

Si el mal ha llegado al segundo grado, se observa que el cuello uterino ocupa la entrada de la vagina, siendo los músculos esfínteres lo único que pone obstáculo á su salida; y el cuerpo, en vez de inclinarse hácia adelante, se presenta mas bien en retroversion. Para determinar el grado de descenso, particularmente en este período, es indispensable que la enferma esté de pié durante el exámen.

El tercer grado del mal se diagnostica fácilmente por la vista y el tacto; y, sin embargo, se han padecido graves equivocaciones; pues algunas veces, por confiar demasiado en lo simple del diagnóstico, no se ha procedido con la precaucion y vigilancia que son las únicas salvaguardias del médico, aun en las enfermedades mas simples.

Un fenómeno muy notable que habrá observado todo práctico en la investigacion física de estos casos, es que la sonda penetra como cinco ó seis pulgadas cuando el órgano está en prolapso, no midiendo su cavidad mas que tres ó cuatro si se introduce el instrumento despues de repuesto el útero. Por mas que se repita el experimento, siempre se obtendrá el mismo resultado. Este hecho ha sido explicado al tratarse de la patología del prolapso uterino.

Diagnóstico diferencial.—El descenso de la matriz, en cualquiera de sus formas, puede confundirse con un pólipo fibroso, la inversion del órgano, y el alargamiento hipertrófico del cuello; pero al médico que tenga presente la posibilidad del error, no le será difícil distinguirlo de estas condiciones. De la primera, lo distinguirá la configuracion general del tumor, y la presencia del hocico de tenca, y su orificio externo; de la segunda, la presencia de las mismas partes, y la ausencia de los fenómenos que acompañan la inversion; reconociéndose fácilmente la tercera por la longitud considerable del cuello, la imposibilidad de reducir el supuesto prolapso, y la profundidad excesiva del órgano, que revela la sonda, despues de repuesto este en la pélvis.

Pronóstico.—Este es muy grave en cuanto á la curacion; y aun con respecto al alivio completo, no es bueno; en fin, algo depende del estado del útero y de la vagina. Si la presencia de un tumor fibroso, ó de algun otro mal poco susceptible de tratamiento, ha ensanchado mucho el órgano, será imposible sostenerlo artificialmente; mientras que por otro lado, si las paredes vaginales están muy distendidas y se han atrofiado mucho, hay poca probabilidad de poder mantener el útero en posicion, pues la vagina es el único apoyo natural del órgano que puede utilizarse en el tratamiento quirúrgico de la afeccion.

Complicaciones.—El prolapso del útero en sus grados primero y segundo, y aun con mas frecuencia cuando es completo, produce las siguientes complicaciones:—

Congestion de la matriz y de sus anejos;
Endometritis y salpingitis;
Hiperplasia del útero;

Elongacion hipertrófica del cuello;
Cistocele;
Rectocele.

La testura de la matriz se congestiona, y aparece tumefacta, edematosa, reblandecida, y relajada, tan pronto como el prolapso se hace completo; existiendo las mismas condiciones, aunque en menor grado, en el primero y segundo períodos del descenso. Esta hiperemia pasiva ocasiona con el tiempo la hiperplasia, que especialmente afecta el tejido conjuntivo; y como consecuencia el órgano se agranda, aumentando en peso y capacidad. No sólo el parénquima del útero se halla afectado de congestion ó hiperplasia, sino que la membrana interna y el tejido submucoso de aquel padecen igualmente, y la endometritis es consecuencia constante del prolapso. Como hemos dicho ántes, se verifican cambios especiales en el cuello; esta parte se ablanda y relaja notablemente; sus vasos afectan un estado varicoso, y á menudo se observa una absorcion estensa de su tejido muscular.

La leucorrea, la dilatacion y el renversamiento, ó eversion, del cuello, ciertas afecciones de la vejiga y del recto, y á veces la cistitis, se presentan por lo regular como síntomas concomitantes consiguientes á las condiciones morbosas secundarias que van enumeradas. El renversamiento del cuello requiere mencion especial por ser un rasgo muy importante del estado morbozo de que se trata. El útero en su descenso invierte la vagina, y esta ejerce una traccion continua en el orificio externo de aquel, por medio de su insercion en el cuello, que ahora viene á quedar mucho mas baja que el extremo superior del canal; siendo el principio que rige en su ejecucion idéntico al que se observa cuando el *colpeurynter* dilata el cuello para establecer ó facilitar el primer tiempo del parto. La tension se prolonga y acrecienta á medida que vá aumentando el descenso é inversion de la vagina; la cavidad del cuello se presenta á lo exterior, y pronto sale afuera por completo; y habiendo desaparecido el verdadero orificio uterino externo, el interno de hecho se convierte en orificio externo y único de la matriz.

El prolapso del útero disloca de tal manera la vejiga que la sonda al introducirse en esta, se dirige hácia abajo y atras. Esta complicacion es importante, pues no sólo la traccion y la dislocacion tienden á producir la cistitis, sino que la causan tambien la irritacion refleja y la descomposicion, despues de emitida la orina, de la parte del líquido que permanece en el divertículo formado por la pared vesical que está en prolapso. La pared anterior del recto descende de igual modo, dando lugar á la retencion de materias fecales en dicho punto.

El *prolapso repentino ó agudo* puede sobrevenir á consecuencia de esfuerzos violentos, de una caída, ó de una contraccion violenta de los músculos del abdómen, obrando sobre un útero aumentado de volúmen por la hiperplasia, la subinvolucion, la preñez, ó tumores; y se presenta

á veces aun cuando la estructura y tamaño de este se hallen en estado normal. La enferma experimenta de repente una sensacion como si algo se hubiese desprendido en su interior; manifiesta gran postracion y alarma; y siente un dolor espulsivo, como si desease espeler algo de la pélvis. Dos veces he observado este fenómeno durante los dos primeros septenarios que siguen al parto, á causa de esfuerzos musculares súbitos y violentos; y una vez en una jóven nulípara de diez y nueve años, que, habiendo hecho un esfuerzo grande para levantar un peso, el cuello del útero franqueó la vulva, quedando el cuerpo detenido por el esfínter de la vagina y el tabique perineal. A esta enferma no la ví hasta un año despues del accidente; pues aunque la dislocacion le había ocasionado grandes padecimientos, un pudor mal entendido la impidió revelar la causa de estos. En este caso descubrí vestigios claros del hímen, cuya rotura tenía yo razones físicas y morales para conocer que no había sido resultado de contacto sexual.

Tengo por muy probable que en los casos de este género hay desgarramiento de los ligamentos útero-sacros. De esta suposicion, que por razones evidentes es imposible comprobar por la necroscopia, puede haberse hecho mencion por otros; pero la única alusion á ella que he visto es la que hace Courty, que hablando de los ligamentos útero-sacros, dice: "si se distienden ó *desgarran*, el órgano entero desciende."

En el prolapso repentino, si no se verifica la reduccion inmediatamente, sobrevienen dolores violentos en el sacro y las ingles, y es tal la tirantez que sufre el peritoneo pelviano, que puede dar lugar á una inflamacion de carácter peligroso.

Tratamiento.—La primera indicacion consiste en reducir el órgano dislocado, y la segunda en mantenerlo en su posicion en la pélvis.

Métodos para reducir el útero.—La reduccion del útero se logra generalmente sin dificultad, aunque para ello suele requerirse una táxis cuidadosa é inteligente. El mejor modo de practicarla es como sigue: Despues de la evacuacion completa, si fuere posible, de la vejiga y el recto, se pone á la enferma de rodillas, con el pecho bien inclinado hácia abajo, á fin de que las vísceras pelvianas y del abdomen graviten hácia el diafragma; y como el objeto de esta posicion es elevar la pélvis y hacer bajar el tórax en cuanto se pudiere, se colocará á la enferma en el suelo ó sobre una mesa, y no sobre una cama blanda en que se hundan las rodillas. Antes de emprender la reduccion, se dejan trascorrir diez ó quince minutos; en cuyo tiempo disminuye grandemente la hiperemia intensa que existe en las vísceras pelvianas. En seguida el operador, asiendo, con los dedos índice, del medio y cuarto de la derecha, el cuello del útero, empuja el órgano hácia arriba con la fuerza y firmeza necesarias, cuidando de seguir la línea del eje del estrecho inferior. Mientras tanto la mano izquierda descansa sobre la espalda de la enferma, á fin de afirmarla. No hay para qué emplear una fuerza súbi-

ta ó violenta, pues el útero vuelve á su posicion normal mediante una compresion firme, continuada por quince, veinte, ó treinta minutos, si fuere necesario.

Pocos casos resistirán á este método de reduccion, aunque suelen darse algunas escepciones. El Dr. Alexander Monro observó en una niña de tres años un caso de prolapso que se manifestó irreducible, y terminó por la muerte; y ya cité otro en que un útero aprisionado y á punto de volverse gangrenoso, no pudo reducirse por el método descrito. Como no había que perder tiempo, sometí á la enferma á una anestesia completa, y aferrando el órgano con el pulgar y tres dedos, lo reduje á viva fuerza.

Métodos para sostener el útero.—El médico debe tratar de descubrir la causa del descenso ántes de adoptar un plan especial de tratamiento con este objeto; pues claro es que las indicaciones serán muy distintas cuando el prolapso es causado por aumento de peso del órgano, ó compresion desde arriba, y cuando proviene de la traccion de una vagina en descenso. Por desgracia, cuando la afeccion ha existido por algun tiempo, es muchas veces imposible determinar con seguridad la causa; pues aunque esta fuese en su principio el aumento de peso del útero, la inversion prolongada de la vagina y la distension de los ligamentos uterinos consecutivas al descenso deben haber destruido toda la resistencia de estas partes.

Sin embargo, se hará todo lo posible por averiguar la causa primitiva del mal, y se descubrirá en muchos casos, si se busca como corresponde. Supóngase, por ejemplo, el útero descansando sobre el suelo de la pélvis, sin que exista distension ni prolapso de la vagina, ni manifestacion de compresion excesiva sobre el órgano; en semejante caso se cuidará de fortalecer sus medios de fijeza normales.

Por otro lado, supongamos que se encuentre la vagina en su estado normal, y el útero en descenso, y muy aumentado de peso, quizás tres veces mas de lo natural; entónces se dirigirá especialmente la atencion al aumento de peso.

Aun mas, si se encuentra la matriz insignificante y atrofiada de una mujer de setenta años, caída en una vagina ancha, floja, é incapaz de contraerse, es casi seguro que la causa del descenso es la traccion que aquella hace experimentar al útero.

Por último, si se observa la coincidencia de una rasgadura del periné, con subinvolucion y prolapso de la vagina y de la matriz, lo cual nada tiene de raro, puede deducirse que el aumento de peso del órgano, la falta de apoyo y la traccion han conspirado para producir este resultado.

Es deber del médico tener muy presentes todas estas indicaciones, atendiendo primeramente, en todo caso, á la que tenga relacion con la causa primitiva y mas importante; y despues, á las secundarias, es decir las determinadas por el descenso mismo.

Los medios propios para impedir que desde arriba se ejerza presion en el útero son:—

- Apartar el peso de la ropa, á favor de un suspensor de faldas ;
- Evitar el peso de los intestinos prohibiendo los vestidos ajustados y los esfuerzos musculares, y empleando una cintura abdominal ;
- Impedir la acumulacion de materias fecales y de orina.

El suspensor de faldas consiste simplemente en un par de tirantes que puede idear toda mujer de mediana habilidad, y que sirve para suspender de los hombros todo el peso de la vestidura interior. La Fig. 80 representa un suspensor muy bueno.

Hay una gran diversidad de cinturas abdominales ; pero desgraciadamente la hechura de algunas de ellas las hace absolutamente nocivas. Si ejercen presion en el abdómen por encima del ombligo, tienden á aumentar la que experimenta el útero, ó cuando ménos á anular todo el alivio que debe proporcionar la presion ejercida por debajo de la region umbilical. Deben producir el mismo efecto que las manos de la enferma cuando esta las coloca sobre el púbis y con ellas levanta las vísceras abdominales. Algunas de estas cinturas constan simplemente de tiras de un lienzo doble, y otras de almohadillas, ó discos metálicos ó de cuerno, con correas abrazadoras semejantes á las de los vendajes herniarios. El médico podrá elegir con acierto, siempre que tenga presentes las indicaciones que desee llenar.

Durante el tratamiento, hará poco ejercicio la enferma, y guardará cama en la época de las reglas, por cuanto se halla entónces aumentada de peso la matriz ; y si el accidente ha sobrevenido inmediatamente despues del parto, se mantendrá acostada á fin de facilitar la involucion.

Los medios mas á propósito para reducir el peso del útero, son:—

- La ablacion de pólipos, tumores, etc. ;
- El alivio, por el tratamiento apropiado, de la flegmasía, hipertrofia y congestion de la matriz ;
- La amputacion del cuello del útero.

A veces la aplicacion de un tratamiento apropiado, á un cuello hipertrofiado, aligera mucho el útero con el tiempo, curando la hiperemia existente ; pero en otros casos son inútiles todos los medios empleados, y entónces se recurre á la amputacion del cuello. M. Huguier, de Paris, fué quien primero practicó esta operacion para el prolapso, en 1848, aunque ya se la empleaba hacia tiempo en casos de cáncer. Desde la época mencionada muchos prácticos han recurrido á ella, practicándola segun se describirá en un capítulo dedicado especialmente á esta operacion. La disminucion del peso del útero se debe mas bien á la influencia alterante y derivativa producida por la operacion, que á la simple separacion del tejido superabundante (61).

Métodos para fortificar ó suplir los medios de fijeza del útero:—

- El decúbito horizontal ;
- Tónicos, y astringentes locales ;
- Tónicos generales ;
- Pesarios.

El decúbito horizontal continuado con perseverancia es de mucho provecho, en casos de prolapso en el primero, y aun á veces en el segundo grado. Levantadas las nalgas, el útero se retira de la pélvis y sus apoyos quedan en completo reposo, y los tejidos debilitados tienen lugar de contraerse, adquirir tonicidad y fuerza y recuperar con el tiempo sus funciones. Los buenos resultados que se alcanzan de esta manera pueden aumentarse notablemente, á favor del empleo simultáneo de los agentes que á continuacion se enumeran.

Astringentes y tónicos.—Por medio de estos puede conseguirse que los tejidos de la pélvis sostengan temporalmente el útero ; y apartando así de él la posibilidad de la hiperemia determinada por estorbo de la circulacion, se contribuye á que se disipe la ingurgitacion ó hipertrofia leve.

Los astringentes que mas suelen usarse, son : el tanino, alumbre, persulfato de hierro, y corteza de encina blanca, que se inyectan en la vagina, en infusion ó disolucion, con la jeringa ordinaria, ó bien, se introducen en forma de supositorios, ó se aplican en polvos á toda la superficie del conducto, por medio del tubo porta-supositorio representado en otro lugar.

La aplicacion de tónicos locales consiste en baños de asiento frios, duchas, baños de mar, é inyecciones copiosas en la vagina de agua fria, agua con sal, ó, lo que es mejor, agua de mar.

Se prescriben los tónicos generales vegetal y mineral ; y entre ellos mencionaremos el cornezuelo de centeno, la estriquina, y el hierro ; siendo los baños de mar particularmente útiles, pues además de su accion local, mejoran el tono de todo el sistema.

Pesarios.—El sistema de sostener la matriz, la vagina, la vejiga, y el recto, cuando se encuentran en estado de prolapso, por medios mecánicos que sustituyan los apoyos naturales de estas partes, ha venido á ser un método valioso é imprescindible. En muchos casos la repugnancia ó la edad avanzada de la enferma, la inesperienza del médico, y la incertidumbre, en cuanto al resultado, que acompaña á todo procedimiento quirúrgico para la cura del prolapso, hacen que adoptemos un método que proporciona notable alivio durante el resto de la vida, por larga que sea, y que es dictado por la prudencia y el sentido comun. El sosten artificial por medios mecánicos, de cuatro órganos en prolapso, y que se encuentran así desde hace mucho tiempo, pone á prueba con frecuencia la habilidad del ginecólogo mas esperto, frustrando completamente á veces sus mayores esfuerzos ; el médico no debe olvidar este hecho innegable, ni desalentarse por las dificultades que encuentre,

ó la repetida inutilidad de sus tentativas. No está de mas que diga, tratando de este asunto, que estoy léjos de recomendar ningun instrumento sólo porque haya sido generalmente adoptado, y que me limitaré á mencionar únicamente aquellos que uso todos los dias en la práctica con buenos resultados.

Los pesarios que se empleen en las diversas formas de prolapso de los órganos de la pélvis, deben sostener el útero sin dilatar al mismo tiempo la vagina; y han de elegirse siempre, en cuanto sea posible, aquellos que sostienen este canal sin distenderlo; permitiéndole así que adquiera algo de su tono y elasticidad normales. Las grandes indicaciones que debe llenar el pesario en la mayor parte de los casos de prociencia, son: primero, que sustituya la accion de los ligamentos útero-sacros, principales agentes en el sostenimiento de la matriz; y segundo, que mantenga en su lugar á la vagina, el recto, y la vejiga, á fin de que no perpetúen el prolapso del útero con la traccion de este órgano.

He dicho ya que el tratamiento de esta lesion, en cualquiera de sus variedades, reduciendo el órgano, y sosteniéndolo por medio de un pesario, tiene que ser ineficaz muchas veces; ni sería racional suponer que tres ó cuatro órganos caidos, congestionados, y aumentados de peso, pudieran mantenerse desde luego en su posicion normal, cualquiera que fuese el aparato mecánico que al efecto se emplease, sin previa preparacion ó la ayuda de otros medios. Sin embargo, hay quien cuente muchas veces con semejante resultado. Antes de aplicar el pesario, es menester disipar la congestion de la parte, manteniendo á la enferma acostada por algunos dias, ó una semana si fuere posible, disponiendo la cama de modo que en la parte que corresponde á los piés haya una elevacion de seis pulgadas. Durante este tiempo se administran purgantes suaves, para contribuir al objeto indicado, mediante la evacuacion de las materias fecales, y estimulando la circulacion hepática; la vagina se riega metódica y copiosamente con líquidos astringentes, á fin de endurecer sus tejidos y prepararlos para recibir el pesario, renovar su resistencia para que pueda sostener el útero, el recto, y la vejiga, y determinar la contraccion de sus dilatados vasos superficiales. Es cosa cierta que la duracion del caso será larga, y el tiempo que se emplea como acabamos de mencionar, léjos de ser perdido, pone á la enferma en mejor aptitud para comenzar el tratamiento mecánico, aminorando los accidentes que al principio suelen desalentarla. En relacion con este asunto, es muy verdadero el axioma de que un buen principio vence la mitad del camino para alcanzar un buen resultado.

Una vez levantada la mujer, el tratamiento seguirá siendo el mismo que acabamos de indicar, con escepcion del decúbito; y se deben adoptar otros medios que sirvan de coadyuvantes del pesario, como el de aligerar el peso de la ropa, el evitar los esfuerzos musculares, las posiciones forzadas, y el estar de pié mucho tiempo, el aminoramiento del peso del útero, y otros mas á que ya se ha aludido. Si se han llenado

todas estas indicaciones, el pesario presenta un recurso precioso para completar y efectuar el restablecimiento de las partes; pero si no se ha atendido á esos puntos importantes, dicho instrumento suele ser sobrado ineficaz para lograr por sí solo el objeto deseado.

La eleccion de un pesario para un caso de prolapso en primero ó segundo grado, depende del peso que ha de sostener; cuando este es excesivo, por existir un cuerpo fibroso que, mediante su peso, hace descender el útero, es muy probable que todo pesario interno sea inútil; miéntras que si el peso es moderado, se conseguirá el alivio con cualquiera de los instrumentos que siguen, y que se verán representados en el artículo sobre retroversion: estos son el anillo elástico de Meigs, y los pesarios de Hodge, Smith, Hewitt, y Thomas. Es indispensable que el instrumento que se elija no ensanche la vagina ni cause incomodidad alguna á la persona que lo lleva; debe mantenerse limpio con inyecciones de líquidos astringentes todas las noches, ó por la mañana y por la noche; y lo ha de examinar á menudo el médico para cerciorarse de que no corta los tejidos.

Cuando estos pesarios son ineficaces, con motivo del gran peso del útero, ó cuando la prociencia es completa, deben emplearse otros que sean internos y esternos juntamente. Casi nunca trato de sostener el útero en el tercer grado de prolapso con un pesario interno, por falta de confianza en el buen éxito, y porque los he visto en semejantes casos producir consecuencias tan graves, que no me atrevo á perder de vista á la enferma miéntras se halla el pesario en posicion. El uso de un instrumento que la enferma pueda apartar cuando quiera, dejando descansar las partes durante la noche, y colocándolo de nuevo al levantarse, sobre ser ménos peligroso y mas eficaz, es mas cómodo para ella, no ménos que para el médico.

Tres son los métodos por los cuales se puede proporcionar el apoyo: 1º, á favor de una varilla que al salir por la vulva se dirija hácia atras á lo largo del periné; 2º, mediante una varilla que al salir de la vagina se dirija hácia arriba á lo largo de la sínfisis pubiana; 3º, á beneficio de una varilla que, terminando en el anillo vulvar, estribe en un vendaje que pase por debajo de dicho anillo. El primer modo de aplicarla es el mejor, siguiéndole en órden de utilidad el segundo; el tercero presenta el gran inconveniente de carecer de un punto de apoyo en que fijar la varilla, para que no se mueva.

El admirable pesario de Cutter, que se ve en la Fig. 87, llena mejor que otro ninguno que yo conozca las indicaciones de suplir los ligamentos útero-sacros y de sostener la vagina, la vejiga y el recto que se hallan en estado de prolapso. El platillo que se ve en el extremo uterino del tallo recibe en su concavidad el cuello de la matriz, y el instrumento es tan sencillo que la enferma puede quitárselo y ponérselo con la mayor facilidad; lo que ejecutará por la noche despues de acostada, y ántes que se levante por la mañana.

La dirección del tallo puede cambiarse haciéndolo pasar á lo largo de la sínfisis pubiana, y fijándolo en una cintura. La Fig. 88 representa el instrumento aplicado de esta manera.

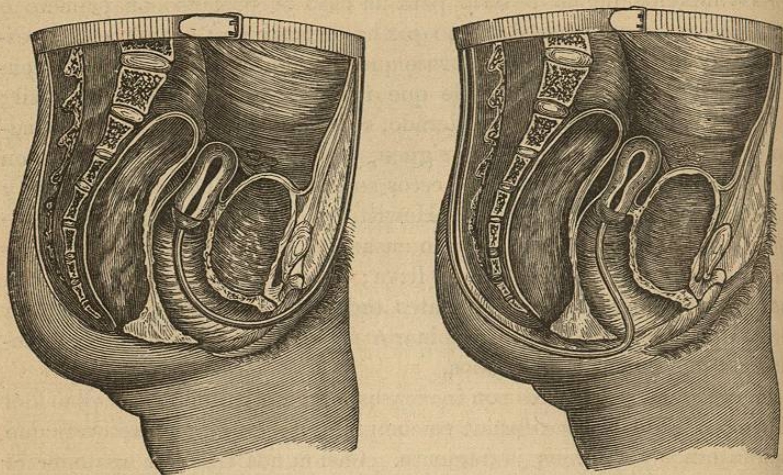


FIG. 87.—Pesario de Cutter para prolapso (62). FIG. 88.—Pesario para prolapso, con cintura abdominal.

Medios para impedir la tracción ejercida por la vagina.

Sosten perineal ;
Perineorrafia ;
Elitrorrafia.

Sosten perineal.—He aludido ya á la función importante del cuerpo perineal, que cierra la entrada de la vagina, y ofrece una base de apoyo á esta columna. La rasgadura del periné destruye su potencia de esfínter, dando por resultado la caída de una ó de ambas columnas vaginales, y el descenso concomitante de la matriz. Algunas veces se alivia algo comprimiendo firmemente la parte debilitada, con una almohadilla rellena de cerda, de algodón en rama ó de aire, combinada con una cintura abdominal.

Perineorrafia.—El restablecimiento del cuerpo perineal por medio de la perineorrafia proporciona un apoyo mas completo y permanente á la vagina, é impide con mas seguridad la caída de sus paredes. Este procedimiento presta con frecuencia gran auxilio cuando es poco el aumento de peso del útero, pues anula la fuerza que arrastra el órgano hácia abajo, suprimiendo así la causa del mal; pero si bien es eficaz en estos casos, no es probable que lo sea en aquellos en que se necesita sostener el gran peso de un útero muy aumentado de volumen.

La práctica de la perineorrafia, léjos de limitarse á los casos de

descenso de la vagina con rasgadura del periné, se aplica igualmente á todos aquellos en que la compresión de una vagina ó una matriz aumentada de peso y volumen ha destruido por completo la resistencia del cuerpo perineal, debilitándolo y distendiéndolo; pero la eficacia del procedimiento depende siempre del restablecimiento cabal de dicho cuerpo; pues no basta que se oculte simplemente el mal, á favor de un velo tenue é inútil, que se estiende desde la horquilla al ano (63).

*Elitrorrafia.*¹—Hace tiempo que con objeto de remediar esta dolencia, concibieron los prácticos la idea de estrechar artificialmente la vagina, á fin de que, disminuida su dimension, y presentando una columna de tejido cicatrizado, sostuviese mejor el útero. M. Romain Gérardin comunicó este pensamiento á la Sociedad Médica de Metz, en 1823; pero, segun parece, no se puso en práctica la operación, pues su autor, en una memoria publicada mas tarde² sobre la materia, dice con gran patriotismo que, “su deseo había sido poner fuera de duda el origen de la operación, y conservar á la cirugía francesa la gloria de la prioridad de su concepción, si no de su práctica.” Mientras este cirujano felicitaba á su país natal por la concepción de una idea, Dieffenbach en Alemania y Heming en Inglaterra daban la prueba de su practicabilidad, poniéndola en ejecución. Segun la mención que de ella trae un periódico extranjero de Junio de 1831, es probable que Dieffenbach verificase dicha operación en 1830. El Dr. Marshall Hall, de Inglaterra, publicó, en Noviembre de 1831, un caso en que, por recomendación suya, la había practicado con buen éxito el Dr. Heming, traductor inglés de la obra de Boivin y Dugès sobre las *Enfermedades del Utero*; y en época posterior Fricke, Scanzoni, Velpeau, Roux, Stolz, y otros, practicaron la operación con diversas modificaciones, aunque consistiendo siempre en “separar un colgajo de la mucosa vaginal, y juntar los dos bordes de la herida, á fin de reducir el calibre de la vagina. . . . Dieffenbach hace referencia á gran número de mujeres curadas completamente por medio de dicho procedimiento. . . . Fricke curó de cuatro casos tres.”³ A juzgar por estas citas, parece que en el continente europeo, y con especialidad en Alemania, se conoce y practica el procedimiento hace largo tiempo. En Inglaterra no se ha empleado, pues segun el Dr. Sims,⁴ despues de una discusión suscitada acerca de un ensayo que este leyó ante la *London Obstetrical Society*, Mr. Spencer Wells le llamó la atención hácia la mencionada operación de Mr. Heming, afirmando que “al ménos un caso se había operado con buen éxito.”

La operación, probablemente por razones que citaré mas adelante, había caído completamente en desuso hasta el año de 1858, en que el Dr. Sims⁵ la rehabilitó, con ciertas modificaciones. Su procedimiento,

¹ Ἐλιτρον, vagina, y ραφή, sutura.

² Gazette Médicale, 1835, p. 558.

³ Wieland y Dubrissay, ob. cit., p. 533.

⁴ Uterine Surgery, edicion americana, p. 312.

⁵ Uterine Surgery, edicion inglesa, p. 309.

que paso á describir, difiere mucho del empleado por sus predecesores.

Procedimiento de Sims para la elitorrafia.—La enferma, sometida á la influencia completa de un anestésico, se coloca sobre una mesa, echada sobre el lado izquierdo, del mismo modo que cuando se va á practicar un exámen ordinario con el spéculum. Introdúcese en seguida un spéculum de los mas grandes de Sims, y se fija en el cuello del útero una sonda curva que termina en puntas sutiles en forma de horquilla, con la que se hace un repliegue en la pared anterior de la vagina, como se ve en la Fig. 89.

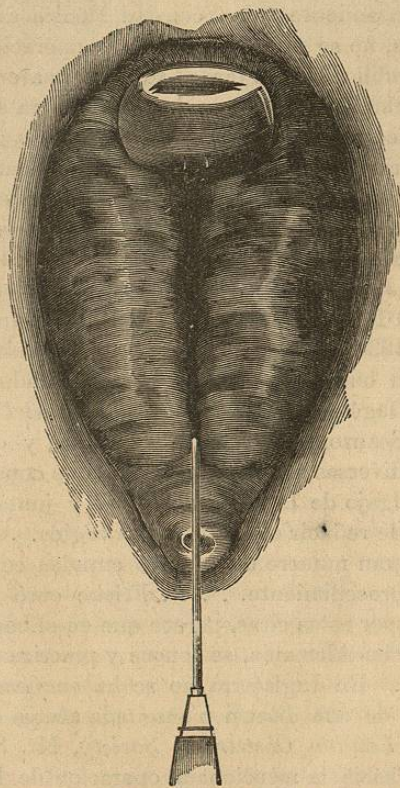


Fig. 89.—El útero fijo por la sonda. (Sims.)

Inmovilizadas las partes á favor de este instrumento, el operador valiéndose de dos erinas dobla las paredes opuestas de la vagina, á fin de determinar dónde ha de efectuarse la union. Decidido este punto, se levanta con tenáculo la mucosa, algunas líneas mas arriba del meato, y se corta con unas tijeras curvas. El colgajo que queda se eleva con el tenáculo, y fijando este de nuevo oportunamente en la mucosa, se

prolonga hácia arriba la incision, á fin de sacar un colgajo que se estienda hasta uno de los lados del cuello. Repítese el procedimiento de la misma manera en el otro lado.

Hecho esto y sacada la sonda, se trae el cuello hácia abajo con un tenáculo pequeño, y se hacen dos líneas trasversales de desnudacion, que no se ven en la lámina, y que casi unen los dos brazos de la V (64).

Aplicase luego la sutura de la misma manera que en las fístulas vaginales, empezando á introducir los hilos en el vértice del triángulo, y continuando hácia arriba; los hilos de seda que se pasan primeramente sirven para colocar en posicion los de plata.

El tratamiento consecutivo consiste en mantener á la enferma acostada y en completa quietud, administrar opio, evacuar con frecuencia la orina á beneficio de la sonda, y constipar el vientre. Los hilos inferiores se quitan á los diez dias; los superiores al fin del segundo septenario; y se mantiene á la enferma en el decúbito dorsal por dos ó tres semanas, previniéndole que por algun tiempo se abstenga de hacer esfuerzos musculares violentos.

El Dr. Emmet, viendo que el cuello suele introducirse en el saco que por este procedimiento queda abierto detras del hocico de tenca,

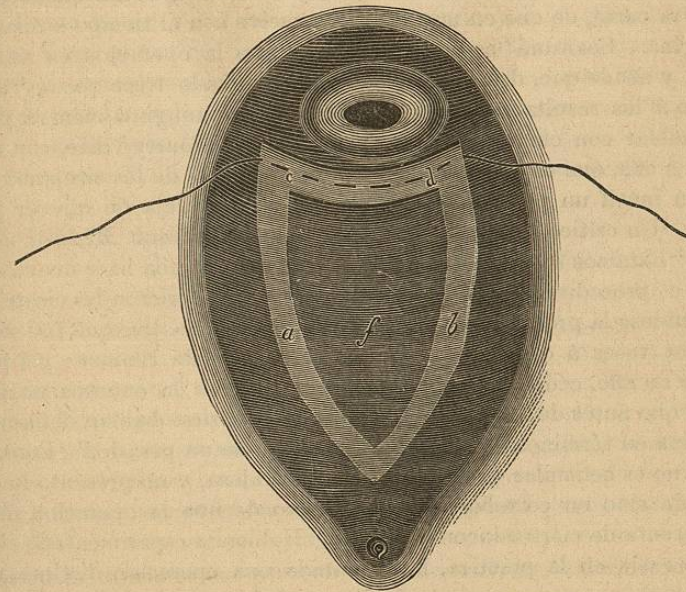


Fig. 90.—Procedimiento de Emmet para la elitorrafia.

perfeccionó la operacion cerrándolo, como se ve en la Fig. 90; y posteriormente la ha simplificado aun más, del modo siguiente. Al principiar levanta con el tenáculo la membrana mucosa á un lado y á la