

Yo he operado dos enfermas de prolapsus uterino por la histerectomía abdominal, con colpopexia ligamentosa; ¿voy á deducir de ahí que tengo un ciento por ciento de éxitos? Seguramente no.

El pronóstico de la histerectomía, en el prolapsus uterino, varía, como el de todas las operaciones de alta Cirugía, con las condiciones orgánicas de la enferma y con la pericia y habilidad del operador: Pero de un modo general se puede asegurar que no es tan grave como pretenden hacerlo los adversarios del método.

La histerectomía está contraíndicada en todos aquellos casos en que la vitalidad de la enferma esté comprometida ya, y en los que el trauma operatorio pueda precipitar la muerte de la enferma: senilidad avanzada, cardiopatías graves, nefritis ó lesiones pulmonares intensas, etc., etc.

En resumen: la operación de elección contra los prolapsus complicados, graves, es la *colpo-histerectomía*. La misma operación puede emplearse con ventaja en los prolapsus no complicados, cuando son *completos, incoercibles, dolorosos y en mujeres ancianas*.

La histerectomía no ha sido propuesta jamás por ningún autor, ni la propongo yo como un método de elección para los prolapsus genitales: pero sí es y será un buen recurso terapéutico que merece llamar más la atención de los Cirujanos modernos.

VI

INVERSION DEL UTERO.

La inversión uterina es, en la mayoría de las veces, una consecuencia del parto, aun cuando no es raro encontrarla en ciertos tumores voluminosos de la cavidad del útero.

Como excepcional se la ha señalado después del aborto.

El útero invertido puede ser arrastrado por la vagina hasta afuera de la vulva, y constituye entonces el *prolapsus con inversión*.

La inversión del útero se distingue en *aguda y crónica*, según

su marcha; y en *total* ó *parcial*, según las dimensiones del segmento invertido.

Algunas veces la inversión uterina es reductible y la reducción se sostiene por la contracción del tejido muscular del útero; pero es más frecuente que, aun cuando se realice con facilidad la reducción del útero, no se sostenga, y el fenómeno de la inversión se reproduzca.

Pasa aquí algo semejante á lo que se observa en ciertas formas de hernias ó prolapsus abdominales, que aun cuando se haga la introducción de la hernia, se reproduce ésta inmediatamente que las maniobras del taxis cesan. Se dice en estos casos, que la inversión es *incoercible*.

Hay otros casos en los que toda tentativa de reducción ó taxis fracasa, y la inversión se sostiene á pesar de todos los recursos sangrientos ó no sangrientos. Se designan éstos con el nombre de *inversión con irreductibilidad absoluta*.

Las teorías emitidas hasta hoy para explicar el mecanismo de la inversión uterina, son poco satisfactorias. El reblandecimiento parcial del tejido uterino con ampliación de la cavidad, de SCHULTZE; la parálisis sub-placentaria, de ROKITANSKY; las teorías de la inercia uterina; de la presión de arriba hacia abajo por la prensa abdominal; del peso exagerado de ciertos tumores, etc., etc., adolecen todas de puntos vulnerables y son más ó menos hipotéticas.

El Profesor H. TREUB,¹ de Amsterdam, estudia la inversión uterina, á propósito de un caso reciente tratado con éxito por la histerectomía, y propone la explicación siguiente, casi tan difícil como la de sus predecesores:

Una placenta ó un tumor, están sólidamente adheridos á un punto de la cavidad uterina: la capa muscular subyacente, perturbada en su nutrición y en sus funciones, se paraliza. Una causa cualquiera deprime esta porción paralizada hacia el interior del útero, mientras el resto de las fibras musculares del órgano, que están indemnes, se contraen. Se produciría aquí un fenómeno análogo al del encasquillamiento de la placenta.

No solamente las fibras de la capa muscular paralizada no se contraen ó se contraen poco; sino que esta perturbación de la contractilidad irradia al rededor de la superficie de implantación del tumor ó de la placenta, y las contracciones orgánicas uterinas se hacen irregularmente.

¹ BRIT. *Gyn. Journal*. 1897.

A medida que la acción enérgica de las fibras activas del útero se hace sentir sobre el segmento paralizado é incluído en la cavidad, la zona de parálisis radiante se amplía, hasta que á la larga todo el cuerpo del útero va invirtiéndose y paralizándose. En este momento, la contractilidad se detiene; pero todo el útero ha pasado ya al través del cuello. Si una presión de arriba á abajo se hace sentir sobre el anillo de inversión, el cuello cede y la inversión es total.

Esta inversión es reductible; pero si se presentan algunas circunstancias nuevas, cesa de serlo, y el útero invertido, ulcerado, doloroso y sangriento, se transforma en una especie de tumor imposible de soportar.

He aquí algunas otras causas de irreductibilidad:¹

LA CONTRACCION UTERINA.—La matriz no tolera el menor contacto, sin contraerse, endurecerse, hacerse esferoidal y ofrecer invencible resistencia á las maniobras de reducción.

EL ESPASMO DEL CUELLO.—El cuello fuertemente contraído, aprieta el pedículo de la inversión como lo haría un esfínter enérgico, é impide el paso á su través del cuerpo del útero.

CONGESTIÓN PLETÓRICA DEL UTERO.—La contracción del cuello aplasta las venas y respeta las arterias duras y resistentes. La circulación de vuelta cesa y la llegada de la sangre continúa, produciendo la plenitud del aparato sanguíneo, la trasudación edematosa por los capilares, el aumento de volumen del útero y el reblandecimiento por maceración de los tejidos.

TRANSFORMACIÓN FIBROSA DEL TEJIDO UTERINO.—En los casos inveterados de inversión crónica, los elementos anatómicos musculares se transforman, se endurecen, se atrofian y degeneran las fibras del tejido conjuntivo. Esta degeneración es más acentuada en las cercanías del cuello, transformándose el anillo de inversión en una especie de argolla dura, resistente é infranqueable.

TRANSFORMACIÓN DEL INFUNDIBULUM PERITONEAL.—El cuerpo del útero, al invertirse, forma una cavidad digital, revestida completamente de peritoneo, en sus paredes. La metritis concomitante, la esclerosis uterina ó cualquier otro fenómeno de irritabilidad celular, produce en este peritoneo una actividad endotelial inusitada, que termina por la formación de adherencias y de gruesas bridas en todo el interior del infundibulum peritoneal y por la fijeza á permanencia del órgano en su nueva posición.

¹ Véase el notable estudio de DURET, en el *Journ. de Sciences Médicales* de Lille. 1898.

PERITONITIS EN EL INFUNDIBULUM.—Accidentes análogos á los anteriores; pero de mayor intensidad.

El diagnóstico de la inversión crónica puede presentar dificultades, confundiéndose con los fibromas sub-mucosos polipiformes.

Estudiando la Historia de la histerectomía, hemos visto cómo este error fué cometido varias veces, y cómo se amputaron matrices invertidas, tomándolas por tumores uterinos.

Lo probable es que hoy también se continúen cometiendo estos errores, aun cuando no consten en la Literatura de Cirugía, por causas que bien se dejan adivinar.

La necesidad de un examen riguroso en estos casos es invariable, y sucede en ocasiones, que ni los anamnésticos, ni la exploración directa aun bajo la anestesia, den resultados positivos.

Pozzi debió recurrir una vez á la incisión del tumor, para reconocer una inversión uterina.

El Cirujano será muy cauto en su juicio y sumamente reservado en sus intervenciones, en todos estos casos.

La indicación primera en el tratamiento de una inversión uterina, es la reducción de ella.

Para realizarla con mejor éxito, debe procurarse intervenir lo más prematuramente posible.

Mientras con la mano izquierda se deprime el hipogastrio y se sujeta el útero invertido, con dos dedos de la mano derecha, introducidos por la vagina, se rechaza muy suavemente el fondo del útero, procurando que pase al través del anillo cervical.

La reducción manual debe intentarse siempre, aun cuando haya transcurrido algún tiempo desde el momento de la inversión y la época en que el ginecólogo la reconoce. Aun cuando con el carácter de excepcionales, existen observaciones de inversiones uterinas datando de varios años, que se han reducido por maniobras digitales.

Si la taxis digital fuera dificultosa ó no se pudiese realizar, habría esperanzas de obtener aún la curación, mediante el procedimiento de reducción lenta de Pozzi. Este autor preconiza el taponamiento de la vagina con gasa iodoformada suavemente comprimida: bajo su influencia, el edema inflamatorio cede, la congestión uterina disminuye, y la reducción puede hacerse suave y lentamente,

PONUEG, Cirujano del Canadá, recurre á una maniobra que aun-

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

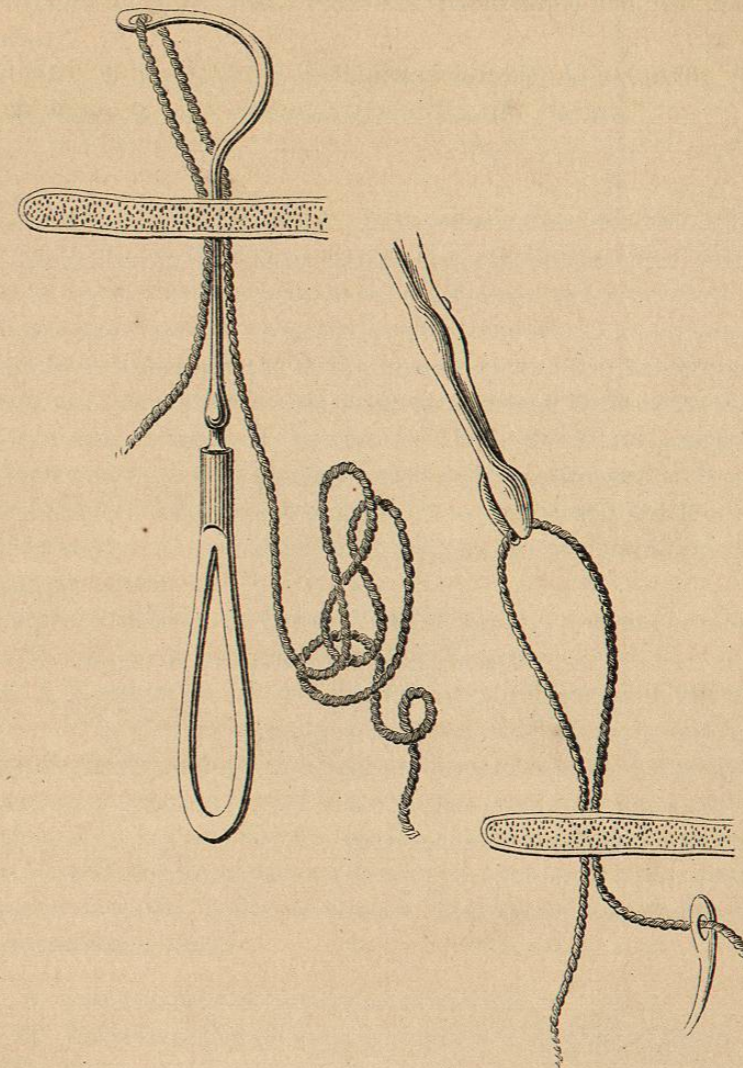


Fig. 50.—Ligadura en cadena por el procedimiento de Wallich. (Primero y segundo tiempo).

LIT. DEL TIMBRE.



DR. SUAREZ GAMBOA

que muy ingeniosa y aparentemente sencilla, ha causado ya sus accidentes mortales. Pasa al través del cuello varios hilos elásticos que fija en el pabellón de un estetoscopio: la otra extremidad del estetoscopio la aplica sobre el fondo del útero invertido, ejerciendo así una presión continua que tiende á dirigirlo hacia arriba.

PONEY, de Montevideo, recomienda también la reducción por tracciones con hilos elásticos sobre el cuello uterino.

Las operaciones practicadas para reducir una inversión rebelde á todo otro tratamiento, consisten particularmente en incisiones del útero y en liberaciones del anillo constrictor cervical.

GAILLARD-THOMAS, intentó dilatar el infundibulum peritoneal, después de haber abierto el abdomen. Operó así dos enfermas y murió una. MALINS y SCHMALFUSS no pudieron realizar la reducción ni aun abriendo el vientre. En 1885, MUNDÉ no consiguió reducir una inversión uterina, aun cuando se esforzara en levantar el fondo del útero por medio de una seda fuerte que introdujo por la vagina al través del útero y fija en su extremidad inferior sobre un botón.

El procedimiento de OTTO KÜSTNER es muy conocido para que me detenga en él: es también infiel y peligroso.

F. A. KEHEER modificó el procedimiento clásico de KÜSTNER, haciendo la incisión sobre la cara anterior del útero, lo que á su entender facilita las maniobras; pero no es menos infiel el procedimiento y queda expuesto á hemorragias é inflamaciones graves.

DURET, el Cirujano de Lille, ha obtenido la curación en un caso que parecía desesperado ya, por un procedimiento suyo, nuevo, y según su autor, fácil en la técnica. El procedimiento consta de seis tiempos, á saber:

- I. Incisión del fondo vaginal posterior.
- II. Incisión mediana, vertical, posterior, de todo el útero.
- III. Reducción de la inversión uterina.
- IV. Reconstitución del cuerpo uterino hasta el istmo.
- V. Reposición del útero, y
- VI. Reconstitución del cuello uterino.

La sola mención de estos diversos tiempos, da idea de la operación y de la aptitud y buen juicio del autor de ella.

Todos estos procedimientos fracasan las más de las veces, y como dicen muy bien los ginecólogos franceses F. LABADIE-LA-

GRAVE y FELIX LEGUEU: "*L'hysterectomie totale est actuellement la méthode de choix pour les inversions irréductibles.*"

Se podría recurrir á la incisión de KÜSTNER ó intentar el procedimiento de DURET, pero en cuanto sean inaplicables, solamente la histerectomía procurará seguridad de curación á la enferma.

Las excisiones uterinas parciales están juzgadas y desechadas: sólo queda como recurso verdaderamente seguro y racional, la histerectomía vaginal total.

En cuanto á las inversiones reductibles y reincidentes, deben buscar en la histeropexia abdominal su mejor método de curación.

VII

TUBERCULOSIS DEL ÚTERO.

La tuberculosis uterina es una afección sumamente rara. Se conocen algunos casos, aunque muy pocos, de tuberculosis completa útero-anexial primitiva; pero la lesión tuberculosa del útero, como iniciación del proceso infeccioso, es una verdadera rareza patológica.

Más común es la invasión secundaria del útero, por los bacilos. Se han descrito tres formas principales:

I. *La forma miliar aguda*, localización en el útero, como en los demás órganos de la economía, de la infección tuberculosa general.

II. *La forma intersticial*, manifestación sorda, lenta, de la infiltración tuberculosa en el tejido propio de la matriz y cuyos signos vagos ó nulos, la hacen casi imposible de descubrir.

III. *La forma ulcerosa*, es la más frecuente é importante de todas. Sus lesiones primeras no se diferencian de las de la endometritis; más tarde los tubérculos aparecen, y al reblandecerse forman ulceraciones de contornos irregulares, de bordes gruesos y claros, de forma lenticular al principio; pero que á medida que el proceso avanza, se unen unas á otras y constituyen pérdidas extensas é irregulares.

He aquí la descripción que hace CORNIL, de un corte microscópico de tuberculosis uterina.¹

¹ Citado por Pozzi.—Ginecología, pág. 905.

"Las secciones perpendiculares á la superficie de la mucosa del cuerpo, previo endurecimiento en el alcohol, no han mostrado ningún vestigio de su estructura normal, ni epitelium, ni glándulas, ni vasos sanguíneos reconocibles. Toda la parte caseosa de la superficie presentaba al microscopio una capa homogénea formada por pequeñas celdillas muertas, vitrosas, no colorándose más, y cuyos núcleos sólo tomaban una ligera coloración rosa con el picro-carmín. Las celdillas estaban separadas por fibrillas finas entrelazadas en todas direcciones.

"Abajo de esta zona muerta había otra que poseía pequeñas celdillas vivas, entre las cuales encontrábase celdillas gigantes diseminadas.

"Luego venían los planos musculares: aquí veíanse algunos folículos tuberculosos.

"En los cortes, interesando toda la pared, comprendido el peritoneo, había: Hacia dentro de la infiltración caseosa, reemplazando la mucosa, algunos folículos invadiendo la pared y granulaciones subperitoneales.

"Vanamente he buscado los bacilos de la tuberculosis, dice CORNIL, en una decena de cortes practicados en esta mucosa degenerada."

SÍNTOMAS.

Los del principio corresponden á la endometritis concomitante, dolores hipogástricos con irradiaciones vagas á los muslos, á la cintura, etc. Hipersecreción glandular, manifiesta por escurrimientos transparentes, mucosos, y muco-purulentos, etc., etc. Luego el flujo se hace francamente purulento, caseoso, fétido.

Las ulceraciones del cuello comienzan á tomar su carácter particular y la raspa exploradora del endometrio obtiene masas caseosas, que hacen despertar sospechas sobre su naturaleza.

El examen microscópico de ellas no da ningún indicio cierto sobre su naturaleza; sin embargo, al decir de PAUL PETIT, sería casi cierta la tuberculosis uterina, si en estas masas se reconocen celdillas intersticiales muertas ó atrofiadas, celdillas gigantes en mayor ó en menor cantidad, nódulos embrionarios formados en los contornos de los vasos, y glándulas numerosas dilatadas y con sus elementos epiteliales muy desarrollados.

Puede practicarse también la inoculación en conejos, tanto en el peritoneo, como en la cámara anterior del ojo.