

Mucho se ha discutido la necesidad ó inutilidad de la anestesia general. Sin duda que es una intervención que puede hacerse prescindiendo de la anestesia general, y muchas veces he prescindido de ella. A pesar de todo, recomiendo y practico por regla general la anestesia, tanto porque sin ella he visto frecuentemente sobrevenir síncope, como principalmente para proceder con toda holgura y libertad necesarias y no verme cohibido por los lamentos de la enferma y sus movimientos intempestivos, que son tan abonados á dejar un raspado imperfecto. Desde luego puedo asegurar que se procede más bien y más desahogadamente, y por tanto con mayor perfección, si la enferma está anestesiada. Se gana mucho concediendo al raspado todos los honores de una intervención quirúrgica seria, pues las imperfecciones y simulacros en tales casos son muy perjudiciales y aun peligrosos.

La desinfección de la región operatoria debe hacerse con igual escrupulosidad que si se tratara de una histerectomía; prescindo, sin embargo, de rasurar la vulva, limitándome á cortar con la tijera la sobra de pelo que pueda estorbar.

Aplicada la valva posterior y fija la pinza de garfios en el cuello, un ayudante sostiene la valva con la derecha, y con la izquierda fija y hace descender

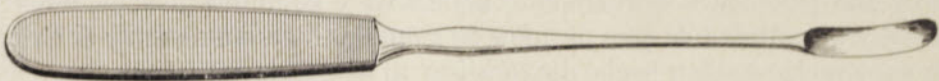


FIG. 39

Cucharilla para el raspado.

con tracción suave el útero hacia la vulva. Inmediatamente, con el divulsor de Sims y los dilatadores de Hegar, me aseguro de que la dilatación es completa, y si no lo es bastante, voy introduciendo los dilatadores de Hegar hasta el número 12.

En seguida, con el histerómetro ó la misma cucharilla, practico la medición del útero y comienzo el raspado. Prefiero una cucharilla algo ancha y de bordes algo cortantes. Suelo emplear la de la fig. 39. Metódicamente voy siguiendo la cara anterior, los bordes y la posterior del útero, alcanzando con la punta de la cuchara el fondo del útero y las aberturas de la trompa. De vez en cuando retiro la cuchara para expulsar los colgajos arrancados. Si en un sitio de la pared del útero encuentro tejido blando, insisto hasta caer sobre la capa muscular; no debe abandonarse el raspado hasta que en cualquier sitio del útero que pase produzca el rechimiento especial que Doleris ha designado tan gráficamente con el nombre de *grito uterino*. Después de esto, y teniendo en cuenta la facilidad con que pueden quedar lengüetas de mucosa y porciones de la misma en sitios en que la pared sea anfractuosa, tomo la pequeña cucharilla de Sims (fig. 56, tomo I, pág. 126) y practico un segundo raspado en toda la cavidad del útero. La cucharilla debe pasarse con presión suave y sostenida, nunca con fuerza y violencia. Toda la maniobra dura escasamente de uno á dos minutos.

Todos los autores, al ocuparse del raspado, insisten en la conveniencia de practicar durante el mismo frecuentes irrigaciones intra-uterinas con solucio-

nes antisépticas con objeto de desinfectar la cavidad y producir fenómenos mecánicos de arrastre. Dudo mucho de los buenos efectos de tal conducta, y en cambio tengo la seguridad de sus peligros. Hace unos trece años practiqué un raspado del útero por una endometritis glandular hiperplásica, arrastrando la cucharilla gran cantidad de fungosidades; antes y después de pasar la cucharilla practiqué una irrigación abundante con solución de bicloruro al 1 por 2.000 con la sonda de Doleris, asegurándome del retorno del líquido, que me parecía ser completo; al tercer día moría la enferma de una intoxicación agudísima por el sublimado: anuria, enteritis aguda é hipotermia; es de notar que no tenía antes lesión renal, y fué uno de los pocos casos que he operado sin cloroformo. Excuso decir que desde entonces no he practicado más lavados intra-uterinos durante el raspado y no los he encontrado á faltar para los buenos efectos obtenidos, pues sus dos efectos son fácilmente substituídos por otros medios. Realmente deben ser las irrigaciones intra-uterinas más peligrosas en el acto del raspado que en otros momentos; la cucharilla arrastra la mucosa

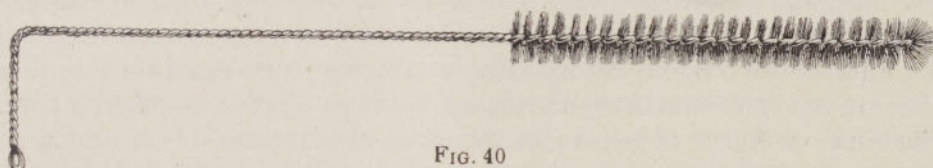


FIG. 40

Escobillón de Doleris.

que en el cuerno del útero forma como un rodete-válvula á la entrada de la trompa, y ésta puede quedar destapada y fácilmente permeable; en tales condiciones el paso de la inyección al peritoneo debe ser fácil, como lo atestigua mi caso y otros parecidos ocurridos á Olshausen, Dursen y otros. Es de extrañar cómo todos los autores dicen que, si por accidente se perfora el útero, no deben practicarse irrigaciones intra-uterinas para evitar el paso del líquido al peritoneo, y, sin embargo, prescinden de las aberturas naturales que presentan las trompas. Insisto, pues, en que no se practiquen esas irrigaciones, de muy discutible utilidad, ó bien que, de emplearse, sea con líquidos poco enérgicos bajo el punto de vista tóxico.

Nunca doy por terminado el raspado después del empleo de la cucharilla. Creo realmente útil limpiar el útero de los colgajos de mucosa que puedan quedar y desinfectar su cavidad para obrar á la vez sobre los restos de fondos glandulares que quedan y han de servir para la formación de la nueva mucosa. Que para ello se empleen, como recomienda Fritchs, los aplicadores algodoados grandes y empapados en soluciones distintas, ó el escobillón de Doleris (fig. 40), es indiferente. Encuentro sumamente cómodo el escobillón de Doleris, que empleo introduciéndolo dentro del útero empapado en una solución anti-séptica, generalmente glicerina creosotada al 30 por 100, y dando con él varias vueltas á la vez que lo retiro, acomodándome á las reglas que dictó Doleris al aconsejarlo; repito la maniobra con un segundo escobillón y con ello queda la cavidad del útero perfectamente libre y limpia. No he visto ninguno de los inconvenientes que sus pocos detractores han señalado al empleo de este instrumento.

Martín, Sanger y otros han recomendado y practicado con éxito después del raspado una instilación intra-uterina con la jeringa de Braun, de 3 á 4 gramos de una solución cáustica antiséptica, como solución de percloruro de hierro, tintura de yodo, cloruro de zinc, etc. Indudablemente es esto expuesto á destruir por completo los restos de mucosa que queremos conservar para la reproducción de la misma, y por tanto peligroso para los resultados definitivos. Creo preferible aplicar la substancia en forma que sólo obre superficialmente para dejar una cavidad del útero aséptica en lo posible, y creo basta para ello pasar por el útero dos aplicadores algodónados empapados en substancia á propósito.

Hace años empleo para ello la solución normal de percloruro de hierro en las formas de endometritis hemorrágica, ó bien una solución alcohólica de ácido fénico al tercio en las formas leucorreicas, particularmente de origen gonocócico. Los resultados obtenidos me autorizan para no modificar mi proceder.

En muchos casos doy con ello por terminado el raspado y maniobras que forman parte del mismo, pero existen un cierto número en los que creo sumamente útil y hasta necesario practicar un taponamiento intra-uterino, que algunos recomiendan como acto corriente en todos los raspados. Cuando existe á la vez metritis intersticial, ó bien metritis subinvolutiva, ó tendencia á las desviaciones, anteversión ó ligera retroflexión, y también en los casos de esterilidad, practico un taponamiento intra-uterino con una tira de gasa aséptica empapada de glicerina creosotada al tercio y escurrida en el momento de su empleo; sin que sea muy apretado, hago de modo que quede rellena la cavidad del útero. Con este taponamiento se logra, á la vez que asegurar el desagüe, y por tanto la desinfección del órgano, provocar contracciones uterinas sumamente beneficiosas y útiles en los casos citados; generalmente, al segundo día siente la enferma cólicos uterinos bastante intensos provocados por el taponamiento; á veces son tan fuertes los cólicos que obligan á retirarlo pronto, pero á poco que puedan ser tolerados es preferible dejarlo dos ó tres días; en los casos de gran hipertrofia ó de infecciones rebeldes, convendrá renovar el taponamiento dos ó tres veces.

Después de un lavado vaginal abundante, se aplica el apósito, consistente en una tira vaginal de gasa yodofórmica ó esterilizada.

El tratamiento consecutivo después del raspado es muy sencillo: la enferma guarda cama tres ó cuatro días y reposo diez ó doce. Al tercer día se retira el apósito vaginal y el taponamiento intra-uterino cuando existe, y se practican irrigaciones vaginales dos veces al día para tener la vagina limpia y evitar reinfecciones del útero. Este se deja en reposo completo, sin curaciones ni tratamientos tópicos, á menos de indicación especial, con el fin de no perturbar el proceso de renovación de la mucosa. Las relaciones sexuales deben interrumpirse tres ó cuatro semanas con el mismo objeto.

Accidentes y complicaciones.—Todos los autores señalan como accidente del raspado uterino, la posibilidad de hemorragia, é indican al mismo tiempo los medios para cohibirla; cuando el raspado se aplica al tratamiento de la endometritis, y se ha tenido en cuenta la conveniencia de apartarse del período menstrual, en que existe congestión del aparato genésico, la hemorragia es siempre insignificante, nunca la he visto de importancia, y si alguna existe,

cesa inmediatamente en cuanto se ponen los aplicadores; recuerdo haber visto un ginecólogo, azorado en un caso ordinario de raspado ginecológico por una pequeña metrorragia, prescribir una inyección de ergotina durante la operación; me pareció sencillamente inocente. Tan sólo en dos casos pueden ser terribles las hemorragias: cuando se practica el raspado en neoplasias intra-uterinas, ó cuando se emplea para extraer cotiledones placentarios retenidos desde larga fecha; contra las primeras, acabar pronto el raspado y emplear el percloruro de hierro y el taponamiento consecutivo, y contra las segundas, extraer pronto todos los restos placentarios y practicar un masaje del útero para provocar su contracción, maniobra á la que he visto responder siempre rápidamente el órgano y cesar en el acto la hemorragia.

Otro accidente más temible es la perforación del útero. La mayor parte de veces es en úteros que conservan la friabilidad puerperal ó que son friables por motivos desconocidos, si no es que una neoplasia intra-uterina explica sobradamente el accidente. En los demás casos, ciertamente puede achacarse á falta de pericia en el ginecólogo que maneja los instrumentos con fuerza excesiva y escasa soltura. El accidente ha ocurrido á casi todos los ginecólogos; yo recuerdo tres casos: en el primero, practicaba la exploración del útero como acto previo de una histerectomía por miomas múltiples, el histerómetro atravesó el fondo del órgano creyendo no haber empleado yo ninguna violencia, y cuando tuve extirpado el útero vi la abertura coaptada como se coapta la de una paracentesis; el segundo, se trataba de un raspado previo á una histerectomía vaginal por cáncer intra-uterino: la cucharilla perforó la pared posterior, á pesar de que, temiendo el accidente y deseando evitarlo, procedía con precaución; en estas circunstancias es cuando con mayor frecuencia ocurre; en el tercero, se trataba de un caso usual de raspado y amputación anaplástica del cuello; la cucharilla supongo que atravesó las paredes del útero, pues se me perdió hacia dentro unos 15 centímetros; para comprobarlo introduje el histerómetro, que penetró fácilmente cuanto quise por dos veces consecutivas; pasaba tan fácilmente, que sospeché si en vez de una perforación penetraba por una trompa dilatada; sin embargo, la dirección seguida me hizo creer en una perforación, que no pude comprobar porque la enferma no tuvo el menor accidente consecutivo; proseguí la operación sin hacer otra maniobra intra-uterina, hice la amputación del cuello, que estaba indicada, y en la convalecencia vigilé los resultados, que no se separaron de los casos usuales y corrientes. La mayor parte de veces que ocurre este accidente, si el ginecólogo es prudente y se trata de un caso sin infección aguda, no pasa nada, porque el instrumento no lleva contagio al peritoneo y por retracción la abertura queda cerrada al retirarlo, de modo que el mejor consejo que puede darse es el de no hacer nada y esperar los acontecimientos, obrando luego según éstos se presenten.

Lo más grave de la perforación del útero no es la perforación en sí, sino el hecho de que pase desapercibida, porque entonces siguen practicándose las maniobras intra-uterinas y es cuando se provocan los accidentes, sea que pasen al peritoneo las inyecciones usadas, ó bien que algún cáustico penetre en la serosa ó el taponamiento facilite el paso de las sustancias á la cavidad del peritoneo. Olshausen atribuye algún caso de muerte á este mecanismo.

Una de las complicaciones más frecuentes es la infección de los anexos.

Esta complicación no debe ni puede ocurrir si se procede con la asepsia y cuidados debidos y si se atienden las contraindicaciones que antes dejé apuntadas. Cuando, no concediendo al raspado toda la importancia debida, no se emplean las precauciones de asepsia necesarias, ó se prescinde de que los anexos estén sanos, son frecuentes las flogosis pelvianas después del raspado. Aun teniendo todo el cuidado y respeto debidos se presentan alguna vez estos accidentes, porque los anexos no demostraron aun á una observación atenta, su estado patológico completamente larvado. Si bien en tales circunstancias no suelen ser graves estas complicaciones, pues yo por lo menos las he visto terminar siempre favorablemente, deslucen los resultados de la intervención y aun pueden contribuir á que sus efectos sean nulos, particularmente en los casos en que uno de los móviles de la intervención es la esterilidad.

Pronóstico y resultados.—El pronóstico de la intervención en sí es absolutamente benigno, si se sigue una técnica adecuada y perfecta y se tienen en cuenta sus contraindicaciones. Los casos y accidentes que he citado, y que menudean en la literatura y en la práctica, no son para infundir miedo ni considerar la operación como grave, pero tienen bastante valor para que se preste atención á los menores detalles que deben preceder, acompañar y seguir á la operación. Bien sé que algunos ginecólogos poco escrupulosos practican el raspado como otra curación, y permiten que la enferma vaya á la calle y que apenas interrumpa sus ocupaciones; en tales manos el raspado es una operación grave y expuesta á múltiples accidentes y complicaciones.

Los resultados terapéuticos son excelentes si se aplica sólo á los casos que son tributarios de su empleo. Las formas hemorrágicas y fungosas, y las glandulares hiperplásicas son las que proporcionan resultados más brillantes y permanentes; las recidivas, por regla general, raras y tardías, se explican fácilmente en los casos que continúan obrando las causas que produjeron la primera manifestación. En las endometritis en que como agente causal figura el gonococos, es más fácil la recidiva, porque en los fondos de saco glandulares pueden quedar colonias que ocasionen una recidiva.

Con todo, el número de casos de verdadera recidiva es muy escaso, pues hay que contar con una causa de error, hija de una técnica defectuosa, en aquellos en que, además de la lesión intra-uterina, existe metritis cervical, y se pretende que el raspado, que tan eficaz resulta en la mucosa del cuerpo, sirva también para la mucosa del cuello, y se intenta curar una endocervicitis con el raspado. En esta última el raspado es perfectamente inútil, y así se ve con frecuencia reaparecer la leucorrea y los dolores, porque la metritis del cuello sigue su curso por falta de tratamiento adecuado; la operación de Schröder si está indicada, ó el rastrillo de Doleris en algunos casos, ó bien un tratamiento tópico y adecuado persistente, son el complemento del raspado en tales circunstancias.

Exceptuando esta causa de error, puede haber reinfecciones y verdaderas recidivas.

Las reinfecciones pueden ser inmediatas por falta de precauciones en la convalecencia ó por un nuevo contagio, y las recidivas pueden ser debidas á que las mismas causas siguen obrando, ó á que quedaron en el útero gérmenes

para la reproducción de la dolencia; algunas veces no es recidiva ni reinfección, sino que es continuación de la misma endometritis por haber empleado una técnica defectuosa.

Las estadísticas de Hegar, Kaltenbach, Hoffmeier, Bureau, Bouilly y otros, en cuanto á los resultados terapéuticos, arrojan un tanto por ciento de curaciones bastante variable, pues oscila desde un 56 á un 80 por 100 (1), y el de recidivas de un 8 á un 21 por 100, habiendo también un número variable de resultados paliativos más ó menos próximos de la curación. Si he de hablar por los resultados que llevo obtenidos, son algo más favorables, pues para las formas hemorrágicas no llega á un 10 por 100 las recidivas, y para las leucorreicas, y sobre todo gonocócicas, no pasan de un 15. Ciertamente que no prodigo la indicación, y que en muchos casos doy preferencia á otros tratamientos, lo que sin duda hace que el número de fracasos terapéuticos sea menor.

Muchas veces el resultado terapéutico que quedó imperfecto con el raspado puede completarse con un tratamiento consecutivo apropiado de reposo prolongado, inyecciones y supositorios vaginales, toques, etc.; en fin, todos aquellos medios eficaces en los casos que no son tributarios del raspado.

Si después del raspado empleamos las inyecciones intra-uterinas de tintura de yodo, solución félica al 30 por 100 ó de cloruro de zinc al 20, se corregirán sin duda los resultados imperfectos que el raspado puede proporcionar; pero con ello renunciamos á todas las ventajas de esta operación, verdaderamente conservadora, pues se destruye lentamente la mucosa de nueva formación y se substituye el tratamiento del legrado por el tratamiento de los cáusticos, que, sin duda, bajo el punto de vista terapéutico, es superior, como antes dejé consignado, porque destruye por completo la mucosa y la substituye por tejido cicatricial, pero funcionalmente, con la destrucción del órgano, lleva el aniquilamiento de la función. Aunque á trueque de algunos fracasos y recidivas, es de mucho preferible una operación que conserve la función integral del órgano á un tratamiento que sobre ser más peligroso y accidentado, destruye y aniquila la fisiología del endometrio.

En cuanto á los resultados funcionales producidos por el raspado, son inmejorables. Actualmente es completamente superfluo aducir argumentos y hechos para demostrar que el raspado es una operación conservadora, y que la menstruación y la fecundidad se restablecen completamente y al poco tiempo: lo han puesto fuera de duda los hechos clínicos y lo corroboran evidentemente los trabajos experimentales.

Fritchs, Veit, Kustner y algún otro, citan algunos casos en los que sobrevino una obliteración del útero total ó parcial y amenorrea consecutiva, como ocurre con frecuencia con el empleo de los cáusticos; pero este hecho, aparte de ser raro, son bien conocidas las circunstancias en que puede ocurrir: se trata siempre de úteros puerperales en los que el parto último es reciente (durante el puerperio en el caso de Fritchs, seis semanas después del parto en el de Kustner y tres días después del aborto en el de Veit), y en los que la capa muscular está reblandecida y friable á causa del trabajo de desintegración puerperal. He examinado al microscopio infinidad de colgajos de endometrio arras-

(1) *Enciclopedia de Ginecología*, tomo II, pág. 392.

trados por la cucharilla, y por rareza se encuentra en ellos una fibra muscular; una sola preparación poseo de un raspado practicado dos meses después del parto, en la que se ven capas gruesas de tejido muscular. Se comprende que, dados estos hechos, se evitan fácilmente empleando una cucharilla completamente roma en sus bordes durante este período peligroso para la regeneración de la mucosa; yo fijaría, por lo que he visto, en dos meses y medio, ó mejor tres meses, el período después de un parto ó de un aborto en que debe emplearse la cucharilla roma en vez de la que usualmente se emplea, que es ligeramente cortante; al primer raspado puede llamársele *puerperal*, y al segundo *ginecológico*.

En el raspado ginecológico el peligro de la obturación del útero no existe, porque las capas musculares son bastante resistentes para producir el *grito uterino*, y entonces quedan siempre entre los hacecillos musculares fondos de saco glandulares suficientes para una rápida reproducción de la mucosa.

Ya Duvelius y Benicke (1884 y 1885) demostraron con hechos clínicos y el examen de dos úteros raspados hacía cuatro meses y extirpados por Martín, que la reproducción de la mucosa era total y completa. Los numerosos casos de embarazo que bien pronto se reunieron después del raspado, demostraban la certeza del hecho; además, Bossi experimentó en perras los efectos del raspado y de los cáusticos, pudiendo comprobar, sin ningún género de duda, la reproducción integral de la mucosa, que después confirmó en la especie humana, examinando tres úteros extirpados y raspados hacía lo menos quince días; en los tres pudo observar reproducción completa de la mucosa. Posteriormente á los trabajos concluyentes de Bossi, Werth ha practicado una serie de raspados en úteros que debían extirparse, desde los cinco días hasta los veinticinco antes de su extirpación: en todos ellos ha comprobado la reproducción rápida de la mucosa; tan sólo en el de cinco días permanecía aún un pequeño trozo de la superficie sin mucosa: además, Werth ha demostrado en sus estudios que la reproducción de la mucosa tiene lugar por los fondos de saco glandulares, que siempre quedan empotrados en la capa muscular; dichos fondos de saco crecen y se desarrollan á la par del tejido conjuntivo que forma el estroma de la mucosa, la que parcialmente se cubre de su epitelio de cubierta que, procedente de las glándulas y de los bordes de algún islote de mucosa que puede quedar, se extiende por toda su superficie; en cambio, no ha podido observar una sola glándula que se formara por subintracción del epitelio.

Se comprende, después de estas averiguaciones, cuán pronto estará el útero en condiciones de recibir el huevo fecundado. Generalmente, sin embargo, la fecundación tarda en verificarse cuatro ó seis meses y aun un año. No es raro que falte la menstruación que sigue al raspado, pero pronto se regulariza, excepto en los casos antes mencionados en que puede estar perturbada.

Conforme demuestran los trabajos de Bossi y Werth, existen hechos clínicos en consonancia con ellos para comprobar el restablecimiento completo de la función genital. Varios autores citan ejemplos de embarazos sobrevenidos un mes después del raspado; he tenido ocasión de observar algunos en que sobrevino el embarazo antes de dos meses. Mangiagalli (1) cita el caso de un emba-

(1) *Trattato di Ostetricia e Ginecologia*, tomo III, pág. 260.

razo sobrevenido á consecuencia de un coito único en el noveno día después del raspado.

Queda fuera de duda, por lo tanto, *que el raspado del útero es una operación eminentemente conservadora*, y que sus resultados funcionales completamente perfectos, compensan las imperfecciones terapéuticas que en algunos casos se observan.

TRAQUELORRAFIA.—La idea emitida por Emmet y aceptada por muchos autores americanos, de que el desgarro del cuello era causa principal de la cervicitis crónica, dió una importancia capital á la traquelorrafia ú operación de Emmet, y esta idea patogénica hizo que se considerara toda metritis cervical con desgarro como tributaria de la traquelorrafia, partiendo del supuesto de que, corregida la deformación, desaparecerían las lesiones de la mucosa, ya que eran consecutivas. Ciertamente que hubo exageración en ello, y se practicaron muchas traquelorrafias cuyos efectos fueron muy deficientes y otras del todo inútiles.

Cuando un desgarro del cuello no va acompañado de endometritis cervical, ni produce dolores, ni es causa de abortos, no está indicada la intervención. Si juntamente con el desgarro existen lesiones profundas de la mucosa é hipertrofia de la misma, la curación del desgarro por la traquelorrafia no lleva consigo una curación de la metritis cervical. La traquelorrafia simple sólo está indicada en los casos de metritis catarral ligera sin lesiones hipertróficas ni quísticas; entonces la reconstitución del cuello basta para hacer desaparecer la metritis. Si existen abortos repetidos como consecuencia de la abertura excesiva del cuello, ó bien el ángulo cicatricial es doloroso, también está perfectamente indicada la traquelorrafia. En los demás casos no basta, de aquí que sus indicaciones sean muy restringidas y que no se practique hoy tanto dicha operación como tres lustros atrás, pues la mayoría de veces la indicación procede de la metritis y no del desgarro, en cuyo caso es preferible la amputación anaplástica. La traquelorrafia es más bien una operación preventiva que curativa de la metritis cervical, aconsejándose hoy intervenir en los desgarros del cuello del útero en el acto del parto como con los del periné, esto es, practicando la sutura inmediata de los mismos en seguida después del parto, y realizando, por tanto, una verdadera traquelorrafia primaria para evitar los efectos del desgarro y la necesidad de una traquelorrafia secundaria. Cuando esta práctica, cada día más en boga, sea de uso corriente, desaparecerán las pocas indicaciones que hoy existen de la operación de Emmet.

Técnica de la traquelorrafia.—Durante mucho tiempo se consideró la traquelorrafia como una operación difícil y de técnica complicada, empleándose infinidad de instrumentos de avivamiento y de sutura contruidos expresos (1). Hoy la técnica de esta operación no ofrece ninguna dificultad, y comprende dos tiempos: *avivamiento y sutura*.

(1) EMMET: *La pratique des maladies des femmes*, 1887, pág. 449. — MUNDE: *Minor surgical gynecology*, 1885, pág. 458. — SPEAR: *A suture apparatus for trachelorrhaphy American Journal of O. and G.*, 1888, pág. 495, etc.

Puesto el cuello al descubierto, por medio de una valva, preferentemente la de Fritch's, se hace descender con una pinza de garfios en cada labio para poder separar los bordes del desgarro; con bisturí ó tijeras usuales se corta un vendote en cada borde del desgarro, haciendo de manera que al llegar al ángulo quede éste extirpado por completo y á más ó menos profundidad, según la cantidad de tejido cicatricial que exista (fig. 41).

En seguida se procede á la sutura con agujas curvas de Schröder ó de Hagedorn; empleando para las primeras el porta-agujas de Thomas (fig. 141,

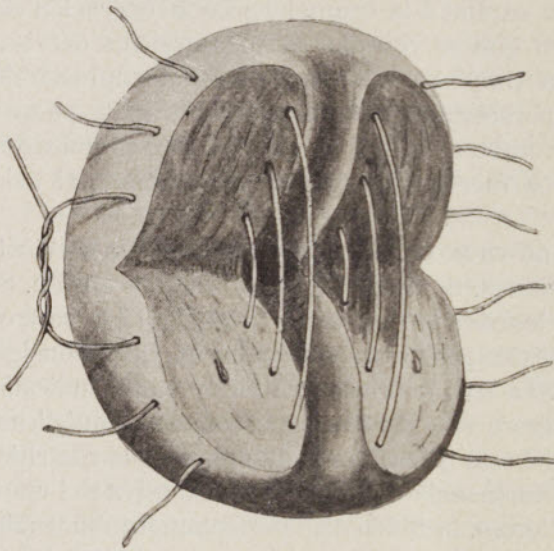


FIG. 41

Operación de Emmet. Avivamiento y sutura.

tomo I), y para las segundas el del propio autor. El material de sutura debe ser siempre el catgut debidamente preparado; sus resultados son siempre buenos, y tiene la ventaja sobre la seda, la plata ó el crin, que algunos recomiendan, de que no deben extraerse los puntos de sutura en la convalecencia. Se pasa el primer punto cerca del ángulo, entrando por la porción vaginal del cuello hasta la mucosa cervical, y luego, en sentido inverso, en el otro labio; tres ó cuatro puntos bastan para coaptar cualquier desgarro por extenso que sea. Una vez aplicados todos los puntos se anudan, practicando tres nu-

dos para que al reblandecerse é hincharse el catgut no se aflojen (fig. 42).

Si el desgarro es bilateral, después de suturado un lado se procede á la traquelorrafia del lado opuesto, siguiendo la misma técnica. En los desgarros de forma estrellada, es preferible la amputación anaplástica para la reconstrucción del cuello.

La hemorragia, si la intervención es rápida, es tan insignificante que pueden despreciarse por completo los medios hemostáticos engorrosos y superfluos propuestos por algunos ginecólogos durante la operación.

Se aplica un apósito vaginal con gasa yodofórmica, que se deja durante cinco días, transcurridos los cuales se retira y se practican lavados vaginales. La cicatrización está ya hecha, aunque la enferma debe guardar cama de doce á quince días. En ningún caso he visto fracasar esta técnica, obteniendo siempre perfecta unión.

El pronóstico de la operación de Emmet es enteramente benigno si se atienden debidamente las contraindicaciones y se observan todas las reglas de asepsia convenientes. En cuanto á resultados terapéuticos, son excelentes si se seleccionan los casos tributarios de la misma y no se la exige más de lo que puede dar. He visto en algunos casos desaparecer abortos de repetición producidos

por desgarros profundos; dichos abortos son, por lo común, fetales. Ciertos reflejos y manifestaciones dolorosas las he visto también desaparecer. Cuando existe metritis cervical algo acentuada, no practico nunca la simple traquelorrafia, aunque he visto desaparecer después de la traquelorrafia fenómenos de catarro cervical no muy intensos.

AMPUTACIÓN ANAPLÁSTICA.—Conocida también con el nombre que le dió su autor de *escisión de la mucosa cervical* (1) ó simplemente con el nombre de *operación de Schröder*, al igual que se designa á la traquelorrafia con el nombre de operación de Emmet. Es, sin duda, una de las operaciones de pequeña ginecología de resultados más positivos y brillantes.

Está indicada en todos los casos de endocervicitis, cuyas lesiones son bastante acentuadas para que sea imposible obtener una rehabilitación de la mucosa por los procedimientos antes indicados. Así en las endocervicitis hipertróficas y en las quísticas no cabe discusión, como tampoco en muchas formas catarrales inveteradas. Está indicada particularmente en las endocervicitis crónicas complicadas con desgarró, aplicando la técnica de manera que á la vez que sirva para escindir la mucosa enferma permita restaurar la forma del cuello.

Tiene las mismas contraindicaciones que el raspado del útero, operación que generalmente precede á la amputación anaplástica, dada la frecuencia con que coexisten la endometritis cervical y la del cuerpo del útero, y aun en la duda de si ésta existe es conveniente practicar el raspado previo, dada la inocuidad del mismo y la facilidad y seguridad con que se reproduce el endometrio.

A pesar de ser las mismas las contraindicaciones de la amputación anaplástica que las del raspado, debe tenerse en cuenta que los pequeños cordones indurados de la base de los ligamentos y las manifestaciones de peri-anexitis que no están en período agudo y no han dado lugar á formaciones quísticas, en vez de contraindicar la operación indican la necesidad de la misma, ya que en las erosiones del cuello y las linfangitis que dan lugar, suele existir el origen de tales complicaciones.

La preparación que ha de sufrir la enferma y los cuidados asépticos deben ser iguales que para el raspado, debiendo procurar asimismo, para el acto de la intervención, separarnos lo más posible del período menstrual.

Técnica de la operación.—Aplicada la valva de Fritch's, se hace descender

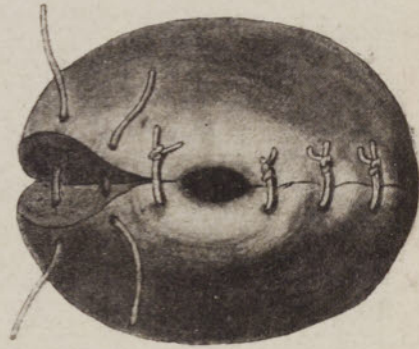


FIG. 42

*Operación de Emmet.
Sutura terminada en un lado.*

(1) SCHROEDER: *loc. cit.*, pág. 149.

el cuello con la pinza de fijación engarzada en el labio posterior (fig. 43). Cuando el útero desciende con facilidad, llega el cuello á flor de vulva sin esfuerzo y la operación es sumamente fácil; si á consecuencia de rigidez en los ligamentos por procesos anteriores el útero es poco movable, el cuello queda profundo y aumentan las dificultades en razón inversa del descenso del órgano; con todo, aun en cuellos que quedan bastante profundos, pueden salvarse las dificultades

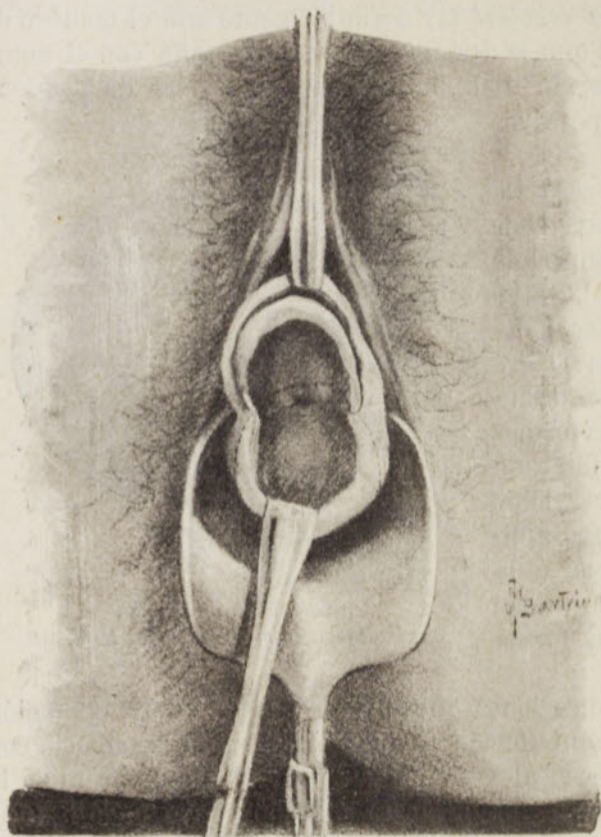


FIG. 43

*Operación de Schradler.
Resección de la mucosa del labio anterior.*

cuello, incindiendo los dos más opuestos; debe, por lo tanto, adaptarse siempre la división del cuello á la forma del desgarró para formar dos valvas que permitan descubrir la mucosa cervical.

Con el bisturí se traza una incisión que rodee el labio en el límite de la mucosa cervical lesionada, y cogiendo con la pinza dentada la mucosa, se reseca en mayor ó menor extensión, según la profundidad de las lesiones, dejando siempre todo el tejido muscular posible en el colgajo del cuello. Así se llega hasta la base del colgajo limitado por las incisiones laterales, se corta transversalmente y queda extirpada toda la mucosa cervical de la valva anterior (fig. 43).

En seguida se procede á la sutura haciendo penetrar la aguja por el tejido

técnicas sin recurrir á instrumentos especiales, empleando tan sólo unas tijeras, un bisturí, unas pinzas dentadas, porta-agujas de Thomas y agujas curvas usuales, que encuentro preferibles á las de Hagedorn, que, sin embargo, son útiles con un porta agujas inclinado de dicho autor. Hecho asequible el cuello, si se trata de una nullípara, con la tijera se parte en dos mitades, una anterior y otra posterior, mediante un corte á cada lado que alcance todo el grosor del cuello hasta muy cerca del fondo de saco vaginal. Si se trata de un desgarró doble bilateral, basta con una pequeña incisión en cada ángulo del desgarró. Si el desgarró es único se incinde el cuello en sitio diametralmente opuesto, así sea el desgarró del labio posterior ó del anterior; si es estrellado, se forman las dos valvas del

cervical, cogiendo mucosa y bastante tejido muscular (y no mucosa tan sólo como algunos aconsejan) hasta el ángulo que forma el corte del colgajo cervical; se introduce la aguja por el colgajo anterior de modo que venga á salir de medio á un centímetro del borde del colgajo del cuello; así se aplican tres puntos (fig. 44), número que suele bastar, y se anudan sucesivamente teniendo cuidado al apretarlos de ranversar el colgajo de modo que el borde vaginal se ponga en contacto con el borde cervical. En los cuellos muy gruesos es necesario á veces poner cuatro puntos. Estos serán siempre de catgut, haciendo en cada uno tres nudos; una larga experiencia me ha demostrado que el catgut en estos casos tiene la gran ventaja de no tener que retirar la sutura pasados unos días; aunque algunos (Pozzi, Labadie-Lagrave y Legueu) aconsejan el crin ó el hilo de plata, puedo asegurar que no aventajan en sus resultados al catgut bien preparado.

Suturado el labio anterior, se cogen los tres puntos (ó cuatro) con una pinza de Pean (fig. 44), y con ellos se mantiene fijo el cuello; puede en seguida quitarse la pinza de fijación para proceder sobre el labio posterior exactamente igual que se ha hecho en el anterior. Los puntos del labio posterior se cogen con una pinza, y á cada lado se aplican uno ó dos puntos para coaptar la comisura que queda abierta y dar al nuevo hocico de tenca una forma circular (fig. 45).

Hecho esto, se aplica una lengüeta de gasa yodofórmica en el conducto cervical, se cortan los hilos de sutura que servían de fiadores y se repone el útero en su sitio, aplicando luego un taponamiento vaginal ligeramente apretado. Durante la operación conviene irrigar con frecuencia el campo operatorio, sobre todo en el momento de apretar cada uno de los puntos de sutura, á fin de que no queden pequeños coágulos en la superficie de coaptación. La hemorragia es despreciable, y queda cohibida inmediatamente que quedan aplicados los puntos de sutura.

Debe procurarse sobre todo hacer los cortes limpios, procurar que haya buena coaptación de las superficies cruentas y perfecto contacto entre los bor-

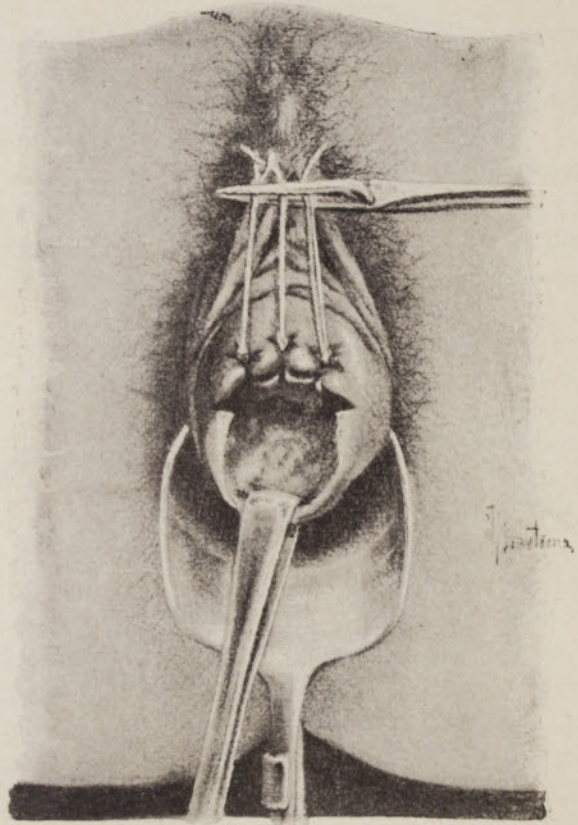


FIG. 44

Operación de Schrader. Sutura del labio anterior.

des de las mucosas vaginal y cervical, y que la sutura no quede floja, sino coarrugada, como demuestra la figura, porque el catgut siempre cede algo.

En la amputación anaplástica del cuello no pueden ocurrir accidentes: alguna vez se incide una arteriola, de la que no se hará caso; otras veces son varias y dan una hemorragia regular, pero como la operación se hace rápidamente y por etapas, nunca tiene importancia ni requiere atención especial.

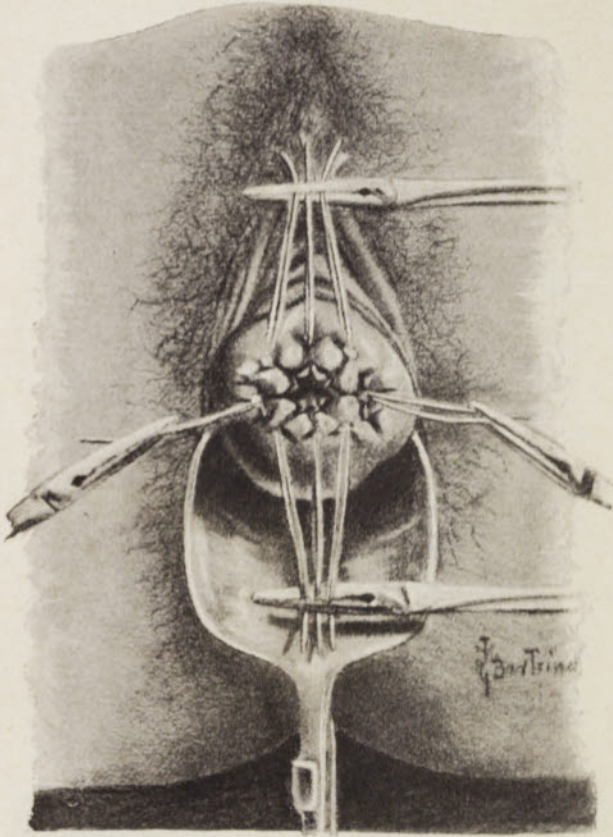


FIG. 45

Operación de Schröder.

Sutura completa en la amputación anaplástica.

Cuando el útero desciende poco la operación se hace difícil, y sin un poco de destreza no es posible practicar la sutura en el fondo de la vagina; para estos casos se emplea la valva de Fritchs, que, siendo muy corta, permite deprimir el periné y llegar fácilmente sobre el cuello, aunque sea profundo. En los cuellos muy deformados por desgarros ó por gran hipertrofia, es difícil trazar los colgajos de manera que, hecha la sutura, conserve el cuello, aunque más corta, una forma completamente regular y análoga al cuello de una nullípara; no obstante, bastará fijar un poco la atención para evitar esta imperfección estética. Debe procurarse siempre que el nuevo hocico de tenca sea suficientemente amplio para evitar con seguridad una estrechez consecutiva.

La enferma debe guardar cama quince días; al sexto día se retira el taponamiento y se practican inyecciones vaginales ligeramente antisépticas. Es un error retirar el taponamiento y practicar irrigaciones desde el segundo día; con ello sólo se consigue perturbar la cicatrización con pretexto de desinfectar una región que debe haberse dejado limpia durante el acto operatorio. Es indudable que el éxito de las operaciones plásticas depende de la cicatrización por primera intención; la fetidez que despiden el taponamiento al sexto día es debida al desarrollo de los anaerobios vaginales, que no perturba en lo más mínimo el proceso cicatricial.

Algunas veces puede observarse que algunos de los labios no se han adherido por primera intención, y entonces debe practicarse durante cinco ó seis

días, previa una detenida limpieza del cuello, un taponamiento ligeramente comprensivo con lo que se corrige la imperfección.

La enferma no sufre durante la convalecencia dolores ni molestias de ninguna clase.

La operación es absolutamente benigna si se atienden debidamente las contraindicaciones y se procede durante el acto quirúrgico con todo el rigor de una gran operación, pudiendo hacer presente aquí cuanto he dicho al hablar del raspado.

Considero la técnica descrita mejor y más fácil que el procedimiento de Jeannel, según el cual se suturan los labios con un solo hilo; la coaptación no es ni mejor ni tan exacta, y tiene el inconveniente de que coapta las paredes del conducto cervical, obturando temporalmente dicho conducto.

La *traquelorrexis* descrita por Candela (de Valencia) en el Congreso de Burdeos (1), para substituir á la operación de Schröder, no me parece tener ventajas sobre el procedimiento clásico, sobre todo cuando se trata de combatir metritis cervicales y desgarros en que el objetivo principal es la extirpación de la mucosa.

Resultados.— Los resultados terapéuticos son perfectos si la operación ha sido debidamente practicada, puesto que se extirpa por completo todo el tejido enfermo; la mucosa cervical es extirpada y substituída por la mucosa de la porción vaginal del cuello. Una mucosa glandular y de epitelio cilíndrico es substituída por otra que no tiene glándulas, y cuyo epitelio es pavimentoso; de modo que no sólo desaparecen las manifestaciones de la metritis cervical, sino que se coloca al cuello del útero en la imposibilidad de una recidiva, porque no existen ya glándulas. Si queda alguna imperfección es debida á que no se ha extirpado toda la mucosa dañada.

La leucorrea y los dolores irradiados desaparecen, y la esterilidad es substituída frecuentemente por la fecundación. Quizás es la operación de pequeña ginecología que produce resultados más perfectos.

La benignidad y aparente facilidad de esta intervención ha sido causa de que abusaran de ella ginecólogos poco expertos y que los resultados fueran imperfectos, ocurriendo consecutivamente estrecheces, deformaciones y esclerosis del cuello por infecciones consecutivas ó técnicas defectuosas; realmente no es fácil obtener una buena coaptación y conformación del cuello en la amputación anaplástica, y requiere por lo menos tanta pericia como otras operaciones á las que se concede mayor importancia. Creo está acertado Pozzi cuando dice: «No creo exagerar diciendo que se requiere mayor habilidad y una asepsia más perseverante para llevar á feliz término una amputación cualquiera del cuello que para obtener éxito en una ovariectomía común. Y, sin embargo, ¿cuántos prácticos se creen en condiciones de practicar la primera, que no se atreverían á emprender la segunda? (2)»

Como dicho ginecólogo, puedo decir que de unos años á esta parte, veo en-

(1) *Congrès periodique de Gynecologie, d'Obstetrique et de Pediatrie.*— *Memoires et discussions*, 1896, pág. 300.

(2) *Des suites de la resection du col*, etc.— *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*, 1899, pág. 791.

fermas en las que se ha practicado la amputación del cuello con resultados muy defectuosos, tanto bajo el punto de vista terapéutico como plástico.

Quizás esto sea motivo de que alguna vez se hayan observado complicaciones durante el parto que se han podido achacar, como lo hizo Pinart en la Sociedad de Obstetricia de París, á la amputación del cuello; algunos otros prácticos han señalado defectos funcionales consecutivos á la amputación del cuello; pero debe hacerse constar que tales defectos é imperfecciones son hijas de defectos é imperfecciones en la técnica, convicción profundamente arraigada en todos los ginecólogos que llevan algunos años de una práctica escrupulosa y han podido observar sus enfermas durante mucho tiempo.

Doleris ha refutado con gran ventaja y acierto todas las objeciones dirigidas á la operación de Schröder por Pinart, Champetier de Rives, Audevert y algunos otros (1), y demostrado con evidencia que *no hay ningún accidente que temer después de una operación convenientemente ejecutada* (2).

He visto durante varios años consecutivos muchas de mis operadas, las que no han sufrido el más pequeño inconveniente de la operación de Schröder, ni han presentado tendencia á las infecciones. Algunas que eran estériles han concebido fácilmente, otras ya multíparas, han seguido fecundas; en ningún caso he podido observar mayor tendencia al aborto que en las demás embarazadas, ni en el acto del parto he podido encontrar los accidentes que los autores citados han podido atribuir á la amputación del cuello (3). Únicamente me ha parecido notar que el período de dilatación parecía algo más corto en las operadas de amputación anaplástica que en las demás.

Sólo recuerdo de una enferma multípara, que era mi segunda operada, hace de ello veintinueve años, que después de la operación tuvo un primer parto á los dos años; enviudó luego, y en segundo matrimonio, á los diez años de la operación, presentó fenómenos de estrechez del cuello, que corregí con laminarias, haciéndose nuevamente embarazada; después de este segundo parto normal presentó otra vez estrechez del conducto cervical que corregí con dilatadores, luego vino la menopausia, y está ahora completamente bien. Si en esta enferma pudo la amputación del cuello influir en esta estrechez, al recordar que ella es una de mis primeras operadas, me afirmo más en la convicción de que las imperfecciones en los resultados dependen de imperfecciones en la técnica, porque indudablemente no había alcanzado todavía la perfección deseable en esta operación cuando intervine en la enferma aludida. Sin duda, tiene razón Richelot cuando ataca á los que hacen amputaciones *insuficientes*, que no curan la dolencia, ó *excesivas*, que convierten al cuello en un anillo cicatricial; pero con él podemos decir, que «la operación de Schröder es excelente, á condición de ser bien hecha y bajo la protección de una asepsia rigurosa» (4).

AMPUTACIÓN BICÓNICA. — Conocida también con el nombre de amputación de Simon-Markwald, es una de las operaciones más discutibles que se practican

(1) DOLERIS: *Metrites et fauses metrites*, págs. 334 y siguientes.

(2) DOLERIS *loc. cit.*, pág. 351.

(3) ANDEBERT: *Etude sur le grossesse et l'accouchement après l'amputation du col. Annales de Gynecologie et d'Obstetrique*, 1898, primer semestre, pág. 2.

(4) RICHELLOT: *Chirurgie de l'uterus*, pág. 80.

en el cuello del útero. Está fundada en el fenómeno establecido por Braun de que la amputación del cuello lleva consigo una regresión consecutiva del cuerpo del útero, lo que, por tanto, ha de ser beneficioso en los casos de hipertrofia.

Como se verá por su técnica, obra directamente tan sólo sobre el parénquima del cuello é indirectamente puede influir en el estado del cuerpo del útero. Tiene su aplicación en los casos en que la mucosa cervical está sana y existe metritis intersticial; su técnica es más fácil que la operación de Schröder, y por eso se la prefiere, ya que ésta produce sobre el cuerpo del útero análogos resultados que la de Simon.

Está indicada en ciertos casos de metritis parenquimatosa con hiperplasia del parénquima é hipertrofia del útero. No basta que el útero esté aumentado de volumen para que la amputación bicónica esté indicada, pues en los casos en que las paredes del órgano están poco engrosadas y que caen dentro de la subinvolución, puede ser ventajosamente substituída por taponamientos intra-uterinos ó por la electrolisis. Empero, cuando un útero ofrece engrosamiento total sin lesiones mucosas, dureza y sensibilidad exagerada, la amputación bicónica da muy buenos resultados.

Es preciso para una indicación clara, que la metritis intersticial esté definitivamente constituida y que haya pasado ya el período congestivo de su evolución, aparte de que serán sus efectos tanto más seguros en cuanto aparezca más evidente una causa local.

Las contraindicaciones son las mismas que para las operaciones antes indicadas.

Técnica de la operación.—Se procede igual que para la operación de Schröder, partiendo el cuello en dos mitades, una anterior y otra posterior. En seguida se corta con el bisturí un verdadero trozo angular del labio anterior, formando un colgajo vaginal y otro cervical (figura 46), que se suturan con tres puntos de catgut. Luego se procede igual para el labio posterior, y en seguida se suturan las comisuras con uno ó dos puntos (fig. 47). Según sea la hipertrofia del cuello, así los trozos cuneiformes que se extirpan son mayores ó menores, y se llega en tal resección más ó menos cerca del fondo de saco vaginal según el grado de hipertrofia del útero que existe, teniendo en cuenta que su acción atrofiante sobre el órgano es tanto más marcada, cuanto más profunda es la resección.

Algunos llegan á practicar verdaderas amputaciones altas del cuello, pero tal intervención no se emplea para cumplir la indicación que ahora me ocupa, sino que es aplicable á otros casos.



FIG. 46

Amputación bicónica del cuello (operación de Simon-Markwald). Esquema del avivamiento y sutura en un corte antero-posterior.

El pronóstico de la operación y el tratamiento consecutivo es enteramente igual al de la operación de Schröder.

Resultados.— Los resultados de esta intervención no son tan favorables como los de la amputación anaplástica. Sin embargo, la hemorragia que provoca descongiona el útero, calma los dolores y favorece la atrofia del órgano; si á ello se añade el reposo y los medios coadyuvantes puestos en práctica para asegurar el éxito quirúrgico, los resultados son positivos y las enfermas se sienten

verdaderamente aliviadas con este tratamiento.

Empero, los resultados no siempre son completos, y se comprende que así sea, ya que su acción no es total y directa. Por eso sólo resulta verdaderamente beneficiosa en los casos en que la hipertrofia del cuello domina y las causas generales de metritis parenquimatosa son poco eficaces. He obtenido con ella excelentes resultados; pero la verdad es que restrinjo mucho su aplicación; no es una intervención que cumpla

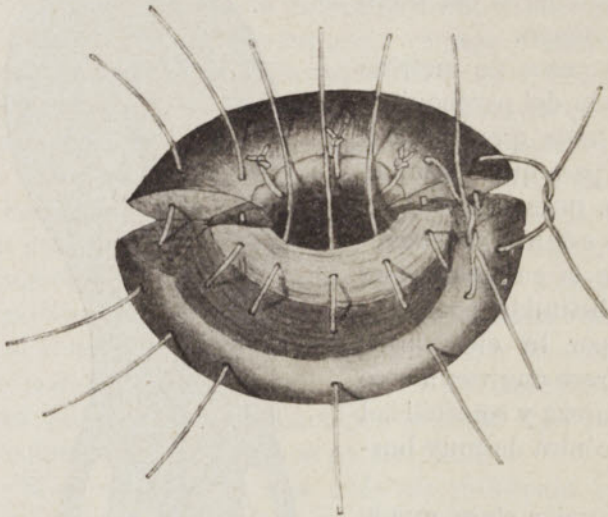


FIG. 47

Amputación bicónica del cuello. Avivamiento y sutura, vistos de frente.

una indicación general contra la metritis parenquimatosa, como la de Schröder contra la cervicitis; la cumple sí en determinados casos, que han de elegirse concienzudamente.

RESECCIÓN DEL ÚTERO.—Preconizada por Dhursen, Doderlein, Kelly, Beuttner y otros, para aquellos casos de anexitis en que parece indicada la hysterectomía por los fenómenos de metritis coexistentes, y con el fin de evitar una castración total y sus efectos consiguientes de una menopausia anticipada, tiene también su indicación en los casos de metritis intersticial crónica, muy hemorrágica y rebelde á los otros tratamientos.

Sin duda que la atrofia y reducción del útero se logran con mucha mayor seguridad que por la amputación bicónica del cuello. Tiene además la ventaja de permitir la exploración de los anexos y obrar sobre los ovarios, que en tales casos presentan con frecuencia degeneración quística.

La técnica es más difícil sin duda que la de la hysterectomía, pero en los casos en que está indicada, que serán siempre en corto número, sus efectos son completamente beneficiosos. A medida que la laparotomía va adquiriendo inocuidad, se ensancha el campo de sus aplicaciones y hoy resulta plenamente jus-

tificada en los casos indicados de metritis intersticial con hipertrofia, muy hemorrágicas y rebeldes. Tiene la gran ventaja sobre la histerectomía de conservar la función genital, y aún si se trata de mujeres jóvenes la posibilidad de una concepción posterior.

Dos veces que he recorrido á esta intervención he adoptado el procedimiento de Beuttner, extrayendo una cuña transversal del fondo del útero que llega hasta la cavidad del órgano: Kelly logra igual resultado haciendo una cuña ántero-posterior, y resecaando desde el fondo hacia el cuello en forma angular una porción mayor ó menor del órgano: cuando no exista ninguna lesión anexial, quizás tenga este procedimiento la ventaja de no interesar los cuernos, y por tanto, la región de la trompa.

La técnica consiste en hacer la laparotomía estando la enferma en posición fuertemente inclinada: puesto el útero al descubierto y cogido su fondo con pin-

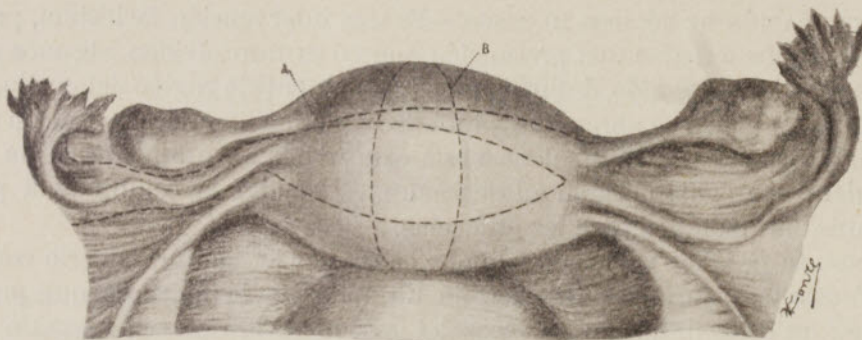


FIG. 48

Resección uterina.

- A, procedimiento de Beuttner, conservando ó extirpando á la vez todos ó parte de los anexos.
B, procedimiento de Kelly: resección cuneiforme ántero-posterior en caso de integridad de los anexos.

zas de garfios, se levanta y se exploran los anexos. En seguida se trazan incisiones profundas sobre el fondo del útero, de manera que permitan extraer una gruesa cuña (fig. 48). Hacia los cuernos del útero se respeta el ligamento redondo y se obra sobre los pedículos anexiales según los casos: si uno de los anexos debe ser extirpado, su inserción uterina es comprendida en la incisión y se conserva el opuesto: si es la trompa que debe extirparse, pero el ovario está sano, se conserva éste (fig. 48, A). Si uno de los anexos ofrece trompa y ovario normales, se respeta su inserción. Cuando ambos anexos están sanos y sólo existe la metritis, es cuando creo preferible el procedimiento de Kelly con su resección cuneiforme ántero-posterior (fig. 48, B).

Hecha la resección, se hace hemostasia hacia los ángulos donde pueden interesarse ramos de la uterina y se procede á la sutura. Ésta comprende un plano profundo mucoso-muscular con catgut que cierra la cavidad del útero abierta: otro plano músculo-seroso que rehace el fondo del útero y que puede hacerse con catgut ó con seda (hasta ahora la he practicado con seda): si la coaptación es perfecta bastan estos dos planos, y si no puede aplicarse una tercera sutura sero-serosa que raras veces será necesaria, aunque Beuttner recomienda aplicarla siempre.

El pronóstico de la operación es el pronóstico de la laparotomía: sin duda que no goza de la inocuidad de las operaciones que se practican sobre el cuello, pero es tal la rebeldía de ciertas metritis, que pueden justificar plenamente la intervención: desde luego parece más aceptable que la histerectomía para mujeres jóvenes. En los dos casos en que la he practicado se trataba de mujeres jóvenes con metritis esclerósica metrorrágica y degeneración quística de los ovarios. Es sin duda, en determinados casos, una buena operación conservadora.

Los resultados obtenidos son buenos: mi experiencia es poca aún, para avalorar la operación, aunque esté satisfecho de los resultados obtenidos, pero, según opinión de ginecólogos tan eminentes como Kelly, Dhursen, Beuttner, Doderlein y otros, ofrece todas las garantías y los resultados confirman los beneficios de la innovación. Será una conquista más de la orientación conservadora de la ginecología contemporánea.

EXTIRPACIÓN DE PÓLIPOS MUCOSOS.—Es una intervención facilísima, pero en la práctica debe tomarse una precaución que no es raro olviden algunos ginecólogos. Precisa, ante todo, desinfectar esmeradamente la región del cuello, pues al arrancar el pólipo se abren vasos linfáticos que facilitan la penetración de los microbios vaginales, cuya virulencia está exacerbada seguramente por la existencia del pólipo, y dan origen á infecciones, entre ellas la celulitis y la pelvi-peritonitis, tan molestas para las enfermas.

Como su pedículo suele ser delgado, basta, por lo común, cogerlo con una pinza fuerte y rasgarlo por torsión á fin de evitar la hemorragia que pudiera ocasionar un corte limpio de los vasos del pedículo. Algunos son bastante resistentes y necesitan varias vueltas para romperse; pero como la operación es indolora ó á lo más experimentan las enfermas una sensación desagradable en el bajo vientre, puede hacerse con la calma precisa.

Para evitar toda infección consecutiva, prefiero á la pinza el termocauterio. Se pone el cuello al descubierto, como si se tratara de verificar su amputación, y con el cuchillo al rojo-cereza se corta el pedículo, dejando una escara, que es una salvaguardia contra la hemorragia y la infección. Además, este procedimiento tiene la ventaja de que con él pueden cauterizarse los pólipos incipientes que tan frecuentemente se encuentran en la zona de implantación de los grandes pólipos ó bien en el labio opuesto. Por otra parte, esta pequeña intervención con el termocauterio es completamente indolora, y la enferma no debe guardar cama ni interrumpir sus ocupaciones más que uno ó dos días.

ANOMALÍAS DEL ÚTERO

ANOMALÍAS CONGÉNITAS

Basta recordar lo dicho al hablar del desarrollo de los genitales femeninos (1) para comprender las anomalías que el útero puede presentar. Todas tienen su origen en el modo de evolucionar y desarrollarse los conductos de Muller para constituir el órgano uterino.

Siendo los conductos de Muller dos en su origen, se fusionan luego para constituir un órgano único, igual que ocurre para la vagina; toda anomalía en la fusión de estos conductos en la vida intra-uterina se traducirá en una deformidad del órgano más ó menos acentuada; de aquí un grupo de anomalías que todas ellas tienen su origen en fusiones anormales de los conductos de Muller.

Verificada la fusión, puede el órgano uterino sufrir paros en su desarrollo en cualquier momento de su evolución, ya sea en la vida intra-uterina, ya en la extra-uterina, presentando una serie de anomalías por paro de desarrollo, variables según la época de la evolución en que éste se ha detenido.

Estos paros de la evolución ó faltas de desarrollo pueden quedar circunscritos á uno solo de los conductos de Muller, originando anomalías caracterizadas por hemiatrofias del útero.

Finalmente, en otro grupo caben las anomalías dependientes de falta de permeabilidad de uno de los conductos de Muller ó del órgano uterino ya constituido; el conducto genital resulta imperforado al nivel del útero en todo ó en parte.

Anomalías por falta de unión de los conductos de Muller.—Estas tienen escasa importancia práctica, porque raras veces han de ser origen de

(1) Véase tomo I, págs. 340 y siguientes.

indicaciones, siendo de notar que casi siempre se descubren por casualidad con ocasión de un parto, en una intervención quirúrgica ó en una autopsia.

Pueden tener su origen cuando todavía no se han unido los dos conductos de Muller para formar el conducto genital antes de la octava semana, ó bien en el trabajo de coalescencia que más tarde tiene lugar para unir los dos conductos y formar uno solo, desapareciendo el tabique que los separaba en el momento de su unión.

El útero *didelfo* es debido á la falta de unión de los conductos de Muller que no se yuxtaponen para fusionarse, quedando, por tanto, un aparato útero-

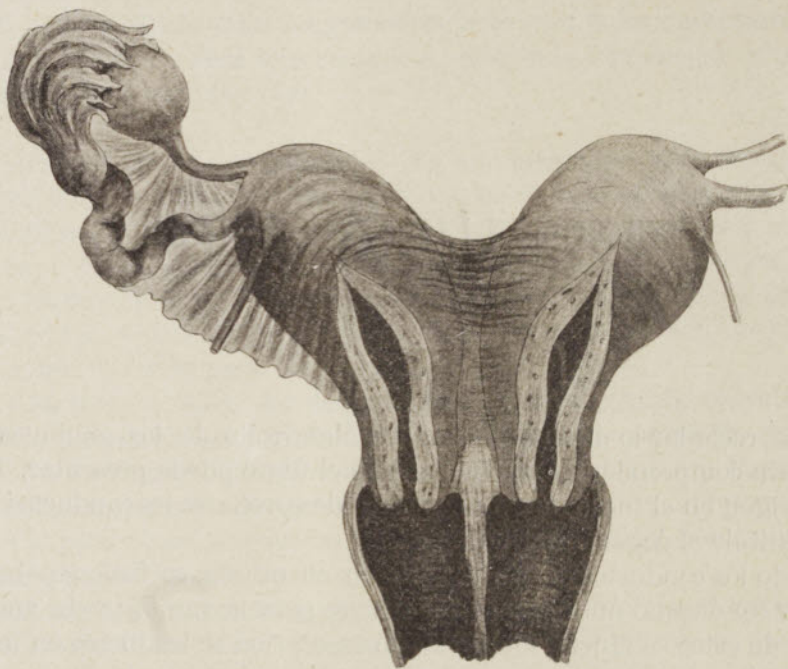


FIG. 49

Útero *didelfo*.

ovárico doble, tal como se presenta en algunas especies zoológicas (fig. 49). Aunque el útero *didelfo* se observa con mayor frecuencia en fetos que no son viables á consecuencia de otras anomalías de desarrollo, como había ya establecido Kusmaul, en los últimos años se han recogido ejemplares indudables en mujeres adultas bien conformadas, cuyas funciones genitales fueron perfectas. El caso de Ollivier es el primero indiscutible observado en una mujer de cuarenta y tres años. Benicke observó un parto en un útero *didelfo*, y posteriormente se han recogido otras observaciones. Generalmente va unido también con vagina doble completamente tabicada. Un caso he visto en una joven casada y hasta ahora estéril: aparte de cuello doble y un pequeño tabique ántero-posterior en el fondo de la vagina, comprobé el útero *didelfo* en una laparotomía que tuve que practicar por un pequeño quiste del ovario; el desarrollo del resto del aparato genital y del organismo es perfecto.

Es anomalía, como casi todas las de este grupo, que no produce manifes-

taciones y que se diagnostica sólo por casualidad, no presentando, por tanto, interés práctico, ya que no es origen de indicaciones.

El *útero bicorné* es debido á una yuxtaposición incompleta de los conductos de Muller en el período de formación del conducto genital. La falta de yuxtaposición tiene lugar siempre por arriba, encontrándose el fondo del útero partido, con un cuerno á la derecha y otro á la izquierda. A veces esta separación alcanza todo el cuerpo del útero hasta el orificio interno del cuello, presentando el verdadero *útero bicorné* (fig. 50). Otras veces la separación marca tan sólo un surco más ó menos profundo en el fondo del útero, formando el *útero bicor-*

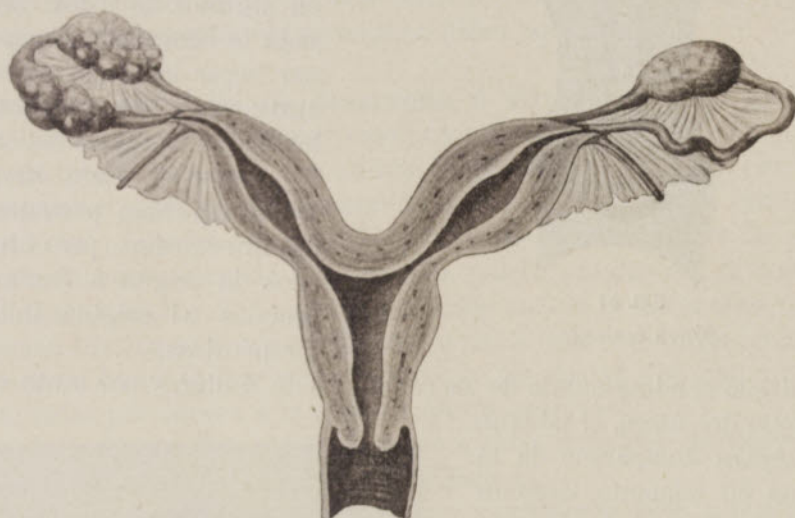


FIG. 50

Útero bicorné.

ne *arcuatus* de Kussmaul y Barnes, verdadero tipo de transición entre estas faltas de yuxtaposición y la yuxtaposición completa que da el útero normal, por lo menos en su apariencia exterior. Kussmaul, Schröder y todos los autores han señalado en estos casos un ligamento formado por una franja de tejido conjuntivo extendida desde la vejiga al recto, y que pasa por el surco de separación más ó menos profundo de los dos cuernos, ignorándose todavía si este ligamento es causa ó efecto de la falta parcial de adosamiento de los conductos de Muller.

Esta falta parcial de adosamiento de los conductos de Muller puede además combinarse con falta de fusión de dichos conductos, por no verificarse la coalescencia del tabique, ó bien puede esta coalescencia tener lugar en todo el trozo adosado, y así, para el útero bicorné podemos tener un cuello único ó doble, según que se haya ó no verificado la coalescencia, teniendo en el primer caso el útero bicorné *unicollis* y en el segundo el *multicollis*.

Ambas anomalías carecen de historia y de importancia clínica, por no dar lugar á síntoma ninguno; la mayor parte de los que se han descubierto en vida ha sido con motivo de un parto, siendo de notar que en tales anomalías ambos

cuernos pueden contener el huevo, y algunas veces se ha encontrado embarazo

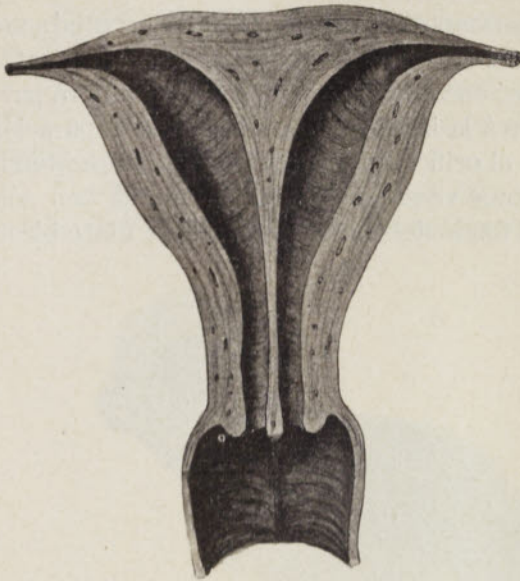


FIG. 51
Útero tabicado.

Realizado el adosamiento de los conductos de Muller, y por tanto verificado el desarrollo del útero, el tabique que los separa desaparece de la 20 semana en adelante, después que se ha verificado la coalescencia del tabique vaginal. No obstante, esta coalescencia puede dejar de verificarse por completo ó realizarse sólo de un modo parcial.

El útero *septus*, ó tabicado, depende de esta falta de desaparición del tabique. Ora el tabique es completo (fig. 51), extendiéndose desde el cuello al fondo del útero y dividiendo, por tanto, el útero en dos mitades; ora es incompleto, y en este caso igual puede encontrarse un resto de tabique en el cuello sin que exista en el cuerpo, como puede hallarse un resto de tabique más ó menos grande en el fondo del útero que no alcanza al cuello (fig. 52), siendo este hecho más frecuente que el anterior, pues general-

gemelo en uno de los cuernos, como se ha observado también un embarazo en cada cuerno, no siendo necesario que el parto se presente para ambos á un mismo tiempo. Hay quien pretende que la concepción puede realizarse en épocas distintas para cada cuerno, siendo un hecho comprobado que en algunos de estos casos, realizada la concepción, ha podido tener lugar la menstruación por el otro cuerno, por lo menos durante los primeros meses del embarazo.

Entre el útero *bicorne* y el *arcuato* pueden presentarse grados intermedios, pero ninguno de ellos da origen á fenómenos especiales ni origina indicaciones terapéuticas.



FIG. 52
Útero con el cuerpo tabicado, procedente de una gran multipara; nunca originó el más pequeño síntoma.

mente cuando el cuello presenta dos orificios, el útero tiene también dos cavidades.

Ninguna de estas anomalías es origen de trastornos genitales; la menstruación, el coito y el parto se realizan normalmente.

Algunas veces coexisten con dichas anomalías tabicamientos vaginales; pero es frecuente encontrar una vagina única y bien desarrollada con un útero tabicado, lo que se comprende bien teniendo en cuenta que la coalescencia del tabique vaginal precede en la vida intra-uterina á la coalescencia del tabique del útero, y según la época en que tenga lugar el paro de este fenómeno, alcanzará ambos órganos á la vez ó tan sólo el útero. En cambio, la inversa, ó sea útero único con vagina doble, no debe ocurrir, y realmente la observación demuestra que á vagina tabicada acompaña útero *septus*.

Anomalías por falta de desarrollo ó atrofia.—Pueden ser totales ó parciales, interesando en el primer caso la totalidad del órgano y en el segundo tan sólo una de sus mitades, ó sea uno de los conductos de Muller. Las primeras pueden ocurrir en cualquier momento de la evolución genital, y como ésta alcanza desde las primeras semanas de la vida intra-uterina hasta la pubertad, de aquí que en cualquiera de sus períodos pueda paralizarse el desarrollo y presentar tipos variados. Las segundas atacan uno de los conductos de Muller en su porción uterina antes de verificarse la unión con el del lado opuesto; por esto todas estas hemiatrofías caben dentro de un mismo tipo, con muy ligeras variantes; todas pertenecen á la clase de úteros *unicornes*.

Entre las primeras figuran la *ausencia ó falta completa de útero*, el *útero rudimentario*, el *fetal*, el *infantil* y el *pubescente*.

La *falta completa de útero* es un hecho sumamente raro, y muchos de los casos que vienen interpretados con el calificativo de ausencia de útero no son más que úteros rudimentarios. En los pocos casos que se registran, la vejiga y el recto están en contacto inmediato sin interposición de ningún tejido más que el celular unitivo. Las investigaciones posteriores á Kussmaul no han invalidado su creencia de que la falta de útero debía ser un fenómeno sumamente raro; en efecto, dicha ausencia debe tener su origen en las primeras semanas del desarrollo del embrión, y cuando en esta época de la vida ocurren paros de desarrollo, por lo común no se limitan al aparato genital, sino que alcanzan otros aparatos que hacen que el feto no sea viable.

Si alguna vez se sospecha un caso de esta índole, nunca puede diagnosticarse en vida, pues tan sólo una autopsia detenida, practicada por persona muy perita, puede confirmar la ausencia de útero, ya que algún tejido representante del útero suele existir.

El *útero rudimentario* está constituido por una pequeña agrupación de tejido situado entre la vejiga y el recto, tan poco voluminosa que en vida no se puede comprobar su existencia; por eso algunos de estos casos han sido calificados de ausencia de útero.

A veces afecta la forma de los cuernos uterinos con uno dirigido hacia cada lado, y siempre íntimamente pegados á la vejiga.

Generalmente va acompañado de una vagina rudimentaria también, y aun á veces falta por completo. Las trompas suelen también faltar ó quedar

reducidas á la extremidad del pabellón. La ovulación puede faltar ó bien existe asimilando esta forma á la siguiente.

A pesar de que el útero rudimentario forma á veces una pequeña masa que ocupa el lugar del útero alcanzando dos ó tres centímetros de longitud, es siempre imperforado, y ni aun recurriendo, como se aconseja, á la introducción de una sonda por la vejiga y de un dedo por el recto para tocarlo entre los dos, puede hacerse el diagnóstico en vida, porque puede fácilmente escapar á tal investigación.

No es raro que se presenten manifestaciones dolorosas periódicas, sin relación alguna con el molimen menstrual provocado por la ovulación, pues á veces, á pesar de existir dichas crisis, no existen ovarios; y cuando existen, como la ovulación no tiene periodicidad marcada, tampoco podemos atribuir á este fenómeno las crisis dolorosas.

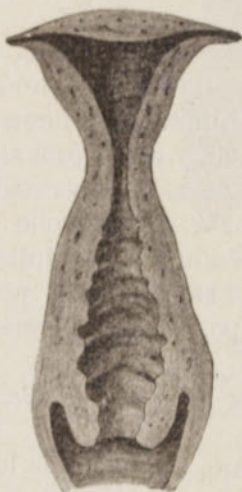


FIG. 53
Útero fetal.

El *útero fetal* es una matriz que ha sufrido un paro de desarrollo terminada la vida intra-uterina, y el órgano sigue presentando la configuración y dimensiones que tenía al nacer la enferma.

Como este paro de desarrollo ocurre cuando ya el aparato genital ha alcanzado una evolución casi completa, suelen en estos casos existir los ovarios, aunque presentan por lo común cierta pequeñez ó aplasia que no está reñida con la existencia de la ovulación. La vagina suele presentar también cierta pequeñez, aunque no siempre existe atrofia vaginal; en las mujeres casadas, á causa del coito, la vagina se presenta sin anomalía aparente.

El útero es pequeño y su porción cervical predomina sobre el cuerpo. Esta aparece en el fondo de la vagina del tamaño de un garbanzo, con el hocico de tenca muy reducido, permeable á una sonda uterina usual ó á un catéter más delgado: constituye por sí sola las tres cuartas partes del órgano, y el cuerpo muy reducido, aplanado y de paredes delgadas, suele estar en anteflexión; sus paredes están más desarrolladas que las del cuerpo, pero distan mucho de tener el grosor normal. El histerómetro no suele penetrar más de cuatro centímetros (fig. 53).

El diagnóstico se hace por el tacto vaginal, que descubre un cuello muy reducido, por la sonda, que penetra poco (cuatro centímetros ó menos) y con dificultad, y por el tacto rectal, que no descubre la prolongación del útero hacia arriba, sino que, por el contrario, lo encuentra reducido en longitud y en grosor.

La amenorrea es absoluta en los casos de útero fetal, y no es raro que la enferma presente crisis dolorosas más ó menos periódicas al llegar á la pubertad, no tan frecuentes, no obstante, como en los casos de útero rudimentario, según he podido observar.

Todo tratamiento es inútil y hasta perjudicial, de modo que la dolencia tiene un carácter de incurabilidad absoluta, aunque compatible perfectamente

con un buen estado general, á pesar de que algunos autores señalan como causa de esta falta de desarrollo alguna enfermedad constitucional, que no siempre se hace aparente.

El *útero infantil* ofrece un grado de desarrollo mayor que el útero fetal. El paro en la evolución se verifica más tarde hacia la segunda infancia, y es mayor ó menor el defecto de desarrollo según la época de la infancia en que se detiene la evolución.

La porción vaginal del cuello más desarrollada que en el caso anterior, llega á tener el aspecto y forma del cuello normal, aunque sus paredes quedan más delgadas. El cuerpo del útero está mucho más desarrollado que en el caso anterior y sus paredes son más gruesas, llegando á penetrar el histerómetro de cuatro á cinco y medio centímetros.

De todas maneras, un útero infantil es inepto para las funciones propias del aparato generador. La amenorrea suele ser absoluta y la fecundación rarísima: ambas, cuando por rareza se presentan, son tardías é inconstantes.

El diagnóstico se hace igual que el del caso anterior, pero comprobando que en el útero infantil existe mayor desarrollo.

El pronóstico no es de una incurabilidad tan absoluta como el del útero fetal, pues alguna vez se logra hacer aparecer la menstruación, aunque sea en forma irregular. Si el útero infantil no tiene por lo menos cinco centímetros, todo tratamiento será inútil. Tampoco surte resultado el tratamiento general, pues no parece muy evidente la correlación entre este paro de desarrollo y ciertas enfermedades generales, en cual caso sería, sin duda, mucho más frecuente.

El llamado por algunos *útero pubescente*, es un tipo intermedio entre el útero normal y el útero infantil. Anatómicamente se caracteriza por una atrofia del órgano, en virtud de la que todo el útero es algo más pequeño y sus paredes menos gruesas. El histerómetro penetra seis y á veces cerca de siete centímetros. Las desviaciones coexistentes con esta atrofia son muy frecuentes.

Ofrece el verdadero tipo de una aplasia, y suele presentarse cuando al llegar la pubertad el órgano no adquiere todo el desarrollo que debiera tener. Para el útero pubescente ó atrófico no deja de notarse cierta relación con determinadas causas: enfermedades constitucionales y enfermedades infectivas intensas, que coinciden con el período de la pubertad; no es raro observar esta anomalía en jóvenes que á los doce ó trece años sufrieron una tifoidea intensa ó que tienen ciertos antecedentes hereditarios; no es raro ver también tal defecto en las que viven en malas condiciones higiénicas por hacer vida de taller, ó porque en esa época de la vida sufren *surmenage*, hijo de la educación. Todo lo que es capaz de trastornar profundamente los procesos de nutrición en la época de su evolución, puede ser origen de la atrofia congénita del útero.

Esta atrofia, en condiciones análogas, puede presentarse en forma adquirida después de un período más ó menos largo de vida genital floreciente, siempre que las causas dichas obran sobre el organismo de la mujer. Después del parto queda alguna vez establecida la atrofia del útero, originando lo que algunos llaman super-involución. Estas atrofas, adquiridas en cualquier momento de la vida genital de la mujer, son la causa de ciertas menopausias prematuras que sobrevienen á veces en épocas muy tempranas.