

Aparato instrumental:

Un catéter acanalado, como el que se emplea en el hombre;

Una valva ó el espéculum doble de Sims (fig. 873);

Un bisturí recto y tijeras rectas fuertes;

Tenacillas rectas y curvas;

Seda, crines de Florencia, agujas de Hagedorn, porta-agujas de Pozzi.

Trátase, por ejemplo, de practicar la operación para extraer un cálculo.

Procedimiento. — 1.<sup>er</sup> tiempo: *Incisión del tabique*. — Estando la enferma echada sobre la espalda, levantados los muslos y plegados sobre el vientre, á un extremo de la mesa, sobresaliendo la pelvis,—después de haberse colocado el operador entre las piernas de la paciente,—introdúzcase el catéter en la vejiga, de modo que su pico llegue cerca del cuello uterino, lo cual se comprueba por el tacto, y confíesele á un ayudante colocado á la derecha y que debe mantener en la línea media, sin ninguna oscilación.



FIG. 873.—Espéculum doble de Sims

Introdúzcase en la vagina la larga valva del espéculum de Sims; aplíquesele en el tabique recto-vaginal, y confíesele á un ayudante, colocado á la izquierda, quien deberá deprimir el periné lo más posible, llevándolo hacia atrás.

Márquese con una línea transversal, con el lápiz de fuchsina ó de nitrato de plata, el punto de la mucosa vaginal que corresponde al cuello de la vejiga (á 3 centímetros del meato). Reconózcase con el pulpejo del índice izquierdo, á través del tabique vésico-vaginal, el pico del catéter.

Introdúzcase en la vagina el bisturí recto, como una pluma de escribir, con el filo hacia atrás y abajo; punciónese el tabique sobre el catéter, detrás de la línea transversal y luego divídasele en una longitud de 2 y medio á 3 centímetros de delante atrás, mediante una serie de movimientos de báscula, deslizando la punta del bisturí por la ranura del catéter.

2.<sup>o</sup> tiempo: *Extracción del cálculo*. —Retirado el catéter, introdúzcase una tenacilla á través de la herida, con los dientes de lado; cárguese el cálculo; finalmente, retírese la tenacilla, siempre con los dientes de lado.

3.<sup>er</sup> tiempo: *Sutura entrecortada del tabique*. —Hecha la extracción del cálculo reúnanse los dos labios de la herida mediante una serie de puntos con seda fina ó crin de Florencia. La sutura se debe siempre practicar inmediatamente después de la extracción del cálculo, á menos que haya razones excepcionales para aplazarla.

Si se tiene el propósito de establecer una fístula, como en el caso de catarro vesical, todo se limita al primer tiempo de la precedente operación (incisión con el bisturí, las tijeras ó mejor el termocauterio). La herida se puede mantener abierta por diversos medios; pero es más seguro, según nuestras observaciones personales, suturar exactamente la mucosa vesical á la mucosa vaginal en todo el contorno de la herida.

## OPERACIÓN DE LA FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL

POR EL MÉTODO AMERICANO

Este método, creado por Marion Sims, desde 1849 ha sido reconocido tan eficaz que ha destronado á todos los demás métodos de tratamiento propuestos antes de su aparición y hoy día es el más usado en todos los países. *Consiste en*

refrescar ampliamente el contorno de la fistula y en coaptar por la sutura las superficies cruentas sin tocar la mucosa de la vejiga (fig. 874). Tal es su prin-

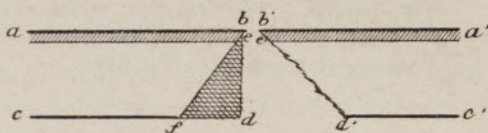


FIG. 874.—Esquema del refrescamiento de una fistula vesíco-vaginal

aa', mucosa vesical; bb', orificio vesical de la fistula; cc', mucosa vaginal; edf, segmento que se ha de quitar por el refrescamiento de un labio; e'd', labio ya refrescado

cipio ó regla fundamental. En cuanto á los modos y medios de ejecución, han variado al infinito de una nación á otra y hasta de un cirujano á otro cirujano de la misma nación.

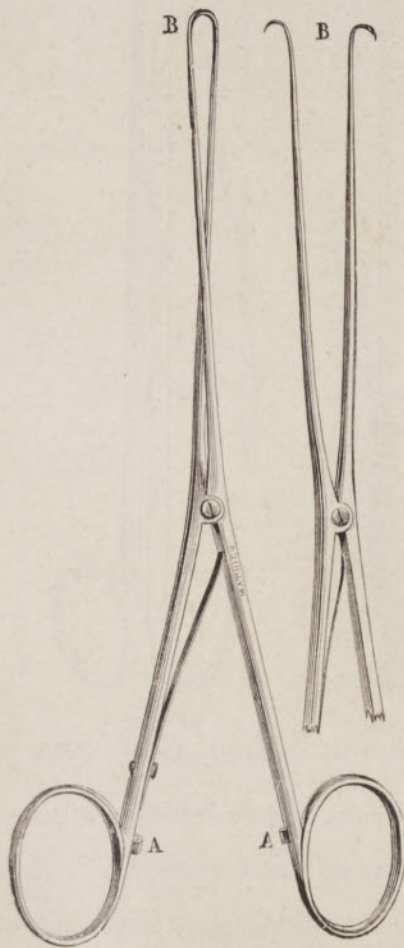


FIG. 875  
Pinza-erina de Courty



FIG. 876  
Pinza con pasador

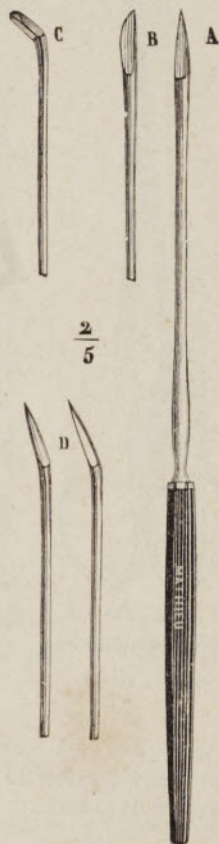


FIG. 877  
Bisturís para fistula vesíco-vaginal

APARATO INSTRUMENTAL

- Una sonda ordinaria de mujer;
- Un espéculum doble de Sims ó las valvas de Sims, modelo Courty (1);
- Una pinza-erina, divergente y convergente á voluntad, de Courty (fig. 875);
- Una erina simple;
- Dos pinzas con pasador, una recta, otra curva (fig. 876);

(1) Courty, *Trousse gynécologique*. Paris, 1878.

1.º Para el refrescamiento.

Una serie de bisturis de mango largo y hoja corta, puntiagu-  
dos ú obtusos, rectos, acodados sobre el plano ó sobre el filo  
(fig. 877);  
Tres pares de tijeras largas: tijeras rectas, semicurvas y cur-  
vas (figs. 878 y 879);  
Varios porta-esponjas (fig. 880);



FIG. 878  
Tijeras semicurvas

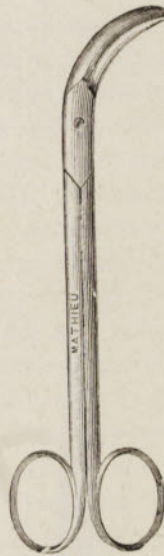


FIG. 879  
Tijeras curvas

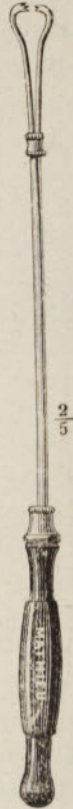


FIG. 880  
Porta-esponja

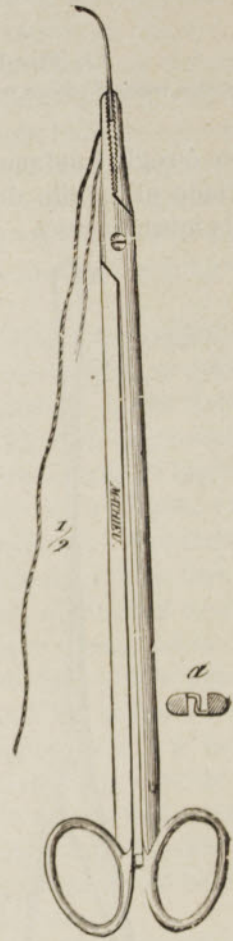


FIG. 881  
Porta-agujas de Sims

2.º Para la colocación de los hilos de sutura.

Las pequeñas agujas y el porta-agujas de Sims (fig. 881), ó el  
de Pozzi;  
O las agujas tubuladas de Starten rectas, encorvadas sobre el  
eje ó acodadas;  
O la nueva aguja pasahilos de Mathieu con el juego completo  
de agujas (fig. 882).  
Hilos de sutura: hilo de plata ó crin de Florencia.

3.º Para el ajuste de las superficies.

Un fulcro de Sims (fig. 883);  
Uno ó dos ganchos romos (fig. 884);

4.º Para la constricción y fija-  
ción de los hilos.

a. Crin { 2 pinzas con resorte, ó dos pinzas de curación  
de Florencia } uterina;  
b. Hilo de plata. { Tuercehilos de Denonvilliers (fig. 885) ó de  
Coghill.  
O placa de plomo de 2 milímetros de grueso  
(fig. 886).  
Granos de plomo ó tubos de Galli y una pinza  
fuerte para aplastarlos.

Procedimiento. — Trátase, verbi gratia, de suturar por el método americano una fístula ántero-posterior como la que resulta á veces consecutivamente á la talla vésicovaginal.

1.<sup>er</sup> tiempo: *Refreshamiento de los labios de la fistula.* — Estando la enferma en la posición de la talla perineal, introdúzcase una sonda por la uretra en la vejiga; confíesela á un ayudante colocado á la izquierda y que deberá deprimir la pared inferior de la vejiga á voluntad del cirujano; hágase bajar y sepa-

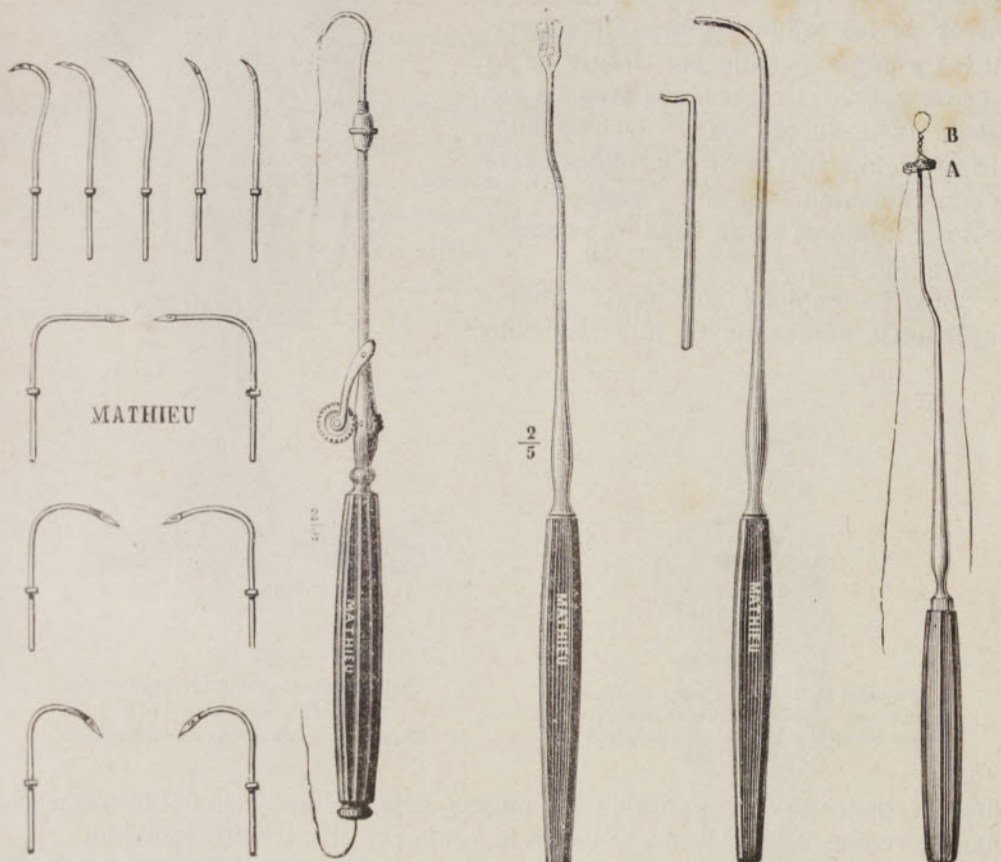


Fig. 882  
Aguja pasahilos  
de Mathieu

Fig. 883  
Fulcro de  
Sims

Fig. 884  
Ganchos de  
Sims

Fig. 885  
Tuercehilos  
de Denonvilliers

rar hacia atrás la pared posterior de la vagina con una valva de Sims por un ayudante colocado á la derecha.

Mientras se pellizca sucesivamente el contorno de la herida por medio de una erina simple ó de una larga pinza de dientes de ratón, circunscribese la zona de refreshamiento con la punta de un bisturí. Esta zona debe tener de 10 á 12 milímetros de ancho (fig. 887).

Divídanse de atrás á delante la mucosa y la capa muscular de esta zona que corresponden á los ángulos de la herida; luego, ya con la erina y el bisturí, ya con la pinza y las tijeras, quitense sucesivamente, *formando una tira*, cada mitad derecha y cada mitad izquierda de la zona, sin interesar nunca la mucosa vesical. Resulta así una superficie cruenta en forma de embudo, cuyo fondo está representado por los labios vesicales de la fístula primitiva.

2.<sup>o</sup> tiempo: *Colocación de los hilos de sutura.* — Los hilos deben estar colocados á 5 milímetros unos de otros; uno en medio, otro en cada ángulo y los

demás en el intervalo de los precedentes. Si la herida es de 3 centímetros, se necesitan siete hilos, que se colocan uno tras otro del modo siguiente:

Si la herida es ántero-posterior, empléese una pequeña aguja de Sims que se fija en ángulo recto á un lado de la pinza porta-aguja, ó bien empléese una aguja acodada de Starten ó de Mathieu. Húndase la aguja á 5 milímetros por fuera de la zona de refrescamiento, dirijase á través de los tejidos hacia la fistula primitiva y hágasela salir *por debajo de la mucosa vesical*; se introduce después *por debajo de la mucosa vesical* del otro lado, dirigiéndola á través de los tejidos hacia la superficie de la vagina, y hágasela salir á 5 milímetros de la zona de refrescamiento (fig. 888).

Si se ha empleado una aguja tubulada, hágase sobresalir el hilo haciendo



FIG. 886

Pequeñas placas de plomo; una simplemente agujereada, la otra ya sujeta mediante perdigones que aprietan los hilos, éstos cortados á ras

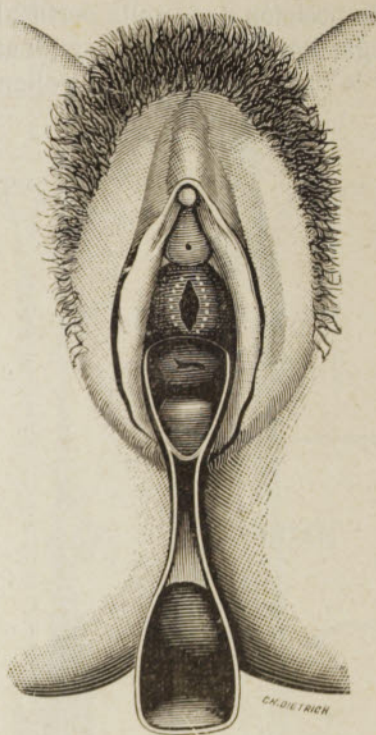
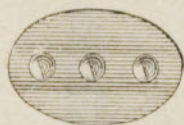


FIG. 887

Fistula ántero-posterior del tabique vésico-vaginal (Le Fort)

El punteado indica la zona de refrescamiento

girar la ruedecita con el pulpejo del pulgar, cójase el extremo del hilo con una pinza y reténgasele mientras se retira la aguja por el trayecto recorrido.

Cójanse los dos cabos del hilo, anúdense sus extremidades y fíjeselas momentáneamente en una pequeña placa de plomo con muescas ó en una de las ranuras de una planchita de madera que sostiene un ayudante. Esta precaución tiene por fin impedir que se enreden los hilos.

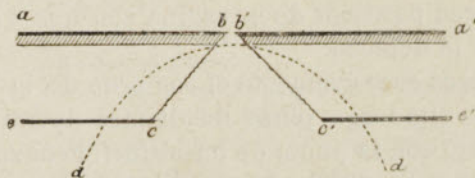


FIG. 888.—Esquema de la sutura de una fistula vésico-vaginal

*aa'*, mucosa vesical; *bb'*, orificio vesical de la fistula; *cc'*, orificio vaginal de la fistula; *ee'*, mucosa vaginal; *bc*, *b'c'*, bisel de refrescamiento; *dd'*, hilo pasado á través de la pared vésico-vaginal debajo de la mucosa vesical

3.<sup>er</sup> tiempo: *Constricción y fijación de los hilos*. — Recójase el hilo del centro con la mano izquierda; tírese de los cabos, mientras con un gancho romo en la mano derecha, se empujan los labios del embudo hacia la vejiga para favorecer la coaptación de las superficies cruentas; reemplácese el gancho por un fulcro, en cuya ranura se introducen los dos cabos del hilo, hágase deslizar

el fulcro hasta la línea de reunión y confíesele á un ayudante que debe mantenerlo en su sitio.

Hecho esto, se procederá del modo siguiente: *a.* Si el hilo es una crin de Florencia, hágase el nudo de cirujano, tírese de los dos cabos con los dedos ó con dos pinzas de resorte; cuando el nudo llega cerca del fulcro, ordénese la

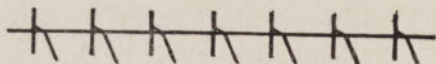


Fig. 889.—Sutura entrecortada con hilo de plata

retirada de este instrumento y apriétese moderadamente el nudo. Sujétese este nudo con otro sencillo y córtense los cabos á pequeña distancia.

*b.* Si es un hilo de plata, córtense las extremidades de los cabos de un tijeretazo, introdúzcanse los cabos en los ojos de un tuercehilos, y mientras se la mantiene junto al tallo con los dedos de la mano izquierdá, hágase girar el instrumento sobre su eje con la mano derecha: el hilo se tuerce más y más. Deténgase el movimiento de rotación, en cuanto la torsión llegue cerca de la

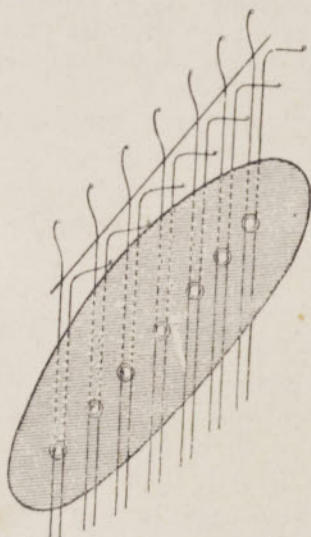


Fig. 890

Paso de los hilos á través de una placa de Bozemann

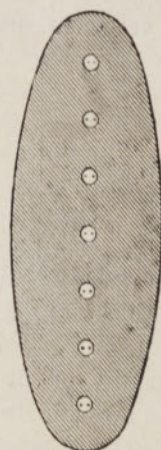


Fig. 891

Hilos cortados á ras de los perdigones sobre la placa de Bozemann

línea de sutura; córtese el pequeño torzal á alguna distancia con las tijeras y vuélvase su extremidad punzante hacia la vagina con una pinza. Repítanse las mismas maniobras con el hilo más profundo y luego con los otros, de atrás á delante, hasta que la reunión sea completa (fig. 889).

*c.* Si se quiere practicar la sutura de Bozemann, que es preferida todavía por cierto número de cirujanos, córtese una placa de plomo oval, háganse en ella tantos agujeros como hilos se hayan puesto (siete generalmente), á 5 milímetros unos de otros, pliéguese un poco la placa formando una canal longitudinal, introdúzcanse sucesivamente los cabos de cada hilo en cada agujero, tírese de los cabos con la mano izquierda, mientras con un gancho romo se favorece la coaptación de las superficies vivas y empújese poco á poco la placa hasta ponerla en contacto con la línea de reunión.

Asegúrese de que la fístula está bien cerrada haciendo una inyección en la vejiga; luego — estando sostenida la placa por un ayudante, que la apoya por debajo con una pinza de curación uterina entreabierta, — pásense los cabos de cada hilo por un grano ó un tubito de plomo, hágase deslizar el grano ó el tubito hasta ponerle en contacto con la placa, aplástesele sobre el hilo con una pinza fuerte y córtese el hilo á ras, con las tijeras (figs. 890 y 891).

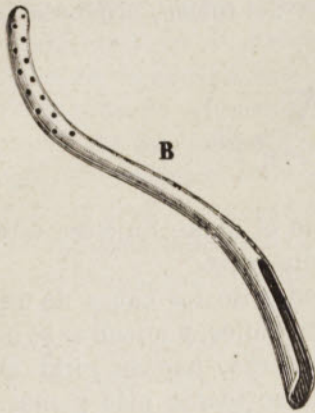


Fig. 892

Sonda sigmoidea de Sims

Después de la operación, según los casos y también según las preferencias personales del cirujano, se deja una sonda permanente, de ordinario la de Sims (figura 892), (nosotros preferimos la de Skene ó de Pezzer), que se limpia de cuando en cuando, ó bien se hace el cateterismo frecuente (cada tres ó cuatro horas). Los puntos de sutura se quitan del octavo al décimo día.

La crin de Florencia, especialmente recomendada por Poncet (de Lyon), es menos irritante que la seda fenicada, siendo igualmente bien tolerada y más flexible que el hilo de plata. No se experimenta molestia alguna ni produce ningún desorden cuando se quitan los puntos formados con ella. Hace años que apenas empleamos más que la crin para las fístulas vésico-vaginales.

## II

## COLPOKLEISIS

La colpokleisis, concebida y ejecutada por primera vez por Simón, que la ha dado su nombre, consiste en cerrar completamente la vagina inmediatamente por debajo de una fístula urinaria incurable de otro modo. Se practica, por consiguiente, según el sitio de la fístula, ya en el fondo de la vagina, ya á nivel del fondo inferior de la vejiga, ya á nivel de la uretra, ya también, por excepción, á nivel del meato; y, en este último caso, la zona de refrescamiento se extiende más ó menos por la vulva. Es raro que se consiga el éxito á la primera vez. Por esto varios cirujanos han pensado en derivar la orina hacia el recto, estableciendo una fístula recto-vaginal (1).

La orina, después de la oclusión, se acumula en la vagina y es evacuada en ciertos momentos, ya en totalidad, ya sólo en parte. Cuando el cuello de la vejiga está destruido, es indispensable un obturador. Se concibe también que, en las mujeres todavía regladas á pesar de la fístula, ó en quienes las reglas han reaparecido después de la operación, la sangre menstrual fluya con la orina por la uretra ó por el resto de uretra. La esterilidad es absoluta, á menos que haya una abertura en el fondo de la nueva vagina, á menos también, si la colpokleisis es muy baja, que el meato se dilate con el tiempo á consecuencia del coito y permita así la proyección del esperma en la cloaca vésico-vaginal. En todo caso, si la mujer es joven, si no es viuda, hay que obtener el consentimiento formal de la mujer y del marido, después de haberles explicado las consecuencias ordinarias de la operación y de haberles declarado que el único fin de la operación es la curación de la incontinencia de orina.

(1) Véase Cazin, *Arch. gen. méd.*, Marzo de 1881.

A veces, al cabo de un tiempo variable, se ve formarse en la vagina, detrás de la barrera, uno ó varios cálculos de volumen mayor ó menor (Simón, Wernher, Nicaise, A. Dubrueil, etc.).

Aparato instrumental:

- Una sonda de forma ordinaria;
- Las valvas de Sims (modelo de Courty);
- Dos pinzas dentadas;
- Uno ó dos tenáculos;
- Tijeras romas curvas;
- Un bisturí recto;
- Una pinza porta-agujas de Collin;
- Agujas curvas armadas de crin de Florencia ó de seda;
- Una aguja de Reverdin;
- Un gancho romo;
- Una pinza de resorte;
- Algunos granos ó tubos de plomo.

Procedimiento. — Trátase, por ejemplo, de cerrar la vagina á 1 centímetro más arriba del cuello vesical.

1.<sup>er</sup> tiempo: *Refrescamiento de las paredes vaginales*. — Estando la enferma en la posición de la talla perineal, — después de haber vaciado el recto, — mientras un ayudante, colocado á la izquierda de la paciente, levanta la pared anterior de la vagina con una valva de Sims, — cójase y levántese un pliegue transversal de la mucosa en medio de la pared posterior de la vagina, empleando una pinza de dientes de ratón; luego incíndase por delante solamente la base del pliegue; levántese un pliegue semejante á la izquierda, por ejemplo, del precedente; incíndase asimismo su base uniendo las dos incisiones, y así sucesivamente á la izquierda y luego á la derecha, hasta que se haya marcado el límite anterior del refrescamiento sobre la pared posterior y las partes laterales de la vagina.

Vuélvase la valva de Sims sobre la pared posterior y, mientras un ayudante colocado á la izquierda del operador deprime esta pared, márquese el límite del refrescamiento en la pared anterior, de modo que se obtenga un círculo completo.

Vuélvase á colocar la valva de Sims sobre la pared anterior, confíesela al ayudante colocado á la derecha de la enferma, levántese con la pinza el labio posterior de la incisión sobre la pared posterior, confíese la pinza al ayudante colocado á la izquierda del operador, introdúzcase el índice izquierdo como guía en el recto, y hágase el refrescamiento de delante atrás mientras el ayudante encargado de la pinza sigue la marcha del bisturí. El refrescamiento se debe hacer en una altura de 1 centímetro y medio á 2 centímetros.

Una vez preparadas la pared posterior y las partes laterales de la vagina, refrésquese de igual manera la pared anterior, sirviendo de guía una sonda que se ha introducido en la vejiga.

Excíndase el anillo de mucosa así desprendido é iguálese la herida con las tijeras.

2.<sup>o</sup> tiempo: *Colocación de los hilos*. — Éstos deben abrazar todo el fondo de la zona refrescada, á 3 ó 4 milímetros unos de otros, sin entrar ni en la vejiga ni en el recto.

Colóquense sucesivamente con la aguja de Reverdin (que estimamos como muy cómoda para este objeto), empezando por el de en medio y terminando por los ángulos, los cuales exigen una atención especial.



3.<sup>er</sup> tiempo: *Constricción y fijación de los hilos.*—Cójense los cabos del hilo de en medio: asegúrese con el gancho romo de que la coaptación es exacta, luego anúdense los cabos ó fíjense con un grano de plomo que se aplasta sobre el hilo.

Repítase la misma maniobra por la parte de los ángulos, y finalmente, con los hilos intermedios.

Después de la operación, se hace una irrigación antiséptica de la herida y de la cloaca, se pone una sonda de Pezzer permanente y se acuesta á la enferma sobre la espalda. Los hilos se quitan del octavo al décimo día.

### III

#### CATETERISMO UTERINO

El cateterismo uterino es una pequeña operación, á menudo útil y hasta indispensable para el diagnóstico ó el tratamiento de ciertas enfermedades del útero. Pero exige una asepsia rigurosa, cierta habilidad manual y discernimiento para no exponer á peligros más ó menos graves.

El cateterismo permite apreciar: 1.<sup>o</sup> *la longitud del útero*, que es en estado normal de 60 milímetros en las nulíparas y de 65 milímetros en las múltiparas; 2.<sup>o</sup> *la dirección del conducto cérvico-uterino*; 3.<sup>o</sup> *la capacidad del cuerpo del útero*; 4.<sup>o</sup> *el espesor de la pared uterina*; 5.<sup>o</sup> *la movilidad del útero*; 6.<sup>o</sup> *el estado de la mucosa uterina*, etc., sin contar muchas otras aplicaciones hechas para el diagnóstico ó el tratamiento y que nos es imposible enumerar.

Se emplean las sondas llamadas *uterinas ó histerómetros*. Las más usadas en Francia son la de Valleix (fig. 893) y la de Marion Sims (fig. 894). La sonda de ballena de Créquy (fig. 895) es muy útil en caso de desviación del conducto cérvico-uterino, porque la flexibilidad de que está dotada facilita su introducción.

La sonda de Valleix se compone: 1.<sup>o</sup> de un tallo metálico de 15 á 18 centímetros de largo, graduado en centímetros y provisto de un cursor libre; 2.<sup>o</sup> de un mango en el que puede entrar el tallo; el instrumento resulta así más portátil. El tallo está ligeramente abultado en su extremidad uterina y encorvado en sus 4 últimos centímetros según un radio de 10 centímetros.

La sonda de Sims, de 25 á 28 centímetros de largo é igualmente graduada en centímetros se distingue de la precedente, en que es absolutamente rígida y fija, en que en sus 8 ó 10 últimos centímetros, formados de plata recocida, puede ser encorvada en todos sentidos á voluntad del cirujano.

El cateterismo uterino se hace sin, ó mejor con el espéculum. *Es necesario siempre asegurarse previamente de que no existe un embarazo*, á fin de evitar un aborto; á la menor duda hay que abstenerse. Supongamos que se haya escogido la sonda de Valleix.

A. CATETERISMO SIN EL ESPÉCULUM.—Procedimiento.—Estando la paciente en la posición de la talla, introdúzcase en la vagina el índice izquierdo previamente engrasado, lléguese al fondo de la vagina y reconózcase la posición del cuerpo del útero y la dirección del eje cérvico-uterino: *regla invariable para todo cateterismo.*

Si la dirección es normal (ligera antecurvadura) determínese el orificio uterino externo; colóquese el extremo del índice, con el pulpejo hacia adelante,

junto al borde del labio inferior del cuello, inmediatamente debajo del orificio, tómesese con la mano derecha el mango de la sonda previamente engrasada y hágase deslizar su pico sobre el índice, con la concavidad hacia adelante, hasta que llegue á la entrada del cuello.

Introdúzcase suavemente el pico en el conducto cervical. De ordinario (á menos de metritis parenquimatosa crónica) el pico se encuentra detenido á 2 centímetros y cuarto ó 2 centímetros y medio, es decir, á nivel del orificio interno del cuello, que es la parte más estrecha, y por consiguiente el más peligroso escollo del cateterismo. Este obstáculo, sin embargo, es á menudo bastante ligero para no entorpecer la progresión de la sonda.

En todo caso, nunca se debe forzar, sino más bien retroceder, variar en diversos sentidos la dirección del pico, repetir las tentativas y, cuando se siente vencida la resistencia, bájese suavemente el mango hacia atrás, al mismo tiempo que se continúa empujando el pico. Este se ve en un momento dado detenido por el plano resistente que forma el fondo del útero.

Con el índice izquierdo ó con una pinza hágase resbalar el cursor hasta el orificio externo del cuello; manténgasele fijo sobre el tallo y retírese la sonda, si sólo se ha querido medir la longitud del útero.

Una vez retirado el instrumento, compruébese la longitud obtenida.

A nivel del orificio interno se produce á veces una contracción espasmódica, de la que se triunfa sin violencia por la presión continua del pico de la sonda (cateterismo apoyado).

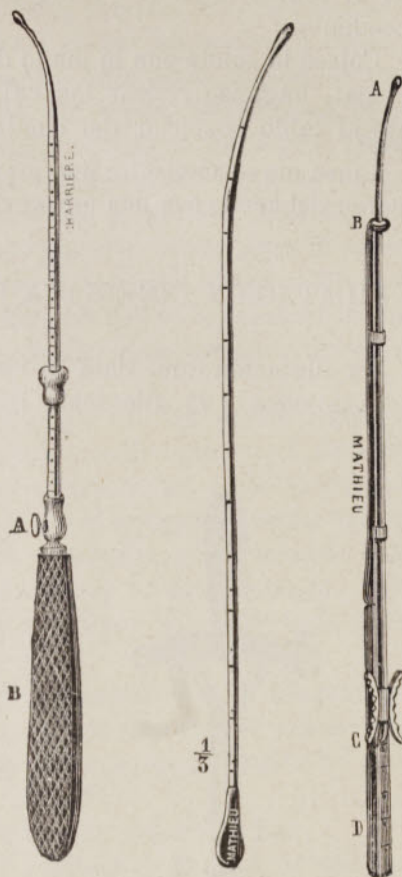


FIG. 893 Sonda uterina de Valleix  
 FIG. 894 Sonda de Marion Sims  
 FIG. 895 Sonda de Créquy



FIG. 896.—Pinza-erina de Pozzi

Quando el pico llega al fondo del útero, la paciente acusa generalmente una sensación de sufrimiento especial, bien conocida desde Valleix, y que es para nosotros un indicio precioso.

B. CATETERISMO CON EL ESPÉCULUM.—Procedimiento.—Después de haber determinado por el tacto la posición del cuello del útero, la del cuerpo y, por

consiguiente, la dirección del eje cérvico-uterino, colóquese una valva de Sims hacia atrás y, si es necesario, otra delante, confíeselas á un ayudante y condúzcase el índice izquierdo junto al cuello del útero como en el procedimiento precedente.

Cójase la sonda con la mano derecha, introdúzcase el pico en el conducto cervical, háganse retirar las valvas y luego, mientras se mantiene el índice junto al labio posterior del cuello, manéjese la sonda como precedentemente.

A menudo se encuentra una gran ventaja en fijar el útero pellizcando el labio posterior del cuello con una pinza-erina de Pozzi, por ejemplo (fig. 896).

### DILATACIÓN INMEDIATA PROGRESIVA DEL CUELLO UTERINO

La dilatación inmediata progresiva es preferida hoy día por gran número de ginecólogos á la dilatación lenta que se obtiene por medio de sustancias

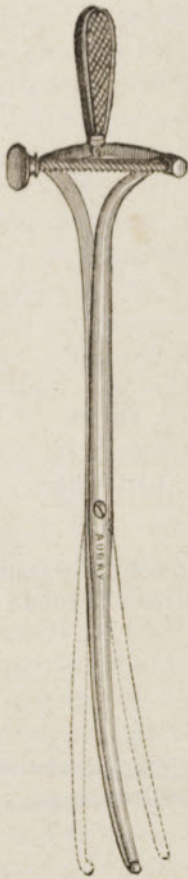


FIG. 897

Dilatador de Pajot-Leblond



FIG. 898

Dilatador de Siredey



FIG. 899

Bujía de Hégar

que aumentan de volumen por imbibición, tales como la raíz de malvavisco, la de genciana, la laminaria, el tupelo, la esponja preparada. Sin embargo, en nuestro concepto, cada uno de estos dos métodos de dilatación tiene sus indicaciones propias, y los perjuicios que se podían imputar al método lento (adenoflemón de los ligamentos anchos, celulitis pélvica, peritonitis pélvica, septic-

mia), son hoy día completamente excepcionales si se procede conforme á las reglas de la asepsia.

La dilatación rápida puede estar indicada, ya para el diagnóstico de las enfermedades del cuerpo del útero (espéculum intra-uterino, tacto, cateterismo), ya para el tratamiento de estas enfermedades y de las del cuello, á título de operación preliminar ó de operación curativa. Es preliminar cuando se trata del raspado de la mucosa, de sus fungosidades, de restos placentarios, la embrocación de la cavidad uterina (nitrato de plata, percloruro de hierro, tintura de yodo, cloruro de zinc, etc.), las inyecciones ó irrigaciones intra-uterinas, la enucleación de miomas intersticiales, la extracción de pólipos intra-uterinos. Es curativa cuando se la emplea para la endocervicitis rebelde, para la ante-flexión y retroflexión, para la estenosis del orificio interno del cuello, para la del conducto ó del orificio externo del cuello, con dismenorrea y á menudo también con esterilidad. En estos últimos casos se la asocia á la discisión previa del orificio externo.

La dilatación inmediata progresiva se hace, ya con los dedos (auricular, índice) después de incisión bilateral del cuello, *procedimiento de C. Schröder*, ya con un instrumento de valvas ó de ramas divergentes, tal como el dilatador de Huguier, el de Schultze, el de Pajot (fig. 897), ó el extremadamente cómodo de Siredey (fig. 898), ya con bujías de volumen gradualmente creciente, bujías cónicas de Lawson-Tait (4 números) atornilladas sobre un mango largo; bujías cilíndricas de Fritsch y bujías cilindro-cónicas de Hégar (fig. 899), unas y otras de caucho endurecido ó de metal.

Las bujías de Hégar, muy numerosas, tienen entre sí una diferencia de 1 milímetro ó de medio milímetro de diámetro; la más fina mide 2 milímetros y la más gruesa 26 milímetros de diámetro. Naturalmente, no se pasa de tal ó cual número, según el fin propuesto.

Sólo describiremos el procedimiento de dilatación con las bujías.

Procedimiento.—Estando la enferma en la posición de la talla, introdúzcase el índice izquierdo en la vagina, reconócese la posición del cuello y la del cuerpo del útero, colóquense dos valvas de Sims, una delante y otra detrás, y confíense á un ayudante.

Cójase el labio posterior del cuello con una pinza de Museux, bájese un poco el útero en la dirección de la vagina, y manténgasele inmóvil.

Hágase una inyección de aceite aséptico en el conducto cervical.

Tómese con la mano derecha una bujía previamente engrasada, el n.º 1 ó el n.º 2 de Hégar; introdúzcasela lentamente en el conducto cervical, con pequeños movimientos de rotación; cuando ha llegado á una profundidad de 4 centímetros y medio, déjesela colocada medio minuto, por ejemplo, y retíresela.

Reemplácesela por el número siguiente, manióbrese igualmente, y así se sigue hasta obtener el grado de dilatación deseado.

El método antiséptico debe ser aplicado antes, durante y después de la dilatación cervical. Pero no se vaya á creer, repetiremos con Fritsch, que el peligro de infección séptica sea el único de la dilatación inmediata: hay que contar con la ruptura del fondo del útero cuando se emplean los dilatadores de ramas divergentes, ruptura que ha sido á menudo interpretada como perforación producida por la cucharilla en el raspado.

## RASPADO DEL ÚTERO

El raspado del útero (1), operación hoy día usual que debemos á Récamier y que Doléris ha tenido el mérito de vulgarizar en Francia bajo su nueva forma, consiste en quitar toda la extensión y el mayor espesor posible de la mucosa uterina por medio de instrumentos especiales, cortantes ú obtusos, llamados *cucharillas* (ó *raspadores*); es un verdadero raspado que muerde hasta el músculo uterino. La mucosa que ha sido sometida al raspado, aun el más radical, se regenera poco á poco ulteriormente, gracias á los restos de corion y de fondos de saco glandulares que forzosamente se han dejado durante la operación.

El raspado verdadero, tal como acaba de ser definido, está indicado como

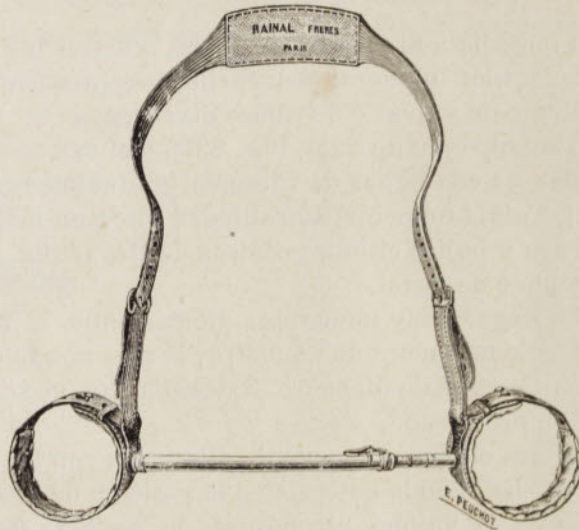


FIG. 900.— *Clover's crutch*

tratamiento de elección en todas las formas de endometritis crónica: catarral, muco-purulenta, hemorrágica. Sobre todo en esta última es donde da los mejores resultados. No está contraindicado, al menos según nuestra experiencia, por la coexistencia de complicaciones inflamatorias peri-uterinas. Según los casos, ó bien se emplea solo, ó bien se le asocia como prelude ó como complemento de la ablación de los anexos ó á otras operaciones ginecológicas (amputación del cuello, traquelorrafia de Emmet, etc.).

Los medios y el modo operatorio varían de tal manera entre los ginecólogos, que sería absolutamente imposible hacer de ellos una exposición completa. El lector nos permitirá, pues, que le presentemos solamente los instrumentos que empleamos y la técnica que seguimos, ya en nuestra práctica particular, ya en el hospital, desde hace once años.

Aparato instrumental:

- Un separador y elevador de las piernas de Clover (*Clover's crutch*) (figura 900);
- Una valva de Sims;
- Un irrigador de Esmarch, con tubo largo y llave;

(1) Véase Doléris (*Nouv. Arch. d'obst. et gynec.*, 1887; Bouilly (*Soc. chir.*, 1890); Gaches Sarraute (*Nouv. Arch. d'obst.*, 1890); Pichevin (*Gaz. Hôp.*, 1890); Pozzi (*Traité de gynec.*, 1897).

Una pinza de curación uterina (fig. 901);  
 Una larga pinza de Museux, con erina doble (fig. 902);  
 Un catéter uterino de Valleix;  
 Un aplicador intra-uterino de Fritsch (fig. 903);  
 Una sonda intra-uterina de Bozeman-Fritsch (fig. 904);  
 Diversos dilatadores extemporáneos: bujías de Hégar, dilatador de

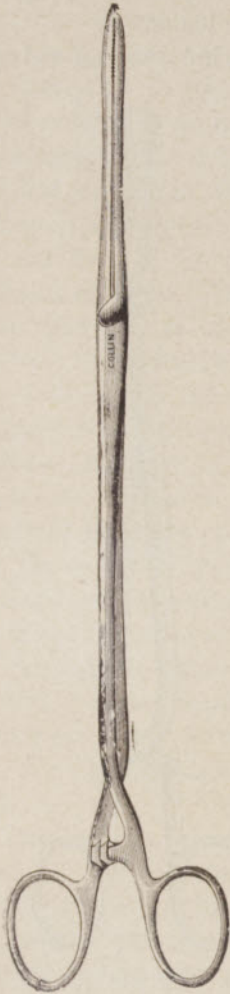


FIG. 901  
Pinza de curación  
uterina



FIG. 902  
Pinza de Museux con  
erina doble



FIG. 903  
Aplicador de  
Fritsch

Pajot-Leblond, dilatador de Siredey; el de Auvard es también muy cómodo;

Tres cucharillas fenestradas y cortantes de Sims, de 4, 6 y 9 milímetros de ancho (fig. 905);

Tijeras de Küchenmeister, en caso de desbridamiento necesario del cuello (fig. 906);

Accesorios: tijeras ordinarias, sonda vesical y navaja de afeitar.

La asepsia en todo y por todo debe naturalmente ser minuciosa.

Procedimiento. — Estando colocada la mujer en posición dorso-sacra al extremo de una mesa, con las piernas elevadas y separadas con el aparato de Clover, cuya correa se pasa, ya simplemente por detrás del cuello, ya por enci-

ma de un hombro y por la axila opuesta, — después de haberse colocado el mismo operador sentado en un taburete, entre las piernas de la enferma, aféitense los órganos genitales externos, desinfectese la vulva y las partes de alrededor, luego la vagina y el cuello del útero, vacíese la vejiga (el recto ha sido evacuado la víspera mediante un purgante y la mañana de la operación mediante un gran enema de agua bórica) y hágase administrar el cloroformo ó el éter, si la enferma es particularmente irritable ó si exige la anestesia, porque el raspado del útero es muy doloroso en los dos tercios de los casos.

Deprimanse la pared posterior de la vagina y el periné con una valva de



FIG. 904

Sonda intra-uterina de  
Bozeman-Fritsch



FIG. 905

Cucharilla de Sims



FIG. 906

Tijeras de Küchenmeister

Sims, reconózcase por el tacto vaginal la dirección del útero, levántese la pared anterior de la vagina con el índice izquierdo y engánchese sólidamente el labio anterior del cuello ó, á falta del labio, el fornix anterior de la vagina con una pinza de Museux.

Después de haber retirado á medias la valva de Sims, bájese suavemente el útero hacia la vulva, — cuando no está inmovilizado por adherencias anormales, — pero sin exceder del tercio inferior de la vagina; un descenso más considerable nunca es necesario y puede tener inconvenientes y hasta peligros.

Asegurada la fijación del útero con la pinza de Museux, mídase la longitud total de su cavidad por medio del catéter de Valleix y apréciese, en cuanto sea posible, el espesor de sus paredes. Dilátase el conducto cervical con el instrumento de Siredey, hasta que su calibre tenga un diámetro de 6 á 8 milímetros;

lo cual se hace en dos minutos. Si es necesario, si el cuello está estenosado ó escleroso, divídasele á derecha é izquierda por medio de las tijeras de Küchenmeister, cuya hoja desnuda se introduce en la cavidad cervical y la hoja con gancho terminal se aplica á la cara externa del hocico. Ya casi no empleamos las bujías de Hégar para el raspado del útero.

Desinféctese toda la cavidad uterina, irrigándola por medio de la sonda de Bozeman-Fritsch, que es adaptada al tubo del irrigador de Esmarch y que da agua hervida caliente, simple ó salicilada al milésimo. Solamente entonces empieza el raspado.

Aplíquese la mano izquierda por arriba de la sínfisis púbica, á fin de completar la fijación del útero. Introdúzcase la cucharilla hasta el fondo del útero; se comprueba que ha llegado allí por una sensación especial de resistencia, por un dolor particular, si la enferma no está dormida, y por la longitud de cucharilla que ha penetrado, la cual es conforme á los datos de la histerometría previa. Diríjase el filo hacia el orificio de la trompa derecha, por ejemplo, y arránquese de un solo trazo, de arriba abajo, hasta el orificio interno del conducto cervical, la mucosa que cubre el borde derecho del cuerpo del útero. Vuélvase el filo hacia arriba, al lado del punto de partida, quítese luego otra tira vertical y de igual longitud de la parte contigua de la pared posterior. Continúese denudando esta pared mediante una serie de largos trazos verticales y paralelos, hasta el borde izquierdo del cuerpo del útero. Denúdense asimismo este borde y la pared anterior. Termínese la limpieza del cuerpo uterino paseando el filo de la cucharilla bajo la bóveda uterina de un orificio tubario al otro. No se debe considerar la obra perfecta sino cuando se *ha sentido en todas partes la resistencia y el crujido particular del músculo uterino*. Siempre es necesario un retoque; á veces se necesitan dos ó tres.

Después de haber raspado el cuerpo, pásese al raspado de todo el conducto cervical, que se debe practicar con energía á causa de la disposición de los árboles de vida y de la profundidad de las glándulas. La hemorragia producida por el raspado ejecutado así, es mínima de ordinario y nunca es inquietante.

Desembarácese el útero de todos los restos irrigándolo con la sonda de Bozeman. Tóquese toda la superficie denudada con una solución de cloruro de zinc al décimo por medio del aplicador de Fritsch guarnecido de un cilindro de algodón hidrófilo y hágase una nueva irrigación para evacuar el magma amarillo rojizo cremoso que resulta de la mezcla de la sangre y del cloruro. Quítese la pinza de Museux, rechácese el útero hacia arriba, es decir, hacia el abdomen; aplíquese simplemente una cura vaginal con gasa yodofórmica y retírese la valva de Sims. La operación ha terminado.

El raspado del útero es una operación casi inofensiva si se siguen las reglas del método antiséptico; todas las estadísticas publicadas hasta ahora lo prueban sobradamente.

## AMPUTACION DEL CUELLO UTERINO

Por *amputación del cuello*, á fin de evitar confusiones, hay que comprender únicamente la ablación *circunferencial*, ya de su parte intra-vaginal ú hocico de tenca, ya de su totalidad hasta el nivel del orificio interno del útero. Conviene, pues, distinguir primero: *una amputación subvaginal* y *una amputación supra-vaginal*. Sin embargo, como la exéresis puede rebasar la inser-



ción de la vagina sin alcanzar el orificio interno del útero, es absolutamente lógico y práctico colocar igualmente aquí la *amputación conoidea*, de Huguier, y la *amputación análoga*, llamada en embudo, de Hégar. De la precedente definición resulta que se debe separar la *resección bilabial* por la que Schröder quita la mucosa afecta de degeneración folicular y restaura el hocico de tenca.

Las indicaciones son: 1.º *para la amputación subvaginal del cuello*, la hipertrofia congénita ó adquirida del hocico de tenca, los epitelomas vegetantes que parecen no llegar ó no ir más allá de la inserción de la vagina, los sarcomas hidrópicos ó de otra clase que se hallan en la misma condición, la degeneración folicular en masa, la estenosis congénita ó adquirida de ciertas formas del cuello (*estomatoplastia uterina*), la metritis parenquimatosa crónica y rebelde con un fin regresivo (C. Braun), el gigantismo uterino con el mismo fin (Chalot); 2.º *para la amputación supra-vaginal*, los epitelomas vegetantes ó ulcerosos del hocico de tenca, cuya zona de infiltración ha rebasado la inserción de la vagina: Hofmeier (1) ha demostrado claramente con observaciones hechas en la clínica de C. Schröder y en la suya propia, que esta operación puede ir seguida de una curación radical; 3.º *para la amputación de Huguier*, el alargamiento llamado hipertrófico de la porción supra-vaginal del cuello; 4.º *para la amputación de Hégar*, este mismo alargamiento y los epitelomas del hocico que se extienden hacia la parte media del conducto cervical. Es necesario reconocer, no obstante, que esta última indicación es bastante difícil de determinar en la práctica, y que lo más seguro entonces es decidirse por la amputación supra-vaginal ó por la histerectomía total.

Aparato instrumental:

- Un separador elevador de las piernas de Clover;
- Dos valvas cortas;
- Un irrigador de Esmarch, con tubo y llave;
- Una pinza de curación uterina;
- Dos pinzas de Museux;
- Una pinza larga con ramas dentadas;
- Un bisturí recto de hoja larga y estrecha;
- Tijeras de Küchenmeister;
- Tijeras fuertes curvas por el plano;
- Algunas pinzas largas de forcipresión, ramas cónicas;
- Una aguja de Deschamps;
- Agujas de Hagedorn y porta-aguja de Pozzi;
- Seda fina ó crines de Florencia;

Accesorios: tijeras ordinarias, sonda vesical y navaja de afeitar.

El práctico no debe olvidar que la amputación, aun la subvaginal, del cuello, es una operación muy sangrienta. Le aconsejamos, no obstante, de acuerdo con los cirujanos modernos, que prefiera siempre el bisturí y las tijeras á los medios de diéresis obtusa (estrangulador lineal, ligadura extemporánea, asa gálvanocáustica, etc.) y que no practique nunca la hemostasia con el termocauterio ó el percloruro de hierro, á no ser que se proponga cauterizar al mismo tiempo un muñón sospechoso ó realmente infectado de cáncer.

A. AMPUTACIÓN SUBVAGINAL. — 1.º *Procedimiento ordinario ó de incisión circular*. — Se ejecuta con las tijeras y conviene especialmente al cáncer, en los casos en que sería peligroso sacrificar la necesidad de una exéresis amplia, á la conservación puramente estética de colgajos mucosos.

(1) Hofmeier (*Zeitschr. für Geb. u. Gyn.*, XI, 1, 1885).

Iguales medidas preliminares que para el raspado del útero. Separadas las paredes de la vagina con las valvas de Sims, cójase el labio anterior del cuello por medio de una pinza de Museux y bájesele cuanto sea posible hacia la vulva. Hiéndase el cuello á la derecha, luego á la izquierda, hasta cerca de cada fornix lateral, de un golpe de tijeras de Küchenmeister.

Cójase el labio posterior del cuello con otra pinza de Museux. Divídase transversalmente el labio anterior con las tijeras curvas cerca del fornix anterior (línea *a b*, fig. 907) y recójase el muñón correspondiente con la pinza de Museux que fijaba y ponía tenso este labio para mantenerlo al alcance y bien á la vista.

Divídase asimismo transversalmente el labio posterior cerca del fondo de saco posterior (línea *c d*, fig. 907).

Hágase la hemostasia definitiva por la forcipresión, la irrigación muy caliente, ó mejor, el taponamiento vaginal provisional con la gasa; luego, á fin de prevenir la recidiva local, cauterícese el muñón cervical, lo más profundamente posible, con una punta de Paquelin. Cura con la gasa yodofórmica.

Para poder practicar así la amputación típica del cuello, es á menudo necesario despejar primero el fondo de la vagina excavando las masas vegetantes con las cucharas de Simón ó aplastándolas y arrancándolas con pinzas de cuadro dentado. Esta operación preliminar es, por lo demás, indispensable desde el punto de vista de la antisepsia.

La pérdida de sangre es mucho menor con las tijeras que con el bisturí.

2.º *Procedimiento cuneiforme de Simón-Marckwald* (1), con algunas modificaciones de detalles. Debe ser preferido al precedente siempre que la mucosa intra y extra-cervical no está afectada por una neoplasia maligna.

Mientras un ayudante mantiene bajo el cuello por medio de una pinza de Museux implantada en el labio anterior, por ejemplo, y asegura la irrigación continua de la vagina con el chorro delgado y débil de la cánula de un Esmarch ó con una valva de Fritsch, divídase el cuello á derecha é izquierda de un tijeretazo hasta cerca de las inserciones vaginales. Excíndase en forma de cuña, con el bisturí, todo el labio anterior mediante dos incisiones *paralelas*, que pasan la una por debajo y la otra por encima de la pinza de Museux y que deben converger entre sí en la profundidad de los tejidos: la altura y la anchura de la cuña varían naturalmente según el volumen del cuello (fig. 908). Mientras el ayudante mantiene el descenso del cuello aplicando la pinza de Museux sobre el labio posterior todavía intacto, reúnanse para la hemostasia los dos colgajos mucosos mediante una doble serie de puntos entrecortados, profundos y superficiales, con seda ó con erin de Florencia: momento de la operación siempre laborioso, á no ser que se baje mucho el útero. Córtense todos los cabos á ras del nudo, excepto los de dos ó tres puntos profundos que servirán dentro un momento de medio de tracción y de fijación. Tapónese momentáneamente la vagina si es necesario.

Excíndase en forma de cuña todo el labio posterior, mediante dos incisiones análogas á las precedentes, y mientras se mantiene el cuello al alcance por la tracción ejercida sobre los cabos de hilos del labio anterior, sutúrense los

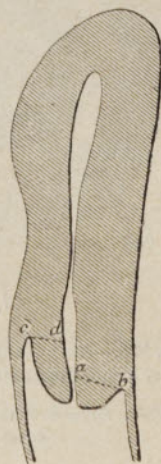


FIG. 907

Amputación subvaginal del cuello uterino

*a b*, sección del labio anterior  
*c d*, sección del labio posterior

(1) Marckwald (*Arch. f. Gyn.*, Bd. VIII, pág. 48, 1875).

dos nuevos colgajos de mucosa (fig. 909). Sutúrense en seguida las comisuras derecha é izquierda del nuevo orificio uterino. Después de haber completado la

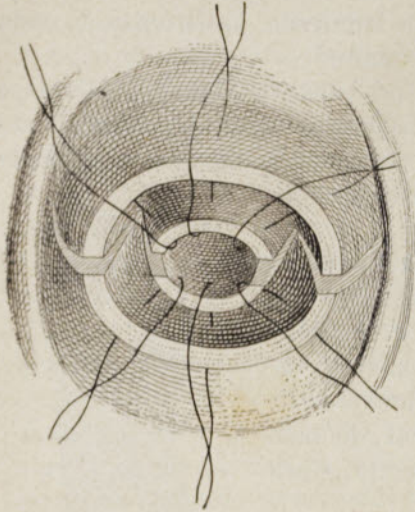


FIG. 908.—Amputación plástica del cuello por el procedimiento de Simón-Marckwald

Excisión en forma de cuña de cada labio del cuello y colocación de los hilos de sutura

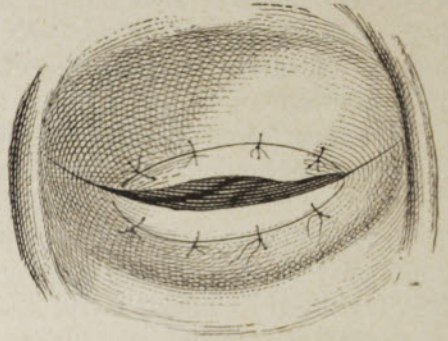


FIG. 909.—Amputación plástica del cuello por el procedimiento de Simón-Marckwald

Sutura de los colgajos de cada lado

hemostasia y hecho una limpieza regular, espolvoréese el cuello con yodofor-  
mo, córtense todos los cabos á ras del nudo, húndase el útero y, entre dos val-  
vas, aplíquese una cura vaginal con la gasa yodofórmica.

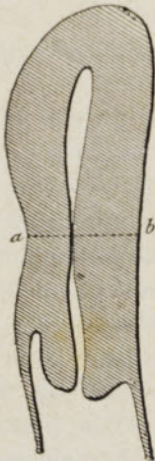


FIG. 910. -- Amputación supra-vaginal del cuello uterino

a b, línea de sección

Quando se practica la operación de Simón con el solo fin de agrandar el orificio uterino externo, no hay que contar demasiado con la estabilidad del resultado inmediato que es ciertamente muy bello; debimos, al menos por nuestra parte, renunciar á esta ilusión en dos de nuestras operadas, aunque el beneficio anaplástico era bastante sensible.

Para facilitar la aplicación regular de las suturas labiales hay que dejar la mayor longitud posible de mucosa intra-cervical.

**B. AMPUTACIÓN SUPRA-VAGINAL Ó TOTAL DEL CUELLO.** — 1.º *Procedimiento de C. Schröder*, según Hofmeier (1): *filopresión de las arterias uterinas*. — Después de haber bajado el cuello con pinzas de Museux, separadas ampliamente las paredes vaginales con las valvas de Simón, incíndase circularmente la mucosa vaginal alrededor del cuello, á medio centímetro ó 1 centímetro por fuera del cáncer; si es necesario, como lo ha hecho Schröder, reséquese el tercio superior de esta mucosa, cohibiendo al mismo tiempo con la presión y las liga-

duras, la sangre que procede de las arterias vaginales. Libértese el cuello por delante y por detrás, por despegamiento.

Por medio de una aguja de Deschamps semiobtusa, liguense en masa y en dos planos, con seda gruesa, las fajas más ó menos gruesas que forman ahora

(1) Hofmeier (*Grundriss der gyn. Operationen*, pág. 178, 1888).

los tejidos de los dos parametros y que comprenden necesariamente, por abajo la rama inferior de la arteria uterina y por arriba la misma arteria uterina.

Secciónense sucesivamente los tejidos paramétricos, por medio de tijeras, en medio de las dos filas de ligaduras.

Cuando el cuello queda libre hasta la altura deseada, incíndase su pared anterior hasta el conducto cervical y colóquese una ó varias asas profundas que abracen la pared vaginal y la del cuello, saliendo la aguja por el conducto cervical. Secciónese el cuello de través en la parte superior (línea *ab*, fig. 910). Reúnase la mucosa vaginal con la mucosa uterina y llévense los hilos de las ligaduras laterales á los ángulos derecho é izquierdo de la línea de reunión.

La abertura accidental, por lo demás frecuente, del fondo de saco seroso de Douglas no tiene consecuencia alguna desfavorable con el método antiséptico. Se cierra ya uniendo los labios peritoneales con algunos puntos de catgut ó de seda fina, ya suturando el peritoneo retro-vaginal al muñón uterino.

—Hasta el 1.º de Abril de 1888, C Schröder había hecho 141 operaciones de este género, con una mortalidad de 7, 1 por 100 solamente. Hofmeier, por su parte, no ha tenido defunción alguna en 30 enfermas que entonces había operado del mismo modo.

2.º *Procedimiento de Gr. Smith* (1): *forcipresión permanente de las arterias uterinas*. — Posición de la talla y miembros levantados con la muleta de Clover. Cójase el cuello con una pinza fuerte, bájese el útero todo lo posible y confíese la pinza á un ayudante que dirige los movimientos del útero según las instrucciones del operador.

Los únicos instrumentos necesarios desde este momento, son: dos grandes pinzas de forcipresión de Spencer Wells, tijeras curvas sobre el plano y un catéter uterino recto.

Con las tijeras, divídase circularmente la mucosa vaginal alrededor del cuello bastante lejos de la neoplasia. Con las tijeras y el índice izquierdo denúdense el cuello hasta lo más arriba posible por delante y por detrás, *no por los lados*. La disección se debe hacer á ras del útero, á fin de evitar por delante la vejiga y los uréteres, por detrás la perforación del peritoneo; será más elevada en la cara anterior que en la cara posterior del cuello. Cuando éste ha sido descubierto hasta los límites de inseparabilidad del peritoneo retro-uterino, despéguese un poco las hojas serosas de cada ligamento ancho, sobre los lados del útero, del plano de tejidos fibro-vasculares comprendido entre sus hojas, lo cual no es difícil.

Cójase este plano de tejidos así aislado, entre el índice y el medio de una mano, — tíresele hacia un lado mientras un ayudante tira del útero en sentido opuesto, á fin de poner en claro la parte inferior subperitoneal del ligamento ancho que encierra los vasos importantes, — y con la otra mano cójasele entre las ramas de una pinza-clamp, lo más arriba posible, á lo largo de los dedos que le distienden. Esta maniobra se hace sucesivamente á la derecha y á la izquierda del cuello. Si la presa es buena, se ve cesar en seguida la hemorragia que ha podido producir la pinza fijadora comprimiendo ó desgarrando los tejidos epiteliomatosos del cuello.

Divídanse con las tijeras los tejidos comprendidos entre cada pinza-clamp y el costado correspondiente del útero; el útero entonces casi siempre se puede bajar más.

Introdúzcase el catéter en la cavidad uterina como guía de exéresis. Divídase el tejido uterino con las tijeras, oblicuando hacia arriba; la sección se

(1) Gr. Smith (*Abdom. Surgery*, 3.ª edición, pág. 217, 1886).

debe hacer en todo el contorno y converger hacia el catéter. Los dedos de la mano izquierda separan los tejidos vecinos ante el camino de las tijeras, mientras el ayudante maneja el útero con la pinza fijadora y el catéter, de modo que favorezca la sección. Se puede así quitar el cuello y una porción considerable del cuerpo sin tener que temer la hemorragia. Hasta se puede quitar la mucosa uterina en toda su longitud sin gran dificultad, si se la divide mientras se la atrae gradualmente hacia abajo después de la sección del tejido muscular.

Riéguese la brecha con una solución antiséptica; tapónese la vagina con algodón antiséptico y envuélvase igualmente en algodón los mangos de las pinzas-clamps que deben permanecer colocados de veinticuatro á treinta y seis horas.

Greig Smith emplea este procedimiento hace cinco años con un éxito constante. Nosotros también estamos muy satisfechos de él y lo empleamos con preferencia al de Schröder.

C. AMPUTACIÓN MIXTA EN FORMA DE EMBUDO DE HÉGAR (1).—Bajado el cuello por medio de una pinza de Museux ó de un asa de hilo grueso, hágase en su base la incisión circular de la vagina hasta una profundidad de 3 ó 4 centímetros. — Divídase su pared anterior, dirigiendo la punta del bisturí oblicuamente hacia la parte superior de su cavidad. En cuanto queda abierto el conducto, si la hemorragia es intensa, sutúrese toda la superficie del muñón cervical mediante puntos que unan la mucosa vaginal á la cervical y consérvense momentáneamente los cabos como medios de tracción.

Continúese dividiendo el cuello oblicuamente por los lados y luego por detrás. Asegúrese la hemostasia y sutúrense las mucosas cervical y vaginal entre sí. La altura del cono así separado varía entre 3 y 4 centímetros y á veces más, según la longitud del cuello.

La sutura, por más que diga Hégar, no es siempre materialmente posible y es siempre difícil, más ó menos imperfecta, aleatoria. Cuando se opera por un cáncer es muy ventajoso desechar la sutura y cauterizar la sección del muñón, como Kœberlé (2) lo practica hace mucho tiempo con el termocauterio, ejemplo que nosotros mismos hemos seguido varias veces.

## EXTIRPACIÓN DEL ÚTERO

La extirpación del útero se hace, ya por la vagina (*colpo-histerectomía* ó *histerectomía vaginal total*), ya por el abdomen (*laparo-histerectomía* ó *histerectomía abdominal total*), ya por una y otra de estas vías (*histerectomía total mixta* ó *combinada*), ya, en fin, por la región posterior é inferior de la pelvis (*histerectomía total sacra* ó *para-sacra*).

En general, la histerectomía total puede estar indicada por el cáncer (epitelioma, sarcoma, adenoma maligno ó sospechoso), por el fibromioma y por las supuraciones anexiales y peri-uterinas. Pero hay que hacer una elección, según los casos particulares entre esas diversas vías, cuando se ha reconocido, ó al menos cuando se ha creído deber admitir las ventajas de la ablación total sobre los demás métodos de tratamiento disponibles; y aun, cualquiera que sea la elección, es necesario siempre contar desgraciadamente con relaciones

(1) Hégar y Kaltenbach, *Die operative Gynæk.*, pág. 527, 1886.

(2) Kœberlé (*Gaz. hebd. de méd. et ch.*, p. 139, 26, feb. 1886).

anatómicas delicadas y molestas como las que guardan los uréteres con la parte inferior del útero y la parte superior de la vagina. Si se opera por un fibromioma ó por una supuración pélvica, preocupa el no seccionar, desgarrar, arrancar, ligar ó pellizcar estos conductos; estos accidentes no son comunes, en verdad, pero el peligro subsiste. Si se trata de un cáncer, no solamente se corre el riesgo de herir los uréteres, sino también resulta *absolutamente forzoso limitar la exéresis en el estrecho intervalo de 1 centímetro y medio á 2 centímetros que los separa inferiormente del cuello, y se falta así constantemente al gran principio de la exéresis amplia, establecido para todas las neoplasias malignas é infectantes*. Es éste un punto de gran importancia que no ha sido suficientemente considerado por los autores, en la apreciación *terapéutica* de la histerectomía total y especialmente de la histerectomía total y de las histerectomías parciales aplicadas al tratamiento del cáncer. Ya se quite todo el útero ó ya se practique sólo la amputación subvaginal ó supravaginal del cuello uterino, se hace siempre una operación demasiado limitada por la presencia de los uréteres (y si se quiere también de las arterias uterinas) en el sentido transversal, es decir, en el sentido de la anchura de los ligamentos anchos, del tejido célula-vascular paramétrico. Por eso no nos admira que de una estadística fundada en la gran práctica de C. Schröder y en la suya, Hofmeier (1) haya deducido la equivalencia terapéutica casi completa de la histerectomía total y de la amputación del cuello, por lo menos para el cáncer de ese segmento uterino, que es con mucho el más ordinario.

Las importantes consideraciones que preceden nos inducen á reproducir aquí con algunas adiciones los datos anatómicos que habíamos consignado en nuestra primera edición (1886) y que se refieren especialmente á las relaciones de los uréteres y de las arterias uterinas desde el punto de vista de la histerectomía total y de la amputación total del cuello.

El útero recibe por cada lado tres arterias (fig. 911): una poco desarrollada en estado de vacuidad (1 á  $\frac{1}{2}$  milímetros) y comprendida en el ligamento redondo, es la *arteria funicular*, rama de la epigástrica; otra bastante voluminosa (1 á 2 milímetros), análoga á la arteria espermática del hombre y que va á parar 1 centímetro más abajo de la inserción de la trompa, es la *arteria tubo-ovárica*, rama de la aorta abdominal, llamada erróneamente útero-ovárica, pues que no concurre realmente á la irrigación del útero; otra más voluminosa todavía, la *arteria uterina*, rama de la iliaca interna, que va á anastomosarse directamente con la precedente debajo de la trompa, junto al cuerpo del útero. La arteria uterina, desde su nacimiento, desciende al pliegue de Douglas, costea el uréter situado por dentro de ella, y llegada á la base del ligamento ancho, á *nivel del orificio externo del cuello*, punto más inferior de su trayecto descendente, pasa por delante del uréter; luego vuelve á subir hacia el borde del útero formando un asa flexuosa, de concavidad súpero-externa, rodeada de numerosas y gruesas venas, así como de una ganga de tejido fibro-muscular. Esta asa está pegada al fondo de saco lateral de la vagina, *un poco por delante* del diámetro transversal del cuello y alcanza el borde de la porción supra-vaginal del cuello por arriba de la inserción vaginal, de tal suerte que una *ligadura vertical que abraza el fondo de saco, suba á 1 centímetro y medio, y mejor á 2 centímetros, y esté colocada á 10 milímetros del cuello, comprenderá seguramente el asa formada por el tronco de la arteria uterina*. El calibre de esta asa, que está abultada, mide 2 milímetros y medio á 3 milímetros. *La distancia entre el cuello y el uréter, espacio disponible para la ligadura ó la forcipresión es de 10 á 12 milímetros solamente*; Morrison Watson y Gr. Smith le dan también 12 milímetros; según Ricard (2), que publicó sus investigaciones después que las nuestras, el intervalo es de 1 centímetro y medio. Pero con el descenso del útero, según la expe-

(1) Hofmeier (*Munch. med. Woch.*, n.º 42-43, 1890).

(2) Ricard (*Semaine med.*, p. 39, 1887).

riencia clínica, *se le puede evaluar en 2 centímetros por lo menos*. Conviene, pues, no alejarse demasiado del cuello, so pena de cortar, de ligar ó de pellizcar el uréter. Después de haber llegado al útero, la arteria uterina se repliega sobre sí misma formando una serie de ondulaciones apretadas hasta debajo de la trompa y, como hace notar igualmente Ricard, *se incrusta en el tejido fibro-muscular del borde uterino, tanto, que «el escalpelo sigue penosamente sus flexuosidades.»* Kocks ha pretendido que las arterias uterinas están bastante alejadas del útero para que se pueda enuclear este órgano sin interesarlas. *El cirujano, sin embargo, no debe olvidar que el tronco arterial con sus numerosas flexuosidades hacia adelante y hacia atrás, se halla mantenido contra el flanco del útero por una ganga de tejido conjuntivo y que, si bien es posible la histerectomía subarterial, no puede ser erigida como método general ú ordinario.*

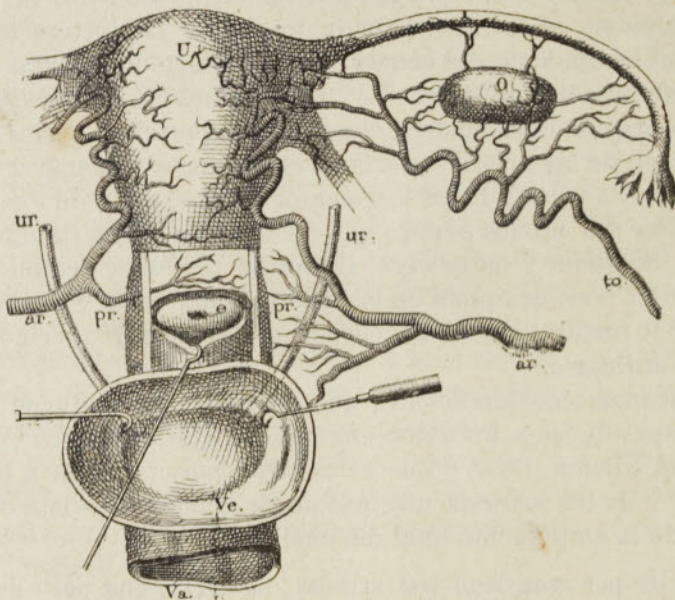


FIG. 911. — Circulación arterial del útero y de sus anexos. Relaciones recíprocas del cuello del útero, de los uréteres y de las arterias uterinas

U, útero. — T, trompa izquierda. — O, ovario izquierdo. — Va, vagina, abierta transversalmente por arriba, para dejar ver el hocico de tenca, e. — Ve, vejiga reducida por excisión á su pared inferior. — ur, uréteres derecho é izquierdo. — ar, ar, arterias uterinas derecha é izquierda. — pr, pr, arterias precervicales derecha é izquierda. — to, arteria tubo-ovárica izquierda.

Para completar las aplicaciones de la anatomía á la cirugía, recordaremos la existencia de una rama importante, que está muy bien indicada en una figura de Hyrtl reproducida en todas partes, y que nosotros hemos hallado en todas nuestras preparaciones. Esta rama nace, por un tronco sólo de 4 ó 5 milímetros, de la misma arteria uterina, un poco después de haber ésta cruzado el uréter; se dirige transversalmente hacia adelante y un poco hacia arriba al fondo de saco anterior de la vagina, sobre el que se anastomosa mediante cuatro ó cinco ramos, con los de la arteria homóloga del lado opuesto. Se la podría llamar *arteria precervical*. ¿Es esta arteria, ó la misma arteria uterina, donde reside el *pulso vaginal* que se observa durante el embarazo, en las inflamaciones agudas del útero ó de los anexos, etc.?

#### A. — HISTERECTOMÍA VAGINAL TOTAL

(Operación de Récamier-Czerny)

Récamier es quien por vez primera, en 1829, ha reglado el manual operatorio de la histerectomía vaginal en sus partes esenciales, principalmente en lo que concierne á la ligadura en masa de las arterias uterinas, las más importantes de todas. Pero su feliz ejemplo y el de Sauter, su antecesor, fueron seguidos

de tales desastres, que la operación quedó durante largo tiempo olvidada, no llamando de nuevo la atención de los cirujanos hasta 1879, ante el impulso de Czerny (1), que ha logrado implantarla definitivamente en la terapéutica moderna. Es practicada hoy día en todos los países.

La histerectomía vaginal está indicada: 1.º Para el cáncer del conducto cervical, para el del cuerpo del útero y también, según buen número de cirujanos, para todas las formas de cáncer del cuello, con preferencia á las amputaciones parciales. Pero la intervención sólo es admitida generalmente en las condiciones siguientes: *movilidad del útero, integridad de los parametros, ausencia de infarto ganglionar pelvi-lateral*, fenómenos todos comprobados por el tacto combinado y por el prolapso artificial del útero, si es necesario, bajo la acción del cloroformo. La infiltración de los fondos de saco vaginales, si parece limitada á la mucosa no es una contraindicación operatoria (C. Schröder, Richelot y otros ginecólogos).

2.º Para todas las supuraciones pélvicas *bilaterales* (Péan (2) y Segond (3): salpingo-ovaritis, pelvi-peritonitis, pelvi-celulitis. Pozzi (4), Terrillon (5), Terrier (6) y Hartmann creen, por el contrario, que la laparotomía es preferible en la mayor parte de estos casos y que se debe reservar la histerectomía vaginal, *castración uterina de Péan*, para las supuraciones excepcionales que envuelven en cierto modo al útero y que van acompañadas de plastrón abdominal. La laparotomía debe quedar como método de elección y la incisión vaginal de Laroyenne no se debe, por otra parte, desdeñar. «En todo caso, dice muy bien Auvard (7), la castración uterina no debe ser intentada sino cuando está probado por un diagnóstico bien meditado, que la curación de la mujer es imposible sin suprimir las funciones genitales.» Tal es también nuestro modo de ver, según la observación de las numerosas enfermas que hemos tenido que tratar.

3.º Para los úteros miomatosos que no excedan del nivel del ombligo (Péan, Segond (8), Pozzi y Richelot).

4.º Para las metritis crónicas que siguen siendo excesivamente dolorosas, intolerables, después de la ablación uni ó bilateral de los anexos uterinos. Estos casos son raros.

5.º Para las grandes neuralgias pélvicas (Richelot) (9): fenómenos dolorosos graves, permanentes y rebeldes que residen en el útero ó los ovarios, sin lesión alguna apreciable de estos órganos y que van acompañados de un estado neuropático más ó menos acentuado.

6.º Para algunos casos de prolapso completo de un útero voluminoso.

7.º Excepcionalmente, para una inversión uterina irreductible.

En la actualidad, la histerectomía vaginal se ejecuta según *dos grandes*

(1) Czerny (*Wien. med. Woch.*, n.os 45-49, 1879).

(2) Péan (*Bull. de l'Acad. de médecine*, pág. 9, y *Congrès intern. de Berlin*, 1890).

(3) Segond, *De l'hystérectomie vaginale dans le trait. des suppurations péri-utérines*, Paris, 1891, y *Congrès de gyn. et d'obstétrique*, Bruselas, 1892; Baudron, *De l'hystérect. vaginale appliquée au trait. chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus* (operación de Péan), Th. Paris, 1894; Richelot, *L'hystérect. vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses*, pág. 446, Paris, 1894; Pauchet, *Laparot. et hystér. vaginale pour lésions des annexes*, Th. Paris, Diciembre de 1896.

(4) Pozzi (*Bull. Soc. chir.*, pág. 790, 1890); Pozzi y Baudron (*Rev. de chir.*, Agosto, 1891).

(5) Terrillon (*Soc. chir.*, pág. 500, 1890, y *Bull. gén. thérap.*, 30 Noviembre, 1891).

(6) Terrier y Hartmann (*Congrès fr. de chir.*, 1893).

(7) Auvard, *Traité prat. de gynécol.* pág. 281, 1892.

(8) Segond, *Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale* (*Congr. fr. de chir.*, pág. 921, 1895).

(9) Richelot (*Soc. chir.*, 9 Noviembre 1892, y sesiones siguientes).



*métodos hemostáticos*: en el uno, que es antiguo y se le puede denominar *método de la filopresión múltiple ó parcelaria*, la diéresis para-uterina de cada ligamento ancho tiene lugar poco á poco, por planos sucesivos, á medida que se va ligando una pequeña porción del ligamento; en el otro, que denominaremos *método de la forcipresión permanente*, y del que debemos á Richelot y á Péan la técnica reglada, así como su empleo sistemático, se divide cada ligamento, ya de una vez, ya por cortes sucesivos, después de haberlo cogido con una serie de pinzas gradualmente superpuestas, y estas pinzas deben quedar colocadas durante treinta y seis ó cuarenta y ocho horas para asegurar la hemostasia definitiva. Este método tiene sobre el precedente dos grandes ventajas: *la facilidad y la rapidez de la ejecución*, y no es menos seguro.

1.º MÉTODO DE LA FILOPRESIÓN MÚLTIPLE.— Los procedimientos corrientes en la práctica son demasiado numerosos para que sea posible exponerlos todos. Ni siquiera nos parece útil: basta conocer un tipo establecido sobre la selección comparada, sin perjuicio de modificarlo según las eventualidades clínicas.



FIG. 912

Separador de Richelot

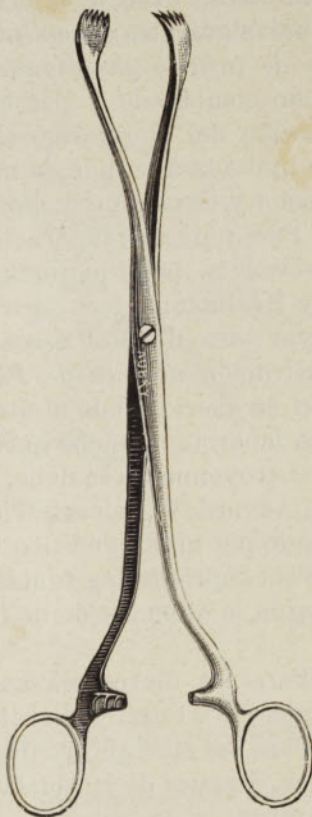


FIG. 913

Pinza de Museux

#### Aparato instrumental:

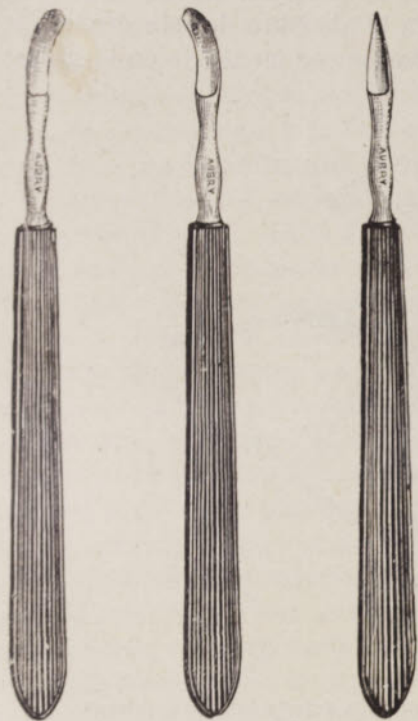
- Un *Clover's crutch*;
- Un irrigador de Esmarch con tubo y llave;
- Una valva corta de Sims ó de Herrgott;
- Una valva anterior para irrigación continua de Fritsch ó de Péan, si se quiere;
- Dos separadores vaginales acodados de Richelot (fig. 912);
- Una pinza de curación uterina;
- Dos pinzas de Museux, ó mejor, dos pinzas con ramas dentadas anchas de Richelot (fig. 913);
- Los tres bisturís de Richelot (figs. 914, 915 y 916), ó solamente un bisturí largo de hoja corta y estrecha;
- Una espátula roma, larga y ancha, para el despegamiento uterino;
- Una pinza de Péan para los ovarios (fig. 917);
- Una gruesa aguja de Deschamps, semiobtusa;
- Agujas curvas de Hagedorn y un porta-agujas de Pozzi;

Algunas pinzas hemostáticas largas, de ramas ordinarias;  
Tijeras largas y fuertes de punta roma, rectas ó ligeramente curvas sobre el borde;

Seda gruesa n.º 3 á 5 y catgut grueso;

Accesorios: tijeras ordinarias, sonda vesical y navaja de afeitar.

*Procedimiento ecléctico.* — Después de haber preparado durante algunos días la asepsia de la vagina y de los órganos genitales externos, administrado la víspera un purgante, dado un gran enema simple dos horas antes de la operación, evacuado la vejiga, afeitado y desinfectado de nuevo las partes genitales; determinada, en fin, la anestesia general, estando la paciente colocada en



FIGS. 914, 915 y 916.—Bisturis de Richelot

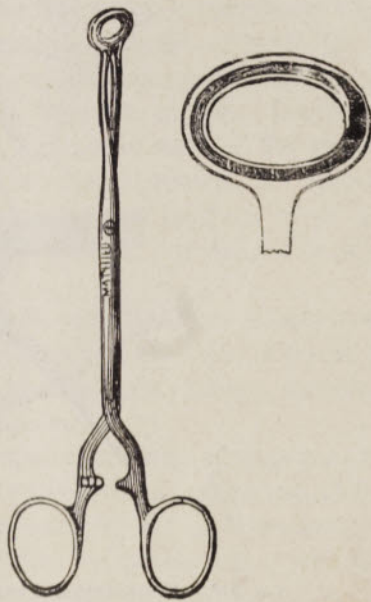


FIG. 917.—Pinza de anillos de Péan

posición dorso-sacra con el aparato de Clover, la pelvis convenientemente elevada y saliente al borde de la mesa, colocada una sonda de mujer permanente, si fuese necesario, en la vejiga, procédase á la operación del modo que sigue:

1.º *Prolapso artificial del útero é incisión del fondo de saco anterior de la vagina.* — Colóquese una valva corta de Sims en la vagina, deprímase su pared posterior y el periné, cójase cada labio del cuello con una pinza de Richelot y bájese poco á poco el útero hasta que el cuello esté lo más cerca posible de la vulva. Cuando no se puede hacer sólida presa en el cuello, pellizquense los fondos de saco laterales con dos garfios de Museux y prodúzcase el prolapso uterino por tracción bilateral.

Mientras un ayudante continúa deprimiendo el periné con la valva de Sims y mantiene el descenso del útero y otro ayudante separa las paredes laterales de la vagina con dos valvas acodadas y estrechas, hágase con el bisturí una incisión semicircular de *todo el espesor* de la pared de la vagina á 1 centímetro por arriba del borde libre del cuello y, en todo caso, á una distancia suficiente de la neoplasia, si se opera por un cáncer.

La incisión debe llegar en profundidad hasta el tejido celular peri-vaginal

y en anchura hasta los extremos del diámetro transversal del cuello. El bisturí debe ser conducido perpendicularmente á la superficie del cuello. La hemorragia producida por esta incisión es rara vez inquietante; si es necesario, se la cohibe haciendo la filopresión múltiple y transversal del labio vaginal.

2.º *Desprendimiento de la vejiga hasta el fondo de saco vésico-uterino del peritoneo.* — Con el extremo del índice derecho ó una espátula roma, desgárrase poco á poco, de abajo arriba y de un lado á otro, el tejido celular laxo que une la pared posterior de la vejiga á la cara anterior del cuello y luego del cuerpo del útero, comprobando de vez en cuando la regularidad de la diéresis con la sonda que está colocada en la vejiga. Con el hábito se llega á poder prescindir de la sonda y hacer libremente el desprendimiento de la vejiga. Se puede también evitar con mucha eficacia la abertura de este órgano, levantando progresivamente su pared infero-posterior por medio de un largo separa-

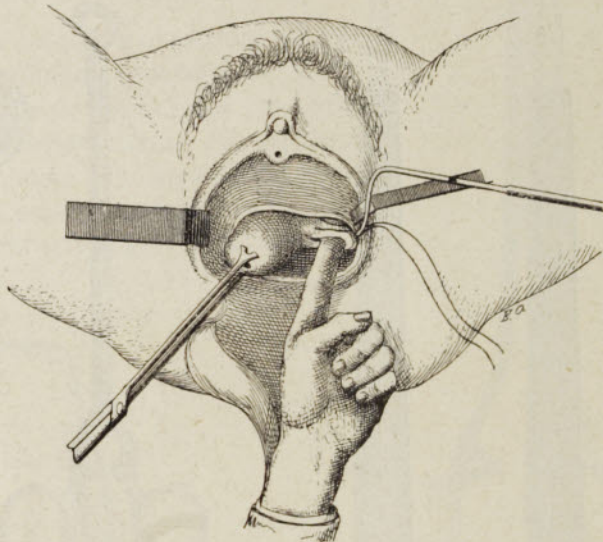


FIG. 918. — Histerectomía vaginal. Ligadura de la arteria uterina izquierda

dor acodado. Si, á pesar de todo, se abre la vejiga y se advierte el accidente, hay que cerrar en seguida la brecha con algunos puntos de sutura perdida de Lembert.

Prosigase el desprendimiento de la vejiga hasta el fondo de saco seroso, es decir, hasta que se sienta una falta de resistencia ó una membrana tendida transversalmente entre la vejiga y el útero. La altura de este desprendimiento varía entre 3 y 4 centímetros, á veces más. La hemorragia es insignificante.

3.º *Incisión del fondo de saco posterior de la vagina y abertura del espacio de Douglas.* — Mientras uno de los ayudantes levanta el cuello hacia la sínfisis púbica por medio de las pinzas fijadoras, únense las extremidades de la precedente incisión por otra incisión semicircular, dividiendo francamente *todo el espesor* (4 á 5 milímetros) de la pared vaginal y dirigiendo el filo hacia el cuello. La incisión se debe hacer á 1 centímetro y medio ó 2 centímetros hacia atrás del borde libre del cuello. La abertura del recto es, por lo demás, mucho menos de temer que la de la vejiga: existe entre el recto y el útero un espacio por lo menos de 3 á 4 centímetros.

Una vez abierto en toda su anchura el espacio de Douglas, imítese, si se quiere, la conducta de A. Martín, colocando sobre el labio vaginal una serie de

ligaduras transversales que abrazan la pared de la vagina y el peritoneo que la tapiza por detrás: así se disminuye la pérdida de sangre y se evitan los desprendimientos ulteriores posibles de esta serosa. Pero esta maniobra no es necesaria y muchos cirujanos prescinden de ella.

4.º *Filopresión superpuesta y sección progresivamente ascendente de los ligamentos anchos. División del fondo de saco vésico-uterino del peritoneo.* — Mientras uno de los ayudantes atrae fuertemente el cuello hacia abajo y á la izquierda, por ejemplo, pásese el índice izquierdo por el espacio de Douglas detrás de la parte inferior del ligamento ancho derecho (con relación al operador); atraviésese todo el espesor de este ligamento de delante atrás, á 1 centímetro y medio del cuello, á una altura análoga, con una aguja de Deschamps armada de un asa de seda n.º 4 y sostenida con la mano derecha (fig. 918); hágase descender sobre el pulpejo del índice el pico de la aguja hasta que aparezca por debajo del ligamento; atraígase un cabo del asa con una pinza de forcipresión; reténgasele mientras se retira la aguja; luego constriñase vigorosamente en el asa la parte inferior del ligamento, empleando el nudo de cirujano y acompañando el nudo hasta junto á los tejidos con los dos índices ó dos pinzas de forcipresión. Añádase por precaución un nudo simple. Hágase una ligadura análoga en la parte inferior del otro ligamento ancho. *De este modo quedan ligadas las dos arterias uterinas.* Con tijeras rectas, á derecha é izquierda, seccionese el puente de tejido intermedio á la ligadura y al útero. Esta sección se debe hacer á 6 milímetros, por lo menos, por dentro de la ligadura, á fin de que ésta no se escurra.

Bájese más, si es posible, el útero. Colóquese otra ligadura semejante, de igual manera, á derecha é izquierda, encima de las precedentes; la parte constreñida no debe tener más de medio centímetro de altura. Luego seccionense los tejidos entre el útero y el nuevo plano de ligaduras.

Si el fondo de saco anterior del peritoneo está ahora bien al alcance, como es la regla, — cójasele con una pinza, mientras se eleva la vejiga con el índice izquierdo ó una valva acodada; ábrasele con precaución de un tizeretazo cerca de la pinza, pásese uno ó los dos índices por el ojal así practicado y desgárrse completamente el fondo de saco á derecha é izquierda.

Mientras se va bajando más y más el útero, colóquense sucesivamente otras dos ligaduras, siempre superpuestas á derecha é izquierda del cuerpo del útero; la más elevada de estas dos debe comprender el ligamento redondo y la trompa, y por consiguiente la arteria funicular y la tubo-ovárica. Termínese la extirpación del útero cortando los ligamentos redondos y las trompas por dentro de las últimas ligaduras, y quítese la esponja montada que se había colocado en el fondo de saco de Douglas.

#### 5.º *Ablación de los ovarios.*

La observación parece haber demostrado que después de la extirpación del útero los ovarios se atrofian; pero creemos que es más prudente no contar demasiado con un proceso involutivo que dista mucho de ser constante y que, en todo caso, puede emplear un tiempo más ó menos largo en establecerse y en terminar. Después de la histerectomía total, no solamente son inútiles, sino que pueden ser el punto de partida de diversos accidentes graves, y pueden también ser asiento de una recidiva cancerosa (Sänger) (1). Es necesario, pues, quitarlos en todos los casos, estén ó no todavía regladas las enfermas, á menos que esta operación complementaria sea *materialmente* imposible ó demasiado peligrosa.

#### 6.º *Tratamiento de la herida vaginal.* — Después de haber cortado cerca

(1) Sänger (*C. f. Gyn.*, pág. 557, 1890).

del nudo sobre el extremo del índice, con largas tijeras curvas, estrechas y de punta roma, todos los cabos de las ligaduras laterales de los ligamentos anchos, límpiese el fondo de la herida y el espacio de Douglas con pequeñas torundas de algodón hidrófilo empapadas en una solución caliente salicilica, 3 por 1000 por ejemplo, y montadas sobre porta-esponjas ó sencillamente sobre largas pinzas de forcipresión ordinarias. A ejemplo de Pozzi, «colóquese un punto de sutura en cada comisura de la herida vaginal para estrecharla,— y antes de apretar, introdúzcase en el Douglas, con pinzas, á guisa de desagüe capilar, una tira de gasa yodofórmica, doblada en su extremidad superior, cuyos dos cabos son luego apelotonados en la vagina, y asegurados atándoles un hilo. Otras tiras, muy moderadamente atacadas, completan la cura.»

Otros cirujanos, en Francia, dejan la herida vaginal *completamente abierta*, y se limitan á taponar blandamente la vagina, con gasa yodofórmica. En Alemania, por el contrario, como lo ha referido Olshausen en el Congreso internacional de Berlín (1890), la mayoría cierra por completo la herida vaginal con una sutura de catgut: la curación es así muy sencilla y se hace por primera intención. Quizás es esta realmente la práctica mejor, hecha abstracción naturalmente de los casos en que se opera en medio del pus ó de una infección manifiesta.

La histerectomía vaginal total por filopresión múltiple es todavía la más usada en casi todos los países para el tratamiento del cáncer. Su mortalidad actual oscila entre 5 por 100 y 10 por 100. En cuanto á los resultados terapéuticos, se puede decir que la supervivencia de dos años sin recidiva existe en la proporción de 47,5 por 100 (Olshausen), que se cuenta un corto número de curaciones definitivas y que el alivio ha sido notable en casi todos los casos de recidiva. La recidiva rara vez tiene lugar en la vagina; casi siempre en los parametros y las vísceras abdominales.

2.º MÉTODO DE LA FORCIPRESIÓN PERMANENTE. — La idea de este método pertenece á Spencer Wells, que la ha emitido en 1882. Jennings y Péan han sido los primeros en ejecutarla, pero en casos de *necesidad* y de un modo *accidental*. El método propiamente dicho no ha sido creado, según parece, hasta el día en que Richelot (1) ha determinado claramente su alcance general, reglado su instrumentación y manual operatorio y preconizado su aplicación sistemática y regular á todos los casos de histerectomía vaginal total.

Se deben distinguir tres modos operatorios, según que la intervención tiene lugar por cáncer, por una supuración peri-uterina ó por un fibroma intersticial. En el primer caso, *operación de Richelot*, se quita todo el útero *en masa*; en los otros, *operación de Péan*, la ablación de este órgano tiene lugar *por fragmentación*.

a. *Histerectomía por úteros cancerosos y otros úteros móviles, neuralgias, metritis crónicas rebeldes, prolapsos.*—*Procedimiento de Richelot* (2).

Aparato instrumental:

«Tres separadores de hoja plana y acodados en ángulo recto: 1.º una valva «posterior» de 6 centímetros de largo y 4 centímetros de ancho; 2.º dos valvas «anteriores,» de 2 centímetros y medio á 3 centímetros lo más de ancho y de 10 á 12 centímetros de largo.

Un bisturí ordinario, otro de mango largo, con la hoja corta y recta;

Tijeras uterinas largas, curvas sobre el plano;

Dos pinzas-erinas de ramas sencillas;

Dos pinzas fuertes de ramas tridentadas;

(1) Richelot (*Acad. de méd.*, 13 de Julio de 1886; *Un. méd.*, Julio de 1886, y Tesis de Madec, París, 1887).

(2) Richelot. *L'hystérect. vaginale*, pág. 319, 1894.

Dos ó tres de mediana fuerza, intermedia á las dos series precedentes; Una pinza de ramas fenestradas, para los fragmentos que se quiera arrancar ó cortar, para los anexos que se pueden atraer al exterior; Tres series de pinzas hemostáticas: 1.º ocho larguillas de ramas rectas (como la fig. 919) y cuatro de ramas curvas (fig. 920), destinadas á los ligamentos anchos; tienen 6 centímetros á lo más para las ramas y 10 ú 11 centímetros para el mango; 2.º unas veinte pinzas hemostáticas ordinarias; 3.º unas diez de la misma forma que las precedentes, pero de 16 centímetros de largo, para pellizcar algunos vasos en la profundidad.

En caso de herida de la vejiga, agujas, una pinza de disección, catgut y crin de Florencia; *Torundas* de algodón yodofórmico, grandes como nueces y muy laxas, *tiras* de gasa yodofórmica para las bolsas purulentas; *Esponjas*.

1.º *Prolapso artificial del útero é incisión circular del cuello.* — «Acostada la enfer-

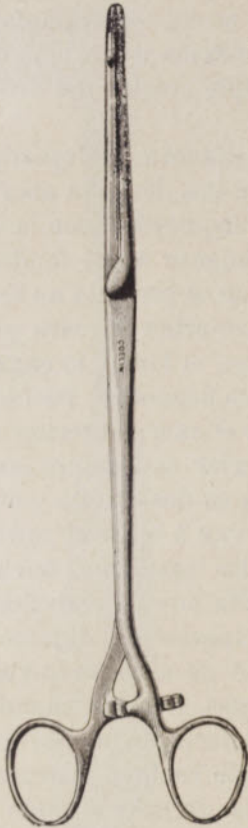


FIG. 919

Pinza larguilla de ramas rectas



FIG. 920

Pinza larguilla de ramas curvas

ma sobre el dorso, sólidamente sujetas las piernas en soportes metálicos, colocada la valva posterior, cogido el cuello por su labio anterior y descendido al máximum, trácese con el bisturí una incisión circular en su base, *en* la inserción vaginal, para no exponerse á herir la vejiga. El bisturí traza la incisión, las tijeras curvas la profundizan. Hay que excavar mucho, hasta el tejido uterino.»

2.º *Desprendimiento de la vejiga.* — «Para libertar la cara anterior del órgano, empújese con el dedo la sección vaginal, pero suavemente, sin violencia, y, como resista, tórnense otra vez las tijeras para cortar los haces musculares que van de la vagina al útero é impiden que la primera se despegue completamente. Cuando todas las bridas han cedido, el dedo penetra y marcha muy fácilmente por el tejido celular; á la más pequeña resistencia, vuélvase á las tijeras curvas y córtese de nuevo junto al útero. Los tejidos desprendidos forman un rodete encima del instrumento. Si, por excepción, se ha herido la

vejiga, reúnanse transversalmente la perforación con catgut á punto por encima ó á puntos separados, cogiendo por detrás el tejido subvesical sin atravesar la pared y por delante la semicircunferencia anterior de la herida vaginal.»

3.º *Abertura del espacio de Douglas.* — «Penétrese con el índice en el espacio de Douglas, lo cual es fácil. Si se ha herido el recto, repáresele como la vejiga, llevando el tejido celular delante de la perforación.

»No hay que hacer hemostasia; á veces, no obstante, habrá que poner una pinza, durante unos momentos, sobre la arteria precervical.»

4.º *Abertura del fondo de saco anterior del peritoneo.* — «Reanúdese el desprendimiento entre el útero y la vejiga; muy pronto se ve, aplanado sobre la cara anterior del útero, un fondo de saco de reflexión y una hoja delgada que resbala. Entonces desgárese la serosa por la simple presión del dedo ó dése un tijeretazo.»

5.º *Basculación del útero hacia atrás y tratamiento de los ligamentos anchos por la forcipresión.* — «Después de ensanchar con dos dedos la abertura del espacio de Douglas, pónganse el índice y el medio izquierdos, con la cara dorsal hacia abajo, en lugar de la valva posterior; insinúense en el fondo de saco de Douglas lo más arriba posible y asegúrese de que no se presenta un asa intestinal á entorpecer la maniobra. Cójase con una pinza-erina la cara posterior del útero y atráigasela, mientras los dos dedos rebasan el fondo, lo enganchan y lo empujan de arriba abajo; una segunda erina, si es necesario, vuelve á coger la misma cara un poco más arriba, y muy pronto el cuerpo uterino sale por la brecha. Durante este tiempo, el segmento inferior es siempre sostenido por la pinza de tracción, tanto que el útero se pliega en dos, cuello y cuerpo, en la vagina, y las excreciones del hocico de tenca no van á tocar el peritoneo.

»Esta maniobra de basculación ha recogido los ligamentos anchos y disminuído su altura. El índice izquierdo, siempre en la brecha posterior, se desliza á la derecha y coge en su concavidad el borde superior del ligamento invertido; se ve la extremidad de este dedo en el fondo de saco útero-vesical que se abre en este momento si no se había ya abierto antes. Luego, tomando una pinza larguilla recta, introdúcasela de arriba abajo, es decir, de la base del ligamento ancho hacia su borde superior; empújese este borde hacia el instrumento con la cara posterior del índice; aléjese un poco hacia la derecha el talón de la pinza para no estar junto al útero y apriétese la pinza *hasta el último diente*. Córtese el ligamento ancho muy cerca del útero y hágase salir éste por completo. En fin, cogiendo el útero con toda la mano, colóquese igualmente, maniobra más fácil, la pinza del lado izquierdo; un postrer tijeretazo termina la operación.

»Si la pinza resulta un poco corta para rebasar el borde superior del ligamento ancho, póngase una pinza larguilla suplementaria á nivel del asta uterina antes de terminar la sección.

»Si es imposible bascular el útero hacia atrás á causa de su volumen, extírpesele *derecho*, haciendo la prehensión por partes, ó bien secciónese el útero en la línea media, según el procedimiento de Müller-Quénu, atráigase fuera cada mitad aisladamente y trátese su pedículo por la forcipresión, ó también practíquese la *hemisección media* de Doyen del modo siguiente: después de la abertura del fondo de saco de Douglas y del desprendimiento vesical, córtese con las tijeras la pared anterior del útero; se encuentra el peritoneo y se le abre sin dificultad. Entonces, cogiendo con dos pinzas los bordes de la herida uterina, bájeselos (fig. 936), prolónguese la incisión media, háganse dos nuevas presas cerca del fondo, que bascula y viene al exterior; el útero queda plegado en dos. Colóquense las pinzas sobre cada ligamento ancho, de arriba abajo.»