

brazo anterior de cada uno de estos pesarios levanta el cuello uterino hácia arriba, como lo indica la bola en la Fig. 270.

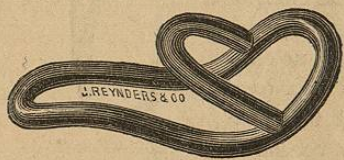


Fig. 269.—Pesario de retroflexion, con apoyo cervical.

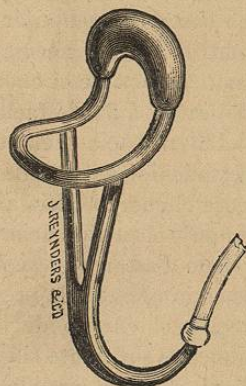


Fig. 270.—Modificacion del pesario de Cutter con apoyo cervical.

72. En la nueva edicion inglesa aparece esta figura :

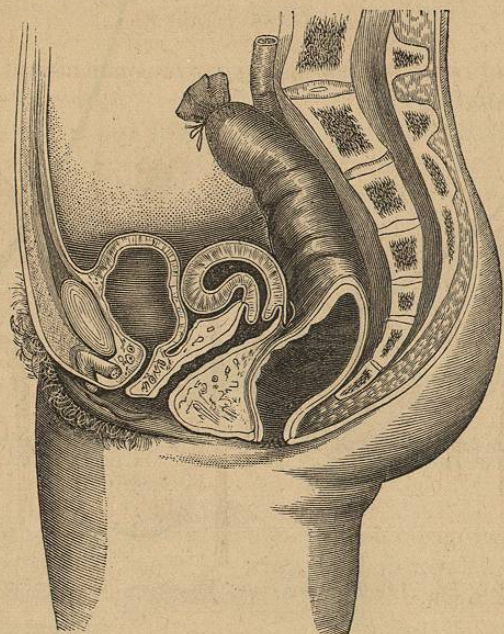


Fig. 271.—Anteflexion del útero.

73. La siguiente figura representa la retroflexion de la matriz :

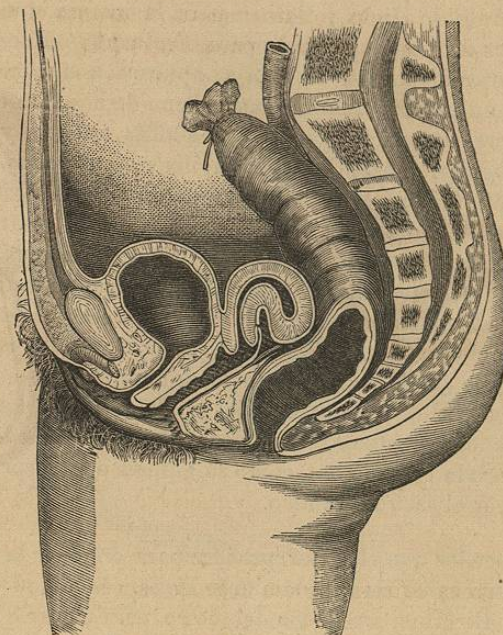


Fig. 272.—Retroflexion del útero.

74. Hé aquí otras figuras nuevas correspondientes al capítulo *Inversion de la Matriz*.

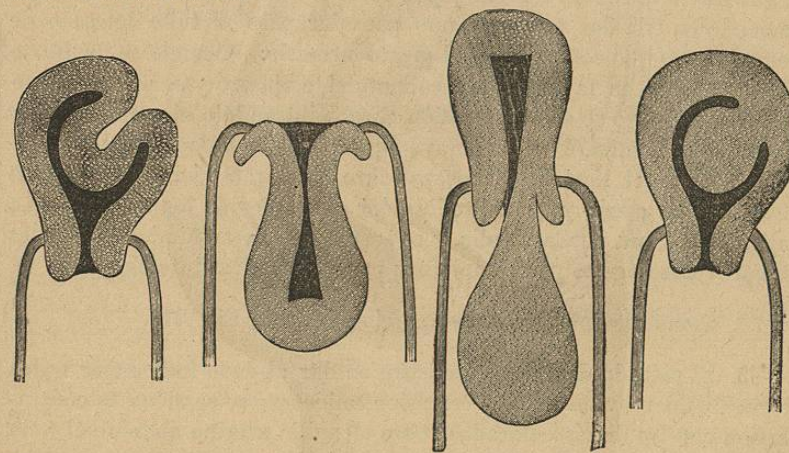


Fig. 273.—Inversion parcial. Fig. 274.—Inversion completa. Fig. 275.—Pólipo. Fig. 276.—Pólipo fibroso.

75. Thomas da cuenta de haber curado siete casos de inversion de la matriz, de los nueve que ha tenido ocasion de tratar, seis de ellos causados por el parto y tres por tumores sesiles.

76. El aparato de Hicks y Barnes para la inversion es uno de los mejores medios de que disponemos para efectuar la reduccion gradual del útero. Antes de colocar la taza se aplicará una compresa larga, consistente en un saquito de muselina relleno de algodón en rama bastante suelto, precisamente encima de la sínfisis pubiana y extendido á través del hipogastrio entre las apófisis ilíacas antero-superiores. La compresa se sujetará en posicion con una tira ancha de aglutinante que rodee enteramente el cuerpo; y así ejercerá presión contraria á la del útero. Los tirantes que van al extremo inferior del aparato serán de goma, para que se pueda sostener una suave presión, nunca fuerte, y aumentarla gradualmente. Cuando la vagina es anormalmente grande, el útero se sale de la línea de la presión, se dobla sobre sí mismo por encima del borde de la taza, y no sólo deja de lograrse bien alguno sino que hay peligro de inflamación del tejido uterino. Esto se evitará haciendo el taponamiento, con algodón fenicado, alrededor de la taza después de colocada en posicion, como se explica con respecto á la presión gradual por el saco hidráulico.

77. El proceder que el autor prefiere para emplear la presión gradual, consiste en hacer un taponamiento firme, con algodón fenicado y empapado en glicerina, alrededor del útero para evitar que este salga de la línea de presión; introduciendo luego en la vagina un saco de goma y llenándolo de agua. Se corta una tira de emplastro aglutinante como de seis centímetros de ancho, y de la longitud necesaria para que llegue desde la region lumbar y por entre los muslos hasta el ombligo; haciendo en ella dos agujeros, uno para dar paso al tubo del saco de goma, y otro que corresponda al meato urinario. Cuando se ha introducido el saco en la vagina, se calienta el emplastro y se pega á la superficie; y luego se da más tensión al saco llenándolo más de agua por medio de la bomba, ó se disminuye aquella abriendo la llave que impide la salida del líquido. Mientras dure este tratamiento la enferma debe guardar cama, y contra todo dolor se emplearán los opiados. La vejiga se vaciará por la algalia, y se sostendrá el estreñimiento después de haber descargado por completo y previamente los intestinos.

78. Como ejemplo de la cura parcial, véase la Fig. 277.

79. El método de Emmet consiste en dar al dedo índice que rodea el cuello un movimiento de estension, mientras se sostiene la contrapresión con los dedos colocados sobre el anillo uterino abdominal á fin de ensancharlo por la acción conjunta de ambas manos.

80. Courty recomienda mucho la ligadura del cuello del útero invertido, con un hilo de goma que él aprieta todo lo posible al segundo día; y el útero queda amputado por ese medio á los doce ó catorce días. Cualquiera que sea el método adoptado para la amputación, se

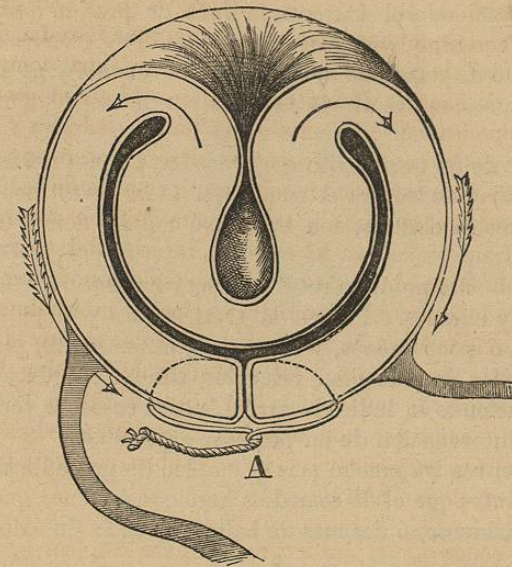


Fig. 277.—Útero parcialmente reducido, y sostenido por la oclusión del orificio externo. (Emmet.)

calmarán los trastornos nerviosos por las inyecciones hipodérmicas de morfina, y se evitará la septicemia á favor de inyecciones vaginales antisépticas.

Hegar y Kaltenbach recomiendan el siguiente método para la amputación. Se pasan por la parte más alta del cuello uterino suturas de plata ó de seda, apretándolas de modo que compriman todos los vasos y que la cavidad peritoneal quede completamente cerrada; y entonces se practica la amputación por el método que el operador estime conveniente.

81. *Resumen de los planes de tratamiento de la inversion de la matriz.*—En el supuesto de que no sea especialista el profesor encargado de curar un caso de inversion crónica, por ejemplo, puede seguirse el siguiente método, que con frecuencia resulta equivalente á la reduccion, sin ofrecer peligros cuando no suceda eso, ni los inconvenientes que otros procedimientos tienen para la enferma.

1°. Desde luego se administrarán laxantes suaves para procurar el completo estado de vacuidad de los intestinos; la irritación é ingurgitación vaginal se aliviarán por medio de copiosas inyecciones calientes; y la congestión uterina, que siempre existe, se vencerá por el reposo.

2°. Por espacio de dos semanas se probará la presión por medio del aparato de taza y tallo, repitiendo al propio tiempo las inyecciones vaginales calientes y las unturas de belladona en el cuello de la matriz.

3°. Luego se deberá ensayar la presión elástica á favor del saco

hidráulico, sosteniendo el útero en la línea de presión por medio del taponamiento con algodón antiséptico saturado de glicerina.

4°. Si eso no da resultado al cabo de una semana y no se presentan síntomas adversos, se practicará la táxis por breve tiempo una ó dos veces al día.

5°. En caso de no tener éxito ese proceder, podrá probarse el chorro de agua fría dirigido contra el fondo del útero invertido, ó se combinará con la presión elástica, con la táxis ó con los demás medios indicados.

Cuando todo ello no diere resultado será necesario apelar á recursos mas radicales y eficaces. Pero si la temperatura y el pulso permanecen normales, ó poco menos, y si no hay dolor grave, pueden continuarse los medios de reducción referidos, aunque sea durante algunas semanas. Haciendo lo indicado arriba, pocos casos de versión uterina requerirán la intervención de un profesor especialista.

Siempre convendrá mucho mas el empleo de procedimientos pausados y suaves ántes que el de remedios heróicos, á ménos que el caso los exija inmediatamente, ó despues de haber probado sin éxito los demás recursos.

82. El Dr. Engelman¹ ha llamado la atención sobre ciertos casos en que la peritonitis pelviana presenta síntomas muy semejantes á los del primer período del embarazo.

83. Si la celulitis se descubre pronto, ántes de ocurrir la efusión, se aplicará al hipogastrio una vejiga llena de hielo triturado. Pero si la enfermedad ha pasado del período en que eso sea posible, se aplicarán al hipogastrio cataplasmas de harina de linaza cada tres ó cuatro horas, procurando el estreñimiento y combatiendo la fiebre, si existe, á favor de los refrigerantes y los sedantes directos.

84. Si la temperatura es elevada se la reducirá por el método de Kibbee, descrito al esponer el tratamiento despues de la ovariectomía. En cuanto al reposo, tiene que ser absoluto, sin que la paciente haga el menor movimiento voluntario, ni reciba visita alguna, ni siquiera hable con la enfermera, que estará constantemente á su lado para atender á cuanto sea necesario.

85. Emmet presenta ejemplo de otra variedad de hematocele subperitoneal, en la Fig. 278.

86. Dice ahora el autor, que en dos casos ha visto tumores fibroides que despues de parecer benignos por espacio de ocho y diez años respectivamente presentaron de pronto los caracteres de sarcoma y produjeron la muerte.

¹ St. Louis Med. and Surg. Journal.

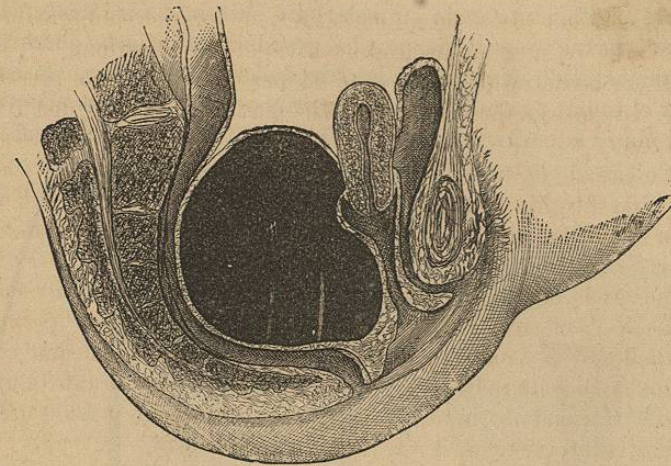


Fig. 278.—Hematocele subperitoneal. (Emmet.)

87. Cuando el tumor fibroide, añade el autor, está lo bastante accesible para que se pueda practicar su extirpación completa, se deberá preferir esta operación.

88. En casos de tumores sub-peritoneales el Dr. Cutter, de Boston, ha obtenido excelentes resultados dando á la enferma alimentos muy nutritivos y haciendo pasar por el tumor la corriente galvánica, mediante la punción á cada lado del abdomen, con fuertes electrodos de acero. Dice que estas punciones ocasionan muy poco trastorno constitucional, y que comunmente se reduce el volumen del tumor, que á veces se cura completamente por ese medio. El mismo profesor dió cuenta á la Sociedad Ginecológica de Boston, hace ahora cinco años, de los siguientes resultados:

Nº. de casos tratados por la electrolisis.....	50
Casos en que se detuvo el desarrollo del tumor.....	32
Casos en que no cesó el desarrollo.....	1
Casos que tuvieron terminación fatal.....	4
Casos en que se logró la curación.....	4
Casos en que sólo se consiguió el alivio.....	3

89. El método mas seguro para hacer la dilatación preparatoria del cuello, es incindir lateralmente sus paredes, por medio del termo-cauterio de Paquelin, en la dirección indicada por las líneas de puntos en la Fig. 279 sosteniendo luego á la paciente bajo la influencia de la ergotina administrada hipodérmicamente.

90. Habiendo Baker Brown y otros adoptado el método de extirpación de los tumores fibrosos por medio de su mutilación para que al

ulcerarse pierdan sustancia y puedan así salir mas fácilmente, el Dr. Thomas censura ese proceder por los grandísimos peligros que ofrece.

El mejor modo de practicar la estirpacion, dice el autor, consiste en agarrar el tumor con unas pinzas fuertes y por la parte mas conveniente, introducir la cuchara de sierra, Fig. 280, y serrar suavemente con

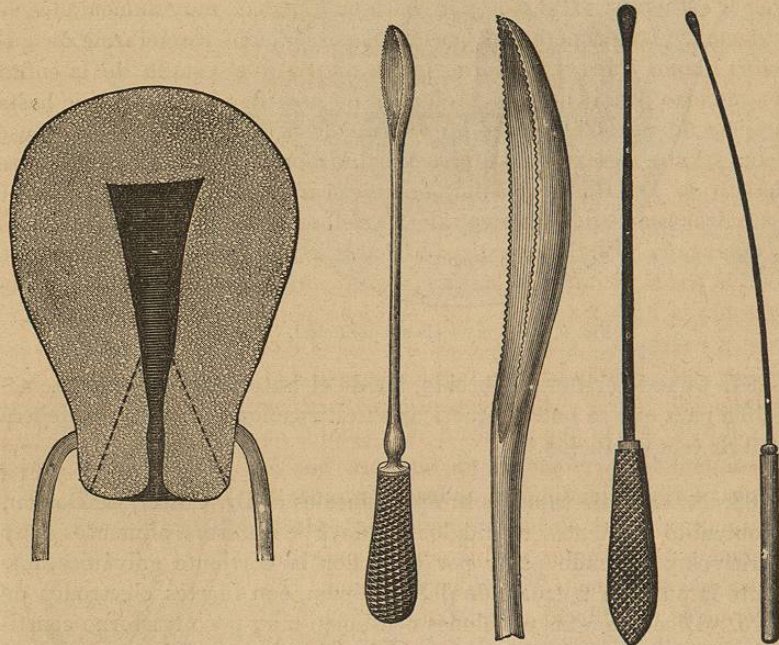


FIG. 279.—Incisión del cuello con el termo-acauterio de Paquelin, para efectuar la dilatación.

FIG. 280.—Sierra de cuchara.

FIG. 281.—Sonda elástica y plana, de ballena.

ella todas las adherencias del tumor. Ese instrumento es una cuchara de acero cuyos bordes forman una sierra de dientes embotados y perpendiculares. El mango es fuerte y mide unos treinta centímetros de largo. Las ventajas que ofrece su empleo, son éstas: 1ª, el corte hecho por la sierra limita mucho la hemorragia; 2ª, la forma de cuchara permite que su parte cóncava se adapte mejor á la superficie del tumor, á ménos que éste sea muy lobulado; 3ª, lo mismo se alcanza á los puntos mas altos que á los mas bajos de la adherencia; el corte de sierra resulta seguro y rápido, tanto si el tumor es submucoso como si es pediculado, etc.; y 5ª, ésta sierra facilita la separación de la adherencia en su parte mas alta, sin dejar pedúnculo que se descomponga.

Antes de proceder á la estirpacion del tumor, se debe averiguar el grado de adherencia; y para esto se usa, como queda dicho, la sonda elástica de ballena, Fig. 281. Por este medio se puede determinar casi exactamente la estension de las adherencias, segun lo he demostrado prácticamente.

En cuanto al empleo de la cuchara de sierra, cita el Dr. Thomas los siguientes casos:

CASO I.—La Sra. de A., de 47 años, llevaba ya cuatro padeciendo muy profusa menorragia y metrorragia. Estaba sumamente debilitada por la pérdida de sangre; sentía palpitations cardíacas y disnea al menor esfuerzo; el hígado y el bazo se hallaban muy aumentados de volúmen. La primera vez que la examiné pude cerciorarme de que habia tumor duro y piriforme en la matriz, y el estado de la enferma me hizo pensar que era preferible no proceder á la operacion hasta despues de restablecer algo las fuerzas de la paciente. Pero se puso peor, y á los tres meses se presentó hidropesía general, que nos hizo desistir, al Dr. Burke y á mí, de practicar la estirpacion del tumor. La hidropesía cedió luégo en tales términos, que resolvimos recurrir á la operacion. El tumor estirpado habia estado adherido al útero en toda la pared de un lado hasta cerca del orificio esterno, segun lo representa la Fig. 282. Incindido el cuello por ambos lados, para abrir paso, y sujetado el tumor con unas pinzas fuertes, se fué separando con rapidez y facilidad toda la adherencia. En pocos minutos hice con la nueva sierra lo que por los demas medios no habria podido terminar en media hora por lo ménos, sorprendiéndonos á todos la rapidez y facilidad con que se habia practicado toda la operacion. El tumor media cuatro pulgadas en su mayor diámetro y tres en el menor. La enferma se restableció completamente.

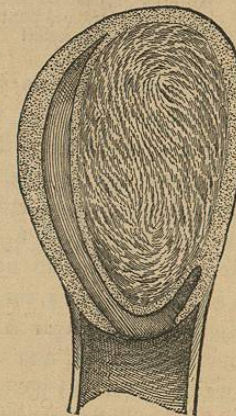


FIG. 282.—Adherencia del fibroide, en el caso I.

CASO II.—Georgiana P., de 36 años de edad, con un hijo de doce, y único. Cuando la ví por primera vez hacia ocho meses que en cada período catamenial se le presentaba una hemorragia muy profusa acompañada de dolores opresivos, por espacio de nueve días generalmente. En los últimos meses habia padecido mucho de disuria y tenesmo, y la locomocion le reproducia los dolores. Estaba anémica, pálida y sumamente debilitada. La exploracion reveló que el útero se hallaba muy aumentado de volúmen, con distension del canal cervical que permitia la introduccion del dedo índice. La pared posterior estaba hipertrofiada en estremo. La Fig. 283 manifiesta la disposicion de la cavidad uterina, que media nueve pulgadas y media de profundidad. Conociendo la inutilidad del tratamiento seguido ántes, y prévia consulta, se resolvió la operacion, en vista de que la enferma seguia perdiendo cada vez mas sangre miéntras el tumor se desarrollaba con rapidez. Eterizada la paciente, colocada sobre una mesa en lugar donde habia buena luz, é introducido el spéculum grande de Sims, á fin de sostener el periné y la pared vaginal posterior, agarré

la pared uterina por el punto 1 marcador en la Fig. 283, cortando con una tijera larga un trozo del tejido; el corte era bastante profundo y produjo bastante hemorragia, que cesó muy pronto en el curso de la operacion.

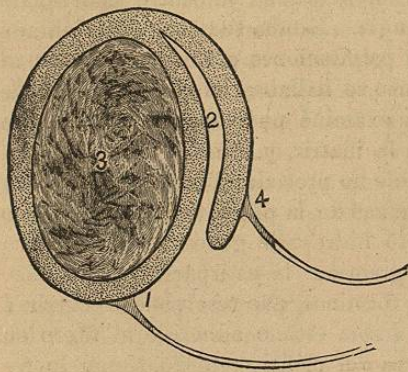


FIG. 283.—Representacion del tumor encerrado en la pared posterior del útero. 1, pared posterior; 2, cavidad uterina; 3, tumor; 4, pared anterior en el punto de union con la pared vaginal anterior.

Sujetando el útero con un tenáculo fijo entre el punto 1 y la pared posterior de la vagina, introduje el índice de la mano derecha en la abertura que habia hecho y la ensanché así algo. Luégo, colocando una sonda acanalada muy fuerte y grande, dirigí por ella el cuchillo hácia el punto 2 é incidí lo mas arriba posible la pared uterina. Dilaté con el dedo la incision, y en seguida pude ver el tejido fibroso blanco del tumor buscado; lo agarré con unas pinzas fuertes y con la sierra de cuchara separé de la pared uterina el tumor en una extension como de pulgada y media ó dos pulgadas alrededor de las pinzas. Probé la traccion, pero ví que el tumor era demasiado grande para poderlo bajar á la pélvis; en vista de lo cual corté con tijeras todo lo que alcanzaba el bocado de las pinzas; y así á pedazos fuí quitando cuanto habia separado la sierra. Agarrando nuevamente el tumor como la primera vez, volví á serrar pulgada y media alrededor, repitiendo luégo los cortes con la tijera para separar á pedazos la parte de tumor desprendida por la sierra. Procedí una vez mas de igual manera, hasta que no quedando ya sino la tercera parte del tumor, la corté toda con la sierra y la estiraje. La operacion duró una hora y veinte minutos. El tumor, que pesaba dos libras, dejó una gran cavidad, la cual se inyectó repetidas veces con agua fenicada y se rellenó completamente con algodón fenicado. La enferma fué trasladada á la cama; se le administró una buena dosis de morfina hipodérmicamente; se la abrigó mucho, aplicándole además botellas calientes, y tan pronto como fué posible se le dió á beber agua con un poco de coñac á cortos intervalos. Un mes despues se dió el alta á la enferma. En mas de veinte casos he usado luégo la sierra de cuchara, y creo que sea el mejor instrumento para estirpar tumores intrauterinos muy adheridos y de suficiente volumen que permita el empleo de las pinzas para ejercer la traccion necesaria.

91. Es de tenerse en consideracion que muchos casos de tumores fibrosos han terminado favorablemente aunque para estirparlos se hubo de recurrir á la ablacion del útero; y que á veces parece muy difícil la

operacion y al practicarla resulta fácil. Hace años me presentó el Dr. Otis una mujer que padecia de un tumor fibroso muy grande, y pensé que no se la debia operar; algun tiempo despues murió la paciente, y la autopsia reveló un tumor enorme en la cavidad abdominal, pero sin mas adherencias que un pedículo delgado que habria podido separarse fácilmente del útero. En época mas reciente entró en el Hospital de Mujeres una enferma que desde veintitres años ántes tenia un tumor abdominal, cuyo peso era de cincuenta libras cuando se le estirajo; la operé en la creencia de que el tumor estuviera enquistado y fuese necesario estirpar toda la matriz, pero resultó ser ovárico y la enferma se curó rápidamente.

92. Aunque no hay estadísticas bastante precisas que sirvan para determinar con fijeza la proporcion entre los buenos resultados y los desfavorables de la gastrotomía, presento los siguientes datos de fecha reciente:

Nombre	recogió	44 casos, con 14 curaciones y 30 muertes.
Péan ¹		
Pozzi ²	119	42 " 77 "
Boinet	46	12 " 34 "
Leblond ³	12	8 " 4 "
Storer ⁴	24	6 " 18 "
Thomas ⁵	12	1 " 11 "
Schroeder ⁶	108	30 " 78 "

De los casos recogidos por Schroeder, en 73 de ellos se estirpó el útero, resultando 18 curaciones y 55 muertes; de los 35 casos restantes, en los cuales no se practicó la estirpacion de la matriz, hubo 12 curaciones y murieron las otras 23 enfermas.

93. En cuanto á los métodos para estirpar los fibroides uterinos por medio de la laparotomía, el autor describe ahora estos tres:

Operacion de Péan.—Consta de tres tiempos. El primero consiste en hacer una incision abdominal por la línea media, desde una pulgada mas arriba de la sínfisis pubiana y hácia el ombligo, en la menor estension posible con tal que baste á descubrir la superficie del tumor. En el segundo tiempo, si hay líquido en el tumor se le estiraje por medio de la puncion con el trócar ó cánula; si el tumor es pequeño se le estiraje por la incision abdominal, con tal que ésta no necesite ser de muy estensa, pasando entónces al tercer tiempo de la operacion; pero si el tumor es macizo y demasiado grande se le estirpa á trozos, y de este modo: á favor de una aguja corva y larga, se pasan profundamente en la masa del tumor dos ó tres hilos metálicos fuertes y se los retuerce muy apre-

¹ Hystérotomie, par J. Péan et L. Urdy, Paris, 1873.

² Pozzi, Thèse d'agregation, 1875.

³ Traité Elem. de Chirurg. Gynecol., Paris, 1873.

⁴ Successful removal of Womb and both Ovaries, 1866.

⁵ Dis. of Women, 1874.

⁶ Dis. of Female Sexual Organs.

tados para que compriman los vasos, cortando luego la parte del tumor cogida por esa ligadura; entonces se liga otra porcion de la masa y se corta igualmente, hasta que ésta quede reducida de tamaño y pueda extraerse de una vez, para lo cual se ligan bien antes y se cortan por último las adherencias del tumor. Para el tercer tiempo, un ayudante sostiene el tumor, mientras otro comprime la herida abdominal para impedir que salgan intestinos; se traspasa con una aguja corva y larga el útero por cerca del orificio cervical interno, ó por mas abajo si el tumor se extiende mas en esa direccion; se pasan hilos metálicos y retorciéndolos se comprimen las dos mitades del cuello uterino; el pedículo así formado se fija en la herida por medio de los mismos instrumentos que han servido para retorcer los alambres; y por último se cierra la herida, procediendo con el pedículo de igual manera que despues de la ovariectomía.

Operaciones de Schroeder.—Hecha la incision en la línea média del abdomen y puestos á la vista el útero y el tumor, se pasan ligaduras fuertes al nivel del orificio uterino interno; éstas cortan la circulacion de la sangre en el tumor, el cual se estirpa á pedazos cortados como tajadas de melon. La incision por la cual se saca el útero se hace en forma de cuña y los bordes de la herida se aproximan á favor de suturas profundas, de modo que los bordes opuestos del peritoneo vengán á á quedar en contacto; y el muñon así formado se deja caer dentro del peritoneo. Schroeder ha practicado seis veces la estirpacion de tumores uterinos, logrando cinco curaciones. Los cirujanos alemanes convienen casi todos en que sea esencial al éxito de la operacion el devolver el pedículo á la cavidad peritoneal y cerrar ésta completamente; pero la validez de esa opinion no se ha comprobado, puesto que el proceder de Lister rigurosamente aplicado ofrece grandes ventajas en el tratamiento del pedículo dejado al exterior.

Operacion de Thomas.—La pared abdominal se incinde como para la ovariectomía y los tumores enquistados se vacian por medio del trócar y la cánula. Por debajo del tumor se pasa un cordón bien fuerte; con lo cual el extremo del tumor se levanta de modo que pueda colocarse debajo de él una rama del torniquete (Figs. 284 y 285), que mide nueve pulgadas y media de largo. Entonces se atornilla la segunda rama del torniquete á la primera; se corta el tumor; se lleva hácia abajo con las pinzas la parte separada; evítase que penetre sangre en la cavidad peritoneal, á favor de paños puestos debajo y alrededor de la superficie cruenta; se reduce el tamaño del tumor por medio del cuchillo, y se le extrae con la rapidez posible. Se examina luego el pedículo y, si puede hacerse, se coloca otro torniquete debajo del primero, quitando en seguida éste y estirpando el tejido que sobresalga de las ramas del nuevo aparato. El torniquete se mantiene en posición durante el curso del caso como despues de la ovariectomía.

Si la maniobra descrita resulta imposible por ser demasiado grande

el segmento inferior del tumor, se prolonga la incision lo bastante para que se le pueda extraer empleando cierto grado de fuerza. Entonces dos ayudantes sostienen el tumor lo mas en alto posible, y examinando á favor de un catéter su adherencia á la vejiga, si la hay, se corta la

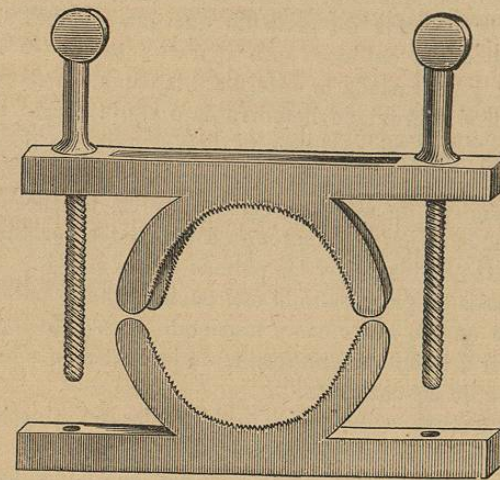


Fig. 284.—Torniquete (clamp) de Thomas, abierto.

insercion. Luego se aplica el torniquete lo mas cerca que se pueda de la union útero-vaginal, y se le atornilla fuertemente para impedir la hemorragia.

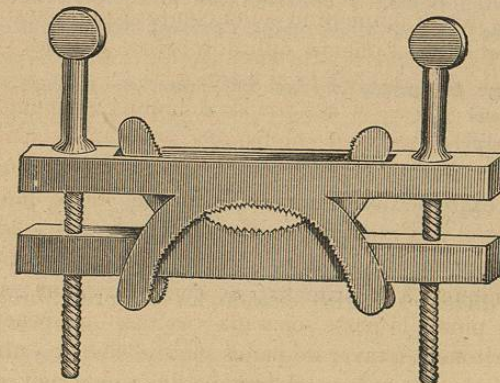


Fig. 285.—Torniquete (clamp) de Thomas, cerrado.

Por este medio se comprime y en lo posible se reduce de volúmen la porcion de tumor que ha de formar el pedículo; y desde luego se corta el tumor y la parte de la matriz que sobresalga de las ramas del aparato. Hasta ese tiempo de la operacion ha servido de principal hemostático el torniquete; pero en seguida se pasan á través del tejido