

Otro obstáculo lo constituye la retracción y dureza del cuello, y por último, como que la mano opera difícilmente por el interior de la vagina, el útero sube en su totalidad y huye ante la presión de los dedos; por esto podrá ser ventajoso procurar sujetarlo con dos dedos introducidos en el recto y apoyados contra los ligamentos útero-sacros.

Cuando por no haber dado resultado la taxis se crea conveniente practicar la ablación, el procedimiento más seguro parece ser la ligadura elástica; pero este procedimiento, como todos los demás, exige algunas precauciones. Cuando se aplica la ligadura á la base del tumor, comprende la vagina invertida y se corre el peligro de comprender dentro del asa constrictora un asa intestinal, y al mismo tiempo resulta de esta operación una herida extensa, cuya cicatrización es lenta y difícil. Para obtener la curación, basta suprimir el cuerpo del útero, y por consiguiente se puede aplicar la ligadura debajo del cuello. De esta manera es menor el peligro de los accidentes, la herida es estrecha y cura con mayor rapidez, la vagina conserva su longitud y termina por un rudimento de cuello. Este es el resultado que obtuve yo en mi enferma, y por razón de su edad me pareció conveniente conservar cuanto posible fuese la integridad de la vagina.

V. — Punción del útero

Esta operación se practica en dos casos diferentes: 1.º cuando, por obliteración congénita ó accidental del cuello uterino, el producto de la menstruación queda retenido dentro de la cavidad de la matriz; 2.º cuando, en un caso de retroversión irreducible, es necesario evacuar el producto de la concepción para reducir el útero. Se puede operar por la vagina y por el recto.

1.º *Punción por la vagina.*—Se empieza por buscar con el dedo los indicios del cuello en el sitio en que debiera existir, y si se le encuentra, se procura introducir en él una sonda metálica ligeramente curva, con la cual se fuerza el obstáculo. Si esto último no es posible, se introduce por la misma vía la cánula del trocar con el punzón oculto en su interior, y, al llegar al sitio del obstáculo, se empujan hacia adelante punzón y cánula, cuidando de detener el empuje en el momento que se nota la falta de resistencia.

Cuando no es posible encontrar indicio alguno del cuello, se perfora el útero en el punto que poco más ó menos corresponde al eje de la vagina. Para esto, conviene que la cánula introducida

esté aplicada contra la pared que se ha de atravesar; el cirujano aplica la mano izquierda sobre el hipogastrio, y con la derecha hunde el punzón y la cánula del modo arriba dicho. Cuando el motivo de operar sea la obliteración, se procurará obtener una abertura permanente, y para esto, se introduce por la cánula una sonda de goma elástica, que debe quedar colocada indefinidamente y la cual servirá á su vez para practicar por ella las inyecciones convenientes.

2.º *Punción por el recto.*—Este procedimiento es principalmente aplicable á los casos de retroversión, cuando el espesor de la matriz parece mucho menor por este lado y su prominencia está más aproximada al exterior que por la vagina. Las precauciones que hay que tomar son las mismas que en el caso anterior; únicamente que, como para el objeto que motiva la operación importa evacuar las aguas del amnios para que se produzca el aborto, si dicho líquido no saliera después de la punción, sería probable que el trocar habría penetrado en la placenta ó en el cuerpo mismo del feto. Entonces deberíamos introducir un estilete en la cánula para desobstruirla, intentando al mismo tiempo reconocer el sitio á que haya llegado, por ver si conviene retirarla ó introducirla todavía más. Una vez efectuado el derrame de las aguas, se retira la cánula, la herida se cierra, y al cabo de pocos días tiene lugar el aborto.

VI.—Incisión del cuello uterino

Podemos recurrir á esta operación ya como preliminar de otra más importante (extirpación de tumores intra-uterinos), ya simplemente con el objeto de dilatar el cuello estrechado, ó para combatir la neuralgia del cuello.

1.º *Incisión contra las neuralgias. Procedimiento de Malgaigne.*—Cuando el cuello desciende bastante y está entreabierto, tomando por guía el índice izquierdo introducido en la vagina, se introducen las tijeras ordinarias, y haciendo penetrar una de las ramas en el orificio de dicho cuello mientras que la otra queda por fuera del mismo y enfrente del punto neurálgico, de una sola vez se divide todo el espesor del labio hasta la profundidad de 1 á 2 centímetros. Cuando el cuello está muy elevado, se coge con las pinzas de Muxaux.

2.º *Incisión contra la dismenorrea y la esterilidad.*—Se practica ordinariamente en sentido transversal y raras veces en sentido

ántero-posterior. La incisión se hace de dentro á fuera ó de fuera á dentro. El uterotomo de Simpson es absolutamente análogo á un pequeño litotomo simple, y se opera con aquél del mismo modo que con éste. Greenlach ha inventado un uterotomo doble para poder practicar una discisión bilateral. En algunos casos para

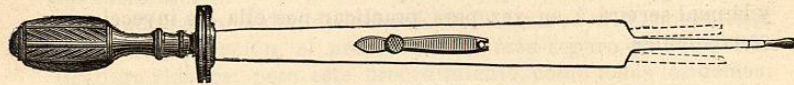


FIG. 774

Histerotomo de Greenlach

poder introducir el instrumento, se hace preciso operar la previa dilatación del cuello, con cuyo objeto Peaslec y Kütchensmeister ha ideado escarificadores análogos al siringotomo de Giraud Teulon, operando del exterior hacia la cavidad del cuello. Sims se sirve de pequeños bisturís de hoja muy estrecha, pudiendo inclinarse en diferentes sentidos, análogos á los que sirven para el refrescamiento de las fistulas véscico-vaginales.

Cuando la discisión se hace para permitir llegar á un tumor intra-uterino, la dilatabilidad del cuello permite incindirle con un simple bisturí de botón. Se procurará evitar la división del cuello en todo su espesor, sobre todo por encima de sus inserciones á la

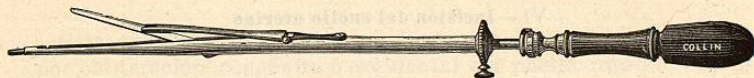


FIG. 775

Histerotomo de Collin

vagina, y en caso necesario será mejor desbridar por dos puntos á la vez. Otro punto de la mayor importancia consiste en hacer obrar el instrumento en la dirección del diámetro transversal, por temor de interesar el peritoneo por detrás y la vejiga por delante si la sección se prolonga demasiado.

En casos en los cuales parece que la dismenorrea ó la esterilidad pudieran atribuirse á una muy considerable estrechez del conducto cervical, se ha aconsejado y puesto en práctica la dilatación del cuello ya por medio de candelillas metálicas (Mackintosh), ya con un dilatador de hojas divergentes (Rygyby), ya con varillas metálicas de volumen gradualmente creciente (Simpson). Hoy día se emplean más especialmente los troncos de laminaria.

Únicamente cuando sea insuficiente este medio, se recurrirá á

las incisiones. Se ha abusado mucho de la discisión del cuello uterino: Hegar y Kaltentbach por sí solos han practicado 300 veces esta operación, Beigel ha reunido 900 casos pertenecientes á Tanner, Ballard, Sims, Emmet y Greenlach. Martin la practicó 386 veces y Chroback 300. Estas cifras son suficientes para juzgar si habrán sido fielmente observadas las indicaciones terapéuticas. Sin duda la operación no es grave, pero no por esto ha dejado de ocasionar la muerte de dos enfermas de Hegar, una de Martin y accidentes graves en diferentes. No debe, pues, practicarse esta operación de cualquier manera y sin que sea evidentemente necesaria.

VII.— De las fungusidades del útero.— Operación de Schröder

Se han comprendido con el nombre de fungusidades vegetaciones de muy diversa índole, hasta el presente no muy bien estudiadas; pero tienen de común la circunstancia de determinar hemorragias terribles, que no ceden más que á beneficio de una operación. Dupuytren describió pequeños cuerpos rubicundos, prolongados y pediculados que ocupan el cuello de la matriz, dan sangre al menor contacto, de volumen variable desde el de un guisante al de una habichuela; denominaba á estas producciones *pólipos mucosos ó céculo-vasculares*, y el tratamiento que les oponía era la escisión con las tijeras y la cauterización con el nitrato de plata. Otros han encontrado en el útero mismo pequeñas granulaciones análogas, sesiles ó pediculadas; se encuentran también unos mamelones fungusos sin membrana de cubierta y dispuestos á repulular; y finalmente, estas fungusidades pueden crecer en una superficie cancerosa. Dupuytren, que no admitía más que las de esta última clase, las extirpaba con las tijeras ó las *rascaba* con una especie de cuchara de acero de bordes cortantes, incluso las situadas en el interior del útero, para cauterizarlas después. Esta es la cucharilla que se ha conocido después con el nombre de cucharilla de Volkman.

En las fungusidades no cancerosas, se practica hoy día esta escisión parcial con la cucharilla de Recamier, especie de varilla de acero del volumen de una pluma de escribir, ligeramente encorvada en una longitud de 6 centímetros y ahuecada en su concavidad, formando una especie de canal de bordes adelgazados. Se atrae el cuello hacia la vulva con las pinzas de Museux, y después, introducido con precaución el instrumento en el útero, se le comunica un movimiento de rotación sobre su eje; los bordes obtusos de la canal son suficientes para desprender colgajos de estas vege-

taciones, y después de dos ó tres vueltas del instrumento sobre sí mismo, se le puede retirar.

Operación de Schröder.—Tiene por objeto curar las metritis del cuello y consiste en una especie de excavación del mismo ó escisión de la mucosa cervical. Esta operación se practica del modo siguiente: con el útero atraído lo más posible hacia la vulva y el periné retirado hacia atrás con un espéculum de Sims, el cirujano practica, siguiendo el eje del cuello, una sección transversal con el bisturí ó con las tijeras, procurando dividir el cuello en dos colgajos, uno anterior y otro posterior. Levantado el colgajo anterior formado por todo el espesor del labio correspondiente, en el punto terminal de su primera incisión y en el de unión de los dos labios, se practica una nueva incisión transversal, pero esta vez perpendicular al eje del cuello y bastante profunda para atravesar la mucosa. Volviendo entonces contra sí el filo del instrumento, se reseca una parte del labio anterior, comprendiendo en esta porción escindida toda la porción correspondiente de mucosa. Con esto el labio anterior habrá quedado reducido á la mitad de su espesor y su cara interna estará representada por una ancha superficie cruenta. Trátase entonces de doblarlo sobre sí mismo por su parte media, poniendo en mutuo contacto las partes refrescadas, y á este fin se introduce un hilo por el borde vaginal libre y no refrescado del labio, siguiendo todo el espesor del labio para venir á salir en el interior del cuello por el punto que ha sido respetado, es decir, por encima de la sección. La aproximación de las extremidades de los hilos y su constricción produce la coaptación de las superficies. Sobre el labio posterior se opera del mismo modo que sobre el anterior, y después de esto ya no falta más que colocar por cada lado dos puntos de sutura para cerrar los bordes de la hendidura. En resumen, la operación consiste en escindir transversalmente el segmento medio del cuello conteniendo la mucosa y en replegar sobre sí mismo cada uno de los labios á fin de reconstituir un corto conducto cervical formado por lo que era al principio mucosa exterior ó vaginal del cuello.

Apreciación.—El rascado del útero, antiguamente muy empleado y después abandonado porque se le reconocieron más inconvenientes que ventajas, conservándolo únicamente para algunos casos excepcionales, ha sido nuevamente reintroducido en la práctica casi como una novedad de la época, y en este momento disfruta del favor que se concede á las innovaciones. Las fungosidades uterinas que acompañan á las metritis se traducen por dos síntomas principales: flujo blanco, gleroso, más ó menos abundante, y hemorragias. Estas últimas se corrigen casi siempre haciendo apli-

cación de un medio empírico ideado y puesto en práctica por Malgaigne, medio que yo, siguiendo su ejemplo, he puesto en práctica treinta y seis años há; me refiero á los baños calientes, recientemente rehabilitados, siempre como cosa nueva; pero hoy día se les da una temperatura elevada, que lo considero inútil.

En las metritis con leucorrea, las cauterizaciones del interior del cuello con el nitrato de plata, la cauterización con el hierro candente en los casos rebeldes y el rascado en los más tenaces, seguidos estos medios de la aplicación de cataplasmas vaginales, bastan generalmente para conseguir la curación, á no ser que la enfermedad sea sostenida por un tumor intrauterino.

En cuanto á la operación de Schröder no puedo emitir mi opinión fundada en la experiencia personal, porque jamás la he practicado. Schröder la ha llevado á cabo 350 veces, cifra que por sí sola indica el abuso que de ella ha hecho su autor. No puede considerársela como absolutamente inocente, puesto que Schröder ha perdido dos operadas; por otra parte, tampoco me parece exenta de inconvenientes. Desde luego tan sólo es fácilmente aplicable á los casos en que el cuello es bastante largo, y por otra parte disminuye notablemente la longitud del cuello, modifica profundamente su estructura y no está demostrado que esta modificación sea un obstáculo para un embarazo ulterior. Si obra sobre la inflamación de la mucosa, es suprimiendo la mucosa misma; pero sus efectos quedan limitados á la porción vaginal del cuello, y es muy raro que la metritis esté limitada á esta corta porción de la mucosa. En este mismo caso no es necesaria ninguna operación para modificar y hasta destruir esta mucosa, que en este punto es perfecta y fácilmente accesible á los modificadores más enérgicos, como el hierro candente.

En los casos en que se ha practicado esta operación, ¿ha sido útil? Para formar juicio acerca de este punto, tenemos la tesis reciente de Chantelouber, fundada en 20 observaciones recogidas en los hospitales de París. De estos casos hay que eliminar dos en los que se trataba de una prolongación hipertrófica del cuello y hubieran podido ser operados por el procedimiento ordinario. De las 18 operadas, una tenía veinte años, 8 no pasaban de treinta, 7 no llegaban á cuarenta, y por consiguiente, 16 se encontraban en la edad de concebir. Es de notar, porque esto demuestra hasta dónde puede llegar el *prúrigo secundí*, que de estas 20 mujeres, 12 correspondían á una misma visita y todas estas operaciones se practicaron en el intervalo de cinco meses y medio; 6 pertenecían á otro servicio, y las seis operaciones se llevaron á cabo en el espacio de un mes. Véase, pues, si no estamos autorizados para decir que la preocupación principal de los cirujanos consiste muchas veces en encontrar un motivo, no quiero decir un

pretexto, para practicar una operación nueva. Es aún más de notar la circunstancia de que aun siendo en muchas de estas enfermas ligera la afección, tanto que hubiera podido ceder por simples cauterizaciones, en ninguna se ha ensayado ningún otro tratamiento, sino que se ha hecho la operación exabrupto. En cuanto á los resultados, distan mucho de ser satisfactorios: nueve de estas enfermas se han perdido de vista, y de ellas una al salir del hospital presentaba aún una ligera exudación sanguínea, y otra no había obtenido ninguna mejoría. De las nueve que se han presentado á la observación después de operadas (las operaciones se practicaron en 1888) tres tenían aún leucorrea, una catarro y dolores y otra tenía dolorosa la menstruación. Es, pues, difícil formar juicio acerca del valor terapéutico de la operación de Schröder, pero de todos modos puede decirse, como de la mayoría de las operaciones, que no debe apelarse á ella sino cuando no ha sido posible obtener la curación por otros medios.

VIII.—Sutura de las rasgaduras del cuello. Operación de Emmet

En algunos partos normales, y más frecuentemente aún en los laboriosos, el cuello uterino se rasga en diferentes puntos de sus bordes. La inflamación que se desarrolla consiguientemente impide la reunión espontánea, y el cuello queda más ó menos profundamente dividido, por lo cual se ranversa y la mucosa intrauterina aparece en la superficie de los labios invertidos, acabando por formarse una especie de ectropion del hocico de tenca. Los folículos mucosos quedando al exterior del cuello sufren una degeneración quística, se distienden, se rompen y se destruyen. El cuello, al principio hipertrofiado, se retrae poco á poco y hasta sufre un cierto grado de atrofia. A no tardar, aparecen trastornos de la menstruación: al principio ésta se hace más abundante y más duradera; después disminuye y frecuentemente la menopausia sobreviene antes de la época ordinaria. Este estado del cuello y los inconvenientes que trae consigo los indicó 40 años atrás J. Henry Bennett; pero Emmet ha sido quien ha llamado poderosamente la atención sobre este punto, y para remediarlo ha propuesto el refrescamiento y la sutura de las partes del cuello rasgadas y ranversadas, para cuya operación ha adoptado el nombre de traquelorrafia, propuesto por Dudley (de Chicago) en 1878.

Para evitar la hemorragia durante la operación, se practican antes inyecciones vaginales con agua muy caliente. Si el cuello está blando, lo cual hace muy probables las hemorragias, se coloca en su raíz una especie de aprietanudos, que lo rodea é interrumpe

en él la circulación. Hecho esto, se practican sobre cada uno de los labios del cuello dos refrescamientos elípticos, pero procurando conservar entre las dos superficies refrescadas de cada labio un colgajo de mucosa destinado á impedir la adherencia en este punto y á reconstituir el conducto cervical. El refrescamiento se hace con las tijeras y debe ser superficial. Las superficies refrescadas se reúnen por puntos de sutura, cuyos hilos, introducidos por la circunferencia de refrescamiento, pero por fuera del refrescamiento mismo, van á salir cerca del conducto cervical para penetrar de nuevo en el punto correspondiente del otro labio, atravesarlo y volver á salir por el punto correspondiente por fuera de la circunferencia de la parte refrescada. Son suficientes cuatro ó cinco puntos de sutura metálica.

Según Emmet, los resultados de esta operación son excelentes y diferentes mujeres que padecían de dismenorrea y trastornos nerviosos diversos de la motilidad y de la sensibilidad han curado después de esta operación. Aunque estrecha el cuello, según Emmet y Hughe Wells, la traquelorrafia no ocasiona la esterilidad. No obstante, de una suma de 3.000 casos reunidos por Johnson, no se tiene noticia más que de 100 operadas que después hayan tenido hijos. Esto no tendría grande importancia, pero en ningún caso esta cifra justificaría la conclusión de Wells de que la traquelorrafia aumenta la fecundidad.

Podría aplicarse á esta aserción sin pruebas el proverbio de que lo que prueba demasiado no prueba nada. Wells afirma también que el tejido cicatricial no es un obstáculo al parto ulterior; aun admitiéndose así, no podemos dejar de considerar muy probable que, dejando la operación un tejido cicatricial menos extensible que el normal, predispondrá á la recidiva de la rasgadura en un parto ulterior. De todos modos puede afirmarse, sin temor de errar, que se ha abusado extraordinariamente de esta operación. Schenk, de San Luis, la ha practicado 110 veces; Goodell, de Filadelfia, 113; ya he dicho que Johnson ha podido reunir unos 3.000 casos operados en América, y por esto el mismo Emmet dice: «la operación se ha practicado con demasiada frecuencia, siendo de creer que no siempre sería necesaria.»

IX.—Pólipos del útero

Así se denominan todas las excrescencias que se desarrollan en la superficie del cuello ó en la cavidad uterina. Desde luego es indispensable, aunque no sea más que bajo el punto de vista de la medicina operatoria, considerar aparte las fungosidades del útero.

Respecto de los pólipos propiamente dichos, podemos distinguir los *pólipos vesiculosos*, análogos á los de las fosas nasales: son muy raros y no reclaman procedimiento especial alguno; y los pólipos más consistentes, formados en su totalidad ó en parte por tejido uterino. En la primera categoría, unas veces se trata puramente de tejido uterino prolongado en forma de pólipo por efecto de una hipertrofia local: he visto de ello muchos ejemplos; mientras que otras veces se encuentran en ellos folículos mucosos hipertrofiados y llenos de un líquido filamentosos semejante á la clara de huevo: éstos son los denominados por Huguier *pólipos útero-foliculosos*. En la segunda categoría, el tejido uterino sirve únicamente de cubierta para tumores de otra índole; unas veces consisten en restos de molas conteniendo pelos, y otras en un cuerpo fibroso en diversos grados de desarrollo, desde el estado blando y como carnosos, hasta el estado fibroso y aun osiforme (*cálculos uterinos*): en esto consisten los llamados *pólipos fibrosos*. Estos últimos, que son los más frecuentes, ofrecen importantes particularidades dignas de ser tomadas en consideración. Su cubierta más ó menos gruesa y vascular, al principio no se adhiere al cuerpo fibroso más que por un tejido celular laxo y sin vasos, de manera que la enucleación es fácil y puede hacerse sin peligro alguno de hemorragia; por esto se ha podido llegar á desimplantar cuerpos fibrosos situados en el mismo espesor del útero antes que hubiesen llegado á sobresalir lo suficiente para formar pedículo. Más tarde se producen adherencias, primero en la parte inferior, después en el pedículo mismo, y desde entonces se establecen comunicaciones arteriales, algunas veces muy considerables, entre el cuerpo fibroso y el útero. Ordinariamente el pedículo está formado únicamente por la membrana de cubierta; pero en algunos casos, aunque pocos, contiene en el centro una prolongación del cuerpo fibroso.

Se ha visto algunas veces que el cuello uterino ha constreñido tan fuertemente al pedículo, que, después de adelgazarlo, ha llegado á romperlo, haciendo que el pólipo cayera por sí mismo. Esta circunstancia explica cómo se han podido desprender pólipos á beneficio de simples tracciones y también torciendo el pedículo; pero siendo estos casos muy excepcionales, no es posible erigir estos dos medios en procedimientos regulares. Los procedimientos que sí merecen este nombre son: la *ligadura*, la *escisión* y la *estrangulación lineal*.

1.º *Ligadura*.—Hasta el año de 1742, únicamente se ligaban estos pólipos cuando habían llegado á salir fuera de la vulva; pero Levret aplicó la ligadura dentro de la vagina, y Herbiniaux la condujo hasta dentro del útero.

La ligadura fuera de la vulva se practicaría según las reglas

generales. Cuando el pólipo está todavía dentro de la vagina, se ha ensayado el atraerlo al exterior con pinzas de Museux, ó á lo menos se ha procurado hacerlo descender todo lo posible para facilitar la aplicación de la ligadura. Una vez alcanzado esto, se aplica el asa sobre el pedículo, ya con los dedos, ya á beneficio del portanudos.

Con los dedos.—Un cirujano inglés, sin revelar su nombre, ha indicado el procedimiento siguiente: coloca transversalmente sobre el extremo del índice la parte media de la ligadura, y la fija manteniendo en la mano y suficientemente tensos los dos cabos; en esta forma conduce el dedo sobre el pedículo del pólipo, deja sueltos los cabos del hilo y comunica media vuelta á cada lado del asa, á fin de que abrace la mitad ó las tres cuartas partes de la circunferencia del pedículo: lo cual es bastante para que, colocando los dos cabos en el aprietanudos, y haciendo subir el instrumento hasta el pedículo, se forme convenientemente el asa; la forma globulosa del tumor impedirá que el hilo se deslice.

He procurado simplificar este procedimiento. Antes de introducir el hilo en la vagina, coloco sus dos extremidades en un aprietanudos, y así mientras que el índice mantiene á la altura suficiente una porción del asa, el aprietanudos, que sube por el lado opuesto, coloca en el punto correspondiente la otra porción de la misma; para esto basta sujetar los cabos del hilo al tiempo que el aprietanudos asciende y así no es necesario hacer con el dedo esos movimientos de circunducción que no siempre es fácil practicar.

Con el portanudos.—El portanudos más sencillo es el de Mayor, que consiste en dos varillas elásticas de acero ó ballena terminadas á la manera que las patas del cangrejo; de modo que la ligadura queda sujeta convenientemente, pero basta una pequeña tracción sobre el cuerpo del instrumento para desprenderlo.

Colocada la ligadura en el portanudos de manera que forme un asa entre las dos varillas, el cirujano introduce los dedos índice y medio izquierdos hasta el fondo de la vagina, siguiendo la pared posterior de este conducto; dedos que han de servir de guía para conducir el instrumento hasta el pedículo del pólipo. Retira entonces el operador los dedos y coge una de las varillas en cada mano, y haciéndolas describir una semicircunferencia alrededor del pedículo, las conduce de atrás á delante. Hecho esto, las cruza para que el hilo quede más sujeto en su sitio, y en seguida se colocan los cabos del hilo en otro aprietanudos, sea el de Græfe, sea el de Mayor; se le hace subir hasta el punto de reunión de las dos varillas; se retiran éstos por simple tracción, y desde este momento ya no falta otra cosa que apretar la ligadura. Es preferi-

ble colocar el aprietanudos por delante, debajo de los pubis, atendiendo á que por este lado el pedículo está más cerca de la vulva y al mismo tiempo el tumor hará menos presión sobre el instrumento contra la vagina.

Una vez colocada la ligadura, es necesario apretarla con energía. Esta constricción ha determinado á veces atroces dolores y hasta convulsiones, que han podido acabar con la vida de la enferma. Si tales accidentes sobrevienen, sería necesario apretar doblemente la ligadura á fin de destruir por completo todo germen de vitalidad, tanto al nivel, como por debajo de la ligadura, pues que los accidentes son casi siempre ocasionados por una constricción insuficiente, que produce la verdadera estrangulación de las partes comprendidas en vez de determinar su inmediata mortificación.

2.º *Escisión. Procedimiento de Dupuytren.*—Cuando el pólipo ha descendido hasta la vagina, se le coge con las pinzas de Museux y se le hace salir fuera de la vulva; de este modo queda de manifiesto el pedículo y se le puede seccionar con un bisturí ó con unas tijeras fuertes y curvas por el plano. Dos ó tres cortes con estas últimas son suficientes; no se pierden más que algunas gotas de sangre; la matriz asciende nuevamente á su sitio normal, y á los pocos días es un hecho la curación.

Este procedimiento es excelente y muy sencillo; cuando se puede atraer al pólipo sin resistencia alguna, nada hay que añadir á lo anteriormente dicho; pero si opone resistencia, el cirujano se guardará mucho de ejercer tracciones excesivamente violentas, porque podrían producir una inversión ó el desgarró del útero. Si no puede hacerse descender el pólipo, se cortará su pedículo con unas largas tijeras curvas.

Cuando el pólipo está todavía encerrado dentro del útero, puede suceder que el cuello esté suficientemente dilatado, ó que, al contrario, esté cerrado de tal modo que no permita la salida del pólipo. En el primer caso, Dupuytren administraba á veces el cornezuelo de centeno para procurar la expulsión del pólipo; ó bien procuraba cogerlo con las pinzas de Museux, por encima de las cuales implantaba otras en caso necesario á fin de extraer el tumor al exterior aunque para ello se llegara á producir una semi-inversión del útero. En el segundo caso, empezaba por incidir el cuello y seccionaba el pedículo con unas tijeras curvas introducidas en la misma cavidad del órgano.

Finalmente, cuando el pólipo, ó mejor dicho, el cuerpo fibroso forma únicamente una prominencia en las paredes de esta cavidad, está todavía enclavado en el tejido uterino, Dupuytren practicaba alrededor de la mitad anterior de su base una incisión elíptica más ó menos profunda, por entre cuyos bordes retraídos

podía salir el cuerpo fibroso; pero añadía otra incisión análoga alrededor de la mitad posterior, y procuraba en seguida desprender el pólipo con el dedo ó con el mango de un escalpelo, y en caso de que diese con algunas adherencias, no titubeaba en destruirlas con el bisturí.

Esta última maniobra es peligrosa, á no ser que las adherencias sean poco extensas.

3.º *Estrangulación lineal. Procedimiento de Chassaignac.*—Empieza por atraer hacia abajo con las pinzas de Museux, no el pólipo, sino el cuello del útero, y desde el momento que el pedículo del pólipo es accesible, lo rodea con la cadena del extrangulador.

Cuando el pólipo esté todavía situado á cierta altura en el interior de la vagina, el cirujano introducirá los dedos de la mano derecha reunidos formando un cono en el anillo formado por la cadena, pero de modo que queden bastante libres á fin de que puedan separarse lo suficiente para coger la parte inferior del pólipo. Entonces, con los dedos de la mano izquierda ó por la mano de un ayudante, se hace deslizar paulatinamente la cadena hasta colocarla sobre el pedículo. Se retiran en seguida los dedos y se pone en acción el instrumento según las reglas generales de su uso.

Estas maniobras, en apariencia tan sencillas, en realidad son frecuentemente difíciles. Si nos servimos del estrangulador de cadena, ésta se dobla en diferentes sentidos, escapa á la acción de los dedos, se enreda sobre sí misma y no hay manera de llegar á colocarla. Por esto prefiero el aprietanudos y el asa formada por un alambre recocido. Esta asa es más rígida y es más fácil de colocar que la cadena. Para introducirla, se la dobla un poco sobre el aprietanudos, y se la coloca alrededor del pólipo al mismo tiempo que el aprietanudos es introducido entre el tumor y la pared posterior de la vagina sostenido con la mano izquierda. Con el índice izquierdo colocado sobre la cara anterior del pólipo, se rechaza hacia arriba la parte media del asa, mientras que el aprietanudos se introduce hasta el fondo de saco posterior.

Cuando se emplea el aprietanudos no debe aplicarse un cable formado con dos ó más hilos de hierro torcidos. Es difícil que uno de los hilos no haya sufrido una torsión más fuerte que el otro y en este caso se rompe á no tardar.

Antes de la operación será siempre prudente ensayar una parte del hilo sobre un pedazo de madera ó un rollo de trapo para cerciorarse de su resistencia, porque es á la vez que muy desagradable, demasiado frecuente ver que el hilo se rompe en el curso de la operación. Yo me sirvo ordinariamente de hilo de acero recocido de manera que resulte muy flexible.

En vez del asa de alambre ó del estrangulador, se empleará con ventaja el hilo de platino y el gálvanocauterio.

Apreciación.—Desde luego debe abandonarse por completo la ligadura lenta, porque produce la mortificación del pólipo y la putrefacción del mismo antes de su expulsión. Se presenta un flujo fétido, que puede ocasionar una infección pútrida y ni tampoco se halla exento del peligro de la hemorragia. A. Dubois ha perdido por esta causa muchas enfermas. La escisión, más rápida y de más fácil ejecución, tiene contra sí el temor de la hemorragia. Corresponde, pues, la preferencia á uno de los procedimientos de estrangulación lineal.

He dicho ya que á veces se hace difícil la colocación del asa metálica ó de la cadena. La dificultad resulta casi insuperable cuando se trata de pólipos voluminosos que llenan toda la cavidad vaginal; ni los dedos, ni los instrumentos pueden penetrar hasta el pedículo. En este caso se hace necesario reducir el volumen del tumor, y esto puede hacerse de diferentes maneras: poniéndolo al descubierto lo más posible y con el bisturí escindir fragmentos triangulares como quien parte un melón, y después de esto, cogiendo el tumor con una pinza-fórceps especial, se disminuye fácilmente su volumen. Simon opera la *prolongación operatoria* del pólipo, practicando en su espesor y con las tijeras diferentes incisiones transversales, simétricas y á diferentes puntos de su altura. Hegar practica alrededor del tumor incisiones en espiral que penetran hasta el centro del mismo, afirmando que después de esto es posible sacarlo fuera de la vulva.

Si el pedículo es ancho y se practican violentas tracciones, podrá suceder que se invierta completamente ó en parte el útero y se interese el órgano. Tillaux abrió la cavidad peritoneal y la enferma sucumbió de peritonitis. Gosselin, en un caso en que trató de operar con el fórceps la extracción de un pólipo voluminoso, desgarró el útero y la enferma, como la de Tillaux, murió de peritonitis.

De los tumores fibrosos subperitoneales, hablaremos más adelante con motivo de la histerectomía abdominal.

X. — Caída del útero

El útero se adhiere á la vejiga por delante, está libre y cubierto de peritoneo por detrás; por los lados, está sujeto á los ligamentos anchos, pero éstos son laxos y de ninguna manera lo sujetan en determinada posición; lo mismo puede decirse de los ligamentos

redondos. Parece, pues, que se mantiene en su sitio, por una parte, por el peritoneo parietal anterior; que se refleja sobre su cara anterior, y por otra, por el peritoneo posterior, que no obstante tan sólo sujeta directamente la vagina; pero contribuyen á ello más poderosamente los ligamentos posteriores ó útero-sacros, que se ponen tensos como dos cuerdas cuando se atrae el útero hacia abajo.

Cuando este órgano ha llegado á descender hasta el extremo de salir por la vulva, ha arrastrado consigo la vejiga y el peritoneo, ha desprendido la vagina del recto, y ha distendido de tal modo los ligamentos, que únicamente podrán recobrar su elasticidad cuando se trate de una joven; por consiguiente, hay poderosos motivos para confiar poco en una curación radical.

El tratamiento paliativo consiste, en primer término, en colocar nuevamente el útero en su sitio correspondiente de la pelvis, y después en mantenerlo en él, lo cual se efectúa generalmente aplicando un pesario. Más, siendo de uso muy incómodo el pesario, se ha intentado mantener el útero reducido, estrechando ú obliterando, ya la vulva, ya la parte inferior de la vagina.

Fricke (de Hamburgo) refrescó y reunió por sutura la cara interna de los grandes labios, y denominó á esta operación *episiorrhafia*.

Dieffenbach intentó la escisión de algunos pliegues del orificio de la vagina. Malgaigne ha escindido la mucosa en toda la mitad posterior de este orificio, procurando después obtener la adhesión á beneficio de la sutura.

Marshall-Hall, llegando más arriba, procuraba estrechar la vagina en toda su extensión, escindiendo un colgajo de 4 centímetros de amplitud de la cara anterior del tumor descendido y que se extendiera desde el cuello del útero hasta el orificio exterior; después reunía los bordes de la herida por sutura. Román Girardin propuso estrechar ó hasta obliterar la vagina por la cauterización; con este fin Laugier ensayó el nitrato ácido de mercurio y Velpeau el hierro candente. Más tarde Román Girardin se valió con el mismo objeto del bisturí, extirpando la mucosa vaginal en una extensión de 4 centímetros y en toda su circunferencia.

Excepto la obliteración completa de la vagina, que hasta el presente ha quedado en el estado de simple teoría, á lo menos por lo que se refiere á las caídas del útero, todos estos procedimientos han sido puestos en práctica en el vivo; pero en los casos en que han surtido mejor efecto, se han limitado á mantener reducida la matriz por algún tiempo, pues nunca ha tardado mucho en reproducirse la caída de dicho órgano. A. Bérard había presentado á la Academia una mujer en quien tres meses después de la operación el útero continuaba reducido; pero dos meses más tarde el prolapso se había reproducido ya.