

fué completo, pues el riñon derecho, que fué el restante, bastó para desempeñar las funciones que ántes ejercieran los dos.

51. Sucede algunas veces, que despues de curar por la sutura fistulas que interesan el cuello uterino, sin embargo quedan en uno ó en ambos extremos de la abertura primitiva senos capilares prolongados y de tortuoso trayecto que llegan á la vejiga, con lo cual se desvirtua los efectos de la operacion practicada. Entónces resulta casi imposible avivar los bordes de esos conductos con el bisturí ó las tijeras, y por lo general no se logra cerrarlos cauterizándolos, que es lo que comunmente se hace. El proceder que he adoptado, con éxito satisfactorio, es el siguiente: con una legra de dentista, cónica y de estrias cortantes, movida rápidamente por un torno de los que tambien usan los dentistas y que un ayudante hace funcionar con el pié, hago la desnudacion completa de todo el trayecto; y despues reuno las paredes avivadas, por medio de suturas con agujas curvas. Así he curado algunas fistulas que estaban en contacto inmediato con el cuello uterino y que difícilmente se habrian curado de otro modo.

52. Añade el autor, que cuando la fístula recto-vaginal se halla á poco mas arriba del esfínter del ano, lo mejor es incindir completamente el cuerpo perineal, avivar con cuidado la parte, y cerrar la herida.

53. Obsérvase á veces en los órganos genitales cierto estado de erectismo, que sostenido, ya por una neurósis, como el vaginismo, ya por un punto de sobreexcitacion nerviosa, como cuando hay fisura del ano, puede convertirse finalmente en verdadera enfermedad.

54. La cirugia ginecológica, añade el autor, es nueva, y como sucede con todo adelanto nuevo de un mérito no dudoso, se ha abusado de ella haciéndola intervenir sin discernimiento en casos que solo exigian un tratamiento terapéutico. De ahí que se hayan preocupado contra ella no pocos hombres excelentes que profesan doctrinas conservadoras. Pero á ningun ginecólogo amante del progreso se le puede ocultar que los adelantos futuros en este ramo de la ciencia dependerán en gran manera de la cirugia; que el ginecólogo del porvenir tendrá forzosamente que poseer conocimientos quirúrgicos, y que cuantos desconozcan este hecho, serán seguramente incapaces para las tareas que emprendan. En época ya no muy lejana, será tan imposible ser ginecólogo sin experiencia en cirugia, como lo es hoy ser oftalmólogo sin ser cirujano; y no es poco el perjuicio causado actualmente por la existencia del estado de cosas contrario. ¡ Cuántos miles, iba á decir millones, de mujeres están curándose desde hace años, por diversos desórdenes uterinos que podrian curarse en un mes por la traquelorrafia! ¡ Cuántas llevan pesarios durante toda la vida por dislocaciones anteriores y

posteriores que podrian aliviarse permanentemente en igual espacio de tiempo por la perineorrafia! ¡ Y cuántas padecen indefinidamente el malestar reflejo de una fisura anal, pudiendo obtener alivio inmediato mediante la dilatacion del esfínter.

Á todo hombre le repugna confesar su incapacidad á sus enfermas, que le creen poseedor de toda la ciencia médica; siendo el resultado de ello que, en algunos casos, las pacientes soportan durante años padecimientos, incomodidades y gastos por la vanidad é impericia de su médico. En otros casos el facultativo no tiene conocimiento de los hechos que acabamos de consignar, y por tanto yerra inocentemente, pues estas teorías no son por lo general conocidas ni aceptadas. Pero que lo serán, sin embargo, es tan cierto como que "la verdad es poderosa y triunfará."

55. En los casos en que haya dislocacion absoluta del útero ó rasgadura del cuello, se remediarán debidamente; y si hay aumento de volumen ó subinvolucion, se administrarán con método pequeñas dosis de ergotina. En cuanto á la aplicacion de tópicos al endometrio enfermo, la he aplicado largo tiempo adoptando la práctica corriente; pero la observacion y esperiencia me ha hecho variar de proceder, y ahora no los aplico sino muy rara vez mas allá del hocico de tenca. Admito que sean necesarios en ciertos casos, pero creo que no deben usarse habitualmente; porque es muy general que dejen de curar, y porque no están de ningun modo exentos de peligros, como cuando dan ocasion á peritonitis y celulitis.

56. En los últimos años ha introducido Weir Mitchell un plan de tratamiento para la neurastenia fundado en el absoluto reposo. La enferma debe permanecer enteramente inmóvil en la cama; no se le permitirá que siquiera levante un brazo ni que haga ninguna clase de movimiento voluntario. La enfermera ha de llevarle á la boca los alimentos, que serán nutritivos, como caldos, leche, huevos, etc., y tambien aceite de hígado de bacalao, dados á intervalos de dos ó tres horas; al mismo tiempo se escitará la accion cutánea, la circulacion periférica y el aumento de fuerza muscular, por medio de la manipulacion, el ejercicio pasivo, la electricidad y el amasamiento. Se cuidará igualmente de que la enferma no reciba ninguna impresion moral que la escite, aplacando toda inquietud por medio de la persuasion; y se debe tener á la enferma apartada de las influencias domésticas, sin que vea á parientes ni á personas amigas.

57. El Dr. Martin, de Berlin, recomienda la estirpacion de un labio del hocico de tenca para producir una especie de involucion en los casos de hiperplasia areolar. Hace algun tiempo dió cuenta de setenta y dos operaciones de esa clase, y sólo en siete casos se presentaron síntomas inflamatorios; en todos ellos se redujo la capacidad del útero de dos á

tres centímetros. Kehrer, Schroeder y Olshausen convienen en la utilidad de la operacion ; pero esta no ofrece ninguna de las ventajas de la traquelorrafia, á la cual es inferior en todos conceptos. Ambas operaciones suelen practicarse cuando existe rasgadura (la del cuello) como causa de la hiperplasia.

58. Antes de que Emmet indicara la verdadera importancia patológica de la rasgadura del cuello uterino, muchos casos de ésta se consideraban como de degeneracion granulosa. Debe hacerse con cuidado el diagnóstico diferencial para no confundir esas afecciones, y conviene tener en cuenta que la degeneracion granulosa suele presentarse tambien en mujeres vírgenes ó interesa á toda la porcion vaginal del cuello.

59. Segun Ruge y Veit, la maceracion de la mucosa cervical en líquidos icorosos produce la descarnacion del epitelio hasta no dejar mas que una sola capa de células, á través de la cual puede verse el tejido con su red varicosa.

60. Entre las causas de la degeneracion foliculosa ó quistosa del cuello uterino, el autor cita ahora tambien la rasgadura de esa parte de la matriz.

61. La rasgadura del cuello uterino suele convertirse en un foco de irritacion, ocasionando así congestión é hiperplasia, de la cual resulte luego el prolapso. En tales circunstancias la reunion de los tejidos desgarrados producirá generalmente la curacion completa ; y, por tanto, se deberá operar sin dilacion.

62. Los siguientes grabados que aparecen en la nueva edicion in-

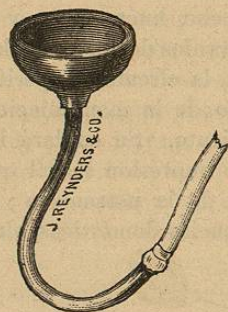


FIG. 243.—Pesario de Cutter para el prolapso.

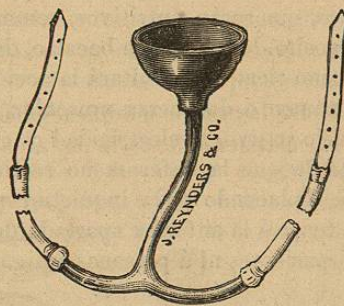


FIG. 244.—Modificacion hecha por Thomas.

glesa representan : uno, el pesario de Cutter para el prolapso de la matriz, y el otro la modificacion introducida por el autor.

63. Si la operacion descrita resulta insuficiente para impedir la traccion, podrá practicarse la colpo-perineorrafia, la colporrafia anterior ó posterior, ó una y otra combinadas, segun se esplican en la nota 65. De ese modo se hace desaparecer la traccion del útero, y si esta fuese la causa del prolapso, lo aliviara probablemente.

64. Hé aquí varias figuras referentes á la elitorrafia, segun los procedimientos de Sims y de Emmet.

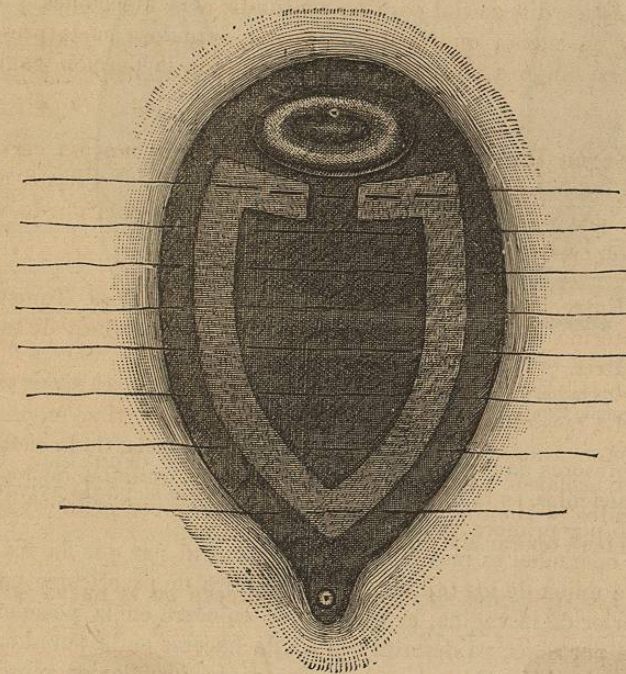


FIG. 245.—Operacion de Sims. Forma de la denudacion, y posicion del útero.

65. De las varias modificaciones relativas á la elitorrafia, el autor cita especialmente dos : la de la pared posterior de la vagina, ó elitro-

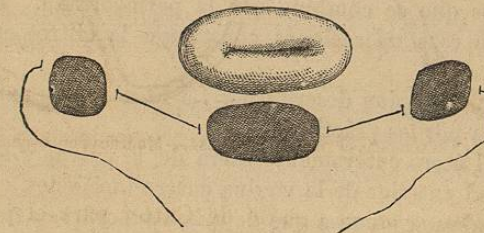


FIG. 246.—Operacion de Emmet, primer tiempo.

rrafia posterior, y la elitrorrafia anterior; y agrega los párrafos siguientes.

La forma triangular especial que recomienda Sims, no es de necesidad, pues toda figura que al reducirse produzca la constricción de la pared vaginal, impedirá la tracción uterina y el prolapso de la vagina. Hegar fija arriba el vértice del triángulo, con la base abajo, mientras

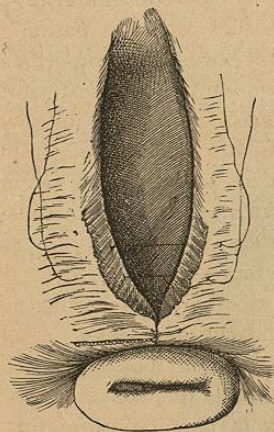


Fig. 247.—Operación de Emmet: segundo tiempo.

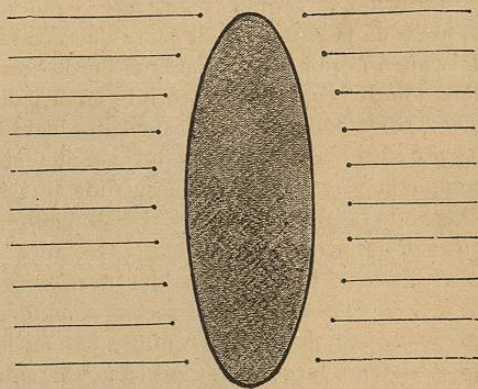


Fig. 248.—Denudación oval, con suturas pasadas.

otros profesores dan diferentes formas á la parte denudada. Una de las mas sencillas, es la oval, Fig. 248 cuyo espacio se ha de avivar todo; la adoptó por primera vez Dieffenbach.

Esta operación es mas fácil que las otras, al par que da mayor firmeza á la unión de los tejidos. Cuando haya de practicarse en la pared anterior de la vagina, la enferma se colocará en la posición recomendada por Sims, ya descrita; si ha de hacerse en la pared posterior, la posición será decúbito dorsal con las piernas en flexión sobre el abdomen, y con las paredes vaginales separadas á favor de retractores sostenidos por ayudantes. La operación de Simon para la "colporrafia" no es mas que una modificación de la referida.

Es muy general que la elitrorrafia anterior ó posterior resulte insuficiente á ménos que se combine con la perineorrafia. La ventajosa combinación de esas operaciones constituye la elitro-perineorrafia ó colpo-perineorrafia.

Hé aquí una operación descrita por Le Fort¹ y que parece haya de ser bien acogida por los prácticos.

"Estando el útero enteramente fuera de la vulva, y sin reducirle, hago en la pared anterior de la vagina cuatro incisiones, cortando una porción de membrana mucosa que deja una superficie avivada de unos

¹ Le Blond, Traité Elémentaire de Chir. Gyn., p. 496.

seis centímetros de largo por dos de ancho en la parte mas próxima á la vulva. Entónces, levantando hácia el abdomen el útero para poner á la vista la cara posterior del tumor, formo en esta parte una denudación semejante á la de la pared anterior. Luégo reduzco parcialmente el útero, á fin de poner en contacto los extremos de las superficies avivadas en su límite mas cercano á la matriz. Aplico tres suturas en el borde transversal, reuniendo longitudinalmente las paredes anterior y posterior de la vagina, y después reúno los bordes laterales pasando desde cada lado un hilo de plata que atraviesa el borde de la superficie avivada anterior y en seguida el borde correspondiente de la posterior. Pasando de igual modo otro hilo en el lado opuesto y al nivel del primero, basta con apretar esas suturas para aumentar, por oposición de las paredes vaginales, la reducción del útero. Esta reducción se va completando gradualmente á medida que se van poniendo las suturas, y, cuando las dos superficies se han unido en toda su extensión, la reducción del útero es completa. Los hilos que han servido de suturas en el borde transversal cerca del útero, estando escondidos muy adentro de la vagina, son de difícil acceso cuando algunos días después se ha efectuado la unión de los tejidos; por consiguiente, conviene dejar esos hilos bastante largos en su porción retorcida, á fin de que sea fácil cogérselos al quedar libres después de la sección de la parte comprendida en estas asas."

66. Lo espuesto suele dar muy buenos resultados en la anteversión, á ménos que el útero esté sostenido en posición anormal por falsas membranas; y también en la anflexión reducible suele ser suficiente lo indicado. Pero en caso de anteversión irreducible ó de difícil reducción hay que recurrir á medios mas eficaces, como es el uso de la sonda uterina, el repositor de Elliott, la sonda de Jennison, el dilatador de muelle de Wallace, ó los dilatadores de laminaria. Por de contado que la reposición es temporal solamente; pero siempre beneficia á la circulación uterina y facilita la menor nutrición de la pared anterior de la matriz.

La sonda se introduce hasta el fondo, no muy encorvada sino todo lo recta que se la pueda hacer pasar, teniendo el operador en una mano el mango, y con los dedos de la otra puestos cerca de la parte media del eje de la sonda, á manera de apoyo de palanca, se empuja el mango hasta que llegue al nivel de la sínfisis pubiana. Esta maniobra levanta el fondo uterino caído y lo lleva hácia la concavidad del sacro. Entonces se imprime á la sonda un movimiento de rotación muy suave, con lo cual se efectúa la retroversión completa y retroflexión parcial del útero. Esto ha de hacerse con la mayor suavidad y no por la rotación rápida de la matriz.

Introducido el spéculum de Sims y cogido el cuello uterino con un tenáculo, la sonda de Elliott, Fig. 249, puede llevarse bastante curva

hasta el fondo del útero, enderezándola luego por medio del tornillo de su extremo inferior.

Lo que yo prefiero en casos de ante flexion es el uso de la sonda de

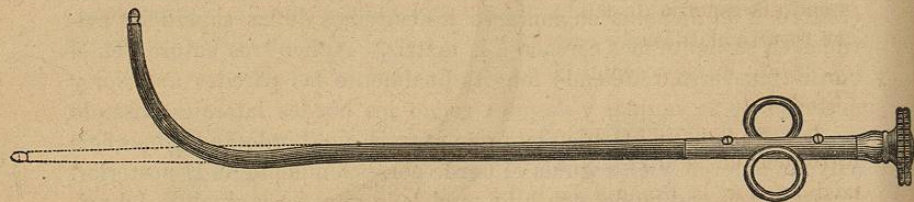


FIG. 249.—Sonda de Elliot.

Jennison, Fig. 250. La presión ejercida en el extremo inferior hace doblar tanto la encorvadura superior, que entra fácilmente en la cavi-

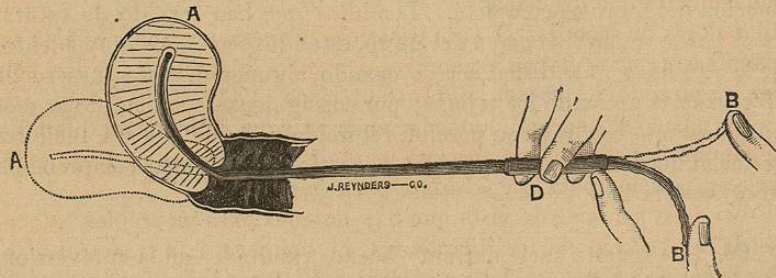


FIG. 250.—Sonda de Jennison.

dad uterina. La presión contraria levanta el cuerpo doblado, y no sólo endereza el eje de la matriz sino que produce retroflexion. Cada vez que se rectifica la dirección del eje uterino, se facilita más la reposición del órgano, la circulación en el mismo y la nutrición de la parte debilitada. Después de haberse hecho eso cuatro ó cinco veces, se practicará lo de la segunda indicación, manteniendo en posición el cuerpo de la matriz.

Pero hasta estos medios resultan insuficientes en gran número de casos de ante flexion, y entonces sólo quedan dos procedimientos que adoptar: la rectificación por medio de dilatadores y del tallo intrauterino; y la rectificación del canal por medio del bisturí ó las tijeras, prescindiendo de las relaciones del cuello y del cuerpo uterinos. En esos casos, que generalmente provienen de vicio congénito, una pared uterina está muy desarrollada mientras que la otra permanece rígida. También pueden ser consecuencia de una flexión adquirida prolongada, con ligeros ataques de peritonitis; y aun sin esto último, pues Klob ha encontrado en casos análogos retracción cicatricial de la sección atrofiada de tejido conectivo.

Uno de los mejores medios para vencer las dificultades que opone

la flexion irreducible, es el uso del dilatador de muelle de Wallace; el cual se arregla introduciendo en una canal hecha en un pedazo de esponja fenicada un trozo pequeño de muelle, y comprimiendo la esponja de modo que resulte el dilatador curvo, como lo representa la Fig. 251.

En esa disposición se le introduce en el útero, y á medida que la esponja se ablanda, el muelle busca la recta y rectifica el eje uterino. Este dilatador no ofrece ni ménos ni más inconvenientes que los demás

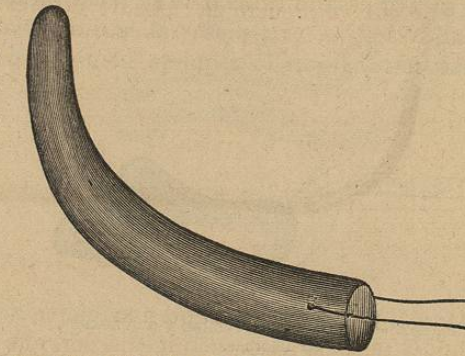


FIG. 251.—Dilatador de muelle, de Ellerslie Wallace.

dilatadores de esponja. Puede repetirse la operación una vez á la semana hasta que se hayan usado tres ó cuatro dilatadores; ó una sola vez, empleando después el tallo intrauterino.

Lo mismo se consigue humedeciendo en agua caliente un dilatador de laminaria hasta que se encorve, para introducirlo en el útero y dejarlo en posición para que se dilate por completo.

No debe perderse de vista que hay ante flexiones incurables, que no ceden á la acción de los dilatadores, ni tampoco á la traquelotomía. Por tanto el ginecólogo debe cerciorarse de la verdadera naturaleza de cada caso, y no recurrir á procedimientos peligrosos mientras no haya bastante probabilidad de que produzcan el efecto deseado.

67. La anteversión de la matriz puede ser efecto de una causa principal, que debe averiguarse y combatirse, pero sin desatender por eso las causas secundarias, que suelen ser diversas y obrar simultáneamente.

El aumento de peso del útero á consecuencia de inflamación, hipertrofia, ó resultados de la rasgadura cervical; la presión de arriba debida al uso del corsé y de la ropa apretada; la tracción de abajo; la dislocación ocasionada por la rasgadura del periné; la falta de los apoyos normales del útero, la relajación de sus ligamentos, etc., se remediarán como lo exija cada uno de esos desarreglos causantes de la dislocación, que en muchas ocasiones no necesitará de más tratamiento.

En las anteversiones ocurridas repentinamente, por ejemplo durante el embarazo ó después del parto, y aun en las crónicas que requieren el uso de pesarios, produce muy buenos efectos el decúbito dorsal por espacio de algunas horas al día.

68. La Fig. 252 representa el nuevo pesario de Thomas para la anteversión y ante flexion. Este pesario se coloca cerrado, y se abre al

extraerlo, como lo indican las líneas de puntos. La pieza que sostiene el fondo es grande y lisa para que no hiera la pared vaginal. Cuando se saca el pesario tirando de su rama inferior, esa pieza cae por sí misma hácia atrás. La pieza saliente anterior puede hacerse mas larga ó mas corta, segun lo requiera la mayor ó menor elevacion del útero.

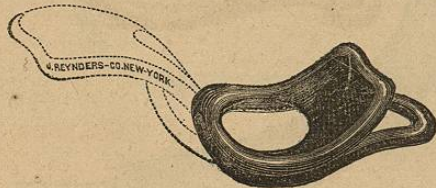


Fig. 252.—Pesario de anteversion y anteflexion, de Thomas.

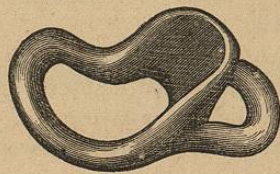


Fig. 253.—Pesario de anteversion, de Thomas, con proyeccion fija.

La Fig. 253 representa una modificacion de ese pesario de Thomas, de la cual resulta una proyeccion fija sobre la parte anterior de un pesario de Hodge ó de Smith.

Otro pesario que Thomas usa muy á menudo, para la anteversion y la anteflexion, es el representado en las Figs. 254, 255, 256. Se le introduce abierto, y para extraerlo se tira del arco ó asa inferior.

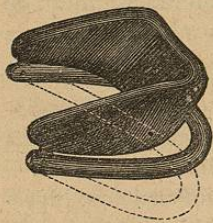


Fig. 254.—Pesario de anteversion, de Thomas, segun aparece en la vagina.

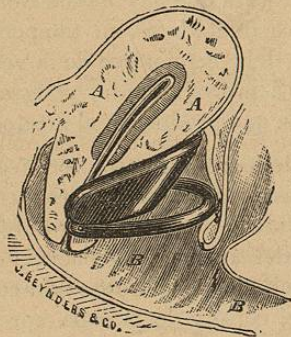


Fig. 255.—El mismo pesario en posicion.



Fig. 256.—El mismo segun aparece al sacarlo.

La Fig. 257 manifiesta una modificacion de los dos pesarios de Thomas antes aludidos; y la Fig. 258, otro pesario ideado por el mismo autor para las dislocaciones anteriores. Este último está hecho de alambre en espiral y tiras de ballena cubiertas de gutapercha, y como es flexible se le puede colocar y extraer con gran facilidad.

69. Para facilitar la introduccion del pesario de Cutter y evitar que la parte que sirve de apoyo no se coloque detras del cuello uterino,



Fig. 257.—Pesario de anteversion y anteflexion, de Thomas.



Fig. 258.—Pesario elástico de Thomas, para dislocaciones anteriores.

el mismo Cutter ha inventado el que se representa en la Fig. 259, modificado por Thomas como lo indica la Fig. 260.



Fig. 259.—Pesario de T, de Cutter, para dislocaciones anteriores.



Fig. 260.—El mismo, modificado por Thomas.

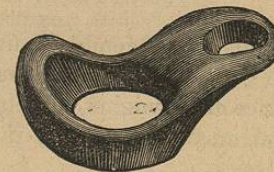


Fig. 261.—Pesario de Fowler, para dislocaciones anteriores.

El autor agrega, que en algunos casos ha empleado ventajosamente el pesario de Fowler, Fig. 261.

70. Desde que en 1820 recomendó Ritgen la posicion genu-pectoral en los casos de retroflexion de la matriz, se ha recurrido frecuentemente á ella; pero quien ha metodizado este recurso auxiliar es el Dr.



Fig. 262.

Campbell. El método de Campbell nunca ocasiona daños y generalmente ayuda mucho á remediar la retroflexion, aunque raras veces basta por sí solo para corregir la dislocacion. Consiste en hacer que la enferma se coloque en la posicion que indican las Figs. 262 263, á

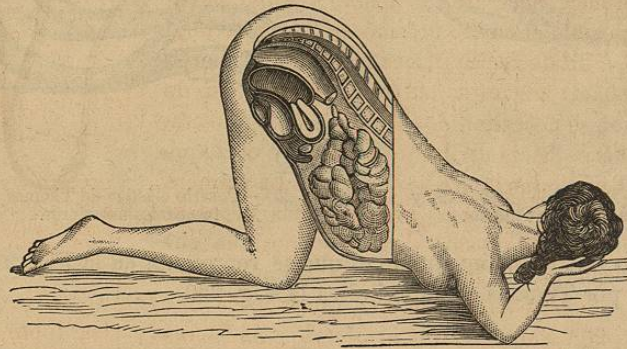


FIG. 263.—Posicion genu-pectoral: su efecto en la retroversion de la matriz.

fin de que el fondo del útero se dirija hácia adelante por la accion de la gravedad ayudada por la accion pneumática, para lo cual se introduce en la vagina, miéntras la enferma está en la posicion genu-pectoral, un tubo de vidrio de regular calibre que facilite la entrada del aire.

Durante el tratamiento de todas las dislocaciones uterinas, ménos la inversion y la flexion irreducible, puede ser ventajosa la posicion genu-pectoral por espacio de cinco á diez minutos diariamente al acostarse la enferma y al levantarse. Siempre proporcionará alivio del peso que las vísceras abdominales ejerzan sobre el útero y de la congestion producida en las pelvianas por la presencia del pesario, cuando se esté usando.

71. El pesario de anillo de Meigs se hace ahora elástico, como tambien el de Thomas para la retroflexion, Figs. 264, 265.

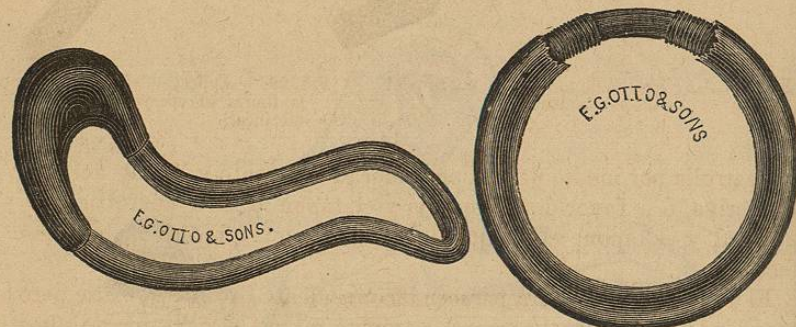


FIG. 264.—Pesario elástico de bulbo.

FIG. 265.—Pesario anular elástico, de Meigs.

Al de Cutter, representado en la Fig. 112, le ha hecho Thomas la modificacion indicada en la Fig. 266.

Como en algunos casos de flexiones uterinas no basta con empujar hácia arriba el fondo de la matriz, se hace necesario al mismo tiempo elevar todo lo posible el cuello uterino en la concavidad del sacro, á fin de facilitar mas la caida del cuerpo del útero hácia adelante. De modo que en caso de retroflexion se necesitan dos fuerzas: una que empuje el cuerpo hácia arriba y adelante, y otra que empuje el cuello hácia arriba y atras. La primera puede bastar por sí sola, pero algunas veces se hace intolerable la presion directa y continua que recibe el cuerpo de la matriz; la segunda, que nunca es suficiente sin la primera, es entónces un valioso auxiliar. Las Figs. 267, 268 manifiestan la accion de esas fuerzas; y su doble accion



FIG. 266.—Pesario de Cutter, modificado por Thomas.

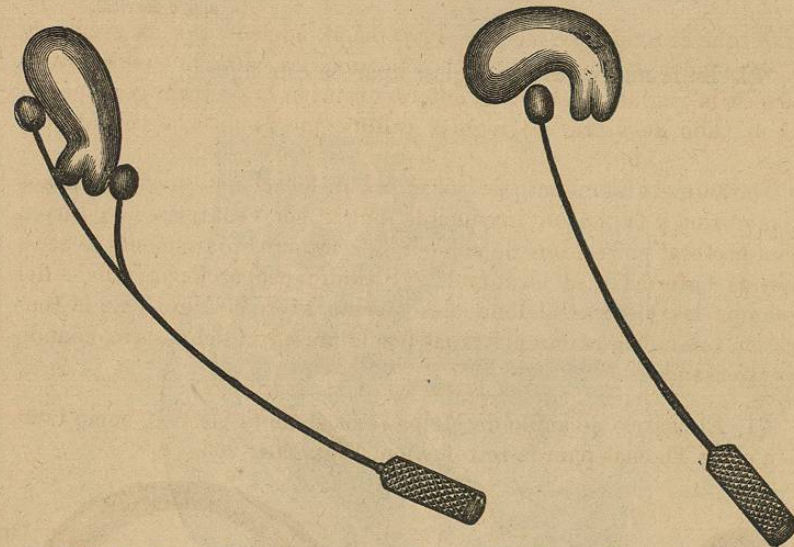


FIG. 267.—Aplicacion de la fuerza al cuerpo del útero solamente.

FIG. 268.—Aplicacion simultánea de la fuerza al cuerpo y al cuello uterinos.

se desarrolla por medio de tapones colocados delante y detras del cuello uterino, ó á favor de la esponja y el tapon, ó bien por el pesario de Hurd y el tapon. Hé aquí dos pesarios que producen el mismo efecto.

El de la Fig. 269 podrá parecer inconveniente á primera vista; pero recomiendo que se pruebe su uso, porque á mí me ha prestado valiosos servicios en casos de los mas dificultosos. Desde luégo se vé que el