

distancia conveniente del cuello, y la corta con tijeras, repitiendo el procedimiento en el lado opuesto, y en la cara posterior del cuello. Pasa entónces un hilo metálico á fin de unir todos los puntos desnudados, torciéndolo para mantenerlos en contacto. Procediendo de esta manera se logra formar sin ayuda del tenáculo el repliegue de la vagina que, como va representado en la Fig. 89, se efectuaba á favor de dicho instrumento. Enganchando con la erina la membrana mucosa del repliegue vaginal de un lado y otro, corta la parte que eleva, y en seguida pasa un punto de sutura; de esta manera prosigue gradualmente, evitando un gran derrame de sangre, poniendo desde luego en contacto íntimo las superficies avivadas, y evitando el inconveniente de que no guarden simetría las suturas despues de aplicadas. Habiendo practicado varias veces este procedimiento operatorio, puedo responder de su sencillez (65).

Aunque son innegables los excelentes resultados de la elitorrafiya, como lo comprueba el gran número de casos operados con ligeras modificaciones del procedimiento, que vienen apareciendo en las publicaciones médicas del día, presenta, sin embargo, los inconvenientes de ser una operacion engorrosa, de difícil ejecucion para el que no esté familiarizado con este ramo de la cirugía, y espuesta á fracasar, aun cuando haya sido practicada con el mayor esmero; no quedando duda, por otra parte, de que en muchos casos vuelve con el tiempo á dilatarse la vagina. Scanzoni¹ se adelanta á decir que la operacion es siempre inútil, y añade que, despues de haberla practicado trece veces, "atendiendo á los resultados que hemos obtenido, de ninguna manera podemos hablar con elogio de estas operaciones." Courty² dice, con referencia á ella, que en la actualidad "la mayor parte de los cirujanos consideran inútil un procedimiento que, además, no deja de ofrecer peligros." Un crítico escribe lo siguiente en el *New York Medical Journal*:³ "Estamos curando una enferma que fué operada hace nueve años segun el procedimiento de Sims, y en la cual se abrieron las cicatrices, renovándose la procidencia al cabo de un año. Hace tres que fué sometida dos veces á otra operacion, por el método de Emmet; y á poco mas de un año, cedieron las bridas, encontrándose la enferma en peor estado que ántes de ser operada; pues las cicatrices habían deformado la vagina en términos de ser imposible el uso de un pesario." Pero, mi objeto no es acumular pruebas de esta naturaleza, y no presento lo que antecede sino en corroboracion del aserto de que la operacion no se halla exenta de ciertos inconvenientes. Habiendo experimentado algunos de estos en la práctica, he ejecutado una operacion distinta, que consiste en separar una parte de la pared de la vagina,⁴ por medio de

¹ Ob. cit., p. 159.

² Mal. de l'Utérus, p. 748.

³ Tomo viii, p. 523.

⁴ Dieffenbach y otros practicaron hace tiempo la separacion de partes de las paredes vaginales; lo que yo tengo por mio es sólo el método de practicarla.

un procedimiento que impide la posibilidad de hemorragias graves, asegurando al mismo tiempo la reunion perfecta de los bordes de la herida. Me he valido ya catorce veces de este procedimiento; y si bien en todos los casos hice la operacion en el hospital, y no he vuelto á saber de la mayor parte de ellos, los que he podido seguir con la vista afirman cada vez mas mi confianza en su eficacia. Este método estriba en la ablacion completa de una parte de la pared vaginal, de suerte que la dilatacion, si se reproduce, tiene que efectuarse por la distension de todo el canal, y no por el desgarro de sus paredes adheridas.

Procedimiento de Thomas para estrechar la vagina.—Esta operacion puede practicarse en una ú otra de las paredes vaginales, ó en ambas sucesivamente. Al practicarla se puede dejar el útero en prolapso completo en la primera operacion, ó bien volverlo á su lugar en la pélvis, terminando el procedimiento con el spéculum de Sims en la vagina. Supongámoslo aplicado contra la pared anterior, estando el útero en prolapso. La enferma, previamente eterizada, se recuesta de espaldas; como á media pulgada de uno de los lados del cuello, se engancha y eleva con el tenáculo la vagina y se corta con tijeras un pedazo de ella del tamaño de un guisante. Por la abertura hecha se introduce una sonda acanalada, que se hace pasar directamente á través de la cara anterior del útero, por entre este y la vagina, hasta que llegue á un punto del lado opuesto correspondiente al que marca el principio de la operacion. Esta sonda sirve de guia para incidir transversalmente la vagina. Haciéndola penetrar entónces en el punto medio de la incision transversal, se la empuja poco á poco á través del tejido areolar flojo por entre la vagina y la vejiga, hasta que llegue á

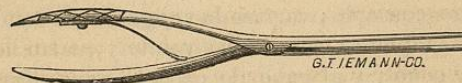


FIG. 91.—Tenazas dilatadoras para separar la vagina de la vejiga.

un punto cerca del meato; y luego se saca. Esta penetracion la he ejecutado siempre con facilidad. En seguida se introduce en el canal abierto por la sonda un instrumento de acero (Fig. 91), de seis pulgadas de largo, cuyos brazos son del grueso de una sonda de acero número 9, y tienen tres pulgadas de largo; al llegar al punto mas bajo del canalículo, se separan las hojas del instrumento aproximando sus agarraderas; lo que ocasiona un desgarro subcutáneo que separa la vagina de la vejiga por un espacio triangular, cuyo vértice está en el cuello del útero y su base en el meato urinario. Cuando los tejidos no ceden fácilmente, se efectúa con rapidez la separacion ayudando al instrumento con el dedo. Hecho esto, se aplica un *clamp* (Fig. 92), compuesto de dos hojas de media pulgada de ancho y tres de largo, cuyas caras

interiores están erizadas de dos hileras de dientes, que sobresalen como un cuarto de pulgada de la superficie; las hojas del instrumento están unidas en uno de sus extremos por un gozne que las deja separar un cuarto de pulgada; y une la otra extremidad un tornillo con que se puede graduar la compresion. La vagina separada se reúne á la altura del cuello, por medio de un hilo que la atraviesa en el punto donde se principió la operacion; y despues de apretado el hilo, se dobla la parte libre de la vagina, de suerte que forme elevacion, á manera de dos col-



Fig. 92.—Clamp dentado para comprimir la herida en la vagina.

gajos puestos uno frente á otro. En seguida se aplica el clamp con el gozne dirigido hácia el cuello, y el tornillo hácia la uretra, apretándolo por medio del tornillo; la parte de la vagina que cuelga fuera del instrumento se recorta cerca del borde de este, aplicando la sutura entrecortada con hilos de plata, á fin de reunir los labios de la herida; concluido esto, y sin desprender el clamp, se reduce el útero, lo cual se efectúa sin la menor dificultad. La vagina se llena luego con un tapon empapado en una disolucion de alumbre y de ácido fénico, que se aplica firmemente con objeto de contener toda hemorragia que pueda ocurrir por la incision transversal cerca del cuello, ó que provenga del desgarro del tabique véstico-vaginal.

Terminada la operacion, se traslada á la cama la enferma; si hay malestar, se calma con opio; vaciase la vejiga con la sonda, y se constipa el vientre. El tapon se extrae á las veinte y cuatro horas; el clamp á las cuarenta y ocho; y al cabo de ocho ó nueve dias se quitan los puntos de sutura.

Por lo regular es necesario operar en ámbas paredes, dejando trascurrir dos ó tres semanas entre las dos operaciones. La que se hace en la pared vaginal despues de reducido el útero, difiere de la que se practica estando el órgano en prolapso, en que en el primer procedimiento, hallándose la matriz en la pélvis, la incision transversal resultaría difícil, y no debe practicarse, y en que la abertura de la pared de la vagina debe hacerse un poco mas arriba de la horquilla, introduciendo por ella las tenazas dilatadoras. El compresor se ajusta despues de separada la vagina del recto, y se corta la parte de aquella que cuelga fuera del instrumento.

Este procedimiento, acerca del cual no puedo todavía opinar con seguridad, presenta, á mi modo de ver, las ventajas que siguen: 1.º Se logra por su medio, no tan sólo la adhesion de las paredes vaginales,

sino el desprendimiento completo de una parte de ellas, y con esto la estrechez absoluta de la vagina por una brida cicatricial que no es susceptible de rasgarse. 2.º La operacion, practicada por el desgarro subcutáneo, ó mas bien submuscular, del tejido areolar, y por la compresion á favor de un clamp, no es muy de temerse que vaya acompañada de hemorragia de esos tejidos vasculares. 3.º El clamp resiste eficazmente la traccion de las partes; y así no es probable que, como sucede en el procedimiento ordinario, los movimientos de la enferma, la tos, vómitos, etc., desvirtúen la operacion. 4.º Un operador de mediana actividad puede siempre practicar y completar el procedimiento en treinta minutos; lo cual redundará en provecho de la enferma.

El único inconveniente hasta ahora observado, que presenta la operacion, es la hemorragia; y esta siempre la he podido contener con la ayuda del clamp. El grado de presion que ha de ejercer este debe, por supuesto, regularse con cuidado, para que no sea perjudicial á la nutricion de la parte comprimida.

El clamp de que yo hago uso se hace de goma vulcanizada, ó de acero niquelado; las tenazas dilatadoras de acero pueden sustituirse con una sonda, efectuándose con esta el desgarro del tejido areolar.

Nunca es cuerdo prometer un resultado feliz y permanente de ninguna de las operaciones de elitrorrafia. La curacion será muchas veces radical y duradera si, en un caso de hipertrofia del cuello, relajacion de la vagina y distension completa ó rasgadura del periné, se hallare dispuesta la enferma á someterse á tres procedimientos, á saber: la amputacion del cuello, la elitrorrafia de la pared anterior, y la reunion del periné. Es cierto que esta es una alternativa altamente grave; pero la mayor parte de las mujeres afectadas de procidencia completa se resignarian sin vacilar á sufrir eso, y aun mas, si abrigasen esperanzas de curacion.

Además de las operaciones mencionadas y que se practican en las paredes de la vagina, se ha recurrido tambien varias veces á la episiorrafia, que ya se ha descrito, con objeto de curar ó aliviar la afeccion de que se trata, y que ha sufrido igualmente diversas modificaciones y combinaciones, las cuales se han designado con los nombres de elitrorrafia inferior, elitro-episiorrafia, episio-perineorrafia, etc.; pero no me detendré á hacer la descripcion de ellas, limitándome á mencionarlas, por temor de hacer confusa la materia, intercalando pormenores, que si bien son en extremo interesantes, no ofrecen gran valor práctico.

A los métodos descritos, practicados para sostener el útero estrechando la vagina, y estableciendo en este conducto una columna artificial cicatricial, bien posterior ó bien anterior, pueden añadirse el cauterio actual, los ácidos minerales, los escaróticos, la produccion de ulceraciones por medio de pesarios galvánicos, y la mortificacion estran-

gulando las partes con pinzas, todos los cuales se han empleado tambien para lograr el objeto apeteido. No entraré en la descripción de estos procedimientos: el lector que desee mas pormenores acerca de ellos, puede consultar la obra de Scanzoni sobre las *Enfermedades de las Mujeres*. Ocorre advertir, sin embargo, que todos, sobre presentar el inconveniente de ser en extremo dolorosos despues de disipado el sueño anestésico, son mas engorrosos y ménos seguros en sus resultados que los que dejamos descritos.

CAPÍTULO XXI.

ANTEVERSION DEL ÚTERO.

ANTES de pasar al estudio de las versiones y flexiones de la matriz, deseo advertir con especialidad al lector, que si las considero en capítulos diferentes, no es porque sean clínicamente distintas entre sí, sino por haberme parecido ese modo de estudiarlas mas conducente á la exactitud y perfeccion en los detalles; pues las versiones rara vez existen sin que las compliquen las flexiones, y estas se ven con frecuencia complicadas por aquellas.

Definición y frecuencia.—Esta lesion consiste en la inclinacion de la matriz hácia adelante, de modo que el fondo se aproxima á la sínfisis pubiana, y el cuello se dirige contra el sacro. Aunque es ménos frecuente que la anteflexion, no son por eso raros los casos que de ella se presentan; manifestándose unas veces como complicacion molesta de la hiperplasia areolar ó de escrescencias fibrosas, y otras, sin que se observe el menor cambio en el parénquima uterino.

El Dr. Churchill¹ empieza con estas palabras su capítulo sobre la materia: “No dejará de parecer inoportuno que tratemos en este lugar de algunas de estas dislocaciones, ya que tienen una conexion tan íntima con la preñez y el parto; pero como suelen tambien ocurrir independientemente de esas condiciones, hemos creido preferible esta digresion á tener luego que considerarlas de un modo incompleto ú omitirlas del todo.” Mi esperiencia me pone en completo desacuerdo con la del célebre tocólogo irlandés; pues he observado muy comunmente las versiones en el estado no puerperal. M. Goupil, en 115 mujeres nulíparas, observó 14 casos de versiones ó flexiones; y encontró 36 casos en 114 mujeres multíparas, examinadas con respecto á este punto.

El siguiente cuadro está estractado de un interesante informe estadístico del Dr. Meadows:—

¹ Diseases of Women, ed. americana.