

Finalmente, Desgranges se propuso un objeto más elevado; pretende nada menos que obtener la curación radical conservando á la vagina su forma y sus funciones con sólo fijarla en su posición normal provocando adherencias accidentales. Para llegar á ello, implanta en la pared vaginal garra-finas muy resistentes, que acaban de ulcerar el pliegue de los tejidos que comprenden y caen del quinto al décimo día. Caídas las primeras garra-finas, se aplican otras, durando el tratamiento de dos á tres meses.

Desde luego hemos de notar que este procedimiento obra de un modo análogo á la cauterización y escisión de la mucosa, y es de creer que no daba resultados duraderos, puesto que Desgranges la substituyó por la cauterización.

Los métodos empleados tienen por objeto oponerse á la caída del útero: 1.º combatiendo el rectocele ó el cistocele por el estrechamiento de la pared vaginal; 2.º impidiendo la salida del útero por la estrechez del orificio vulvar ó simultáneamente de la vulva y de la pared posterior de la vagina; 3.º oponiéndose al descenso del útero por la sutura de la pared anterior y de la pared posterior de la vagina; 4.º acortando los ligamentos redondos; 5.º fijando el útero á la pared abdominal; y 6.º practicando la ablación del útero.

1.º *Retracción de la vagina. A. Cauterización. Procedimiento de Desgranges.*—Desgranges substituyó el procedimiento arriba descrito por el siguiente: emplea unas pinzas análogas á las que sirven para la operación del fimosis y cuyos bocados son acanalados en la longitud de 2 centímetros, canal bastante profundo para dar cabida á una porción de cloruro de zinc. Con estas pinzas se coge un pliegue de la vagina, y así se obtiene su cauterización. La caída de la escara y la cicatrización estrechan la vagina. Desgranges afirma haber obtenido del empleo de este procedimiento algunas curaciones definitivas.

B. *Escisión y sutura de la pared vaginal.*—*Procedimiento de Jobert (de Lamballe).*—Consiste este procedimiento en extirpar de la pared anterior de la vagina dos colgajos de la mucosa, separados el uno del otro por una porción de vagina no refrescada. Confrontando las superficies cruentas resultantes y reuniéndolas por sutura, se forma un pliegue permanente que estrechará la vagina en relación de su amplitud. En sus primeras operaciones, Jobert practicó estos refrescamientos en dirección transversal, disminuyendo con ello la altura de la vagina; en las dos últimas practicó el refrescamiento longitudinalmente, de lo cual resultó el estrechamiento del calibre de la vagina.

C. *Procedimiento de Hegar y Kaltbach.*—Con el auxilio de dos ó tres pinzas se hace un pliegue longitudinal sobre la pared vaginal anterior. El más alto de estos instrumentos está colocado á un centímetro cerca del cuello y el más bajo á 3 centímetros de la abertura uretral. Levantando este pliegue, se coloca detrás de las pinzas un clamp ó una pinza de forcipresión, luego se atraviesa la base del pliegue con suturas transversales, y por último un bisturí pasando entre la cara posterior del clamp y los hilos escinde el pliegue de mucosa cogido por el clamp. Con esto queda una extensa superficie refrescada cuyos bordes se ponen en contacto anudando los puntos de sutura.

D. *Procedimiento de Sims.*—A imitación de Jobert, Sims practicó en la pared anterior de la vagina dos refrescamientos separados superiormente cerca del útero, y reunidos inferiormente cerca de la vulva que, merced á otros dos ligeros refrescamientos transversales practicados cerca de la parte superior de las dos incisiones divergentes, tenían la forma de una herradura ó de una V.

La confrontación de las superficies refrescadas produce, por lo tanto, una especie de bolsa abierta superiormente. Una vez el cuello del útero se introdujo en esta abertura y aparecieron dolores que no se calmaron hasta después de haberlo desprendido de ella. Emmet modificó este procedimiento cerrando por completo la base del triángulo.

E. *Procedimiento de Emmet.*—Es una modificación de su primer procedimiento. Con un tenáculo levanta un pliegue de la línea media de la pared anterior de la vagina, bastante cerca del cuello, y con las tijeras escinde la mucosa cogida; á un centímetro y medio á la izquierda, levanta y escinde un pliegue análogo, y lo mismo hace á la derecha. De este modo resultan tres superficies refrescadas, una media y dos laterales.

Se pasa un hilo sobre el refrescamiento de la derecha que reaparece dentro de la vagina para hundirse de nuevo en el refrescamiento medio, reaparece de nuevo y vuelve á atravesar la pared debajo del refrescamiento izquierdo. Juntando y torciendo los cabos del hilo, los dos refrescamientos laterales se ponen en contacto con el refrescamiento medio y la vagina forma dos pliegues que están en mutuo contacto sobre la línea media. Del mismo modo se continúan los refrescamientos y las suturas hasta llegar al orificio vaginal.

2.º *Estrechamiento del orificio vulvar. Procedimiento de Baker-Brown.*—En vez de obrar únicamente sobre la cara posterior de los

labios mayores, como lo hizo antes que nadie Fricke (de Hamburgo), Baker-Brown extiende el refrescamiento hasta la horquilla y puntos inmediatos del periné. Escinde de la parte posterior de la vulva un colgajo en forma de herradura, y reúne las partes refrescadas á beneficio de una sutura profunda enclavijada (fig. 776) y por puntos de sutura entrecortada (no representados en la figura) las partes superficiales.

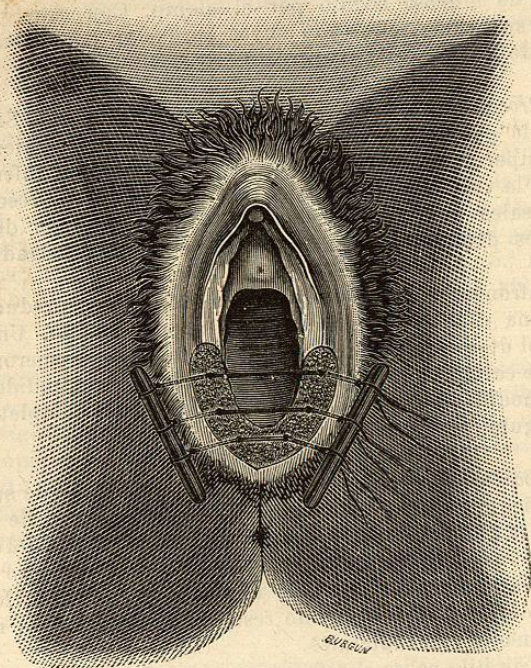


FIG. 776

Procedimiento de Baker-Brown

Kuchler (de Darmstadt) practica la operación de un modo análogo, pero continúa más arriba por los lados de la vulva hasta las inmediaciones de la abertura de la uretra, al mismo tiempo que se extiende también un poco sobre la pared recto-vaginal.

Th. Anger ha aplicado á esta operación el proceder de desdoblamiento que he descrito para mi operación de perineorrafia (figura 685). Practica una incisión por detrás de los labios menores,

que afecta todo el contorno del orificio vulvar, excepto el punto correspondiente del meato; después disecciona y levanta la mucosa vaginal, con la cual forma una especie de colgajo flotante casi enteramente circular; se reúnen estos colgajos por tres ó cuatro puntos de sutura, y rechazándolos hacia atrás, queda por delante una superficie cruenta bastante extensa, que se reúne por dos capas de sutura como en el procedimiento de Baker-Brown.

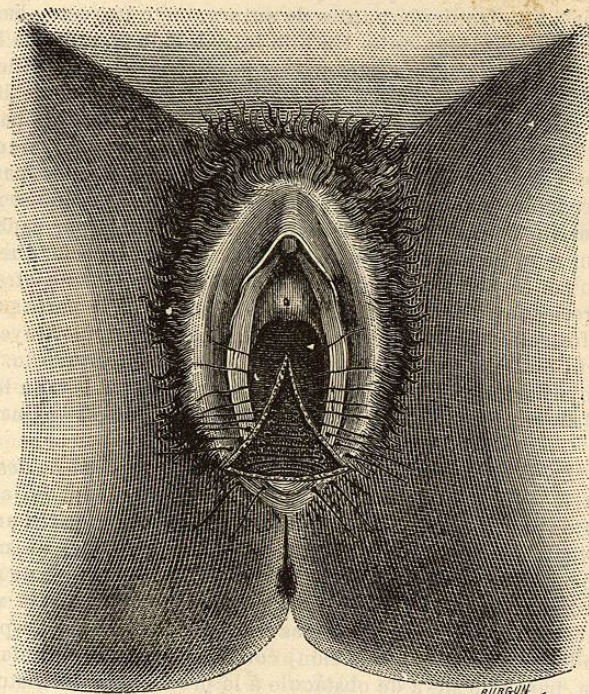


FIG. 777

Procedimiento de Simon

3.º *Estrechamiento del orificio vulvar y de la pared posterior de la vagina.* A. *Procedimiento de Simon.*—Con unas pinzas se levanta la mucosa de la pared posterior de la vagina, y á partir de este punto, se traza un triángulo cuya base corresponde á la horquilla. Toda la mucosa vaginal comprendida en el área de este triángulo se extirpa, y se reúnen los bordes de la superficie cruenta por puntos de sutura colocados como indica la figura 777.

B. *Procedimiento de Emmet*.—Son dos: el uno es el que he descrito más arriba y es el que Emmet considera aplicable á las rasgaduras del periné que no llegan hasta el esfínter. Sería más propio colocado en este lugar, porque su objeto y su resultado consisten en estrechar el orificio inferior de la vulva y la pared vaginal posterior; el otro es descrito por Emmet con motivo del rectocele complicado ó no con prolapso. Consiste en denudar de su mucosa la parte inferior de la pared posterior de la vagina y pasar á la derecha y á la izquierda puntos de sutura, cuyo trayecto, bastante complicado, es el siguiente. Un hilo introducido en el borde lateral de la vagina descende costeadó este borde hasta la horquilla en el espesor de la pared vaginal refrescada. Llegado cerca de la horquilla y sin reaparecer al exterior, este hilo sube hasta la parte no refrescada del tabique vaginal y reaparece al exterior. Tirando de los dos cabos del hilo se aproxima la horquilla de la parte no refrescada de la pared vaginal posterior doblando sobre sí misma esta pared. De este modo se aplican cuatro hilos por cada lado. Por fin, se aplica un último hilo, único en su especie, que penetrando por la parte media del grande labio derecho que atraviesa, reaparece dentro de la vagina, se hunde debajo de la parte superior del refrescamiento vaginal, reaparece después de un trayecto de un centímetro y luego atraviesa el gran labio izquierdo. Es el mismo hilo que viene representado con las letras D C en la figura 756 en el procedimiento aplicable á las rasgaduras vaginales.

4.º *Tabicamiento de la vagina. Procedimiento de Leon Le Fort*.—Se coloca la enferma en decúbito dorsal y en la posición del espéculo. Con el útero fuera de la vulva practico sobre la pared anterior de la vagina cuatro incisiones que limitan un colgajo de mucosa que tiene en general de 4 á 5 centímetros de largo por 1 de ancho. Este colgajo empieza á 3 ó 4 centímetros del orificio de la uretra, porque conviene que la parte más inferior del tabique (después de colocado el útero en su posición) corresponda á la entrada de la vagina, para que sirva de obstáculo á la producción del cistocele y del rectocele. Para determinar mejor el sitio en que debe practicarse el refrescamiento, antes de empezar la operación y después que la enferma ha sido cloroformizada, acostumbro reducir el útero lo más completamente posible y practicar una pequeña incisión transversal en el punto en que las paredes anterior y posterior se ponen en contacto á la entrada de la vagina; estas dos pequeñas incisiones marcarán los límites extremos de ambas superficies de refrescamiento.

Centímetro y medio es la amplitud que debe darse al refrescamiento; si es más estrecho, el tabique será demasiado delgado y la reunión tendrá menos probabilidades de efectuarse; si es mucho

más ancho, quedará una estrechez demasiado considerable de los dos conductos vaginales adosados, y además, no llegando al centro del refrescamiento los hilos de la sutura, se corre el riesgo de que no tenga lugar la reunión en el centro de la parte refrescada, porque únicamente se habrán coaptado los bordes.

Es conveniente trazar, ante todo, las cuatro incisiones que deben marcar el cuadrilátero que circunscribe la mucosa que se deberá escindir. El refrescamiento puede practicarse con el bisturí ó con las tijeras, según los hábitos personales del operador. Debe escindirse únicamente la parte superficial de la mucosa y en ningún caso se traspasarán los límites del espesor de la misma; porque hay que recordar que el peritoneo está próximo, sobre todo, hacia la parte posterior, y es de temer que si se hiciese un refrescamiento demasiado profundo, la inflamación del tejido celular intermedio se propagase hasta el peritoneo. Por otra parte, un refrescamiento demasiado profundo abre los vasos que corren por el tejido celular y la sangre estorba al operador y puede comprometer el éxito de la reunión.

Después de haber practicado el refrescamiento anterior se practica el posterior de la misma manera y en una extensión correlativa.

Por rarísima excepción habrá necesidad de ligar algún vaso. Si la herida diese demasiada sangre, después de efectuados los refrescamientos bastaría reducir el útero y dejar dentro de la vagina una esponja empapada en una ligera solución fenicada.

Después de esto, se procede en seguida á la sutura. Esta debe hacerse de manera que los hilos de los bordes derecho é izquierdo se encuentren aproximadamente en el centro del refrescamiento. Si se les colocase demasiado aproximados á los bordes, se correría el peligro de no coaptar exactamente la parte media de la herida, en este punto podría coagularse sangre, y esto sería suficiente para comprometer el éxito de la sutura. El primer hilo es colocado en uno de los ángulos (el derecho, por ejemplo), de la herida posterior, ángulo formado por la incisión más inferior ó sea la más aproximada al cuello uterino y una de las incisiones longitudinales. La aguja penetra por la mucosa á 5 milímetros de la herida y sale á 5 ó 6 milímetros de este borde en la superficie refrescada (fig. 779), después entra por el punto correspondiente de la herida anterior y sale á través de la mucosa. Con cuidado se tira de los cabos del hilo, al mismo tiempo que el ayudante con el dedo empuja y reduce el útero. Las dos extremidades correspondientes de los dos refrescamientos llegan así á ponerse en contacto, se constriñe y se tuerce el hilo, pero no se corta. De la misma manera se coloca otro hilo en el ángulo izquierdo y se constriñe también sin cortarlo. Estos hilos son confiados á un ayudante que los sos-

tiene, porque si se cortasen, podría suceder que el útero se redujese completamente antes que estuviesen hechas las suturas. Se colocan entonces á la derecha y á la izquierda dos suturas sobre los bordes de la herida. Se cierran estas suturas, sin cortar los

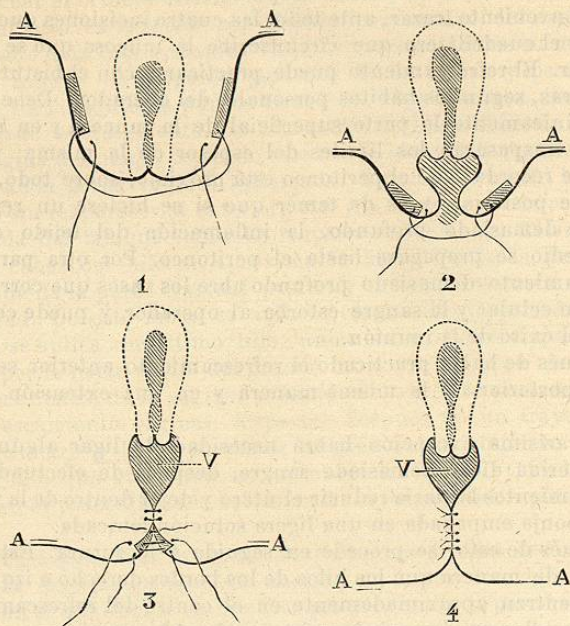


FIG. 778

ESQUEMA DEL TABICAMIENTO DE LA VAGINA

A. Nivel del orificio vulvar.—1. Primer punto de sutura. El útero está prolapsado.—2. El hilo aproxima las superficies refrescadas, empieza la reducción y la vagina V empieza á formarse de nuevo.—Una pequeña parte de las superficies refrescadas está suturada y la vagina está casi reconstituída.—4. La operación está terminada, el útero está completamente reducido y la vagina reconstituída por encima del tabique resultante de la sutura.

hilos; pero se pueden cortar los cabos de los dos primeros hilos colocados. Así se continúa, procurando siempre no cortar los cabos de los hilos hasta que esté colocada y cerrada la sutura superior, y de esta manera llega hasta el borde del refrescamiento más aproximado á la uretra y al ano. Este borde, que al principio de la operación era el superior, después de reducido el útero, el rectocele y el cistocele queda convertido en inferior. Terminada la operación,

práctico en la vagina una inyección de agua alcoholizada, pero no aplico ni cura ni vendaje. A no ser que se presente alguna indicación especial, no aplico ninguna inyección hasta al cabo de ocho ó diez días y no quito los hilos hasta la tercera semana, hasta que la reunión es bastante firme para que no pueda temerse que con la tracción pueda determinarse el tabique formado por la coaptación y soldadura de las paredes vaginales.

Después de mi primera operación, en la cual la sutura se hizo

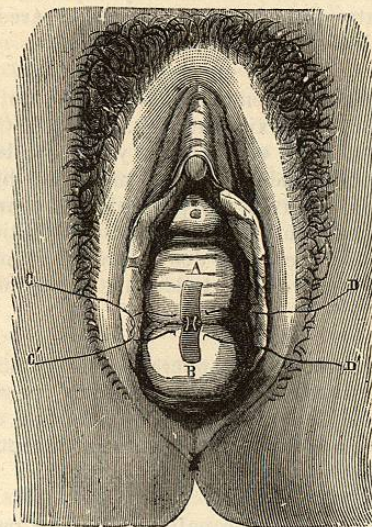


FIG. 779

TABICAMIENTO DE LA VAGINA

A. Pared anterior de la vagina.—B. Pared posterior.—C C'. Un hilo del lado izquierdo.—D D'. Hilo del lado derecho

con hilos de plata, como experimentase alguna dificultad al extraerlos, se me ocurrió la idea de emplear hilos de seda finos, creyendo que en todo caso podría abandonar á sí mismo los más profundos. Esta idea fué poco afortunada, porque los hilos de seda y hasta los de catgut irritan mucho más que los de plata, de manera que yo atribuyo á las ventajas de estos últimos las raras veces que se han frustrado mis operaciones.

5.º *Acortamiento de los ligamentos redondos. Operación de Alexander.*—Ya he dicho más arriba que cuando Alquié ideó esta opera-

ción, fué sobre todo con el objeto de corregir un prolapso uterino y también fué en un caso de prolapso que Deneffe (de Gante) intentó por vez primera, en 1865, esta operación, pues la atrofia de los ligamentos le impidió terminar la operación. Yo no la creo aplicable al prolapso. La resistencia de los ligamentos redondos recordados y suturados podrá ser suficiente para mantener en situación un útero en retroversión y enderezado durante la operación; pero esta resistencia será insuficiente para soportar el peso de todo el órgano, que no encuentra sostén en el suelo pelviano y se encuentra incesantemente atraído hacia la vulva por las paredes relajadas en estado de cistocele ó de rectocele.

6.º *Histerorrafia*.—Ya hemos hablado antes de la histerorrafia aplicada contra la retroflexión uterina. En 1886, Olshausen, para curar un prolapso, abrió el abdomen y fijó el útero en la parte inferior de la herida abdominal por medio de hilos de crin de Florencia pasados á través del pedículo del ovario por fuera de los cuernos uterinos. En 1888 John Philips repitió la operación, que después ha sido repetida dos veces en Francia por Terrier pasando los hilos á través del tejido mismo del útero, y una vez por Polaillon.

7.º *Ablación del útero*.—Esta operación se practicó muchas veces en una época en que apenas existía ninguna operación destinada á combatir el prolapso ó en casos en que el útero era irreducible. En ningún caso es aplicable más que en el concepto de operación de necesidad.

Apreciación.—El tratamiento paliativo por los pesarios es el primero que debe emplearse, puesto que se trata únicamente de un defecto que frecuentemente se corrige por este medio, y diferentes veces he conseguido mantener el útero suficientemente reducido con los pesarios elásticos de Gualde y de Dumontpallier. Desgraciadamente este tratamiento es á menudo insuficiente y otras veces los enfermos lo rehusan, y en estos casos hay que apelar á una operación quirúrgica.

Los diversos procedimientos de que acabamos de hablar no llenan el objeto ni responden á las indicaciones terapéuticas. Aunque pudieran citarse algunos casos afortunados, al menos temporales, los procedimientos basados en la cauterización son insuficientes cuando se trata de un caso graduado de caída del útero. La escisión de la pared anterior solamente (procedimientos de Jobert, Sims, Emmet y Hegar) es también insuficiente, y el prolapso, según confiesa el mismo Emmet, se reproduce si al mismo tiempo no se obra sobre la pared posterior. La escisión de

la pared posterior con escisión y reunión del ángulo posterior de la vulva (procedimientos de Simon, Baker-Brow y Emmet) únicamente procura curaciones temporales; el útero prolabado obra á manera de cuña, separa el orificio vulvar estrechado, lo dilata y el útero sale de nuevo al exterior. Los procedimientos de Kuchler y Th. Anger pueden ser suficientes para retener el útero dentro de la vagina, pero tienen otros inconvenientes: la cópula es muy difícil, los líquidos vaginales se acumulan detrás del tabique vulvar y el útero pesa sobre el obstáculo que se opone á su salida. Por último, hay casos en que se ha creído conveniente practicar la ablación del útero: es un recurso extremo que únicamente es aceptable en casos excepcionales, en aquellos en que el útero prolabado desde mucho tiempo ha adquirido un volumen tal que se hace imposible reintroducirlo á través de la vulva. Fuera de este caso, no acepto la ablación del útero, y es de advertir que no siempre esta operación deja á la mujer curada. En un caso de prolapso completo, Richelot operó la ablación del útero; pero después de la cicatrización se presentó un prolapso de las paredes vaginales anterior y posterior, de modo que fué preciso operar nuevamente, y Richelot curó la enferma practicando el tabicamiento de la vagina.

Decididamente repruebo la histerorrafia. Es la operación más peligrosa de entre todas las citadas, y el respeto que debemos tener á la vida de nuestros semejantes no nos permite poner en inminente peligro de muerte á una enferma para corregirle un defecto que, en los casos graves, puede corregirse eficazmente tabicando la vagina, y en los casos más graves aún, estrechando el orificio vulvar. El prolapso es las más veces una consecuencia del rectocele y del cistocele; una simple sutura del útero á la pared abdominal parece insuficiente para remediar la falta de resistencia del suelo de la pelvis, y en el caso de embarazo ¿qué sucedería estando el útero sujeto á la pared abdominal? por ahora no es posible saberlo, pero es de creer que tendría graves inconvenientes y quizás traería peligros. Los casos hasta ahora conocidos son muy poco favorables á la operación. En el de Olshausen, citado por Pozzi, el prolapso se reprodujo á los pocos días. Los dos de Terrier son aún demasiado recientes para considerarlos como demostrativos; la enferma de Polaillon sucumbió á causa de una peritonitis. Por lo demás, aun prescindiendo de los peligros de la operación, es de creer que simples adherencias á la pared abdominal han de ser insuficientes para sostener el peso del útero. En definitiva, ninguno de los procedimientos que acabamos de examinar constituye un medio medianamente seguro para la curación del prolapso. Pues bien, cuando se examina atentamente lo que sucede en la inmensa mayoría de los casos, se ve que el prolapso única-

mente es posible cuando las paredes anterior y posterior de la vagina se desdoblán, se separan y se aplican sobre las caras correspondientes del útero prolabado. Por esto he exigido yo que si, por un medio cualquiera, se pudiese impedir que estas paredes se desdoblásen, se separasen, se evitaría el prolapso completo, y con este fin he procurado reunir las por un tabique vertical y medio. Sin duda obrando así se consigue retener el útero, pero podía temerse que el tabicamiento de la vagina viniese á ser un serio obstáculo á las relaciones sexuales. Los numerosos ejemplos referidos en mi Memoria de 1863 sobre los vicios de conformación del útero y de la vagina demuestran que el tabicamiento de esta última impide tan poco el coito, que tal anomalía muchas veces la misma mujer la ignora y frecuentemente ni siquiera es obstáculo para el parto. Los hechos han justificado mis previsiones: en una tesis que próximamente publicará uno de mis discípulos. M. André, se verá que muchas de mis operadas observan que el tabicamiento no les impide absolutamente las relaciones sexuales. Más aún, una de ellas, y precisamente una de las operadas de más antiguo, se ha hecho embarazada, y ha podido librar sin accidente alguno; el médico que la asistió se limitó á seccionar con las tijeras el delgado tabique que formaba una brida. Después del parto se reprodujo un poco el cistocèle, pero el prolapso no se reprodujo. En la actualidad esta mujer está nuevamente embarazada de dos meses; veremos qué sucederá en este segundo parto. Estas circunstancias son las que me inducen á desechar el tabicamiento transversal de Neugebauer, ó los extensos refrescamientos que practican algunos de los que han adoptado mi operación. Nunca he observado la recidiva del prolapso después del tabicamiento, y hasta ahora ninguno de mis colegas me ha advertido de semejante accidente.

XI. — De la prolongación hipertrófica del cuello uterino

Esta prolongación se presenta bajo dos formas muy distintas, según que afecte la porción infra-vaginal del cuello ó la supra-vaginal.

1.º *Prolongación de la porción infra-vaginal.*— En este caso el cuello puede prolongarse hasta la vulva y aun salir á través de ella, dejando el fondo de saco de la vagina casi á su altura normal. En estas condiciones es poco menos que imposible el coito; Malgaigne ha visto, no obstante, un caso en que el pene había llegado á penetrar en el cuello mismo; la mujer estaba embarazada, y el cuello abierto al exterior admitía fácilmente el dedo. Mas, por lo

general, para que la mujer recobre su fecundidad, se hace preciso extirpar la porción de cuello exuberante.

Procedimiento operatorio.— Con las pinzas de Museux se atrae ligeramente el cuello al exterior, se separan las paredes de la vagina con un espéculum bivalvo ó una simple canal, y con un cuchillo ó unas tijeras curvas por el plano, se secciona el cuello transversalmente y por debajo de la inserción de la vagina, dejándole á corta diferencia su longitud natural.

No siempre es posible conducir el cuello hasta la vulva, y entonces se haría más difícil la operación con las tijeras ó el bisturí. En este caso puede emplearse el estrangulador lineal ó el asa galvánica. Cuando se ha podido operar con el bisturí ó las tijeras, imitando á Sims, puede intentarse la reunión inmediata aplicando sobre la superficie de sección la mucosa vaginal del cuello que forma la circunferencia de la herida. Sims se limita á pasar cuatro hilos de plata del uno al otro borde de la mucosa para juntarlos y reunirlos transversalmente á nivel del orificio del cuello. Hegar, para asegurar mejor la reunión, pasa su hilo del exterior del cuello al interior, lo hace salir por el orificio y aproximando sus dos extremidades une en cierto modo la mucosa vaginal con la uterina. Diferentes veces he tenido ocasión de practicar esta operación y para evitar toda hemorragia he hecho aplicación ya del estrangulador, ya del asa gálvano-cáustica. Nunca he aplicado ninguna cura, y sin embargo, la curación ha sido siempre rápida y la retracción de la cicatriz ha llegado á poner en contacto la mucosa vaginal con la cérvico-uterina.

2.º *Prolongación de la porción supra-vaginal.*— Esta prolongación es á veces tan considerable que la longitud del útero varía entre 11 y 24 centímetros, á pesar de que el cuerpo conserva ordinariamente su volumen normal; la porción subvaginal casi no forma prominencia alguna, pues que la vagina es rechazada hasta cerca del hocico de tenca, y en cambio sufre casi siempre una hipertrofia en sentido de su grosor, de suerte que el tumor fuera de la vulva ofrece la forma de un cono invertido.

En este caso, pues, la porción hipertrofiada en longitud está situada por encima de la inserción de la vagina, inserción que es necesario destruir para llegar con el bisturí á la altura conveniente; así es que la operación es mucho más difícil que en el caso anterior. Ya hemos visto anteriormente que, por delante, el peritoneo está muy alejado de la inserción de la vagina; pero que, inmediatamente por encima, la vejiga está en contacto inmediato con el útero; por detrás, el peritoneo desciende sobre la vagina 3 y hasta 5 centímetros por debajo de su inserción en el útero. El

cirujano deberá tener presente al mismo tiempo que, por lo común, esta clase de prolongación va acompañada de un cierto grado de descenso del útero.

Procedimiento de Huguier.—Colocada la enferma como para la operación de la talla, el cirujano, armado de las pinzas de Museux, coge la extremidad inferior del cuello ó su labio posterior, y atrae moderadamente el tumor hacia arriba y adelante, á fin de poner tensa la pared posterior de la vagina. Introduce en seguida el índice izquierdo en el recto con objeto de reconocer la situación del fondo de saco peritoneal y apoyar en él cuanto posible sea el pulpejo; en esta disposición, practica en la parte posterior del tumor una incisión semilunar de concavidad superior, incisión que debe rodear la mitad del hocico de tenca. Es necesario que el bisturí corra costeando la inserción de la vagina al cuello, sin que ascienda más arriba, pues de lo contrario interesaría el peritoneo, accidente que se evitará con mayor seguridad si se dirige el filo del instrumento hacia arriba y adelante. Se continúa la sección en el mismo sentido hasta llegar á la cavidad del útero; y si de ello hay necesidad, se ligan las arterias á medida que el instrumento las divide: por lo común, hay que aplicar dos ó tres ligaduras, pero á veces ninguna.

Concluido este tiempo, se pasa á la sección de la parte anterior, en donde es de temer la herida de la vejiga. En su consecuencia, se introduce una sonda hasta el fondo de la prolongación que envía sobre el tumor y se levanta esta parte con el pico del instrumento, que el cirujano confía en seguida á un ayudante. Cogido con las pinzas de Museux el labio anterior del cuello, otro ayudante se encarga de atraerlo hacia atrás; después, á cosa de un centímetro por debajo de la prominencia de la sonda, el cirujano practica una incisión semilunar que termina en los extremos de la primera; con esto quedan divididas las inserciones de la vagina, después de lo cual se pasa á desprender con el dedo la vejiga del útero rechazándola hacia atrás y arriba para concluir la sección del cuello. En esta parte de la operación sí que es indispensable ligar los vasos en el mismo instante de su abertura, no fuera que en el momento de la sección completa del útero éste ascendiese ocultándose en la parte más elevada de la pelvis; para evitar este caso, será prudente implantar las pinzas de Museux en el labio posterior de la herida antes de completar la sección; de este modo el cirujano podrá aplicar cómodamente hasta las últimas ligaduras. La porción extirpada tiene la forma de un cono, y por consiguiente la herida representa un embudo.

Como que es muy difícil coger inmediatamente las arterias de entre el tejido uterino, Huguier ha ideado un proceder de ligadura

que podría prestar útiles servicios en otras circunstancias: coloca en las partes que rodean el vaso un fuerte alfiler encorvado en forma de anzuelo; echa y cierra una ligadura sobre las partes cogidas por el alfiler, y corta la punta de éste á la distancia conveniente; así queda todo colocado y se desprende del tercero al quinto día.

Chassaignac ha aplicado á esta operación el aplastamiento lineal; pero en la primera enferma que operó por este procedimiento, tomó la precaución de separar la vejiga con el bisturí en una extensión de unos 15 milímetros; y Huguier hace observar, y con razón, que no es menos indispensable disecar también la inserción de la vagina en la parte posterior, para evitar la herida del peritoneo. El estrangulador puede, pues, servir únicamente para la sección del tejido uterino, y aun así, como que opera una sección horizontal, no permite llevar la acción tan arriba como el bisturí, y por fin, no siempre evita la hemorragia. Sin embargo, el mismo Huguier había empleado este procedimiento en muchos casos en que el cuello era voluminoso y estaba provisto de gran número de arterias.

Después de la cicatrización, lo extremidad superior de la vagina se estrecha, se frunce y presenta una cicatriz rubicunda, en el fondo de la cual se ve un pequeño mamelón del volumen de la extremidad del dedo y con una abertura central: es la parte inferior del útero. Por lo demás, parece que éste tiende á recobrar su estado normal, pues á los dos ó tres meses de la operación, se nota que su altura ha disminuído de 10 á 15 milímetros; parece, pues, que no debiera haber obstáculo alguno para la fecundación.

Debemos además resolver otra cuestión, que no carece de importancia: la prolongación del cuello va frecuentemente acompañada de cierto grado de descenso, pero hemos visto que el útero tiende á ascender después de la sección de la parte exuberante; en este caso, parece que el descenso no tiende á aumentar. Mas en una mujer en quien la prolongación iba complicada con una caída completa y al principio pareció que el útero se mantenía á su altura normal, la caída se produjo cuatro meses después.

Por lo demás vamos á encontrar de nuevo la amputación supravaginal del cuello con motivo del cáncer del útero.

Histerectomía parcial por la vía abdominal.—*Ablación de los tumores fibrosos subserosos.*—El volumen que adquieren á veces los fibromas subserosos, las hemorragias graves y repetidas que con bastante frecuencia acompañan á estos tumores, aun cuando son de mediano volumen, son circunstancias que han inducido á los cirujanos á intentar su ablación por la vía abdominal. Así lo hizo Granville en 1837, imitado en 1844 por Atlee y Lane, los