

Se coloca la operada en la posición de la talla y se pasa al tiempo perineal.

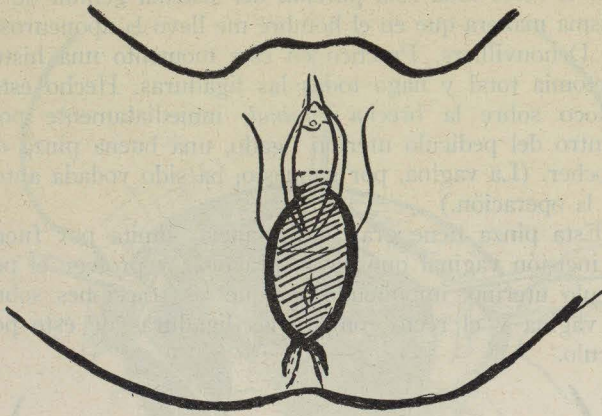


Fig. 8.—Incisión perineal en la mujer.

Incisión perineal.—Esta incisión no es muy parecida a la que se practica en el hombre: Como extirpo con el recto la pared posterior de la vagina, hay en realidad en cada lado una incisión curvilínea que parte del orificio vulvar a la unión de la pared posterior y de la pared lateral de la vagina; las dos incisiones contournean el orificio anal previamente cerrado por un hilo y se reúnen por detrás, partiendo de allí la incisión única y media que desciende verticalmente hasta el coxis.

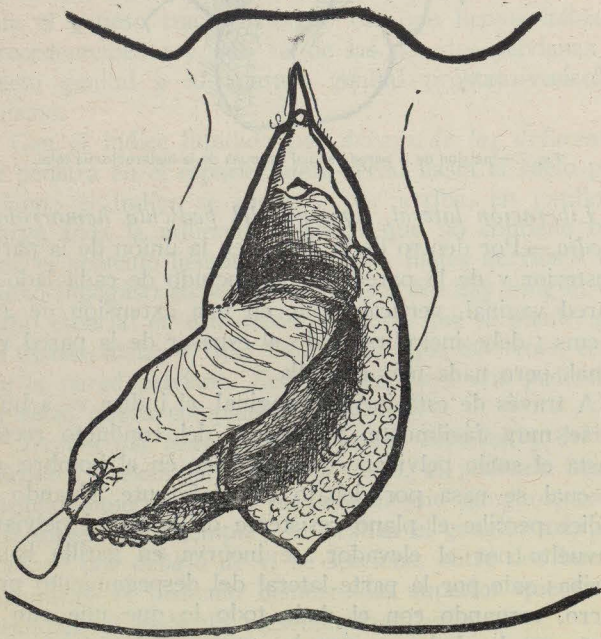


Fig. 9.—El recto cae con la pared vaginal posterior.

La liberación anterior es infinitamente más simple que en el hombre; ya está hecha; basta incindir la pared vaginal a cada lado, en la prolongación de las dos incisiones vaginales hechas por el vientre, el recto solo queda sujeto por sus conexiones con la vagina y algunas fibras del elevador; esta liberación es pues extremadamente sencilla y el recto cae rápidamente por sí mismo.

El final de la operación no tiene nada de particular.

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS METRITIS CRÓNICAS

Indicaciones, técnica y resultados de la crioterapia

por el doctor

J. B. COMAS CAMPS

Médico director del Hospital de la Magdalena de Barcelona

Los procesos infecciosos del útero y los reaccionales de tejido que aquéllos determinan en su actuación crónica, provocan en la mucosa uterina modificaciones anatómicas y fisiopatológicas que perduran aun cuando la causa infecciosa primitiva haya desaparecido o conviva en ciertas condiciones de inmunidad local con los tejidos, sin determinar reacciones flogísticas manifiestas.

Si bien en patología general ginecológica no podemos admitir que las infecciones y sus consecuencias queden limitadas estrictamente ya al cuello, ya al cuerpo de la matriz; clínicamente, estas dos partes del órgano reaccionan de modo bastante diferente e imprimen a sus infecciones caracteres muy distintos ya en lo referente a su duración, síntomas, complicaciones e indicaciones terapéuticas muy variadas, según sea el proceso a tratar localizado sólo o de preferencia al cuello (cervicitis) o bien haya invadido el cuerpo.

Cuerpo y cuello del útero tienen una constitución anatómica diferente y tienen encomendada una distinta función. La mucosa uterina está constituida en el cuerpo, por un epitelio alargado, que por presión recíproca de las células resulta prismático; estas células son cilíndricas. Las glándulas del cuerpo son de tipo tubular, más o menos tortuosas, formando tirabuzón. La submucosa del cuerpo está formada por un tejido laxo muy vascularizado y que se adapta a las modificaciones de flujo y reflujo que provoca la menstruación.

La mucosa del cuello es de epitelio cilíndrico ciliado, con abundancia de células caliciformes. Las glándulas son de tipo acinoso, muy abundantes, calculándose aproximadamente su número en unas diez mil.

La diferenciación histológica de la mucosa uterina no corresponde en un todo a la división anatómica: a nivel del medio centímetro superior del conducto cervical, la mucosa deja de tener el tipo propio de la parte inferior y adquiere los caracteres de la mucosa del cuerpo; este límite histológico es lo que se conoce con el nombre de *orificio interno histológico*.

En cuanto a función, bien conocidas son las diferencias entre cuello y cuerpo, ya en su intervención en la fecundación, como en el embarazo y parto.

Si tenemos en cuenta las condiciones de relación con el exterior, se deduce bien pronto como el cuello está mucho más expuesto a los insultos de orden infeccioso y traumático. Durante el parto el cuello es asiento de frecuentes desgarros, que al crear condiciones anatómicas distintas a las normales, facilitan y sostienen las infecciones. Todo lo expuesto sirve para demostrar que las metritis del cuello tienen una diferenciación e independencia clínica bien marcada que las hace tributarias de una terapéutica definida, lo que a grandes rasgos nos

proponemos describir insistiendo especialmente en la técnica, indicaciones y resultado de la crioterapia, a fin de contribuir con nuestra modesta experiencia a puntualizar *cómo* y *cuándo* las cervicitis pueden beneficiar de la terapéutica por el frío.

La causa más frecuente de las cervicitis es la infección gonocócica, existen aproximadamente un diez por ciento de cervicitis que no son atribuibles al gonococo y en las que el germen provocador es el estreptococo generalmente asociado a otros microbios; estas endocervicitis son persistencia y paso a la cronicidad de infecciones favorecidas y sostenidas por desgarros obstétricos que crean condiciones anatómicas de menor resistencia: ectropión de la mucosa, etc.

Generalmente después de un período agudo de infección gonocócica o de metritis puerperal, se constituye lo que se denomina cervicitis o endocervicitis crónica, que se manifiesta por un síntoma que preferentemente llama la atención de la enferma: la *leucorrea*.

Esta leucorrea de cuello es siempre espesa, mucosa o mucopurulenta, de coloración variada (amarilla, verdosa, sanguinolenta).

Esta leucorrea, cuando no existen complicaciones anexas o paramétricas, no acostumbra a dar síntomas a distancia; solamente un minucioso interrogatorio permite descubrir un pequeño cuadro uterino: sensación de peso en el hipogastrio, algún dolor y quebrantamiento lumbar, a veces trastornos gástricos, mucho más acentuados cuando la cervicitis va acompañada de retrodesviación uterina.

A la inspección, el cuello se presenta generalmente hipertrofiado, babeante, con erosión más o menos extensa. La *erosión* es resultado de la descamación del epitelio pavimentoso por la acción macerante de las secreciones y su substitución por epitelio cilíndrico que avanza desde el orificio externo del conducto cervical o que proviene de restos embrionarios, pues sabido es, que durante un período de la vida embrionaria gran parte del hocico de tenca se halla recubierto por epitelio cilíndrico.

El aspecto de la erosión varía según la mayor o menor hipertrofia de las papilas y que estas estén o no totalmente recubiertas de epitelio; en su forma más sencilla tiene un aspecto rojo marcado, por transparentarse la red vascular submucosa. Esta es la antigua *llaga de la matriz* que hizo la fortuna de tantos ginecólogos.

Una vez sentado el diagnóstico general de cervicitis crónica, debemos averiguar si se trata de un proceso gonocócico o bien de una metritis crónica de comienzo agudo puerperal. El interrogatorio sobre la forma y circunstancias en que principió la enfermedad y el examen bacteriológico, cuando es positivo, nos permitirán clasificar cada caso práctico.

Tratamiento: En las metritis gonocócicas relativamente recientes, con moderada erosión e hipertrofia del cuello, mucho podemos esperar del tratamiento corriente y al alcance del médico general, a base de antiflogísticos y antisépticos: las irrigaciones ligeramente antisépticas y astringentes (una al día a lo más, muchas leucorreas mucosas vienen sostenidas por un abuso de

las irrigaciones vaginales, así como por el empleo de soluciones irritantes); las instilaciones cervicales con protargol al 1, 2 y hasta al 5 por 100, las candelillas al protargol o al choleval (bien colocadas), los toques ligeramente cáusticos para atacar la erosión (glicerina creosotada, solución de nitrato de plata al 1 por 100, de cloruro de zinc al 5 ó 10 por 100); la colocación de óvulos o taponos de glicerina ictiolada, etc.

Con estos tratamientos algunas metritis cervicales se curan, otras mejoran con persistencia de una abundante leucorrea mucosa, otras a penas si se modifican, persistiendo la extensa erosión, la hipertrofia del cuello y la desesperante leucorrea mucopurulenta.

Para actuar sobre los casos rebeldes a la terapéutica sencilla y al alcance del médico práctico, se han propuesto diferentes procedimientos, todos ellos dirigidos a aumentar y sostener una acción cáustica, siempre más peligrosa y más ciega que la intervención quirúrgica paquelinización, galvanocauterización, electrocoagulación, etc. La atmocausis preconizada por L. PINCUS, de Dantzig, consiste en proyectar en el útero, mediante aparato especial, un potente chorro de vapor de agua a 115°-120°, durante medio a un minuto. Este procedimiento ha determinado accidentes graves, como son importantes escaras en el endometrio e incluso peritonitis.

Se ha preconizado también la cestocausis o sea el calor sostenido por el agua hirviendo a través de las paredes de una sonda metálica de doble corriente, introducida en el útero. La termo-insuflación es procedimiento menos peligroso y en algunos casos de buen resultado, nosotros utilizamos el aire caliente sirviéndonos de aparato especial construido por la casa Drapier, de París.

En cuanto a los cáusticos químicos profundamente escaróticos, ya tuve ocasión de ocuparme al desarrollar la ponencia sobre *Los Progresos de la Ginecología en el último bienio* (23-24 Publicaciones del Instituto Médico-Farmacéutico) de la aplicación del cáustico de FILHOS, compuesto de potasa cáustica y cal viva, que tanto dió que discutir en las sesiones de la *Société d'Obstetrique et Gynecologie*, de París. Los temores que este procedimiento me inspiraba, de que pudiese ser causa de estenosis y con ello motivo de distocias que llegaran a exigir la práctica de cesáreas, se han confirmado por varias observaciones publicadas por los mismos franceses y seguramente es por esto que ya no se ocupan apenas del cáustico de FILHOS ni del Neofilhos.

Pero en muchos casos, a pesar de poner en práctica todos los medios indicados y ni aun con la diatermia (mejor dicho, con la alta frecuencia en sus diversas modalidades de aplicación, de lo que pienso ocuparme en un próximo artículo) no se logra curar la cervicitis, ni agotar o reducir a límite soportable la desesperante leucorrea.

¿Qué debe hacerse en estos casos? Ante todo hay que tener en cuenta las condiciones del cuello y la calidad de la leucorrea: si el cuello está muy hipertrofiado, si en él se observan extensos desgarros y erosiones, si la

leucorrea es muy purulenta y contiene gonococo, buscándolo en los días que siguen a la menstruación, la solución nos la darán los procedimientos quirúrgicos.

La amputación del cuello del útero es el procedimiento más radical y en su método biconico o circular la operación más sencilla; pero habiéndose comprobado que esta supresión del cuello puede ser causa de distocia, se han ideado, y son los únicos que se practican por ginecólogos de verdad, procedimientos que, sin llegar a la supresión absoluta del cuello, extirpan la mucosa profundamente y con ella las glándulas infectadas y pervertidas en su función.

Esto se proponen y logran, entre otros, los procedimientos de SCHROEDER y POUÉY-FORGUE.

El primero consiste en extirpar una cuña anterior y otra posterior que comprenden la mucosa cervical y parte de la capa muscular, reconstruyendo el cuello mediante suturas apropiadas. La operación de FORGUE-POUÉY consiste en el vaciamiento del cuello, o sea en la disección circular y ab'ación de un cilindro que comprenda la mucosa cervical y mayor o menor cantidad de muscular hasta alcanzar en orificio interno, seguida de sutura circular de la mucosa de la porción vaginal a la uterina. Cuando la operación se hace técnicamente bien y cuando se emplea material adecuado de sutura (siempre catgut, jamás crin que secciona los tejidos al quinto o sexto día) quedan cuellos perfectos, hasta el punto de que si no llamara la atención su cordedad, sería difícil adivinar que se había practicado una operación.

Nosotros llevamos operadas de POUÉY-FORGUE a 16 enfermas y la operación nos resulta de una sencillez técnica mucho mayor que el SCHROEDER, el cual es muy engorroso en el tiempo de suturas cuando operamos sobre cuellos que descienden muy poco por estar el útero fijado por parametritis anteriores.

FORGUE asegura que el vaciamiento del cuello por su procedimiento no ha sido causa de distocia en partos sucesivos; nosotros tampoco hemos observado ninguna influencia desfavorable durante el parto. Nosotros que fuimos entusiastas del SCHROEDER, ya no practicamos más que el POUÉY-FORGUE y lo recomendamos por su sencilla técnica a los que solo practiquen la pequeña cirugía ginecológica.

Hay un grupo de cervicitis con cuello moderadamente hipertrofiado con ligera erosión, que babea una constante leucorrea clara y filante, que la enferma expulsa a bocanadas por la vulva con los esfuerzos de la micción, que ensucia continuamente sus ropas pareciendo que en el fondo de su vagina albergan un manantial constante de clara de huevo y que por otra parte ni el examen bacteriológico revela el gonococo, ni las lesiones del cuello autorizan una intervención. Estas son las cervicitis en las que está indicada la crioterapia y en ellas se obtienen resultados excelentes con la terapéutica por el frío.

La crioterapia, si bien no en ginecología, ya fué aplicada en 1899 por WHITE, de Nueva York, quien utilizó el aire líquido, que más adelante fué substituido por la nieve carbónica por PUSEY, de Chicago, que entre otras

muchas ventajas tiene las de su más fácil manejo y dosificación. Pero como los inconvenientes subsistían, se idearon una serie de aparatos, la mayoría a base de tubos de metal buen conductor del calor, en cuyo interior se colocaba la nieve carbónica; mas no satisfaciendo la baja de temperatura que la nieve carbónica era capaz de transmitir a través de las paredes del tubo metálico, se pensó en las mezclas frigoríficas, una de las cuales, la de nieve carbónica y acetona, proporciona una temperatura de -80° centígrados; ello se realiza a la perfección y con suma sencillez con el criocauterio de LOTAT-JACOB que construye la casa Drapier, de París. Para las aplicaciones en Ginecología, utilizamos las sondas especiales de BIZARD y RABUT, de las que tenemos tres modelos que nos sirven para el tratamiento de la erosión uno, para la crioterapia intracervical otro y un tercero para la crioterapia intracervical y a la vez para la erosión periorificial.

En Ginecología la presión con que se aplica el criocauterio tiene poca importancia para la aplicación intracervical, no así para el tratamiento de la erosión en cuyo caso la presión y el tiempo son dos factores a calcular como ocurre en Dermatología.

Antes de aplicar el criocauterio, ya preparado con la mezcla nieve carbónica-acetona, se limpia bien el hocico de tenca y el conducto cervical con agua oxigenada y se embroca con tintura de yodo, la sonda se introduce bruscamente en el conducto cervical, ya que se adhiere rápidamente a los tejidos (claro está que para evitar esta adherencia con las paredes de la vagina se mantendrán bien separadas por medio de valvas o con un espéculo Colin). La primera sesión debe durar un minuto y las siguientes dos y hasta tres. Al retirar la sonda BLAZARD-RABUT, que está muy adherida a los tejidos, debe hacerse imprimiéndola un cuarto de vuelta brusco y tirar rápidamente hacia afuera.

El operador, ha de tener la precaución de manipular el aparato protegiéndose las manos con guantes de goma gruesos, para evitar que los dedos que por descuido o por necesidad, al dar el cuarto de vuelta de desprendimiento, toquen la sonda, queden pegados a ella y sufran los efectos de la congelación de la epidermis.

El conducto cervical al retirar el aparato queda al principio convertido en un tubo blanco y rígido; a los pocos minutos la coloración blanca va desapareciendo y se observa una congestión intensa y que en muchas ocasiones sangra moderadamente.

Durante los 3 ó 4 días que siguen a la aplicación, aumenta la cantidad de flujo, al principio incluso es sanguinolento, luego va disminuyendo paulatinamente. En los 23 casos de perfecta indicación que hemos tratado, en 3 ó 4 sesiones semanales hemos obtenido siempre la curación de la cervicitis, con desaparición de la abundantísima leucorrea que todos nuestros casos presentaban. Cuando a la par que la crioterapia intracervical se aplique el criocauterio para tratar la erosión, puede hacerse en la misma sesión, utilizando las sondas especiales, pero en este caso hay que tener en cuenta el factor presión para reducir a ciertos límites la acción

caústica; la duración, a una presión de 1 kg., será de treinta segundos.

Este tratamiento no deja cicatrices ni estenosis que puedan dificultar en lo más mínimo la misión del conducto cervical a los efectos de un futuro parto.

Es muy lógico y natural que tratemos de explicar-nos el porqué de los efectos altamente satisfactorios que se obtienen con la crioterapia en el grupo de metritis en las que tiene precisa indicación. Para no alargar en demasía este trabajo de práctica ginecológica, resumiré este punto exponiendo que el frío al grado que llega en el criocauterio (— 80°) provoca una obliteración vascular por acción letal sobre las células endoteliales, que provoca por los fenómenos sucesivos de hielo y deshielo notable alteración celular y que, como llevo expuesto, la exudación es enormemente aumentada durante los 2 a 3 días que siguen a la aplicación. Esta triple acción determina en la mucosa cervical una esclerosis discreta, vaciamiento glandular y modificaciones en las células de revestimiento que son en gran parte expulsadas y reemplazadas por otras de vitalidad diferente y función no viciada.

La crioterapia no es un tratamiento desprovisto de todo peligro: como toda caustia aplicada en el conducto cervical es capaz de reagudizar lesiones anexiales no bien enfriadas, provocar propagaciones linfáticas hacia los parametrios. Esto es va suficiente para demostrar que no es un procedimiento que pueda aplicarse sin un previo detenido estudio del caso. Nosotros estudiamos bien la historia de la afección genital, practicamos una detenida exploración de los anexos y parametrio y en caso de duda, aplicamos una laminaria siguiendo atentamente la curva térmica durante los tres días que siguen a esta dilatación; también en casos dudosos sobre la virulencia aun posible de una anexitis, practicamos la prueba de la velocidad de sedimentación de los hematíes.

No creo que la crioterapia reporte grandes beneficios fuera de los casos en que esté bien indicada y en los que no pelagra, por lo menos, el provocar complicaciones anexiales o del parametrio. Es un tratamiento de indicaciones precisas, de brillantes resultados en estas circunstancias y al que no cabe atribuir virtudes que no posee, ni achacarle fracasos dependientes de faltas de técnica y de indicación.

LAS REACCIONES ENDOCRINAS Y SU TERAPÉUTICA, EN DERMATOLOGÍA (*)

por los doctores

JOSÉ M. PEYRÍ y JOSÉ TRAGANT

del Hospital Clínico de Barcelona.

En 1924 presentamos al 2.º Congreso Nacional de Medicina que tuvo lugar en Sevilla (**), una ponencia al tema "Hechos positivos de relación entre las der-

matosis y las glándulas endocrinas", en ella establecíamos que el estudio de los enfermos valiéndonos de la exploración del sistema nervioso vago-simpático y glandular nos era muy útil para precisar el origen de las dermatosis y su terapéutica. Hacíamos constar también que desgraciadamente son muchos los enfermos que por no reaccionar a los fármacos que sirven de medio de exploración no más proporcionaban datos de orientación y nos quedábamos en duda acerca del posible origen endocrino de la afección cutánea.

Hoy hemos modificado algo nuestro procedimiento exploratorio añadiéndole el estudio de las presiones máxima y mínima (PACHON) y la investigación de la viscosidad sanguínea (HESS).

Ya en el Congreso antes citado hacíamos notar la frecuencia con que observábamos la máxima presión por debajo de la aceptada como normal y hoy con mayor número de enfermos comprobamos el mismo resultado.

Sabido es que estados patológicos muy diversos, completamente desemejantes entre sí, presentan como analogía una hipotensión vascular cuya máxima está por debajo de 12 (aun aceptando este número como la normal más pequeña y refiriéndonos siempre al (PACHON). Pues bien, entre personas hipotensas se han desarrollado la mayor parte de las dermatosis que a continuación exponemos.

Pero también es sabido que en la eusistolia o sea en la normalidad de la potencia cardio-vascular, la diferencial, o sea la diferencia entre la máxima y la mínima, se considera como representante, en cierto modo de la potencia cardíaca (MARTINET). Esta diferencia que acostumbra a ser de 5 a 8, la hemos encontrado disminuida, cosa muy natural al tratarse de enfermos con disminución de la máxima, y como generalmente estos datos, se encuentran en los enfermos débiles cardíacos, si a esto añadimos una viscosidad elevada o algo mayor que la normal, creemos estar en presencia de enfermos con hiposfíxia (MARTINET).

Nuestra guía para la apreciación de los casos es, admitir una presión máxima de 12 a 18, una diferencial de 5 a 8 y una viscosidad comprendida entre 3'8 y 4'5 y aceptar que en el organismo normal la potencia cardíaca (máxima) está en relación normal y sensiblemente constante con la resistencia circulatoria (viscosidad sanguínea).

Como trabajamos en enfermos cutáneos que nada aquejan sintomatológicamente del aparato cardio-circulatorio y renal, no los sometemos a estudio detallado de la exploración de los mismos, aun corriendo el peligro de que pase alguno desapercibido y con afección de los mismos, creemos sin embargo que se trata de personas que están indemnes de ambas afecciones y que se trata de hiposfíxias funcionales protopáticas.

Aunque sean conocidas teóricamente muchas de las relaciones que tienen las glándulas de secreción interna, en el sentido de que su disfunción sea la causante de la lesión cutánea, no está suficientemente claro, si este origen es por primitiva lesión glandular, o bien si el trastorno glandular en apariencia primitivo responde a su vez a otro trastorno circulatorio, nervioso, etc.,

(*) Comunicación a la III Reunión Internacional de Dermatólogos y Sifiliógrafos de Lengua Francesa.

(**) Actas Sifiliográficas. Madrid, Oct. 1924. La Clínica. Barcelona.