa iliaca, y por fin, la muerte de la enferma. Quizás estos peligros se realicen muchas menos veces de las que se temen; pero la más grave observación que puede hacerse á este procedimiento, es la de ser incapaz de producir los efectos que de él se esperan. La matriz no tiene una posición fija en el vientre, sino que fluctúa entre la vejiga por delante y el recto por detrás, separada de este último únicamente por asas del intestino delgado ó la S iliaca. Si se retiran estos intestinos, inmediatamente la matriz se invierte hacia atrás; pero si luego se los vuelve á su sitio, también la matriz se vuelve hacia adelante. Se ve, pues, que, aparte de los casos de inflamación crónica y adherencias en que el enderezamiento es imposible, fácilmente se puede conducir á la matriz á su posición normal por un simple cateterismo de algunos instantes; la colocación indefinida del instrumento no tiene mayores ventajas, y el decúbito sobre el vientre hasta á veces para obtener el mismo resultado. Si en este momento se desliza entre ella y el recto alguna asa intestinal, ó si se acumulan heces en la S iliaca, el enderezamiento podrá ser definitivo; en mi práctica he visto muchas retroflexiones que han desaparecido espontáneamente. Pero no me cansaré de repetir que si el enderezamiento por medio de la sonda ó de la simple posición puede intentarse con ventajas, la colocación indefinida del enderezador no responde á indicación de ningún género.

Amussat ensayó la cura radical de la retroversión por un procedimiento que no tiene fundamentos mucho mejor razonados.

Procedimiento de Amussat.—Este cirujano trata de volver y fijar el cuello uterino hacia atrás, cauterizando la mucosa de la pared posterior del cuello con el cáustico de Pilhos, para determinar adherencias en este punto.

Amussat afirma haber conseguido con este medio dos curaciones. Que el cuello haya adquirido mejor dirección, lo concedo; pero respecto del cuerpo, me permito dudar.

Para sostener el útero desviado se emplean ordinariamente los pesarios vaginales, los histeróforos de Swank, Becquerel, Roser, Lazarewitch, etc., ó simplemente tapones que se aplican en uno de los fondos de saco vaginales, de manera que rechaza el cuello en sentido inverso de la dirección que se quiera imprimir al útero. Para evitar á los enfermos la necesidad de acudir al cirujano para la colocación de estos tapones que deben renovarse al menos una vez al día, se han inventado algunos instrumentos que permiten á la enferma colocarse estos tapones por sí misma en el punto que deben ocupar.

El más sencillo y el mejor de estos instrumentos es el porta-tópicos vaginal de Delisle (fig. 772). Se compone de dos valvas en



FIG. 772

Porta-tópicos vaginal de Delisle (expulsión de la almohadilla)

forma de canal, que reunidas forman un tubo, una especie de espéculum cilíndrico prolongado, por dentro del cual se mueve un pistón. La enferma coloca el tapón ó el saquito en el porta-tópicos, lo introduce cerrado y colocado en el sitio conveniente, hasta empujar el pistón para hacer salir y colocar el tapón.

En las desviaciones uterinas se emplea frecuentemente un cinturón de chapa movable cuya dirección se cambia por medio de una llave y un engranaje interior. La experiencia me ha demostrado que este cinturón únicamente obra con alguna eficacia en los casos de anteversión. Por fin, en estos últimos años se ha aplicado á la curación de la retroversión la operación de Alexander, propuesta y practicada primeramente contra el prolapso uterino; y más recientemente la sutura del útero á la pared abdominal.

Operación de Alexander.—El 17 de Noviembre de 1840, Alquié (de

Montpeller) presentó á la Academia de Medicina una Memoria en la cual proponía ir en busca de los ligamentos redondos y acortarlos para la curación de la retroflexión y de la retroversión del útero; pero parece que nunca llevó á cabo esta operación. Deneffe (de Gant) en 1864 la intentó para curar un prolapso, pero no pudo encontrar los ligamentos redondos. Esta operación, propuesta en Francia en 1840 é intentada en Bélgica en 1864, fué practicada en Liverpool en 1881 por Alexander, y por esto es conocida con el nombre de este cirujano.

El fundamento de la operación es de los más sencillos; se aíslan los ligamentos redondos, se tira de ellos para enderezar el útero, y una vez conseguido, se fijan estos ligamentos dejándolos más cortos, acortamiento que debe hacerse permanente. Pero como

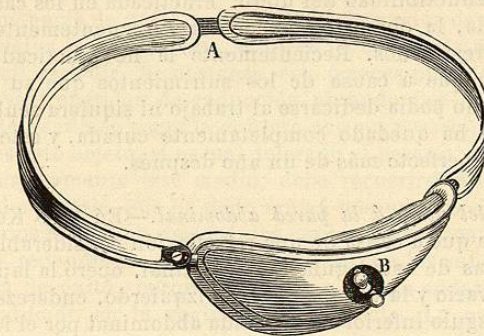


FIG. 773

Cinturón hipogástrico, de placa móvil

estos ligamentos son delgados y frágiles, si se operase el enderezamiento del útero exclusivamente tirando de ellos, fácilmente se romperían, y por esto se facilita este movimiento empujando directamente el útero con el dedo introducido bien en el fondo de saco vaginal posterior, bien en el recto, ó también podemos emplear un enderezador intrauterino.

La operación se practica de la manera siguiente: se hace una incisión de 3 á 4 centímetros sobre el anillo inguinal y en la dirección del ligamento redondo. Se pone al descubierto el pilar interno, adosado al cual se encuentra frecuentemente el ligamento. Por fuera del conducto las fibras del cordón se disocian rápidamente, pero dentro del conducto es bastante denso y en caso necesario en este punto es donde se le debe buscar. Puesto el cordón al descubierto, se aísla con la sonda acanalada ó con las tijeras, desprendiéndole de las bridas celulares que lo unen á los pilares y á los

músculos oblicuo menor y transversos. Cuando se opera con las tijeras, no debe ejercerse mucha tracción sobre el cordón, porque podría suceder que se hiciese seguir el peritoneo inmediato al anillo interno y entonces sería seccionado.

Una vez aislado el cordón todo alrededor del anillo, un ayudante introduce los dedos en el recto y coloca el útero en su normal posición. No han venido á un acuerdo unánime los cirujanos acerca de la conducta que se debe observar con respecto á la porción de ligamento que resulta excedente después del enderezamiento del órgano. Unos lo escinden; pero otros, y yo me adhiero á estos últimos, lo doblan sobre sí mismo, lo apelonan y lo fijan mediante algunos puntos de sutura.

Nunca debe procederse á la operación sin haberse antes asegurado de la reductibilidad del útero. Practicada en los casos en que está indicada, la operación puede dar y frecuentemente ha dado excelentes resultados. Recientemente la he practicado en una mujer joven que á causa de los sufrimientos que su defecto le ocasionaba, no podía dedicarse al trabajo ni siquiera sentada. Con la operación ha quedado completamente curada, y este resultado se mantenía perfecto más de un año después.

Fijación del útero á la pared abdominal.—En 1869 Kæberlé, en una enferma que á causa de una retroflexión considerable presentaba síntomas de estrangulación intestinal, operó la laparotomía, extirpó el ovario y la trompa del lado izquierdo, enderezó el útero y lo fijó al ángulo inferior de la herida abdominal por el intermedio del pedículo resultante de la ablación de las anexas. La enferma curó, y cuatro años después continuaba en el más perfecto estado. Es de notar que Kæberlé hace constar que no practicó la operación motivada simplemente por la retroflexión, sino porque la enferma estaba en peligro de muerte por obstrucción intestinal. La prudente advertencia de Kæberlé no ha hecho mella en el ánimo de otros operadores, y en 1886 Saenger (de Leipzig), practicó la ablación de los ovarios por neuralgias, y como se encontrase que al mismo tiempo había retroflexión, suturó el muñón del ovario derecho al ángulo inferior de la herida abdominal. Algunos días después repitió la misma operación en otra mujer de veintiocho años de edad. Kelly dió á conocer estos casos en América, y pronto se repitió allí esta misma operación. Polk (de Nueva-York), después de haber abierto el vientre y reducido el útero, pasó por detrás de éste el asa de un tubo de drenaje, cuyos cabos salían por la incisión abdominal para atraer el útero hacia delante. Léopold, en vez de fijar el órgano por el intermedio del muñón de los ligamentos del ovario, pasó los hilos á través del tejido propio del útero á poca distancia por debajo de la túnica serosa. L. Tait,

Olshansen, Bardenhausen, Hennig, Czerny, Schröder y Keith han operado la fijación del útero como tiempo secundario de otra operación intra-abdominal. Después de repetida diferentes veces en el extranjero, esta operación ha sido importada á Francia, y como era de esperar, entre nosotros empieza ya á prodigarse demasiado, como sucede en este momento con la mayoría de las operaciones que se practican en los órganos genitales de la mujer.

Apreciación.—Las desviaciones del útero no todas tienen igual importancia. Las anteversiones generalmente ocasionan escasa molestia, sencillamente alguna dificultad al orinar, y la enferma siente casi siempre notable alivio por la simple aplicación de un cinturón con chapa. No sucede lo mismo con la retroversión, sobre todo si va acompañada de retroflexión. Lo que agrava la situación es la circunstancia de que á causa de la inflamación de que muchas veces se origina la retroversión, el útero ha contraído adherencias, que es difícil destruir. No obstante, esto á veces puede conseguirse por tentativas repetidas de reducción obrando por la vagina y el recto y sosteniendo en seguida el útero con un pesario. Si no puede conseguirse este objeto, si es mal tolerado el pesario ó la enferma rehusa enérgicamente este medio, debe recurrirse á la operación de Alexander-Alquié, que ha dado muy á menudo excelentes resultados. No obstante, hay casos en los cuales el acortamiento de los ligamentos redondos no podría practicarse con las suficientes probabilidades de éxito, porque el útero no se deja enderezar con el dedo introducido en la vagina ó en el recto. La operación de Alexander puede mantener en su sitio un útero previamente enderezado; pero la tracción sobre los ligamentos redondos no podría por sí sola enderezar un útero por poco firme que estuviese en su situación anormal. En este último caso, la laparotomía, permitiendo actuar directamente sobre el útero y fijarlo por sutura á la pared abdominal, parece ser una buena operación, con la cual podría conseguirse un resultado completo y duradero. Pero esta operación yo únicamente la acepto en los casos en que está muy formalmente indicada, ó sea cuando todos los demás medios han sido inútiles, y por consiguiente en casos extremadamente excepcionales, con lo cual quiero decir que repruebo decididamente el abuso que en estos momentos se hace de ella.

En los veinticinco años que llevo al frente de extensas visitas de cirugía, únicamente he encontrado cuatro ó cinco casos de retroflexión bastante graves, por sus consecuencias, para justificar aquella operación si en aquellas épocas se hubiese practicado, y sin embargo, de algunos meses á esta parte los casos de histerografía se multiplican de una manera imponente para las enfermas de nuestros hospitales, abandonadas absolutamente á los ardimien-

tos quirúrgicos más atrevidos y menos justificados. Considero demasiado lo que vale la vida de los enfermos para dejar de reprobar semejante exageración. Que después de una operación de ovariotomía si se encuentra una retroflexión, se fije á la pared abdominal el útero enderezado, es lo más natural; que en presencia de accidentes graves que ponen en peligro la vida ó, hasta si se quiere que impiden el descanso de la enferma, sin haber conseguido mejoría con la operación de Alexander ó habiendo ésta resultado impracticable, se abra el vientre y se opere la histerorrafia, aún lo concedo. Pero que esta operación venga á constituir, por decirlo así, el único tratamiento de las retroversiones y de las retroflexiones; que, para casos relativamente ligeros, sin haber ensayado con perseverancia las maniobras de enderezamiento, las cataplasmas, los saquitos vaginales, los pesarios, se abra el vientre, se extirpen el ovario y la trompa, no puedo menos que reprobarlo, pues constituye esto un abuso de una operación que pone en peligro, como lo demuestra la experiencia, la vida de una enferma, á quien muchas veces se le ocultan los peligros y las consecuencias de la operación que se le va á practicar. Por lo demás, aún la ciencia no ha determinado fijamente cuáles son las ventajas de esta operación, pues que es reciente y no es posible saber aún si las mejorías obtenidas han sido permanentes.

III.—De la retroversión durante el embarazo

Es sobre todo durante el embarazo que la retroversión reclama los auxilios del arte, y en este caso es urgente proceder á la reducción.

Procedimiento de reducción.—La mayoría de los autores aconsejan que la mujer se coloque sobre los codos y las rodillas; pero Moreau rechaza en absoluto esta posición, alegando que las mujeres no pueden guardarla mucho rato. Ha observado, este cirujano, que á las primeras tentativas de reducción, la presión ejercida sobre el útero causa á la mujer un dolor especial, enervante, comparable al que resulta en el hombre de la presión del testículo, dolor que abate sus fuerzas y la hace caer aplanada sobre el vientre, así es que prefiere que la mujer se coloque sobre el dorso, con las piernas dobladas sobre los muslos, los muslos sobre el abdomen y la cabeza inclinada sobre el pecho. Se introducen el índice y medio en la vagina, se rechaza hacia arriba el cuerpo del útero, y luego con el índice se coge el cuello para inclinarlo hacia abajo.

De este modo se puede alcanzar el objeto en los casos más sencii-

llos; pero, por poca dificultad que exista, es mucho más seguro introducir uno ó dos dedos en el recto para empujar directamente hacia arriba el fondo del útero, y encuentro que es una excelente posición la mujer echada transversalmente con la pelvis sobresaliendo del borde de la cama y elevada por la flexión completa de los muslos sobre el abdomen.

Cuando no se pueda alcanzar el objeto con los dedos, se podrá recurrir al procedimiento de Evrat. Se toma una varilla de madera muy resistente de 24 á 27 centímetros de longitud, que tiene una de sus extremidades redondeada y cubierta con un tapón de lienzo ó yesca. Echada de lado la enferma, y después de untado el instrumento, se introduce éste en el recto para empujar el fondo del útero, mientras que con dos dedos introducidos en la vagina se coge el cuello para inclinarlo hacia abajo y atrás.

Para facilitar el desprendimiento del útero, Capuron aconseja que se le comunique un movimiento de semi-rotación, empujando su fondo por el lado derecho, para hacerlo pasar por delante de la sínfisis sacro-iliaca. Amussat puso provechosamente en práctica esta maniobra en un caso en que creía que el útero estaba retenido por adherencias.

Además de estos, se han propuesto también otros medios. Hervez de Chégoín creía que se facilitaría la reducción aplicando un pesario que levantara el fondo del útero y dejándolo colocado durante cinco ó seis días. Halpin introdujo en la vagina, entre el fondo del útero y el recto, una vejiga vacía, que después la llenó de aire insuflado: alcanzó buen éxito. Cree este cirujano que, en caso necesario, en vez de aire, se la podría llenar de agua. Parece que la acción de la vejiga sería más poderosa si se la introdujera por el recto. Sin embargo, Mazier ha operado igualmente con buen éxito para la vagina, aplicando un pesario elíptico y dirigiéndolo hacia atrás entre el periné y el útero; comprimiendo en seguida con dos dedos sobre la extremidad del pesario más próxima al sacro, pudo ejercer una fuerte presión y rechazar así el útero hacia el estrecho superior.

Finalmente, Dussaussoy ha aconsejado introducir en el recto toda la mano, recurso extremo, pero que en último caso no debe despreciarse.

IV.—Inversión uterina

La inversión uterina es una forma de dislocación en la cual el fondo del útero se deprime hacia su propia cavidad volviéndose sobre sí mismo, como el fondo de un saco cuando se le vuelve del

revés, acabando por pasar á través del cuello, y convirtiéndose su superficie interior en exterior, de modo que en la inversión completa, la mucosa uterina se presenta al exterior, y el útero toma la forma de un pólipo, cuya cavidad, continuándose hacia arriba con la cavidad peritoneal, está formada por la superficie serosa de la matriz. Esta invaginación puede ser ocasionada por la presencia de cuerpos fibrosos y pólipos, los cuales, implantados en la cara interna del órgano y expulsados á través del cuello, arrastran consigo al tejido mismo del útero, cuya pared se deprime, se vuelve del revés y se invagina. Esto sucede frecuentemente en el momento del parto, estando la placenta adherida á la matriz y siendo el fondo de ésta arrastrado por aquélla.

Las inversiones uterinas, bajo el punto de vista de las indicaciones terapéuticas, deben dividirse en dos grandes clases: inversiones recientes é inversiones antiguas.

No nos ocuparemos en las primeras, porque su historia corresponde más propiamente á los tratados de partos; nos limitaremos á decir que la reducción inmediata es de absoluta necesidad, porque de otro modo la hemorragia es tan abundante que pone en peligro inmediato á la enferma. Debe procederse desde luego á la compresión de la aorta, practicando en seguida uno de los procedimientos de reducción que vamos á estudiar, que aunque destinados á las inversiones antiguas son igualmente aplicables á las recientes.

El tratamiento de la inversión antigua comprende dos grandes métodos: 1.º la reducción del útero invertido; 2.º su ablación. Cada uno de estos métodos comprende distintos procedimientos.

1.º *Taxis*.—La taxis llamada central consiste en hacer presión sobre el fondo del útero, procurando rechazarlo á través del cuerpo invertido, con lo cual, á medida que el fondo sube hacia el abdomen, arrastra consigo el resto del órgano. Cuando el útero es poco voluminoso y el cuello un poco estrecho, es casi imposible introducir los dedos para acabar el movimiento de reducción; por esto Viardel, que en 1674 empleó este procedimiento, trató de sustituir la mano por un botador, que consistía en una varilla de madera que por una extremidad era más ancha, blanda y redondeada. Withe (de Búfalo) modificó este instrumento haciendo que terminase por la parte del mango en una espiral elástica de acero formando resorte, espiral que se aplica contra el pecho del cirujano, mientras que con la mano derecha éste facilita la reducción.

Puzos y Astruc, en vez de empezar la reducción por el fondo del útero, comprimen todo el órgano con los dedos cerrados, y tratan de reintroducir primero las partes más próximas al cuello, que es lo que constituye la taxis periférica. Una de las causas que se oponen principalmente á la reducción es la falta de fijeza del

útero: como que todo el órgano debe atravesar el cuello que á su vez se encuentra invertido, cuando se hace presión sobre el órgano, el cuello sube igualmente hacia el abdomen, y si se desplegara excesiva fuerza, podría suceder que se desgarrase la vagina. Por esto se han ideado diferentes procedimientos para fijar, retener y dilatar el cuello. Malgaigne y Arán han aconsejado sujetarlo con erinas, consejo poco práctico, porque por una parte es posible que se desgarre el tejido del cuello, y por otra puede suceder que el cirujano se hiera los dedos con los garfios de las erinas. Barnes, para disminuir el obstáculo que pone el cuello retraído, ha aconsejado practicar en él incisiones, lo cual es posible en la inversión parcial, pero en la total sería difícil distinguirlo limpiamente é interesar con toda seguridad el cuello.

Emmet, en un caso en que no podía obtener más que una reducción muy incompleta, pasó hilos metálicos á derecha é izquierda á través de los labios del cuello; reuniéndolos y torciéndolos, condujo los labios del cuello por debajo del fondo del útero invertido, al propio tiempo que los hilos apoyándose sobre este fondo tendían á la reducción. Doce días después se retiraron los hilos, y si bien el útero no estaba reducido, se consiguió la reducción á la primera tentativa.

Gaillard Thomas, para obrar más eficazmente sobre el anillo constrictor formado por el cuello, procuró obrar directamente sobre el mismo. Practicó la laparotomía supra-pubiana, y con una pinza dilatatriz introducida en la cavidad peritoneal del útero invertido, dilató el cuello, al mismo tiempo que procuraba reducir el útero con la mano introducida en la vagina. Dos veces practicó esta operación: en el primer caso, perforó la vagina entre el útero y la vejiga, y sin embargo, el enfermo curó; en el segundo, la reducción fué fácil, pero la enferma murió de peritonitis. Es de desear que no se ensaye este medio por tercera vez.

Se ha ensayado la taxis lenta por medio de pesarios: Siebold, Smart y Amussat obtuvieron la reducción con pesarios en forma de varilla con la extremidad engrosada, pesarios sostenidos por un cinturón perineal. El pesario de caucho de Gariel, lleno de aire, y el pesario de agua ó colporpynter de los alemanes, á pesar de las pocas curaciones obtenidas con el auxilio de este último, y á pesar también del favor que disfruta en Alemania y en Inglaterra, me parece de poca utilidad en las inversiones antiguas. Apelé á este medio sin resultado en un caso en que tampoco había conseguido nada con la taxis manual, caso que después lo curé por la ablación, y me ha parecido que si la distensión de la vagina y la presión del fondo del útero podían conducir á un resultado útil, apenas era esto posible más que en las invaginaciones de fácil reducción.

2.º *Ablación del útero.*—Cuando no puede ser reducida la inversión, y por otra parte trae consigo graves inconvenientes y serios peligros, como los que surgen de las repetidas hemorragias, se está autorizado para proceder á la extirpación del órgano, y esta ablación se ha practicado por muy diversos procedimientos.

A. *Ablación con el bisturí.*—Se practica una incisión circular alrededor de la base del tumor; esta incisión abre los fondos de saco peritoneales, en los que se encuentran los dos cordones formados por las trompas y los dos cordones anchos, los cuales se dividen también después de haberles aplicado una ligadura. Higgins y Velpeau antes de practicar la amputación del útero atravesaron el pedículo con hilos que después sirvieron para la sutura y para evitar la hemorragia. Según la estadística que ha publicado Denucé en su libro tan rico de documentos acerca de la inversión uterina, de 22 ablaciones con el bisturí, han resultado 14 curaciones y 8 muertos, lo cual arroja una mortalidad de 36 por 100. De estos 8 casos de muerte es preciso consignar que 5 se remontan á la fecha de 1813.

B. *Estrangulación lineal.*—Este método tiene por principal objeto evitar las hemorragias; pero bajo este punto de vista no ofrece completa seguridad, porque los vasos uterinos por su volumen no siempre quedan suficientemente obliterados por efecto del estrangulador; son de temer las hemorragias y algunas veces éstas se han producido con extremada violencia. No obstante, este método es más seguro que la escisión pura y simple, y no es de extrañar que en 24 casos reunidos por Denucé no hubiese más que 5 muertos ó sea una mortalidad de 20 por 100.

C. *Cauterización.*—También con el mismo fin de prevenir la hemorragia, Valette (de Lion) ha propuesto y practicado la cauterización del pedículo con pinzas huecas ó acanaladas conteniendo una sustancia cáustica. Esta operación la ha practicado Valette dos veces con éxito y una vez sin ninguno; dos veces la ha practicado Ollier, habiendo sucumbido una de las enfermas; de modo que en 5 operaciones ha habido 3 casos de muerte, lo cual quiere decir que es un procedimiento peligroso. En efecto, una vez operada la sección del pedículo, la parte peritoneal tiende á retraerse dentro del abdomen y por pequeñas que sean las partículas de cáustico que hayan quedado en la herida, pueden originar el desarrollo de una peritonitis.

D. El *asa galvánica*, propuesta por Courty, me parece peligrosa por la probabilidad de que la acción calorífica se extienda al peri-

toneo inmediato del pedículo, y en efecto, de 3 operaciones han resultado 3 muertos.

E. La *ligadura simple* ó fija es aquella que, una vez colocada, queda invariable su fuerza de constricción, circunstancia que es un inconveniente, pues aunque en el momento de su aplicación esté muy apretada, su acción se debilita rápidamente á medida que son divididas las partes superficiales y sucesivamente disminuye el volumen del pedículo; de manera que no siempre es suficiente para producir la mortificación de las partes comprendidas, que son simplemente estranguladas. En 30 operaciones, la muerte ha acaecido 9 veces, lo cual arroja una mortalidad de 30 por 100, y por consiguiente muy superior á la del estrangulador lineal.

F. *Ligadura progresiva.*—En este género de ligadura se puede, á voluntad, aumentar la constricción y se aplica con los aprietanudos de Desault, de Græfe, Roderic, etc. No tiene en parte los inconvenientes de la ligadura fija, y en 48 observaciones ha contado Denucé 8 casos de muerte, lo cual representa una mortalidad de 16 por 100.

G. *Ligadura elástica.*—Esta la aplicó por vez primera Courty en 1874 con el aprietanudo de resorte de Charrière. En 1875 Arles (de Montpellier) empleó con este mismo fin un tubo de caucho, Perrier, para sujetar y distender el hilo de caucho, ha empleado un instrumento especial á manera de barra dentada. La aplicación de este instrumento puede ser útil cuando no es posible bajar el útero suficientemente para aplicar y apretar fácilmente el hilo, dificultad que pocas veces existe, porque casi siempre es posible bajar el útero hasta la vulva. En un caso de inversión completa é irreducible, me ha sido posible rodear el pedículo con muchas vueltas de un hilo resistente de caucho. No se produjo ningún accidente, y en pocos días se desprendió el útero. La ligadura elástica, según los datos recogidos por Denucé, ha ocasionado únicamente dos casos de muerte en 14 operaciones, y si se añade mi observación, que no figura en sus datos y constituye una tercera curación, tenemos, pues, una mortalidad que no pasa de 13 por 100.

Apreciación.—Ante todo debe ensayarse la taxis; pero es de advertir que en los casos antiguos ofrece pocas probabilidades de éxito. Las hojas serosas que cubren al útero en estado normal y en estado de inversión, están en más ó menos íntimo contacto, y pueden contraer adherencias entre sí oponiéndose á la reducción.