

grandes ventajas que ofrece el spéculum de Sims, es sin duda la de que ántes de usarlo no se coloca en la debida posicion á la enferma. Para evitar ese inconveniente, y para que se comprenda cuán defectuosa puede ser la posicion elegida arbitrariamente, presento aquí la que en realidad debe adoptarse, segun la da una excelente obra francesa de cirugía ginecológica.

23. En la última edicion de su obra el Dr. Thomas no cita ya "la existencia de una endometritis" entre las condiciones que pueden apreciarse á favor del empleo de la sonda uterina como medio para hacer el diagnóstico.

24. Es de preferirse en este caso el decúbito lateral izquierdo.

25. El Dr. Thomas suprime el párrafo anterior y aun su propio estilete elástico, y describe un nuevo modo de sondear el útero, recomendando el uso de la sonda elástica de Jenks. Y dice á este propósito:

Á medida que el médico adquiera mayor destreza en la palpacion y el tacto combinados, que es el mejor y mas seguro de los medios de diagnóstico, con menor frecuencia necesitará emplear la sonda ó el esti-

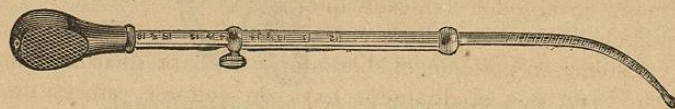


FIG. 218.—Sonda elástico-metálica de Jennison.

lete; porque en la gran mayoría de los casos quedará satisfecho con lo que averigüe por aquel medio sin recurrir á las investigaciones hechas á favor de esos instrumentos.

En algunos casos en que el volúmen del útero está aumentado, haya ó deje de haber tumores fibroides subcutáneos, se requiere el uso de una sonda elástica para hacer la exploracion completa. Al efecto se han empleado sondas de goma elástica y ballena. El Dr. Jenks, de Chicago, ha ideado una excelente sonda elástica de metal; y otra muy ingeniosa ha inventado Jennison, representada en la Fig. 218.

26. Últimamente el Dr. Sussdorff, de Nueva York, ha recomendado el uso de dilatadores de *tupelo* ó *nyssa* (madera del país, esponjosa, ligera y muy compacta). Por indicacion suya empecé á emplearlos, añade Thomas, y tan satisfactoriamente que ahora los uso mucho. Al absorber la humedad no se distienden tanto como la esponja, pero en cambio mantiene su volúmen aumentado despues de la expansion, lo cual no sucedé con la esponja. La Fig. 219 representa uno de esos dilatadores ántes de su introduccion (la cual hice, en un caso de tumor

fibroide submucoso), y el mismo dilatador despues de extraerlo al cabo de veinticuatro horas. Ambas figuras son de tamaño natural.

Creo que el dilatador de tupelo habrá de tener gran aplicacion. No hará caer enteramente en desuso el de esponja, pero lo reemplazará en muchos casos.

27. Ahora Thomas procede así:

Ántes de introducir el dilatador, debe darse una inyeccion vaginal con agua fenicada; untado el dilatador con vaselina fenicada ó jalea de petróleo, se le coge con unas pinzas; y dirigiéndole en línea coincidente con la del eje uterino é indicada por el estilete, se le empuja suavemente por dentro del conducto cervical, como lo representa la Fig. 18.

Luégo se dará otra inyeccion vaginal con agua fenicada; se colocará una masa de algodón fenicado que cubra el cuello para impedir la entrada de aire atmosférico en su cavidad y sostener en posicion el dilatador, y se hará guardar cama á la enferma hasta que el dilatador haya de quitarse, esto es, de doce á veinticuatro horas despues de introducido.

Para extraer el dilatador se pondrá á la enferma en decúbito dorsal; despues de colocado el spéculum se sacará el algodón, haciendo en seguida una inyeccion vaginal de agua fenicada, y entónces se extraerá el dilatador con las mismas pinzas que hayan servido para introducirle, ó bien por traccion del hilo atado á su estremo.

28. El autor dice en su nuevo libro, que todos los dilatadores uterinos deben untarse con vaselina fenicada al introducirse, y que inmediatamente ántes y despues de extraerlos se ha de dar una inyeccion vaginal antiséptica.

29. Al hacer uso del aspirador debe cuidarse mucho de limpiar las agujas, en agua caliente fenicada, ántes de introducir las. Suele ocurrir que despues de extraer con ellas el flúido contenido en un quiste ovárico, se las lava descuidadamente, se las guarda y luégo se las vuelve á usar, con gran peligro de contaminar á otra enferma. No sólo deben limpiarse escrupulosamente las agujas despues de usarlas, sino tambien ántes; y en el momento de ir á introducir las se las mojará en una solucion fenicada.

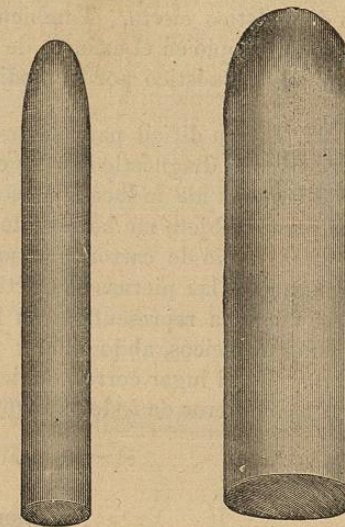


FIG. 219.—Dilatadores de tupelo ó nyssa.

30. Últimamente Tonlis y Thornton han señalado el importante hecho de que el exámen microscópico de la efusion abdominal que acompaña al cáncer ovárico, revela la célula del cáncer y así conduce á un diagnóstico cierto. Tambien Drysdale ha probado el gran valor del microscopio en el exámen de los flúidos ováricos para la determinacion del diagnóstico por su medio.

31. Es tan difícil para un profesor explicar en clase á sus alumnos lo relativo al diagnóstico en las enfermedades de las mujeres, que esta consideracion me induce á presentar aquí la figura de un maniquí de que para el objeto me he servido con buen resultado.

Está hecho de carton grueso y pintado de colores que imitan los del natural; las piernas son articuladas, y el todo está fijo sobre una mesa como la representada en la Fig. 220. En el tronco todos los órganos torácicos, abdominales y pelvianos están pintados, ménos el útero. En el lugar correspondiente á éste, hay un espigon ó eje para fijar en él úteros de todos tamaños, así como otros con flexiones, tumo-

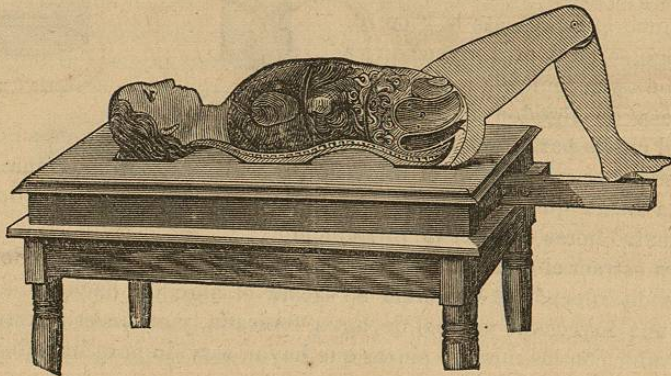


Fig. 220.—Maniquí para explicar el diagnóstico de las enfermedades uterinas.

res, etc., á fin de presentar ejemplos referentes á las explicaciones, acerca de la exploracion en decúbito dorsal, de la forma de exploracion recomendada por Sims, de los casos patológicos, manipulaciones, etc. Así los alumnos adquieren idea mas clara de lo que se les explica.

32. Yo procedo de este modo, añade el autor: cogiendo la membrana mucosa encima del saco, corto con la tijera una elipse, y una vez descubierta así la pared del saco, hago la puncion del mismo con el estilete para dar salida como á la tercera parte de su contenido. Entonces levanto con el estilete la pared del saco, y corto de ella tambien una elipse; lo cual impide que se cierre, y asegura el drenaje. Despues relleno la cavidad con algodón fenicado, para quitarlo á las treinta y seis ó cuarenta y ocho horas.

33. En los conductos inguinales acompaña á los ligamentos redondos una prolongacion del peritoneo que ha recibido el nombre de canal de Nuck; el cual se oblitera generalmente, aunque no siempre, en el último período de la vida intrauterina. Cuando queda abierto favorece la formacion de la hernia inguinal.

34. El cauterio actual era hace pocos años un instrumento de tan difícil manejo y empleo, que rara vez se le usaba en operaciones de escasa importancia. Ahora, gracias á Paquelin, se le emplea tan fácilmente como el nitrato de plata. Hé aquí representado (Fig. 221) el aparato inventado por Paquelin.

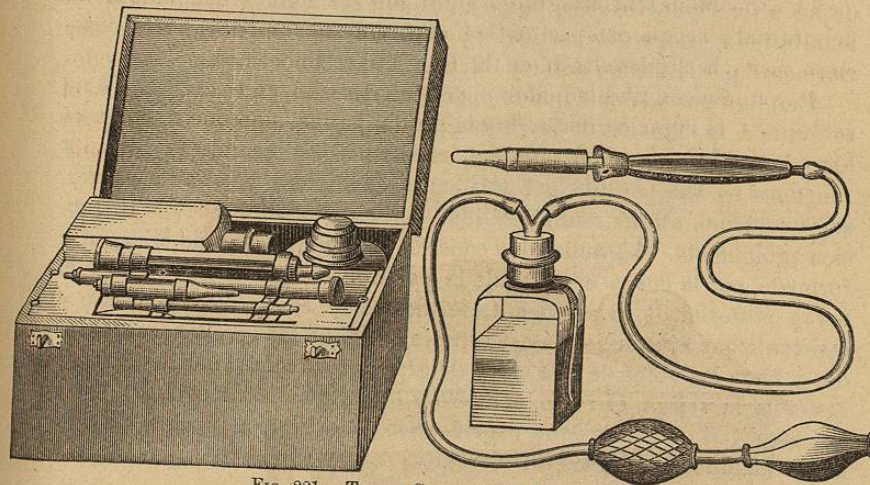


Fig. 221.—TERMO-CAUTERIO DE PAQUELIN.

El aparato consiste en un mango hueco, aislado con madera para resguardar del calor las manos. Está provisto de tres cauterios de platino movibles, huecos; y dentro de estos, despues de calentarlos hasta que se pongan negros, se introduce una corriente de vapor de benzina, por medio del fuelle de Richardson, lo cual desde luego los pone y sostiene en viva incandescencia. La alta temperatura así lograda, puede sostenerse indefinidamente comprimiendo un poco y de cuando en cuando el fuelle.

35. Si á cualquiera de las operaciones practicadas en la uretra ó en la vulva, en casos de prolapso uretral, siguiera una hemorragia pertinaz, se la contendrá fácilmente por medio del taponamiento vaginal, bien afirmado, y poniendo un vendaje de T que comprima la parte inferior del tapon contra la parte que dé sangre. El tapon comprime la uretra hácia arriba y los labios mayores hácia afuera, al propio tiempo que sirve de punto firme y fijo contra el cual se puede ejercer presion directa por medio del vendaje de T y una compresa. Es mas eficaz para contener esas hemorragias que todos los demas medios juntos que suelen recomendarse como, por ejemplo, la sal de Monsel, el cauterio actual, los ácidos fuertes, etc. La sensibilidad de la superficie vulvar es tan delicada, que la enferma suele resistirse á admitir esos remedios, los cuales, además, suelen dejar de producir el efecto deseado.

36. Antes de adoptar tratamiento alguno en la enfermedad coccigea, convendría ensayar el siguiente. Si el mal es primario, es decir, si no es consecuencia de enfermedad uterina ó fisura anal, entónces podrá lograrse curarlo, en muchos casos, á favor de un vejigatorio, inyecciones hipodérmicas de morfina y continuado empleo de la corriente galvánica. Miétras se ensayan esos remedios, podrá ser ventajoso el iodoformo, en supositorio rectal, juntamente con un tratamiento general á propósito para mejorar el estado del sistema nervioso.

37. En la última edicion americana, el Dr. Thomas ha alterado casi por completo todo lo referente á este asunto. Á fin de dar idea cabal de las alteraciones hechas, publicamos íntegro todo lo nuevo que ha manifestado acerca del particular; pero sin suprimir lo escrito anteriormente por el mismo autor y cuyo mérito reconocemos.

Empieza por advertir que la operacion descrita en el capítulo V no se limita á la curacion de la rasgadura del periné, sino que tambien es apropiada para la restauracion del cuerpo perineal cuando su fuerza y funciones se han perdido por una causa cualquiera, ya sea rasgadura, subinvolucion, atrofia senil, debilidad constitucional, ó escésiva distension prolongada. La indicacion consiste en llenar el espacio triangular formado por la curva anterior de la pared posterior de la vagina y la curva posterior de la pared anterior del recto, con un cuerpo denso y resistente que ajustándose á ese espacio sostenga las paredes mencionadas y haga las veces de una clave de arco que directa ó indirectamente sostenga la vejiga, el recto, el útero y los intestinos de encima. Con esa amplitud de miras debe considerarse la operacion, porque de ello dependerán los resultados ulteriores.

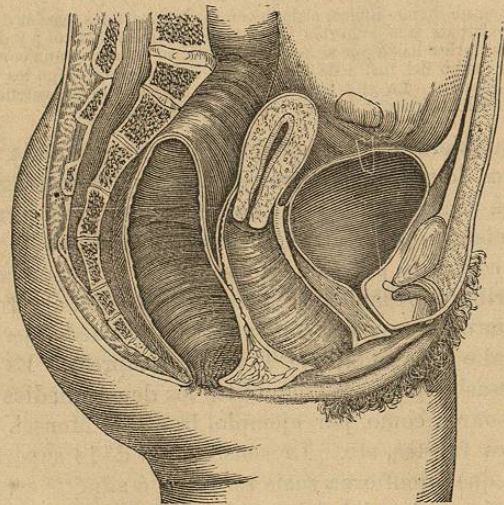


Fig. 222.—Representacion ordinaria del periné.

Antes de la esplicacion de lo que exclusivamente concierne á la rasgadura del periné, el autor dedica varios párrafos en la última edicion de su obra á demostrar la necesidad de hacer un concienzudo estudio

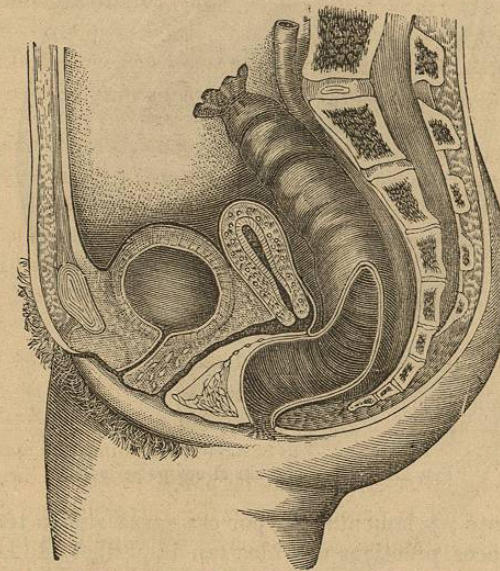


Fig. 223.—Relaciones normales de las vísceras pelvianas.

de la anatomía y fisiología del cuerpo perineal, á fin de comprender bien la importancia de las lesiones de esa region y las consecuencias

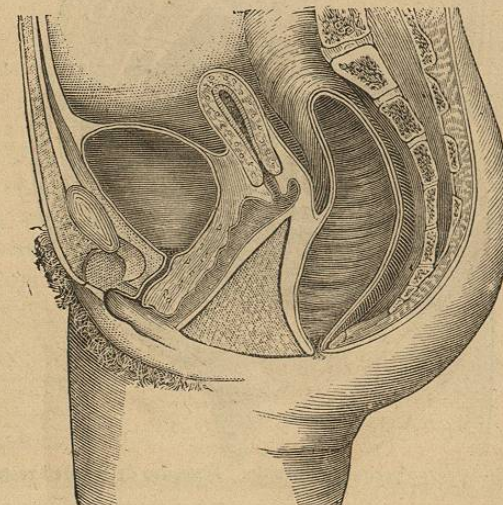


Fig. 224.—Representacion esquemática del cuerpo perineal.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. N. M. D.

que suelen tener, sobre todo en la mujer. Se queja de que los autores de obras de ginecología y aun de obstetricia omitan ó traten muy á la

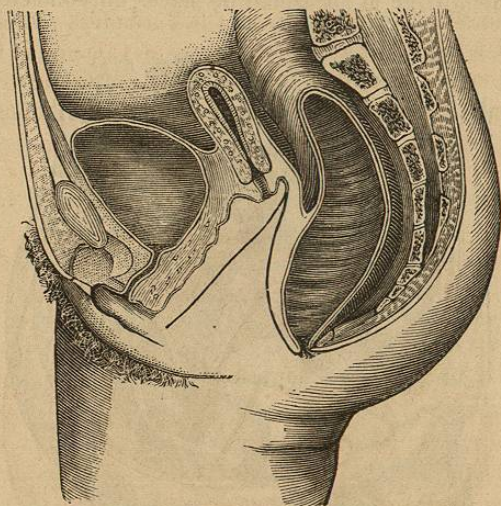


FIG. 225.—La misma sin el cuerpo perineal.

ligera este asunto ; y lamenta que por esa causa suelen tener los estudiantes y no pocos prácticos una idea tan imperfecta de las relaciones

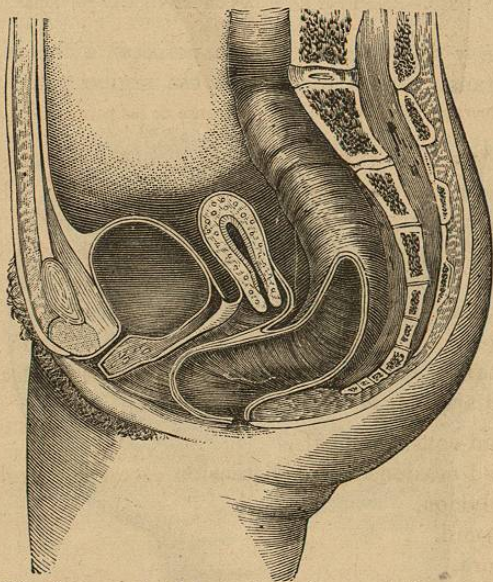


FIG. 226.—Cuerpo perineal destruido. Descenso de la pared rectal.

y usos del cuerpo perineal. Dice que generalmente se representan el

periné y órganos adyacentes como se vé en la Fig. 222, dando lugar á errores como el de suponer que las paredes vaginales están naturalmente apartadas entre sí, cuando en realidad sucede lo contrario, segun lo indica la Fig. 223, la cual representa la verdadera posicion y relaciones del periné, á juicio del autor ; así como se vale de las Figs. 224, 225 para explicar las diversas desviaciones que han de sufrir los órganos pelvianos al faltarles el apoyo que les presta el cuerpo perineal. Para

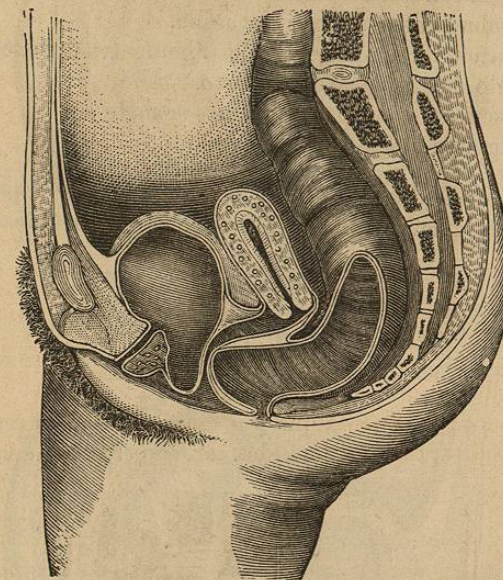


FIG. 227.—Cuerpo perineal destruido. Descenso de las paredes rectal y vesical.

probar que al destruirse el periné han de cambiar de posicion los órganos pelvianos como lo manifiestan esas Figs., se refiere á las 226 y 227, en la cual se vé la curvatura natural de la pared posterior de la vagina, y recuerda el principio de mecánica por el que una varilla elástica y curva sometida á presion por los extremos tiene que desarrollar mayor convexidad en el mismo sentido de la comba primitiva.

Tambien recomienda mucho que se estudie á fondo la patología perineal, asentando que la tonicidad y resistencia del periné puede reducirse ó anularse por las siguientes causas :

- Debilidad constitucional.
- Debilidad ocasionada por distension escesiva y prolongada.
- Subinvolucion.
- Atrofia senil.
- Rasgadura.

En cuanto á las consecuencias de la rasgadura del periné, ya sean inmediatas, ya sean mas ó menos remotas, señala éstas :

Septicemia.
 Dislocacion anterior ó posterior del útero.
 Prolapso.
 Cistocele.
 Rectocele.
 Cistitis crónica.
 Rectitis crónica.
 Ingurgitacion é hiperplasia de la matriz.
 Subinvolucion del útero y la vagina.
 Desaparicion de la fuerza de los ligamentos uterinos.
 Aumento de propension al aborto.
 Inconvenientes para las relaciones sexuales.
 Neuralgia en el sitio de la rasgadura.

38. Puede decirse que la Fig. 228 representa el cuerpo perineal no sólo privado de fuerza sino partido todo él como únicamente puede

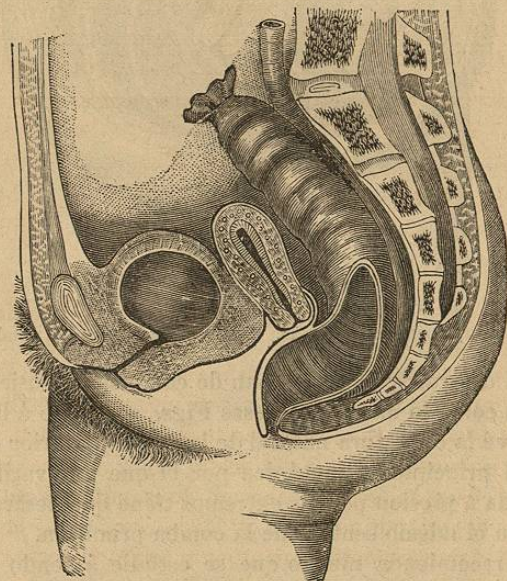


Fig. 228.—Falta del cuerpo perineal por rasgadura, dejando sin apoyo ambas paredes vaginales.

dividirlo la rasgadura. Es verdad que cuando la pérdida de fuerza existe en otras condiciones, queda una apariencia de periné, pero es la representacion de una fuerza perdida; y en esos casos la figura debe considerarse, hasta cierto punto, como ideal ó esquemática y referente á la ausencia de la funcion mas bien que á la del tejido.

39. La pérdida de la fuerza del periné puede ser ocasionada por la debilidad constitucional, por una escesiva distension prolongada, por la

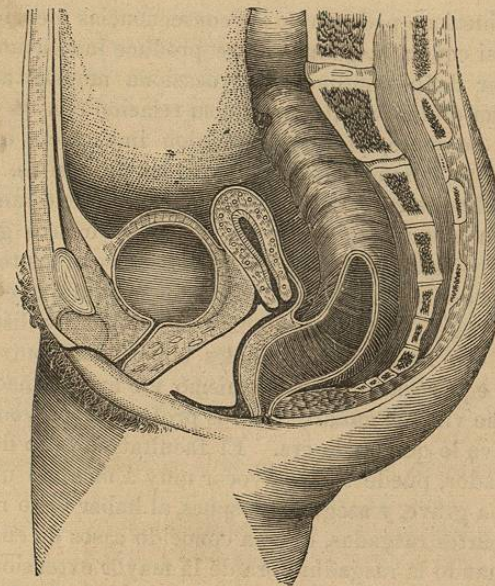


Fig. 229.—El periné mal reunido; el cuerpo perineal no vuelve á su sitio, y las paredes vaginales quedan sin apoyo.

atrofia senil, por la subinvolucion y por la rasgadura. El procedimiento para restablecer la fuerza del periné, perdida por cualquiera de esas causas, debe conducirse segun los mismos principios aplicables á la operacion de reunir el periné rasgado.

40. Es opinion general, de la que tambien participé, dice el autor, que cuando la rasgadura perineal no ha llegado á rasgar enteramente el esfínter del ano, puede unirse de primera intencion sin necesidad de procedimiento quirúrgico, y que esa union no puede efectuarse cuando los dos conductos se han convertido en uno. Sin embargo, se ha dicho que la reunion espontánea se ha verificado hasta en caso de rasgadura completa. La observacion á la cabecera de la enferma me ha llevado á inquirir si la reunion por adhesion de los labios de esas heridas puede alguna vez efectuarse espontáneamente; y tengo la certeza de que en mi práctica no ha sucedido nunca eso. Por bien juntas y atadas que esten las piernas, el inevitable paso de los loquios por entre las superficies de la rasgadura impide que éstas se reunan de primera intencion. La reunion se efectúa por granulacion, lo cual suele ser muy bueno, pero nunca es perfecta. No diré que sea absolutamente cierto en todos los casos, pero sí creo deba admitirse como regla general, que la reunion del periné rasgado dejada á la naturaleza no es nunca tan perfecta como lo es la union de los tejidos ántes de ocurrir la rasgadura ó como lo suele ser despues de curarse por los medios quirúrgicos.

Se podrá preguntar cómo es que tantas mujeres que padecen de

rasgadura perineal no padecen de las consecuencias mencionadas. Primero, porque si con la rasgadura no se produce involucion vaginal, no suele ocasionar daño ninguno, ó lo ocasiona muchos años despues, cuando ya se ha olvidado enteramente su relacion con las dislocaciones primitivas; y segundo, porque la reunion imperfecta efectuada por granulación basta comunmente para todos los propósitos.

Sé que muchos afirmarán haber visto reunirse enteramente de primera intencion hasta rasgaduras de tercero y cuarto grado. "Los hechos falsos," dice Cullen, "son mas peligrosos que las teorías falsas." Sin embargo, en esos casos ha de tenerse en cuenta que el estado de la entrada de la vagina despues del parto, siempre muy distendida, algo dislacerada y con repliegues vaginales empujados contra ella, puede dar motivo á equivocaciones. Yo mismo me he engañado frecuentemente, como he visto engañarse á otros profesores, creyendo que fuera rasgadura grave lo que no lo era. El facultativo falto de esperiencia ó poco observador, puede así equivocarse muy á menudo una ligera rasgadura por una grave, y asegurar despues, al haber visto reunirse naturalmente las partes rasgadas, que ha conocido casos de curacion espontánea hasta cuando la rasgadura era de la mayor extension.

De ahí que en un caso verdaderamente grave se pueda esponer á la enferma á sufrir malas consecuencias, si el médico no acude á restablecer por el arte las importantes funciones del cuerpo perineal, en la creencia de que la reunion de las partes separadas haya de ser obra de la naturaleza.

41. Otra de las circunstancias que segun Thomas tienden á comprometer el éxito de la operacion inmediata en las rasgaduras del periné, es la de que el cirujano, acostumbrado á considerar el periné como la capa superficial de tejidos que média entre la horquilla y el ano, la cierra con suturas superficiales, dejando desunida la parte superior del cuerpo perineal en la que se forma una bolsa donde se acumulan materias en putrefaccion, y quedando luégo sin sosten la pared anterior de la vagina y la vejiga.

42. En cuanto al procedimiento para la reunion de la rasgadura perineal, el autor ha estendido mucho y modificado bastante lo que ántes habia escrito. Hé aquí su nueva esplicacion, de la cual son complemento las demás notas relativas al mismo capítulo.

La enferma ha de colocarse, en la posicion de la litotomía, sobre una mesa y frente á una ventana que dé mucha luz. Bueno será tener cuatro ayudantes, pero bastarán tres. Uno de ellos se encargará de administrar el anestésico; uno á cada lado, de sostener las rodillas; y otro, de atender á los instrumentos y al lavado de las esponjas. Los ayudantes, levantando de la mesa los piés de la enferma, le doblarán los muslos de modo que los bordes de las tibias queden horizontales,

sujetando debajo del brazo cada rodilla, y con la mano del mismo lado el pié correspondiente, miéntras con los dedos de la otra mano sostienen separados los labios vulvares y los lados de la rasgadura. Estas instrucciones se refieren al ayudante que sujete la rodilla derecha; el que haya de sujetar la rodilla izquierda lo hará con el brazo derecho, miéntras con la mano derecha sostiene apartados los labios de su lado y con la izquierda esponjea la herida con esponjas fijadas á un mango largo, de modo que así la mano del ayudante no se interpone delante de la vista del operador. Parecerá difícil que un ayudante pueda hacer todo esto; pero quien tal crea se convencerá de lo contrario, probándolo y viendo que esa disposicion de sus auxiliares le es ventajosa. Esta operacion, como muchas otras en cirugía, suele no hacerse bien, ó por lo ménos con dificultad y tardando demasiado, por no tener suficiente número de ayudantes encargados cada uno de un quehacer especial.

Hechos esos preparativos, el operador coloca sobre los labios vulvares los dedos índice y de la mano de ambos ayudantes que estén sujetando las rodillas, y una vez determinado el grado de traccion que hayan de ejercer, principia la operacion.

Cogiendo con las pinzas dentadas ó el tenáculo el tejido precisamente encima del borde anterior del ano, se quita una tira de membrana mucosa de la pared posterior de la vagina, en el sitio correspondiente al en que ántes estuviera el cuerpo perineal, y hácia arriba hasta donde se quiera estender posteriormente la denudacion triangular que ha de hacerse á cada lado, como lo representa muy bien la Fig. 230. El surco formado se estenderá desde D hasta B, y ha de llegar siempre al punto donde se desvia la curva normal de la pared posterior de la vagina, por falta de la resistencia perineal, para pronunciarse con exceso esa curva, hasta que toda la pared vaginal sigue el trazo de una S. Entre los principales fines de la operacion, figura el de que la curva A B D de la pared posterior de la vagina se convierta en la línea A B C; y miéntras esto no se logre, se inclinará hácia adelante la parte inferior de la S. Pero, una vez conseguido eso, toda la pared que sufre presion de arriba á abajo tendrá apoyo, superiormente en el sacro y en los tejidos de encima, é inferiormente en el cuerpo perineal.

El lado rectal del nuevo triángulo perineal se forma entónces por la denudacion de la pared posterior de la vagina. La base ó lado rectal de este triángulo tiene que envolver la pared vaginal posterior, pues ese era el punto ántes ocupado por el cuerpo perineal. El lado vaginal ó anterior lo constituia ántes la vagina; ahora la pared vaginal posterior cae y toma el lugar de ese cuerpo. La operacion de Baker Brown

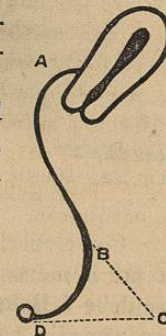


Fig. 230.—Vista esquemática de la parte que se ha de avivar.