

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA
REPUBLICA DE GUATEMALA
América Central



Indicaciones y Contra-Indicaciones del Raspado Uterino.

TESIS

PRESENTADA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

POR

ADOLFO POSADAS

EX-INTERNO DE LOS HOSPITALES EX-INTERNO DEL
ASILO "MATERNIDAD"

EN EL

ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO



NOVIEMBRE DE 1923

GUATEMALA, C. A.

IMP. "CASA COLORADA" DE MARROQUIN HERMANOS

INTRODUCCION

El raspado uterino fué ideado por Recamier; pero pronto relegado al abandono hasta que los progresos de la antisepsia lo hicieron entrara nuevamente en la práctica de la Cirugía Ginecológica. Después de una larga lucha sostenida con los Ginecólogos de aquel entonces, fué aceptada en Francia por Doleris. A los esfuerzos de Pozzi, Terrillon, Bouilly, etc., sus ardientes defensores, se debe que el raspado fuera una operación corriente.

Esta operación, como dice Fargas, "es una de las más bellas y positivas conquistas de la Ginecología". Por los brillantes resultados que se obtienen cuando está indicada; por haberla creído exenta de peligros y por la facilidad con que se practica, se convirtió en panacea de las afecciones uterinas. Cayó en desprestigio por haber abusado de ella aún sin indicación formal y con faltas de técnica, y, como dice Fritch, "desgraciadamente" con frecuencia es esta operación el saber y querer de algunos Ginecólogos".

Actualmente sus indicaciones y contra-indicaciones están perfectamente conocidas, sin embargo por seguir creyéndola fácil y sin peligro alguno no se le da la importancia que merece. Es una operación que todos los Cirujanos se atreven a practicar al iniciarse en su carrera, sea como una operación de urgencia cuando está indicada o sea como único recurso de sus conocimientos ginecológicos.

Si son buenos los resultados, obtenidos cuando se tienen presentes y saben aplicar sus indicaciones y contra-indicaciones, ciñéndose a su técnica, son también funestos cuando, sin aplicar los anteriores preceptos, se usa de ella comprometiendo muy seriamente la vida de la enferma y la reputación del Cirujano. Evitar hasta donde sea posible esto último es mi objeto al escribir sobre este tema, que, por su importancia, debe ser conocido como una intervención de alta cirugía. No tanto por la destreza y habilidad técnica que necesita sino por la resolución de las incógnitas que es preciso despejar para indicarla convenientemente.

Siendo el raspado uterino una operación de una brillantez terapéutica indiscutible, cuando se llenan todos los preceptos y leyes que la rigen.

Para el desarrollo de este trabajo y para facilitar mi estudio haré una recopilación de las metritis crónicas que son las verdaderas tributarias de la operación que nos ocupa y me servirá de base para la clasificación de las metritis, las formas clínicas que en su obra describe Faure y Siderey; indicando, además en lo que me sea posible las indicaciones y contra-indicaciones del

raspado uterino y extendiéndolas a otras afecciones en las que también tiene sus indicaciones y contra-indicaciones.

METRITIS

Sin entrar en materia sobre el origen de las metritis, habiendo desacuerdo en las clasificaciones del endometrio, la más generalmente aceptada es la de Sinety, quien agrupa las distintas lesiones de la mucosa uterina en: glandulares, intersticiales y mixtas. La mucosa uterina es una delgada capa de dos milímetros de espesor, de color rosa pálido, lisa y uniforme; está compuesta por una parte, de epitelio cilíndrico-ciliado que cubre la mucosa, penetra en las glándulas tubulares con contornos cilíndricos regulares; por otra parte un estroma de tegido conjuntivo que rodea dichas glándulas y forma el esqueleto fibroso de la membrana. La inflamación de la mucosa aumenta su grosor cuatro a seis veces más que en el estado normal, la superficie se vuelve rojiza con manchas oscuras, de aspecto unas veces liso y otras **mamelonado**, a veces peliposa y aún verdaderos pólipos de volumen variable, con base de implantación ancha o delgada. Las alteraciones de las glándulas y del estroma son las que dan carácter a las distintas formas.

En la metritis glandular se observa una hipertrofia de las glándulas, es una hipertrofia en masa, siendo en el estado normal cortas, poco profundas; pero que adquieren un gran desarrollo, tanto que algunos juzgan que puede haber también hiperplasia glandular. Esta última alteración de las glándulas de la mucosa uterina constituye una verdadera neoplasia con tipo clínico y anatómico bien definido: el adenoma. En los cortes las glándulas se presentan alargadas, tortuosas y en vez de ser rectas, toman la forma de tirabuzón y formando a veces cavidades quísticas traspasan el espesor de la mucosa y llegan hasta la capa muscular.

La inflamación del tejido conjuntivo interglandular es la forma intersticial; este tejido parece infiltrado de células redondas, pequeñas con el protoplasma muy escaso y que se encuentran diseminadas o agrupadas en focos, de preferencia en la capa muscular; después las células aumentan y, alargándose aparecen como fibrillas amorfas, productos de condensación intracelular y comprimen y ahogan las glándulas. Otras veces alteran o dificultan la circulación por compresión de los vasos pero de todas maneras las glándulas y el tejido muscular se atrofian.

La mixta es la reunión de las dos formas anteriores, hipertrofia glandular con hipertrofia conjuntiva; se nota, además una hipertrofia vascular notable, todos los elementos sanguíneos están dilatados teniendo el conjunto una apariencia de tejido cavernoso.

En algunas formas se descubre el origen de las metritis:

después de un aborto, con retención placentaria completa o incompleta o simplemente de cotiledones lo mismo que por la presencia histológica de células deciguales en medio de células redondas del corión mucoso, como lo describiremos al tratarse de cada forma en particular de metritis; pero algunos autores han pensado denominarla por su causa a cada una; así, a la forma glandular le llaman trófica; la intersticial constituye el tipo infeccioso, y para la mixta la reunión de las dos.

METRITIS HEMORRÁGICAS: Se llama metritis hemorrágicas a las que presentan hemorragias muy abundantes durante las reglas o pérdidas sanguíneas, en el intervalo de ellas, abstracción hecha de una lesión neoplásica del útero, miomas, epiteliomas, útero fibromatoso, etc. Las hemorragias constituyen uno de los elementos de la triada uterina, habiendo casos en que por su importancia este síntoma representa toda la enfermedad.

Dejaremos todas aquellas metrorragias que son debidas a causas indirectas, lesiones anexiales, embarazo estra-uterino, tumores, etc., y tomaremos en consideración aquellas en que la hemorragia es debida a una vascularización excesiva de la mucosa uterina resultado de alteraciones múltiples: retenciones placentarias, proliferación vellosa o poliposa, etc., con modificaciones del parenquima uterino y de los vasos que lo irrigan.

METRITIS VELLOSA: Caracterizada por hemorragias que continúan a los períodos menstruales confundiendo al principio con ellos, desapareciendo después de unos días y reapareciendo sin ninguna periodicidad. Otras veces estas hemorragias son continuas y un aumento de ellas señalaría la época del nuevo período menstrual. Este último carácter oculta la leucorrea con la cual generalmente se acompaña.

La causa de estas metritis está en la constitución especial de la mucosa que presenta entre los espacios glandulares, proliferaciones que aparecen como las vellosidades intestinales; están formadas por células embrionaria y arcadas vasculares; otras veces la mucosa aparece **mamelonante** por la hipertrofia difusa en masa en lugar de presentar pequeñas salientes aisladas. No existiendo cuerpos fibrosos, lesiones anexiales, infección gonocócica, retenciones placentarias, etc., su diagnóstico se hace difícil; pero no obstante al examen con el histerómetro se tiene la sensación de una superficie áspera, rugosa y la endoscopia intrauterina permite determinar con precisión esta variedad de metritis (David).

Teniendo perfecto conocimiento de la localización de la lesión en esta metritis el raspado obrará como un medio curador destruyendo las vellosidades.

METRITIS POLIPOSA: La proliferación intersticial, que al principiarse puede estar muy limitada y que tiende después a la formación de pequeñas masas aisladas, constituye la metritis poliposa. A medida que se desarrolla arrastra consigo fibras musculares que forman un relieve en la mucosa y que acentuando su crecimiento llegan hasta pedicularizarse y caer en la cavidad uterina. Es raro encontrar estas producciones aisladas. Provocan, cuando existen, una congestión intensa de la mucosa y como consecuencia hemorragias de abundancia variable revisitiendo más a menudo el tipo menorragico. En ocasión de un examen pueden ser descubiertas a través del cuello las masas poliposas cuando se han pediculizado; caen entonces en la cavidad uterina provocando contracciones dolorosas.

El síntoma inicial de estas metritis es la menorragia. El tratamiento, cuando no se han pediculizado, es el raspado; estirpándolo cuando está pediculizado.

METRITIS PARENQUIMATOSA: En esta metritis la lesión no queda limitada a la mucosa, invade también el parenquima uterino y su principal manifestación, la menorragia; siendo su causa un proceso inflamatorio lejano y como consecuencia de una involución incompleta del útero después de un parto o de un aborto. Se manifiesta por un útero grande, escleroso, en el que hay un proceso de hipertrofia muscular ocasionada por la inflamación; la infección se extiende del endometrio al mesometrio de la capa mucosa al tegido muscular. La invasión puede continuarse a través del músculo uterino para ganar la capa subperitoneal. La esclerosis del órgano tiene, como efecto, una hipertrofia del tegido conjuntivo y degeneración muscular. Congestionándose manifiesta su dolencia por sensaciones especiales: pesantez del periné, lumbalgias, sensación de prolapso acompañada de trastornos vesicales y rectales que, acentuándose, provocan verdaderos dolores muy penosos y continuos convirtiendo a la enferma en una **infirmo**; el movimiento los exaspera y el reposo los calma. Los trastornos son muy acusados y duran una época más o menos larga, antes, durante y después del período menstrual pudiendo continuarse con el período siguiente.

La contra-indicación formal del raspado en estas metritis se deduce de la anatomía patológica de las mismas, siendo por consiguiente inútil y peligroso practicarlo.

METRITIS VIRGINALES: Estas metritis de las vírgenes muy jóvenes, revisten la forma glandular o mixta; la mucosa es blanda, espesa y como erizada de vellosidades; sangran muy fácilmente debido a la vascularización del endometrio. Patogénicamente es considerada como una infección banal producida por los micro-organismos saprofitos que habitan el canal vulvo-vagi-



nal. Para que los organismos asalten la cavidad uterina es necesario un terreno linfático, con pobreza fisiológica según las condiciones de vida, herencia, etc. En vista de estos antecedentes ¿cuál debe ser el tratamiento? Dadas las condiciones anteriormente indicadas debe ser primeramente médico y, en caso de fracaso después de un tratamiento prolongado, puede hacerse el raspado uterino no con todas las probabilidades de éxito. Siendo necesario romper con los prejuicios sociales. La dificultad de la operación consiste en respetar el himen, lo cual puede obtenerse con mucho cuidado e instrumentación adecuada.

METRITIS SENIL: En estas metritis se observan las metrorragias como síntoma capital, ya sea en plena senectud o en una época presenil. Si tomáramos en cuenta las teorías que la hacen depender de trastornos endocrinológicos (Ribadeau-Dumas, Babonneix) la intervención sería ilógica. Sin embargo la práctica ginecológica demuestra que estas metritis, cuando no son una manifestación neoplásica, curan, aunque no siempre, por el raspado uterino. De todas maneras está muy indicado un raspado explorador que unido a exámenes de laboratorio señale la presencia de una neoplasia lo que siempre es muy útil para la conducta ulterior. Algunos Cirujanos antes de la aplicación del radium, practican un raspado uterino previo.

METRITIS PURULENTAS.

En las metritis purulentas el síntoma capital es la leucorrea, siendo el principal carácter de la infección.

METRITIS BLENORRAGICA: La más frecuente, se presenta bajo tres formas: Aguda, sug-aguda y crónica. No tomaremos en cuenta las dos primeras porque no están al alcance de mi tesis. El raspado aquí, jamás se usa, siendo el resultado de él malo a veces desastroso, máxime si hay lesiones uterinas complicadas de anexitis.

Metritis blenorragica crónica: A las formas agudas y sub-agudas sigue un estado de disminución de los síntomas, dolor y flujo. La infección crónica se caracteriza por la localización de la flogosis en la mucosa, con atenuación de los síntomas (fiebre, dolor, leucorrea, etc.) El raspado aumentaría la gravedad por la difusión de la infección, permitiendo la penetración del gonococo a los tejidos subyacentes por lo que está formalmente contraindicado (Faure y Siderey, Kelly, Keen, etc.) Para tener la certeza de la contra-indicación del raspado es necesario comprobar la presencia del gonococo por el laboratorio.

Esta infección localizada en un principio en el cuello, pasa generalmente al cuerpo; se atenúa, pero jamás desaparece por

sí sola (el gonococo vive siempre en las infractuosidades de la mucosa). La antigua idea del contagio al hombre después de las reglas es debido a la exaltación de la virulencia gonocócica después de una causa, excitación, enfriamiento, intoxicación alcohólica, etc.)

METRITIS PUERPERAL: Son dos sus causas: infección primitiva y retenciones de los anexos. La primera por falta de asepsia en el Tocólogo, enferma o personas que rodean a la parturienta; las segundas las tomaremos en consideración al tratarse de la retención de los anexos.

La infección primitiva, por falta de asepsia, se manifiesta por de temperatura, dolores pelvianos, hipogástricos, en las fosas ilíacas, etc. Los loquios purulentos y fétidos, siendo estos síntomas proporcionales a la infección. Las complicaciones de estas metritis purulenta, (flegmón pelviano, anexitis, pelvi-peritonitis, etc.) no encajan en este trabajo y por consiguiente no las tomaremos en consideración.

En la metritis puerperal por infección primitiva el raspado está contraindicado por no tenerse conocimiento si la infección está localizada en la mucosa o ha invadido el músculo uterino.

METRITIS CATARRAL: Esta metritis es producida por microbios saprofitos que viven constantemente en la vagina, pudiendo penetrar en la cavidad uterina. Una causa cualquiera (excesos del coito, abuso de irrigaciones, etc.) los convierte en virulentos y bajo esta forma viven por un tiempo, más o menos largo. Aparecen generalmente durante la vida genital de la mujer, pudiendo también presentarse en las niñas. Se manifiesta por una secreción muco-purulenta o catarral transparente, acompañado de ligeros dolores pelvianos. El raspado es, en sus resultados inconstante o mediocre. La lesión radica en la mucosa; pero generalmente pasa a la capa muscular por cualquier solución de continuidad del endometrio.

METRITIS TUBERCULOSA: Es la localización de la tuberculosis en la mucosa uterina, reviste la forma ulcerosa y solo por el examen histológico se descubren los nódulos embrinarios con sus células gigantes (carácter principal de las lesiones tuberculosas). En un principio la mucosa es espesa, **mamelonada** y las ulceraciones se presentan en puntos diseminados, después éstas últimas se vuelven confluentes y la mucosa sufre la degeneración gaseosa; la infección continúa ganando la capa muscular la que se hipertrofia.

Su sintomatología es la de todas las metritis: dolores vagos, flujo purulento a veces hemorrágico, etc., la presencia de

grumos gaseosos en las secreciones son un indicio de la naturaleza de la infección.

Los trastornos persisten y son muy rebeldes a todo tratamiento local, generalmente estos agravan la enfermedad. El único tratamiento indicado es la histerectomía total. El raspado no está indicado.

RETENCIONES

Entendemos por retenciones a lo que queda en la cavidad uterina después de efectuado el parto o el aborto.

Para tratar de las indicaciones del raspado en las retenciones, necesitamos tomar en consideración las tres causas de estas retenciones: retenciones placentarias después del parto; retención placentaria después del aborto, cuando se efectúa en dos tiempos diferentes; y retención del producto de la concepción, se efectúa en un solo tiempo.

RETENCIONES DESPUES DEL PARTO. Se llaman así a la presencia en la cavidad uterina, de los anexos en totalidad o una parte de ellos, (cotiledón, membranas). Estas son debidas a una falta de contractilidad uterina, inercia; a una contractilidad anormal, encastillamiento; o a una adherencia anormal de la placenta, etc.

Las causas de las retenciones placentarias y las complicaciones que ellas presentan, hemorragias e infección; nos guiarán para la oportunidad del raspado. Las grandes hemorragias que sobrevienen inmediatamente después del parto, y que son debidas a un desprendimiento incompleto de la placenta por inercia uterina, por encastillamiento o por adherencias anormales, nos autoriza la extracción inmediata, (alumbramiento artificial, que no es mas que un raspado digital). En las pequeñas hemorragias que sobrevienen algún tiempo después del parto que duran un tiempo más o menos largo y que son debidas a la retención de un cotiledón o fragmentos de él, el raspado a la cucharilla está indicado.

La penetración de agentes infecciosos a la cavidad uterina provoca la infección de la parte retenida. La infección puede estar localizada en la parte retenida o propagarse. Cuando se localiza la lesión es una endometritis mantenida por la mortificación de la parte retenida, puede propagarse y ganar el músculo uterino, transformándose entonces en una metritis parenquimatosa.

“La infección es profunda, intra-uterina y solo la limpieza mecánica permitirá, por la supresión de los restos putrefactos obtener una atenuación de los fenómenos sépticos. (Fiole).” Si la flogosis se ha extendido al parametrio, anexos, etc., queda con-

tra-indicado el raspado que sería desastroso, debiendo practicarse la histeroctemia.

ABORTO: Es la expulsión del embrión o del feto no viable. (Ribemont-Dessaignes). Como sabemos el aborto puede efectuarse de dos maneras diferentes, según la época del embarazo. Durante los tres primeros meses se efectúa en un solo tiempo, es decir que la expulsión del embrión se acompaña de sus anexos, después del tercer mes se efectúa en dos tiempos diferentes: primero sale el embrión o el feto y a continuación los anexos.

Las causas del aborto pueden ser múltiples: vicios de conformación del útero, inserción, viciosa de la placenta, intoxicación de la madre, provocaciones criminales, o por indicación terapéutica, etc.

En el aborto en dos tiempos diferentes la gravedad de la hemorragia impondrá la conducta que debe seguirse; en las grandes hemorragias que no han cedido al tratamiento médico, el vaciamiento uterino debe efectuarse por medio del raspado digital e instrumental, según que la dilatación sea suficiente o nó. La hemorragia es debida a un desprendimiento incompleto de la placenta que cede al expulsar el cuerpo extraño, produciéndose la contracción eficaz del globo uterino y siendo el vaciamiento manual el verdadero hemostático. La hemorragia y la infección son las complicaciones de los abortos incompletos, algunas veces la primera precede a la segunda; siendo la falta de asepsia y antisepsia la causa de la infección. El raspado instrumental o digital estará indicado únicamente cuando el médico tenga la certeza de que se ha efectuado el primer tiempo del aborto quedando en la cavidad uterina los anexos.

En el aborto en un tiempo, es decir en el aborto de los tres primeros meses, el desprendimiento se efectúa en masa, debido a las condiciones especiales del huevo, en el cual todas sus partes son difícilmente separables, haciéndose la expulsión en conjunto.

En esta clase de aborto sus complicaciones son: la hemorragia y la infección. La hemorragia se presenta precoz o tardíamente; la primera manifiesta el desprendimiento completo del huevo y es más o menos abundante. La segunda es la demostración palpable de pequeñas partículas del huevo que quedaron adheridas a la mucosa uterina. Se observa generalmente en mujeres jóvenes, recién casadas que no se han dado cuenta de su embarazo y que toman estas metrorragias más o menos abundantes por una regla retrasada; no se acompañan de mal estar, de dolores ni de fiebre; el útero es grueso, el cuello ligeramente entreabierto.

En el primer caso la conducta del Médico debe ser la de fa-

cilitar la salida del huevo por los medios más usuales; en el segundo el raspado a la cucharilla está indicado como medio curador y debe practicarse lo más pronto posible.

Respecto a la infección recomendamos los preceptos que hemos dicho al tratar las retenciones placentarias en el parto.

OTRAS AFECCIONES DEL UTERO

MOLA HIDATIFORME: o corio-epitelioma, como también se le llama, es un tumor del huevo caracterizado por la degeneración quística de las vellosidades coriales; es un tumor maligno que se presenta bajo el aspecto de una masa carnosa, ovoide, muy blanda, de color rojizo y constituida por vesículas transparentes de dimensiones muy variables, desde el tamaño de la cabeza de un alfiler hasta la de una uva. Se presenta bajo tres aspectos diferentes: llena, hueca y embrionada.

MOLA LLENA: "está constituida por una masa de pequeños quistes de forma y volumen variables, unidos entre sí por filamentos e incertados por su periferia a una membrana rojiza que no es más que un resto de corion. Esta masa encierra vesículas sin amnios; otras veces se observan restos de una bolsa amniótica.

MOLA HUECA: "la bolsa contiene un líquido gelatinoso sin traza de embrión ni cordón umbilical; el feto ha sido disuelto o reabsorbido; otras veces se encuentra un pequeño resto de cordón umbilical que demuestra la existencia del embrión.

MOLA EMBRIONADA: "se encuentran todos los elementos del huevo, la caduca forma a la mola una verdadera envoltura; incindiéndola se derrama un líquido claro y aparecen las vesículas con sus caracteres. Disociando las vesículas se encuentra hacia el centro, una bolsa blanca muy resistente que es el amnios encerrando un embrión o feto, y líquido amniótico. El feto está más o menos desarrollado según que la degeneración haya invadido una extensión relativamente grande de las vellosidades coriales."

Esta afección es de la primera mitad del embarazo; se manifiesta por una exageración de los fenómenos reflejos, un aumento desproporcionado del útero y las hemorragias, a las que el Médico debe darle mayor importancia. Son esencialmente de repetición y, a medida que se producen aumentan de cantidad. Si el aborto es evitable, se produce generalmente entre el tercero y sexto mes; puede efectuarse en conjunto o primero el feto y después la masa vesiculosa que puede quedar un tiempo mas o menos largo en la cavidad uterina, produciendo grandes hemo-

rragias que indican la gravedad del caso. Mientras los accidentes sean moderados y el diagnóstico no se haya hecho, cohibir la hemorragia es lo indicado; pero una vez que se vuelven graves y el pulso pasa de cien, provocar el aborto por los medios usuales es la conducta que debe observar el Tocólogo.

Cuando haya retención de la mola acompañada de hemorragias, se podrá extraer por medio del raspado digital. La cucharilla no debe usarse por la extrema delgadez de la pared uterina.

ESTERILIDAD: Para que la fecundación se produzca se necesita principalmente de tres elementos sanos: óvulo, espermatozoide y mucosa uterina, además de las causas que impidan la reunión de estos elementos. Estas causas residen en el aparato genital femenino, sea trastornando la maduración del folículo de De Graaf o impidiendo la penetración del espermatozoide a los órganos profundos. Las anomalías del aparato genital de la mujer son otra causa de esterilidad.

Pocos Cirujanos practican el raspado uterino como tratamiento de la esterilidad, pues como lo acabamos de exponer son muchas las causas que la producen; pero en regla general, cuando la esterilidad no se debe a una afección de la mucosa uterina, el raspado es inútil.

CONSIDERACIONES

En el capítulo anterior, al describir cada una de las afecciones del útero, he expuesto las indicaciones y contra-indicaciones del raspado. En el presente daré las razones en que me fundo para ello.

En las metritis hemorrágicas el síntoma principal y dominante y al que hay que dirigir el tratamiento, es la hemorragia. La vellosa y poliposa son consideradas como endometritis revistiendo el tipo intersticial o mixto, sus lesiones son: hipertrofia glandular y conjuntiva acompañándose de una dilatación notable de los vasos, causa de las hemorragias. El raspado obra destruyendo artificialmente la mucosa uterina enferma, asiento de la lesión, favoreciendo, por consiguiente, la regeneración de ella. El beneficio del raspado lo revela el retorno de las reglas normales y el embarazo en mujeres que, portadoras de esta infección, habían sido estériles hasta entonces.

Las metritis virginales como lo dijimos anteriormente, dependen de causa local y de causa general. Ambas deben combatirse por tratamiento médico y únicamente cuando se tenga la certeza de que existe una lesión de la mucosa uterina (pólipo, etc), y sea mucha la rebeldía de las hemorragias, se deberá practicar el raspado instrumental, con instrumentos apropiados para molestar lo menos posible la membrana himen.

En la metritis senil las hemorragias son consideradas generalmente como síntoma de un neoplasma, contra-indicado el raspado; pero si se tiene la certeza de que son de origen neoplásico ni dependen de trastornos de las glándulas endocrinas, el raspado será beneficioso, algunas veces hasta como medio de diagnóstico.

Retenciones placentarias: la hemorragia y la infección son las dos complicaciones de toda retención, parto, aborto, etc. Como ya dijimos las hemorragias son provocadas por la retención obrando como cuerpos extraños; por consiguiente, al suprimir la causa se suprime el efecto. El raspado digital está perfectamente indicado.

Todo cuerpo extraño infectado dentro de la cavidad uterina debe extraerse suprimiendo así la fuente de producción de la infección.

Cuando existe la mola hedatiforme ella es la causa de las hemorragias profusas que tienen la particularidad de ser más abundantes en cantidad a medida que se producen, constituyendo, por esta razón un gran peligro para la mujer; pero afortunadamente el embarazo raras veces llega a término. Previa la provocación del aborto el raspado digital debe efectuarse prontamente para evitar a la mujer los grandes peligros que corre.

En la metritis parenquimatosa la lesión no reside en la capa mucosa sino en el espesor del músculo uterino el que está invadido en conjunto. Las hemorragias son debidas a la congestión del útero hipertrofiado y para curarlas sería necesario destruir la capa mucosa y la capa muscular. Esta es la razón por lo que el raspado está formalmente contra-indicado en esta metritis.

En las metritis, puerperal primitiva sin retención placentaria, blenorragica y catarral, la infección reside en la primera capa de la mucosa uterina, debajo de ella existe una segunda capa que sirve de barrera a la invasión de la infección. Toda lesión que destruya esta capa de defensa favorecería el contacto de los gérmenes con el parenquima uterino y por consiguiente, con la red linfática y sanguínea que trasplantaría la infección, siendo ésta la causa de los grandes abscesos de los anexos y otras complicaciones del raspado.

Son múltiples las causas de la esterilidad, por lo que el raspado está contra-indicado, y puede recurrirse a él como último recurso siempre que su causa no lo contra-indique.

En la metritis tuberculosa como lo dijimos ya, la lesión principia por ulceraciones diseminadas que muy luego se vuelven confluentes, sufriendo después la degeneración caseosa; la infección gana pronto la capa muscular que se hipertrofia. Por ser una metritis purulenta en su principio y por tendencia a invadir el músculo uterino, toda operación la agravaría por lo que el raspado está contra-indicado.

RASPADO EXPLORADOR

Hay muchos casos en que no es posible hacer un diagnóstico clínico, y solo el examen histológico nos permite resolver las dudas; entonces en cuando se recurre al raspado como medio explorador, que nos da la conducta que debemos seguir. La utilidad de esta operación la encontramos en el cáncer del cuerpo, fibromas, pólipos, placentomas, deciduomas, y otras clases de afecciones que tienen como síntoma dominante la hemorragia.

OPERACION

La operación es bien conocida por todos únicamente me concretaré a hacer resaltar ciertos puntos de técnica aplicables a determinados casos; y a considerar la operación en el concepto de Fargas: "el raspado del útero merece ser considerado con todos los honores de una operación de alta Cirugía."

Las reglas de asepsia y antisepsia deben extremarse como para una operación de alta Cirugía, tanto en el personal como para los útiles que se empleen, en lo que se refiere a la mujer lo mas que sea posible.

INSTALACION.—La operación puede llevarse a cabo en el hospital, en la clínica o en la habitación de la enferma. En los dos primeros reuniendo todos los elementos necesarios para efectuar cualquier operación, será demás que los describamos. En la habitación de la enferma donde generalmente no se reúne las condiciones necesarias, debemos procurárnoslas lo mejor posible; una habitación conveniente, con aire libre, sin muebles ni cortinas y con luz suficiente; pero sin embargo, muy frecuentemente no encontramos estas ventajas y entonces mejor es no mover objeto alguno para evitar el esparcimiento de polvos y gérmenes. Bastará con una mesa sólida, disponer de dos ayudantes para que sostenga las piernas de la enferma y proveerse de suficiente agua hervida.

INSTRUMENTAL.—Lo indispensable son las cucharillas cuando el raspado es instrumental, además nos proveeremos de valvas o especulun, pinzas de Museux, dilatadores, histerómetro y pinza de curación uterina.

ANESTESIA.—Debe usarse la anestesia general para facilitar las maniobras del Cirujano y evitar sufrimientos a la enferma.

OPERACION.—Estando la enferma colocada conveniente-

mente, pasando el borde de la mesa para permitir mejor las maniobras del Cirujano, principia la operación propiamente dicha que describiremos con Fiolle en ocho tiempos.

Primer tiempo.—Se efectúan dos actos: colocación de valvas y toma del cuello. Respecto del primero no presenta ninguna dificultad, el seguido lo haremos con pinzas de Museux de dos garfios, tomando el cuello por fuera y por delante del orificio y no como generalmente lo hacen, tomándolo por el espesor.

Segundo tiempo.—Consiste en la exteriorización del cuello, procurando no forzarlo, y la introducción del histerómetro, en su defecto una pinza de curación uterina roma, para darse cuenta exacta de la longitud y dirección del canal.

Tercer tiempo, dilatación.—La dilatación se hará según el caso: En las metritis con cuello cerrado la dilatación extemporánea se practicará con las bujías de Hegar y, en su defecto con los dilatadores no obstante si el cuello estuviera blando puede hacerse la dilatación digital.

La dilatación por laminaria, a pesar de sus múltiples inconvenientes, se usa en la metritis vaginal y en las metritis con estrechez del cuello. Fuera de estos casos la dilatación rápida debe practicarse con las bugías o con los dilatadores.

Cuarto tiempo, raspado.—En todo caso debe llevarse la cucharilla de arriba hacia abajo y jamás de abajo para arriba.

En las metritis, en las que se trata de destruir la mucosa y regenerarla, se emplean de preferencia las cucharillas cortantes, el raspado se llevará profundamente hasta que se obtenga la sensación especial conocida con el nombre de grito uterino. Las cucharillas romas deben usarse en las metritis consecutivas a un estado obstétrico, cuando sus paredes son blandas temiendo una perforación, no debe esperarse obtener la sensación del grito.

En las retenciones, cuando se practica el raspado inmediatamente después del parto o del aborto por retención de placenta, cotiledón, membranas o retención del huevo, el raspado debe ser digital. Después de algún tiempo del parto o del aborto, cuando el cuello esté cerrado, se debe emplear el instrumental.

Quinto tiempo.—El quinto tiempo se dedica a la limpieza de la cavidad uterina. Se han usado las irrigaciones con diversas soluciones, también el **escobillonaje**, y hasta con una simple gasa montada en una pinza. Las irrigaciones se usan poco, el **escobillonaje** es de difícil manejo y su esterilización no es fácil, prevaleciendo la limpieza con una simple gasa.

Sexto tiempo, cauterización.—En la cauterización se han usado muchas sustancias, prevaleciendo dos: la tintura de yodo y la glicerina creosotada. Debe darse la preferencia a la primera por ser su acción menos irritante y por poder procurársela con más facilidad.

Séptimo tiempo, desagüe.—Se usó desaguar hasta con tubos metálicos; el desagüe con gasa simple o yodoformada se tolera mejor que el anterior, pero produce dolores y contracciones que obstruye la salida de los líquidos. Actualmente no se usa. Basta con una gasa simple en la cavidad vaginal, con el objeto de evitar la penetración de gérmenes al interior.

Octavo tiempo.—Se refiere a la curación externa, que puede ser compuesta de gasa simple, algodón y una venda en T.

CUIDADOS CONSECUTIVOS

Nada hay de especial en el tratamiento post-operatorio más que vigilancia. Lo que ocurre más frecuentemente es una retención de orina de origen reflejo y ocasionada por la compresión de la vejiga por el taponamiento vaginal. Esta retención puede ceder al día siguiente quitándose la compresión. En caso de practicarse el cateterismo debe hacerse con las precauciones más minuciosas. La gasa intra-uterina no debe usarse porque durante muy corto tiempo obra como desagüe y después obstruye la cavidad, dejando acumularse los líquidos detrás de ella; además, cuando se le retira sale putrefacta. En los días siguientes se continúa con lavados vaginales y curaciones con gasa yodoformada en la vagina.

Si durante los días que siguen a la operación no hubiere ningún síntoma de infección, ni hemorragia, podemos levantar a la enferma a los seis días, a condición que ésta levantada sea progresiva y cuando vuelva a la vida normal debe tomar ciertas precauciones; nada de fatigas, reposo durante las primeras reglas, abstinencia de relaciones sexuales durante los dos primeros meses, porque todo traumatismo local es causa de congestión que puede hacer reaparecer los trastornos y principalmente la hemorragia.

ACCIDENTES

Raras veces se observan en los raspados por endometritis, son mas comunes en las retenciones placentarias. Lo que se observa en las primeras son trastornos reflejos, síncope, angustias, pequeñez del pulso que suceden cuando se opera sin anestesia

general. Estos enojosos accidentes confirman el empleo de la anestesia general para la operación.

Los accidentes inmediatos más frecuentes y más temibles son la hemorragia y la perforación. La hemorragia que sobreviene en los raspados por endometritis es siempre insignificante y más cuando se ha tenido la precaución de alejarse del período menstrual; otras veces es muy abundante, cuando hay congestión del aparato genésico; pero cede inmediatamente. En dos casos pueden ser temibles las hemorragias; cuando equivocadamente se practica en neoplasias intra-uterinos o cuando se emplea para extraer cotiledones placentarios retenidos desde larga fecha. Para las primeras, terminar pronto el raspado y emplear el taponamiento; para las segundas, operar con prontitud y practicar el masaje del útero para provocar su contracción.

Perforación.—La mayor parte de las veces se observa la perforación en úteros que conservan una friabilidad puerperal o que son friables por motivos desconocidos (a no ser que un neoplasma intra-uterino explique sobradamente este estado). La perforación del útero es un accidente grave, sobre todo cuando pasa desapercibido; pero por suerte, es muy raro, mayormente cuando se opera con prudencia y sin ejercer presión durante el ascenso de la cucharilla. Cuando se produce, el operador siente bruscamente que el instrumento está libre, huye sin resistencia en la cavidad peritoneal pudiendo sentirse la extremidad de la cucharilla bajo la pared abdominal.

Esta impresión no se obtiene cuando la cucharilla se introduce en un cuerno uterino anormalmente largo o en una trompa. La perforación se produce más corrientemente en el fondo del útero. Debemos hacer notar que si la perforación en sí es grave lo es mucho más cuando pasa desapercibida porque entonces siguen practicándose maniobras intra-uterinas. La conducta en este accidente varía. Unos quedan a la expectativa y se está autorizado cuando la perforación sea pequeña, en un útero no infectado, cuando no hay lesiones concomitantes, que el raspado se haya terminado y que las condiciones del medio no permitan una operación abdominal. La primera precaución es no introducir nada en la cavidad uterina a no ser una pequeña gasa que sirva de desagüe, inmovilidad de la enferma con hielo en el abdomen y una vigilancia extrema.

Otros prefieren en regla general la laparatomía y practican la histerectomía cuando el útero está muy infectado, si se observan síntomas de hemorragia interna o externa, si la cucharilla ha acarreado restos sospechosos, si la perforación es grande y si las condiciones operatorias son buenas.

COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Debidas a la falta de asepsia y antisepsia, a un microbismo latente de las vías genitales o cuando hay lesiones anexiales anteriores. Se manifiesta; ya sea por un ataque de anexitis, por la formación de un absceso pelviano o por una peritonitis, con su sintomatología propia.

CONCLUSIONES

1.—El raspado del útero debe ser considerado como una operación de alta Cirugía.

2.—Está indicado y obra, como medio curador en las metritis cuya causa reside en una constitución histológica de la mucosa y en aquellas que son debidas a la presencia de un cuerpo extraño.

3.—Está contra-indicado en las metritis purulentas y en aquellas en que la lesión histológica o la infección hayan invadido el músculo uterino.

4.—Las anexitis contra-indican el raspado.

Adolfo POSADAS.

general. Estos enojosos accidentes confirman el empleo de la anestesia general para la operación.

Los accidentes inmediatos más frecuentes y más temibles son la hemorragia y la perforación. La hemorragia que sobreviene en los raspados por endometritis es siempre insignificante y más cuando se ha tenido la precaución de alejarse del período menstrual; otras veces es muy abundante, cuando hay congestión del aparato genésico; pero cede inmediatamente. En dos casos pueden ser temibles las hemorragias; cuando equivocadamente se practica en neoplasias intra-uterinos o cuando se emplea para extraer cotiledones placentarios retenidos desde larga fecha. Para las primeras, terminar pronto el raspado y emplear el taponamiento; para las segundas, operar con prontitud y practicar el masaje del útero para provocar su contracción.

Perforación.—La mayor parte de las veces se observa la perforación en úteros que conservan una friabilidad puerperal o que son friables por motivos desconocidos (a no ser que un neoplasma intra-uterino explique sobradamente este estado). La perforación del útero es un accidente grave, sobre todo cuando pasa desapercibido; pero por suerte, es muy raro, mayormente cuando se opera con prudencia y sin ejercer presión durante el ascenso de la cucharilla. Cuando se produce, el operador siente bruscamente que el instrumento está libre, huye sin resistencia en la cavidad peritoneal pudiendo sentirse la extremidad de la cucharilla bajo la pared abdominal.

Esta impresión no se obtiene cuando la cucharilla se introduce en un cuerno uterino anormalmente largo o en una trompa. La perforación se produce más corrientemente en el fondo del útero. Debemos hacer notar que si la perforación en sí es grave lo es mucho más cuando pasa desapercibida porque entonces siguen practicándose maniobras intra-uterinas. La conducta en este accidente varía. Unos quedan a la expectativa y se está autorizado cuando la perforación sea pequeña, en un útero no infectado, cuando no hay lesiones concomitantes, que el raspado se haya terminado y que las condiciones del medio no permitan una operación abdominal. La primera precaución es no introducir nada en la cavidad uterina a no ser una pequeña gasa que sirva de desagüe, inmovilidad de la enferma con hielo en el abdomen y una vigilancia extrema.

Otros prefieren en regla general la laparatomía y practican la histerectomía cuando el útero está muy infectado, si se observan síntomas de hemorragia interna o externa, si la cucharilla ha acarreado restos sospechosos, si la perforación es grande y si las condiciones operatorias son buenas.

COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Debidas a la falta de asepsia y antisepsia, a un microbismo latente de las vías genitales o cuando hay lesiones anexiales anteriores. Se manifiesta; ya sea por un ataque de anexitis, por la formación de un absceso pelviano o por una peritonitis, con su sintomatología propia.

CONCLUSIONES

1.—El raspado del útero debe ser considerado como una operación de alta Cirugía.

2.—Está indicado y obra, como medio curador en las metritis cuya causa reside en una constitución histológica de la mucosa y en aquellas que son debidas a la presencia de un cuerpo extraño.

3.—Está contra-indicado en las metritis purulentas y en aquellas en que la lesión histológica o la infección hayan invadido el músculo uterino.

4.—Las anexitis contra-indican el raspado.

Vo. Bo.

Adolfo POSADAS.

R. A. Moisés LLERENA.

PROPOSICIONES

Anatomía Descriptiva	Estómago
Botánica Médica	Cicuta Conium maculatum
Física Médica	Espectroscopio.
Fisiología	Digestión Intestinal
Química Médico Inorgánica ...	Fósforo
Histología	Tejido Muscular
Clínica Quirúrgica	Reducción de la luxación del hombro.
Medicina Operatoria	Desarticulación del Puño.
Patología General	Hematosis
Química Médica Orgánica	Acido Láctico
Higiene	Del recién nacido.
Patología Interna	Pleuresía sero-fibrinosa.
Patología Externa	Coxalgia.
Terapéutica	Salicilato de soda.
Bacteriología	Gonococas de Neisser.
Clínica Médica	Auscultación del corazón.
Ginecología	Fibroma uterino.
Medicina Legal	Estrangulamiento.
Obstetricia	Diagnóstico del embarazo.
Zoología Médica	Pediculus humanis pubis
Toxicología	Envenenamiento por la estric- nina.
Anatomía Patología	Metritis.
Farmacología	Supositorios.

BIBLIOGRAFIA

Faure y Siderey

Miguel A. Fargas

William Williams Keed

Howard H. Kelly y

Carlos P. Noble

R. Proust

J. F. Fiollo

A. Ribemont. Desaignes

G. Lepage

W. Wallich

Louis Dubrisay,

Cyrille Jeannin

Traité de Gynecologie Medico-
Chirurgicale.

Tratado de Ginecología.

Tratado Teórico Práctico de Pa-
tología y Clínica Quirúrgica.
V. Volumen.

Ginecología y Cirugía Abdominal
Cirugía del Aparato Genital de
la Mujer.

Le Curetage Uterine.

Traité d'Obstétrique.

Elements d'Obstétrique.

Precis d'Accouchements.

