

CAPÍTULO XV

OPERACIONES EN EL APARATO GENITAL DEL HOMBRE

I

Pene

I. — CIRCUNCISIÓN (1)

Es la escisión parcial o total del prepucio. La escisión parcial es preferible en el fimosis simple; basta para hacer desaparecer la estrechez que impide descubrir el balano y deja por otra parte un pequeño casquete circular que cubre la base del glande.

1.º Cuidados preliminares. — Limpieza lo más completa posible. Anestesia general en el niño; local en el adulto. La anestesia local se practicará con la estovaina por medio de inyecciones prepuciales o mejor por la formación de un anillo anestésico en la raíz del miembro (véase pág. 62).

2.º Técnica. *a.* Desprendimiento de las adherencias. — Existen muy a menudo adherencias entre el glande y el prepucio, que se procurará destruir con una sonda acanalada introducida hasta el surco balanoprepucial. Esta destrucción no es posible a menudo ni completa sino después de seccionar el prepucio. En el adulto en particular, después de balanitis anteriores, hay a veces fusión completa entre el glande y su envoltura, y se debe modelar el glande con el bisturí.

b. Sección del prepucio. — Detalle esencial que se ha de recordar: el obstáculo reside en el limbo mucoso; a él solo se ha de atacar. Ahora bien, cuando se tira del prepucio, únicamente viene la piel del miembro; el limbo estrechado queda atrás, sujeto en la profundidad. Se corre así el riesgo de suprimir la piel de todo el miembro, sin interesar siquiera el obstáculo mucoso. *Es, pues, necesario guardarse de tirar del prepucio.*

A ras del glande colóquense simplemente unas pinzas de Kocher, algo oblicuas y paralelas a la ranura balanoprepucial.

Por detrás o por delante de las pinzas, córtese francamente el prepucio con el bisturí o con las tijeras. La piel se retrae; la mucosa queda delante, exuberante.

(1) Marion, *Sem. méd.* (1900), pág. 369.

De un tijeretazo, hiéndase la mucosa en la línea medla dorsal hasta la base del glande. Vuélvase a cada lado los colgajos mucosos triangulares. Termine-se la liberación del glande y límpiese cuidadosamente la ranura balanoprepucial.

Con las tijeras córtense los colgajos a los dos lados del glande, conservando un pequeño collarín mucoso de algunos milímetros, que se confrontará con los labios de la piel retraída.

c. Hemostasia y sutura. — Hágase minuciosamente la hemostasia con catgut 00; líguese en particular la arteria del frenillo, a menudo interesada. La aplicación de una torunda empapada en adrenalina al 1 por 1000, puede ser útil.

Reúnase entonces el labio mucoso al labio cutáneo, confrontándolos exactamente, ya con suturas regularmente separadas, de seda o de catgut (fig. 1208), ya con tenacitas (fig. 1209). Las tenacitas, demasiado abandonadas hoy, constituyen un excelente medio de reunión limpio y rápido; son fáciles de quitar y ocasionan un mínimo de reacción.



Fig. 1207. — Circuncisión. Colocación de las pinzas (Ricard y Launay).

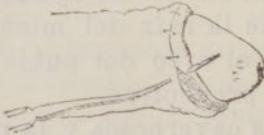


Fig. 1208. — Reunión por sutura (Ricard y Launay)



Fig. 1209. — Reunión por tenacitas (Ricard y Launay)

d. Refeción del frenillo. — Si el frenillo es demasiado corto, córtese transversalmente de un tijeretazo o con el bisturí, líguese la arteriola que sangra y reúnanse longitudinalmente los bordes de la incisión por dos puntos o dos tenacitas.

3.º Cura. Cuidados consecutivos. — Se ha recomendado cubrir la herida con un barniz oclusivo (adhesol). Lo más sencillo es hacer pasar el glande a través de una compresa aséptica, cubierta de vaselina esterilizada y cubrir el glande con otra compresa semejante, que se levanta en el momento de las micciones.

Si se han puesto tenacitas hay que quitarlas a las veinticuatro o a las treinta y seis horas como máximo.

El miembro no recobra un aspecto presentable hasta pasados varios días.

II. — PARAFIMOSIS

1.º Desbridamiento. — Se extiende el miembro dirigiendo el glande hacia abajo. En la cara dorsal, a nivel del surco transversal provocado por la brida, se practica una incisión media, anteroposterior, que corta metódicamente todos los tejidos hasta más allá del obstáculo.

Se quita la estrangulación; basta reunir de delante atrás, en sentido trans-

versal, los dos labios de la incisión anteroposterior, lo cual produce la ampliación del prepucio.

Secundariamente, se aplicará la circuncisión.

2.º Circuncisión. — Por medio de dos incisiones circulares situadas una delante, otra detrás del surco constrictor y que se reúnen en la cara inferior del miembro, se quita, previa disección, una especie de sortija mucosa con engarce superior, que comprende la brida de estrangulación.

Luego se suturan los dos labios de la sección con catgut fino.

III. — AMPUTACIÓN DEL MIEMBRO

Puede ser *parcial* o *total*.

1.º **Amputación parcial.** — Mientras un ayudante, colocado a la derecha del sujeto, retrae hacia el pubis la vaina del miembro, tómesese el glande con los primeros dedos de la mano izquierda y tírese del miembro hacia delante.

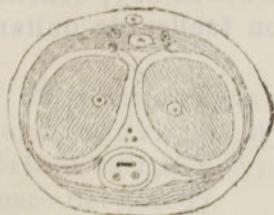


Fig. 1210. — Corte transversal del pene

Cuerpos cavernosos, con las arterias cavernosas cerca del tabique. Por encima y en la parte media, en el eje del mismo tabique, la vena dorsal profunda. Al lado de ésta las arterias dorsales (pequeños círculos claros) y los nervios dorsales (pequeños círculos negros). Por encima de la mentada vena, un poco a la derecha, inmediatamente por debajo de la piel, la vena dorsal, superficial. Cuerpos esponjosos de la uretra con dos arterias uretrales (puntos blancos).

A nivel del punto en que deba practicarse la amputación, divídase con el bisturí la vaina mediante dos cortes semicirculares. El ayudante deja de retraer, pero comprime la raíz del miembro con el medio derecho contra el arco del pubis (Chalot) para hacer la hemostasia preventiva.

Divídanse los cuerpos cavernosos y la uretra de un golpe, de arriba abajo, a ras de la sección de la vaina. O bien, a fin de evitar la retracción de la uretra, divídanse solamente los cuerpos cavernosos con el bisturí; lléguese a la uretra, diséquesela en una longitud de 1 a 2 centímetros y córtese después de esta disección.

Hágase la hemostasia definitiva. Cuatro arterias, las dos dorsales y las dos cavernosas, colocadas éstas en medio del tejido cavernoso, más o menos cerca del tabique. Líguense con catgut las dos primeras; líguense también las otras dos o comprímase después de haber tirado hacia delante con ayuda de un tenáculo, arterias y tejido ambiente, que se aísla, si es necesario, circunscribiéndolos con la punta del bisturí (fig. 1210). Alguna vez, hemostasia complementaria de una o dos arterias uretrales.

Búsquese la sección de la uretra, que es *siempre* fácil de reconocer, ayudándose, si es necesario, con un estilete romo o el pico de una sonda acanalada.

Introdúzcase en la uretra una rama de tijeras rectas, divídase su pared inferior y la piel subyacente en la extensión de 1 centímetro a 1 centímetro y medio; luego reúnanse mediante puntos de sutura entrecortada (con catgut) la piel y la mucosa en cada labio de esta pequeña incisión. Este hipospadias artificial tiene por objeto prevenir la estrechez ulterior de la sección de la uretra.

Sutúrese asimismo la mucosa a la piel en todo el resto de la sección.

2.º Amputación total o prepública. *a. Procedimiento de Delpech y de Bouisson.*—Este procedimiento consiste en separar las bolsas en dos mitades, antes de amputar el miembro en su raíz, y en suturar juntos, después de la amputación, los labios anterior y posterior de cada mitad escrotal (fig. 1211).

b. Procedimiento de Thiersch. Trasplatación de la uretra al periné.—Después de haber amputado el miembro delante de la sínfisis púbica, hiéndase el escroto en la línea media o bien ábrase una brecha anteroposterior en la piel perineal cerca del escroto, y sepárese la uretra así como sus cuerpos esponjosos de los cuerpos cavernosos del pene; luego fijese con cuatro puntos de sutura la sección uretral a la parte posterior de la herida u ojal perineal.

Esta operación, que ha sido practicada en Alemania en muchísimos casos (Thiersch, Kuster, Volkmann, Dittel, Albert, etc.), tiene por objeto evitar el contacto irritante y repetido de la orina con el escroto durante la micción.

c. Procedimiento de Montaz (de Grenoble). Uretrostomía perineal.—Queriendo igualmente sustraer al contacto de la orina la superficie cruenta y más tarde la cicatriz que la reemplaza, Montaz propone crear, después de la amputación prepública del pene, una abertura permanente en la región bulbar de la uretra.

Después de colocarse el cirujano a la derecha del enfermo, divídase la piel en forma de raqueta mediante una incisión que empieza en el centro de la región del pubis, descienda a la izquierda a 3 centímetros de distancia de la raíz del miembro, siga el borde izquierdo de las bolsas hasta su punto más declive, se dirija entonces transversalmente y luego remonte siguiendo el borde derecho de las bolsas hasta reunirse en su punto de partida.

Extírpese el miembro, como un tumor, procediendo por pequeños cortes y haciendo la forcipresión sucesiva de las arterias.

Una vez quitado el pene a ras del pubis, introdúzcase una sonda acanalada recta en la uretra hasta la región perineobulbar, póngase al sujeto en posición de la talla perineal y, mientras un ayudante, teniendo la sonda, hace combar el periné, lléguese, mediante un golpe de punta del bisturí, a la ranura de la sonda y luego agrándese la brecha: total 2 centímetros.

Cójase la mucosa de la uretra a través del ojal perineal y fijesela a la piel por medio de una corona de puntos de sutura con crin de Florencia. Retírese la sonda.

Llévese lo que queda de escroto hacia el ángulo de la incisión y fijesele allí con uno o dos puntos de sutura con crin de Florencia. Reúnanse asimismo a la piel marginal las partes correspondientes de la incisión. Finalmente, colóquense dos tubos de desagüe y aplíquese una cura.

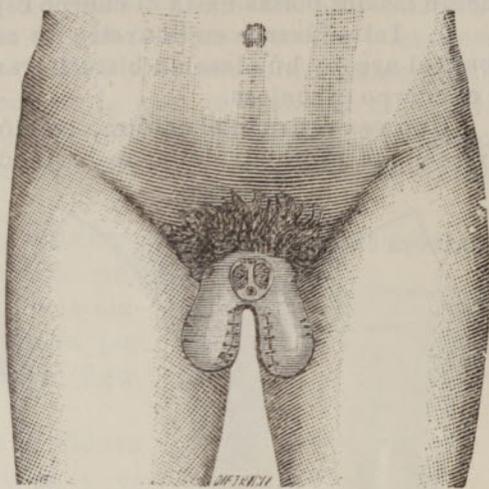


Fig. 1211.—Amputación del pene por el procedimiento de Delpech y de Bouisson
Bolsas separadas y suturadas aisladamente

IV. — EXTIRPACIÓN DEL PENE

Por extirpación del miembro viril se debe entender, no solamente la supresión de su cuerpo hasta el arco del pubis, sino también de todas sus raíces cavernosas y hasta de la espongiobulbar, con creación de un meato perineal (Pearce Gould).

Está indicada en los cánceres difusos de este órgano.

a. Puesto el sujeto en posición de la talla, divídase la piel en toda la extensión del rafe escrotal; luego, con los dedos y el mango del bisturí, sepárense completamente las dos bolsas hasta el cuerpo esponjoso de la uretra.

b. Introdúzcase en la uretra un catéter macizo hasta el ligamento triangular (bajo el arco) y húndase un bisturí transversalmente entre los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso.

Una vez retirado el catéter, secciónese la uretra de través, luego sepárese su extremidad profunda del pene hasta detrás del ligamento triangular. Rodéese la

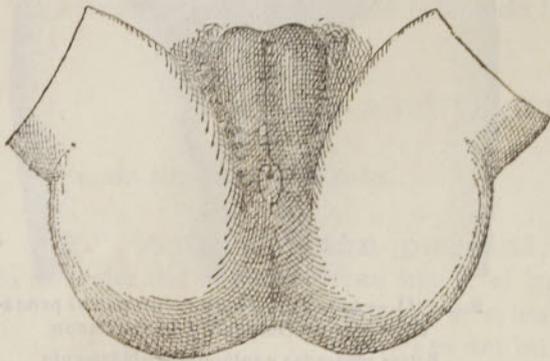


Fig. 1212. — Extirpación del miembro por el procedimiento de Pearce Gould

inserción del pubis por una incisión que se continúe por detrás con la incisión media precedente; divídase el ligamento suspensorio y aíslese el miembro hasta la inserción de las raíces cavernosas. Con una legra sepárense estas últimas de las ramas isquiopúbicas. Hemostasia de las dos arterias cavernosas y de las dos arterias dorsales del miembro.

c. Hiéndase el muñón uretral por detrás en una altura de 1 centímetro y medio y cózanse los labios de la fisura a la parte posterior de la incisión escrotal.

d. Finalmente, ciérrase esta incisión mediante una serie de puntos de sutura, después de haber colocado un tubo de desagüe que sobresale de la línea de reunión por delante y por detrás (fig. 1212). No se coloca sonda permanente.

Regla invariable: cuando se amputa o extirpa el miembro por un cáncer es necesario quitar los ganglios inguinales tributarios, estén tales ganglios o no manifiestamente enfermos.

V. — EMASCULACIÓN TOTAL (1)

Es la ablación total de todos los órganos genitales externos. Ejecutada primeramente por Paci y Morisani, esta operación fué ideada en Francia por Chalot — que ignoraba los hechos realizados por los citados italianos, — a la que dió el nombre de *emasculación total*.

Sólo está indicada en los enfermos en los que el cáncer ha invadido no solamente todo o casi todo el miembro, sino también las raíces, las envolturas de las bolsas, y hasta los testículos y los cordones espermáticos.

Procedimiento de Chalot.—Recomendamos sobre todo el empleo de las tijeras, porque la pérdida de sangre es mucho menor que con el bisturí.

a. Sección de los cordones espermáticos y ligadura aislada de sus vasos.—Estando el enfermo en decúbito supino, póngase al descubierto cada cordón por una incisión vertical que empieza a un través de dedo más arriba del anillo inguinal externo. Hemostasia de algunos ramos de la arteria subcutánea abdominal. Aíslese el cordón de su vaina celulosa; comprímasele provisionalmente lo más arriba posible entre los dientes de unas pinzas de forcipresión, secciónese un poco más abajo, de un tijeretazo; líguense separadamente los vasos sobre la sección con seda fina, luego quítense las pinzas y suéltese el muñón del cordón, que se retrae en el conducto inguinal.

(1) Chalot, *Congrès de chir. de Lyon* (1894).

b. Ablación en masa de las bolsas y del miembro. — Una vez asegurada la hemostasia de los cordones — colocado el enfermo en posición de la talla perineal y con los muslos convenientemente separados, — prolónguese la incisión derecha hacia abajo y atrás, rodéese la raíz de la bolsa derecha y lléguese al rafe perineoeserotol, a 3 centímetros por delante del ano. Prolónguese igualmente hacia abajo la incisión izquierda, rodéese la raíz de la bolsa izquierda y reúnase con la otra incisión en el rafe. Forcipresión simultánea de las ramas o ramúsculos de las arterias pudendas externas, perineales superficiales y arterias del tabique.

Reúnase la parte alta de las incisiones primitivas o parafunculares mediante una incisión un poco cóncava hacia abajo, que cruza la cara anterosuperior de la región de la sínfisis a alguna distancia de la zona infiltrada por la neoplastia alrededor de la raíz del miembro (figura 1213).

Con unas tijeras fuertes semicurvas divídase primero el tejido célulovascular subcutáneo y el ligamento suspensorio del miembro hasta que la raíz de éste esté bien aislada por todos lados; luego córtense con limpieza la raíz y los tejidos subyacentes, delante del arco del pubis. Inmediatamente surgen varios chorros de sangre: una o las dos arterias dorsales del miembro, las dos arterias cavernosas en pleno cuerpo cavernoso y las bulbouretrales en pleno cuerpo esponjoso; estos cuatro últimos vasos fluyen abundantemente, pero se los ciega sin trabajo con una serie de pinzas hemostáticas.

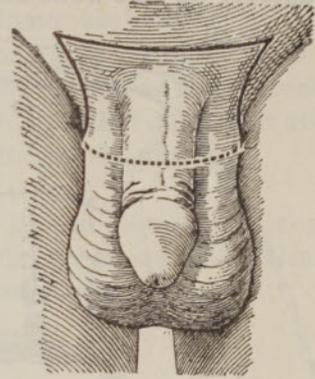


Fig. 1213. — Emasculación total. Trazado de la incisión (Duval).

c. Disección de las raíces de los cuerpos cavernosos y sutura de la sección uretral al periné. — Después de haber reconocido la sección transversal del conducto de la uretra (depresión infundibiliforme, rosada, de contorno fruncido en forma de culo de gallina) y el tejido esponjoso que la rodea, *lo cual es muy fácil* así en el vivo como en el cadáver, introdúzcase un catéter en la uretra; sepárese ésta de los cuerpos cavernosos, siempre por medio de las tijeras, cortando a derecha e izquierda los músculos bulbocavernosos, y prosígase el aislamiento de la uretra hasta el desprendimiento suficiente de las raíces de los cuerpos cavernosos.

Sepárense éstas también, en toda su longitud, de las ramas isquiopúbicas, rozando el plano óseo. Forcipresión y luego ligadura perdida, si es posible, de las dos arterias cavernosas seccionadas antes de su entrada en los cuerpos cavernosos bajo el arco del pubis; igual conducta se debe seguir con la vena dorsal profunda del miembro, que da en medio un grueso chorro de sangre negra; si es necesario, ligadura de una o de las dos arterias dorsales.

Si lo requiere la neoplasia, sepárese en este momento el bulbo de la uretra y córtese. En todo caso, reséquese la porción saliente de la uretra y suturese inmediatamente la mucosa de la nueva sección a la piel del periné en el ángulo posterior de la incisión del rafe, mediante un círculo de puntos de sutura hechos con crines de Florencia: cuatro a cada lado y uno hacia atrás; esta maniobra es fácil y permite cohibir al instante la hemorragia de los cuerpos esponjosos.

d. **Excavación ganglionar de las dos ingles y sutura de toda la herida.** — Manteniendo los miembros inferiores en extensión por un ayudante, prolonguense un poco hacia fuera las incisiones que habían servido para descubrir los cordones espermáticos, diséquense los tegumentos de arriba abajo hacia la base del triángulo de Scarpa y, mientras se hace entreabrir con separadores la herida inguinocrural, enucleéense por diéresis roma o viva, del modo ordinario, todos los ganglios sospechosos o evidentemente afectados. Terminada en todas partes la hemostasia y bien enjugada la herida, reúnanse formando una T los labios de la incisión general; no se establece el desagüe. La rama vertical de la T debe quedar cerrada hasta encima del nuevo meato perineal; la comisura superior de éste debe ser, además, exactamente cosida al ángulo de los labios cutáneos mediante otras dos crines de Florencia, que completan la corona de los puntos mucocutáneos (fig. 1214). Se evita así la infiltración de orina por debajo de la línea general de reunión, y se disminuye hasta cierto punto la estrechez más o menos grande que sobreviene más tarde fatalmente en el meato. Éste mide 2 centímetros de altura aproximadamente, después de la operación. Sonda de Nélaton, y mejor de Pezzer, permanente; cura, vendaje en T, etc.

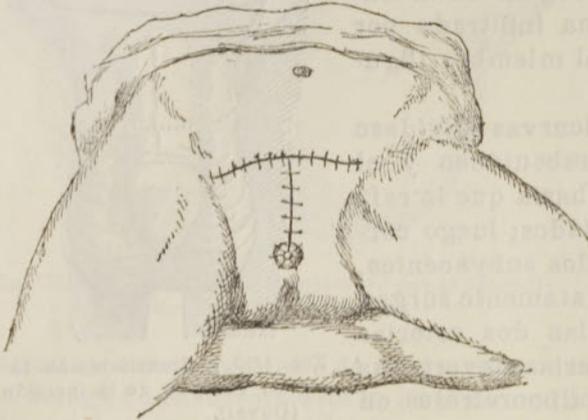


Fig. 1214. — Emasculación total
Sutura final según uno de los operados de Chalot

Es claro que el manual operatorio que acabamos de trazar no puede ser siempre seguido rigurosamente en todos sus detalles; así, por ejemplo, es preciso alguna vez invertir la sucesión de los tiempos, quitar una zona de partes blandas en tal o cual región ambiente o hasta llegar al esqueleto, dejar pinzas permanentes en lugar de poner ligaduras, desviar la línea vertical de reunión hacia un lado o hacia el otro, etc.; pero estas modificaciones en nada alteran el plan general o los tiempos fundamentales de la operación.

La emasculación total no es una operación muy grave; todos los operados han curado, y Chalot obtenía curas permanentes o definitivas.

II

Vaginal

I. — PUNCIÓN DE LA VAGINAL

HIDROCELE

El cirujano, colocado a la derecha, explora el escroto distendido y busca la situación exacta del testículo. Éste se halla, de ordinario, abajo y atrás; se puncionará, pues, hacia delante.

a. **Punción.** — Entre el pulgar y los otros dedos de la mano izquierda, cójase anchamente la bolsa enferma en su raíz y comprímase para rechazar

el líquido hacia delante y poner tensa la piel. Con la mano derecha tómesese un trocar y de un golpe seco húndaselo francamente arriba y adelante, hasta dentro de la vaginal. Retírese el mandril, el líquido fluye, mientras la mano izquierda mantiene el trocar en su sitio y le impide huir de la vaginal que se retrae.

b. Anestesia de la vaginal. — Con ayuda de un embudo o de una jeringa adaptados al extremo del trocar, introdúzcase en la serosa algunos centigramos de una disolución de estovaina al 1 por 200 que se deja permanecer durante cinco minutos.

c. Inyección modificadora. — Con ayuda del mismo embudo o de una jeringa llamada de hidrocele, introdúzcanse entonces en la vaginal de 5 a 10 gramos de tintura de yodo pura y recién preparada. Maláxese suavemente la serosa a fin de que la tintura toque todos sus puntos. Pasados cinco minutos evácuase la serosa, sin temor de dejar algún poco de tintura de yodo.

d. Cura. — Retírese el trocar, obtúrese el orificio de punción con un cop de algodón colodionado. Apósito algodonado con elevación de las bolsas. Reposo en cama. Curación en el espacio de tres a seis semanas.

II. — EVERSIÓN DE LA VAGINAL (1)

HIDROCELE

a. Incisión escrotal. — Previa anestesia local o general, fijese la bolsa distendida con la mano izquierda. Con la derecha, sobre la prominencia y en la cara anterior, incíndase de abajo arriba o de arriba abajo, capa por capa, las envolturas del testículo, que la mano izquierda tiende a hacer sobresalir hacia delante. Ábrase débilmente la vaginal para vaciarla.

b. Aislamiento de la vaginal. — Cójase el testículo, lúxeselo con la vaginal fuera de sus envolturas, despegando la hoja fibrovaginal con el dedo y seccionando el ligamento escrotal que lo une por abajo y atrás a la piel. Aíslese así el testículo y el cordón como en la castración.

c. Abertura, vuelta y fijación de la serosa. — Hiéndase ampliamente la vaginal, cójase el testículo, lúxeselo fuera de la serosa que se invierte totalmente de dentro afuera.

Fijese la eversión por una sutura continua formando bolsa que aproxima los labios evertidos o mejor por algunos puntos de colchonero y otros puntos en sus superficies de sección que fijan los labios serosos a sí mismos y a la túnica fibrosa del cordón.

d. Reintegración del testículo y sutura del escroto. — Testículo y vaginal evertida son reducidos en el escroto y éste suturado.

(1) Doyen, *Arch. prov. de chir.* (1895), pág. 706; Longuet, *Presse méd.* (1900), pág. 310; Adrián, T. de París (1901), n.º 198.

III. — RESECCIÓN DE LA VAGINAL

a. Incisión. Descubrimiento de la serosa. — La vaginal es descubierta y anchamente hendida como para la eversión.

b. Disección. — Dos pinzas retienen los bordes de la abertura y ponen tensa la serosa. Se aísla rápidamente la vaginal por su cara externa y se la desprende de la fibrosa hasta su reflexión visceral.

c. Escisión. — Con las tijeras, circular, a nivel del fondo de saco de reflexión.

d. Sutura del escroto. — Previa hemostasia minuciosa de los diversos planos, se reúne la piel sin desagüe o con él.

III

Testículo. Vías espermáticas

I. — ORQUIDOPEXIA (1)

Es la fijación en las bolsas de un testículo ectopiado. Tomaremos como ejemplo la ectopia inguinal, que coincide casi siempre con una hernia.

a. Incisión cutánea. Abertura del conducto inguinal. — La incisión es la de la hernia inguinal; del mismo modo se abrirá el conducto inguinal (véase pág. 878).

b. Aislamiento del cordón. Cura de la hernia. — El cordón es cuidadosamente aislado del saco herniario o del conducto peritoneovaginal. En este último caso la serosa es seccionada por encima del testículo. Se liberta el saco herniario, se le liga y corta según las reglas habituales. Se reconstituye la vaginal, si ha lugar, por sutura de la serosa.

c. Alargamiento del cordón. — Se extiende el cordón, se lo despliega entre los dedos y se cortan con tijeras, en toda su altura, las bridas fibrocélulo-musculares que impiden su alargamiento, respetando con cuidado el conducto deferente y los vasos. Se consigue hacer bajar el testículo hasta las bolsas. Si no se consigue, se puede desinsertar la cola del epididimo del testículo para desarrollar el asa epididimaria (Wood) o bien seccionar todos los elementos del cordón, salvo el deferente y la arteria deferencial (Mignon); este último artificio expone a la necrobiosis o a la atrofia del testículo.

d. Descenso y fijación del testículo en las bolsas. — Rómpanse el tabique fibroceluloso que cierra la entrada de la bolsa correspondiente (Jalaguier) y excávase con los dedos una celda escrotal a la que se lleva el testículo.

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1891, 1892, 1893, 1902); Villemin, *Presse médic.* (1899) t. I, pág. 98; Mignon, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1902), pág. 752; Peyrot y Souligoux, *XVe Congr. fr. de chir.* (1902), pág. 737.

Fíjese el testículo en su sitio: 1.º o bien suturando la cola del epidídimo a la piel; 2.º o bien suturando el testículo al otro testículo a través del tabique escrotal (Villemin), procedimientos infieles; 3.º o bien fijando el extremo inferior del cordón, al escroto de una parte, al pubis y a la aponeurosis de los adductores de otra (Souligoux), y 4.º o bien obturando muy exactamente el trayecto inguinoescrotal, a fin de cerrar al testículo la vía de regreso. Es necesario con este objeto rehacer una pared inguinal sólida y suturar el orificio artificialmente creado en el escroto para dejar pasar el órgano.

e. Cierre de la herida cutánea. — Como en la hernia.

II. — CASTRACIÓN

Es la ablación del testículo y de una parte más o menos larga del cordón espermático, con o sin la túnica fibroserosa y el escroto.

1.º **Castración simple.** — El escroto se halla intacto y puede ser respetado.

a. **Incisión cutánea.** — Pónganse tensos los tegumentos y hágase con el bisturí o con las tijeras una incisión limpia desde el orificio inguinal externo a la parte inferior de la bolsa correspondiente. Comprímense las pudendas externas.

b. **Enucleación del testículo y del cordón.** — Respétese la vaginal, la que sólo será abierta cuando hay dudas acerca de la naturaleza de la afección.

Pónganse unas pinzas de Kocher en cada uno de los labios de la incisión cutánea, ábrase la herida. Con el dedo desgárrase alrededor del testículo la túnica celulosa laxa que separa el dartos de la fibrocremasterina. Cójase el testículo y sáqueselo afuera; el órgano está todavía sujeto por abajo y atrás a la piel por el ligamento escrotal. Córtese este ligamento entre dos pinzas. Libértese el testículo y lléveselo hacia arriba y adelante, aíslese rápidamente el cordón hasta más allá del anillo inguinal externo tirando de él.

c. **Ligadura y sección del cordón.** — Durante mucho tiempo se ha condenado la ligadura en masa del cordón como culpable de ocasionar dolores, hemorragias secundarias, y hasta el tétanos. Estos reproches no son fundados; pero es necesario, en todo caso, cuidar perfectamente la hemostasia antes de cortar el cordón y de soltar su cabo central que se retrae en el conducto inguinal y puede entonces, cuando está mal ligado, ocasionar hemorragias enojosas.

Ligadura en masa. — Tirese del cordón. Traspásesele con una aguja roma armada de un hilo resistente (seda o catgut) y lígueselo sólidamente. Consérvense los cabos del hilo. A un buen centímetro más abajo de la ligadura córtese el cordón y comprímase, con unas pinzas que se reemplazan luego por un catgut fino, todo vaso que sangre o se vea abierto.

Ligadura en haces. — Fíjese el cordón con un asa de hilo; por abajo disóciense el cordón con la sonda acanalada y divídasele en tres haces: conducto deferente con la arteria de su nombre, grupo vascular anterior con la arteria

espermática, grupo vascular posterior con la arteria funicular. Líguense y córtense los dos haces vasculares; aíslese el conducto deferente, lígueselo un poco más arriba, córtesele y tóquese su sección superior con el termo.

d. Sutura del escroto. — Complétese minuciosamente la hemostasia. Mediante una sutura de punto por encima o algunos puntos de colchonero en hilván, suprímase la cavidad escrotal y reúnanse los labios cutáneos con o sin desagüe en la parte inferior.

2.º Castración con resección del escroto. — El escroto está enfermo (fistulas, adherencias, etc.).

a. Resección parcial. — Si las lesiones escrotales son muy limitadas, basta circunscribirlas por una incisión elíptica que permite llevarse con el testículo la zona escrotal sospechosa. La técnica ya descrita no sufre otra modificación. La forma general de la incisión representa una raqueta.

b. Resección total. — Si las lesiones son difusas, toda la bolsa deberá ser resecada. Un ayudante coge cada bolsa y extiende el escroto como un abanico transversal. El bisturí traspasa el escroto debajo del miembro y de un solo golpe lo hiende hasta su extremo. Una incisión en forma de herradura parte del extremo superior de la transfixión, pasa por delante de la raíz de la bolsa correspondiente, la rodea y vuelve por detrás a reunirse con la transfixión primera.

Se coge la masa escrototesticular, y se aísla, liga y corta el cordón.

Se aproximan los labios de la incisión cutánea, previa hemostasia.

3.º Castración con extirpación de los ganglios lumbarés (1). (Pantaloni, Villar.) — Este procedimiento se aplicará a los tumores malignos.

a. Incisión cutánea. — Desde la parte inferior del escroto al orificio inguinal externo, luego desde este orificio a la altura del ombligo siguiendo el borde externo del músculo recto mayor, o bien como para la ligadura de la arteria ilíaca primitiva, siguiendo la cresta ilíaca y luego encorvándose hacia el ombligo.

b. Laparotomía subperitoneal. — Incíndanse los diversos planos de la pared abdominal hasta el peritoneo exclusivo: piel, tejido celular, oblicuo mayor y su aponeurosis, oblicuo menor, transversal, fascia transversal. Despeguese y sepárese el peritoneo, después de haber colocado al enfermo en posición fuertemente declive.

c. Aislamiento del cordón, extirpación de los linfáticos. — Reconózcase el cordón a nivel del orificio inguinal externo. Despréndaselo de abajo hacia arriba. Líguense y seccionese el conducto deferente en el momento en que, abandonando los vasos espermáticos, se hunde en la profundidad.

Prosígase el aislamiento de los vasos espermáticos y de los linfáticos que los acompañan siempre de abajo arriba y despegándolos prudentemente del

(1) Pantaloni, *Gaz. Méd. de Paris* (1898), pág. 530; Villar, *XVe Congr. fr. de chir.*, Paris, Octubre de 1902, pág. 714.

peritoneo que está en su contacto inmediato. Remóntese así lo más arriba posible haciendo separar fuertemente el labio interno de la herida. Líguense y córtense los vasos espermáticos en su extremo superior. Despréndanse con cuidado, aislense y extirpense las masas ganglionares escalonadas en su trayecto.

d. Sutura de la herida abdominal. — Colóquese un tubo grueso en el espacio subperitoneal y hágaselo salir por arriba del pubis.

Ciérrese la pared en tres planos: transverso y oblicuo menor, oblicuo mayor, piel.

e. Extirpación del testículo. — Vuélvase a coger el cordón ya seccionado en su origen, aislense su porción escrotal, libértese y extirpese el testículo. Sútase, por último, la herida escrotal.

4.º Castración con extirpación de las vesículas y deferentes. — Se aplica particularmente a la tuberculosis y se realiza por dos métodos: método perineoescrotal y método inguinoescrotal.

I. Método perineoescrotal (1). — Por una incisión prerrectal o pararrectal (Roux) del periné, se extirpa primero la vesícula y el origen del deferente. Por una incisión escrotal se quitan luego el testículo y el cordón.

1.º Tiempo perineal. *a.* Descubrimiento de la vesícula. — Se hace por una perineotomía transversal, análoga a la de la prostatectomía (véase pág. 983) y en la que el espacio despegable rectoprostático debe ser ampliamente abierto hasta el Douglas, con el auxilio de una ancha valva. Se descubre la próstata y luego las vesículas y los deferentes que emergen de sus ángulos superiores, cubiertos por una hoja aponeurótica.

b. Aislamiento de la vesícula. — Por una incisión que llegue sobre la base de la próstata, oblicua hacia atrás y afuera, ábrase esa vaina aponeurótica sobre la eminencia oblonga formada por la vesícula; apártense sus bordes con la sonda acanalada y luego con dos pinzas, libértese la cara posterior de la vesícula y luego su vértice. Aíslese el deferente muy arriba y córtese entre dos ligaduras. Cójase el vértice de la vesícula con unas pinzas, llévesela hacia dentro para poner tenso su pedículo vascular externo, que se comprime, corta y liga cerca de su borde externo para evitar el uréter.

Despréndase, por último, con las tijeras curvas el cuello de la vesícula a ras de la próstata. Tóquese la sección con el termo.

c. Sutura del periné. — Reconstitúyanse parcialmente las diversas capas del periné, aproxímense los elevadores del ano y deságüese.

2.º Tiempo escrotal. — Despréndanse el testículo y el cordón. Aíslese el deferente a nivel del conducto inguinal y luego extráigase por medio de suaves tracciones.

II. Método inguinoescrotal (2). (Baudet y Duval.) — Mediante una laparotomía subperitoneal, hecha sobre el plano inclinado, se penetra, guiado

(1) Roux, *Ve Congr. fr. de chir.* (1891), pág. 668; Guélliot, *Presse médic.* (1898), pág. 193.

(2) Baudet y Duval, *Rev. de chir.* (1901), t. XXIII, pág. 395.

por el deferente, en lo profundo de la pelvis para extirpar la vesícula; luego se quita el testículo.

1.º *Tiempo inguinal. a.* Incisión cutánea. — Desde la espina iliaca anterosuperior al orificio inguinal externo, con prolongación escrotal; paralela al arco de Falopio, pero a dos traveses de dedo más adentro.

b. Laparotomía subperitoneal. — Ábrase de abajo arriba el conducto inguinal, reténganse con dos pinzas los bordes de la aponeurosis del oblicuo mayor. Descúbrase, levántese con el dedo y córtese con el bisturí, primero el oblicuo menor y luego el transverso. Incíndase prudentemente la fascia transversal y apártese hacia dentro el peritoneo y los elementos del cordón, permaneciendo en contacto de la serosa para huir del suelo iliaco y sus vasos.

Aíslense, líguense y córtense los vasos epigástricos.

c. Liberación del deferente. — A ras del pubis, con la sonda acanalada, aíslese el deferente de abajo arriba; sepáreselo de los vasos espermáticos que se ligan y cortan. Sepárese fuertemente hacia dentro el labio interno de la pared con el peritoneo.

Levántese el deferente sin tirar, porque se rompe a la menor tracción. Aísleselo con la sonda acanalada o con las tijeras y penétrese con él en la pelvis, después de haber desviado afuera la arteria umbilical.

d. Liberación de la vesícula. — Así se llega al fondo de la vesícula, cubierta por su aponeurosis. Con la sonda se abre o desgarran la celda vesicular y se separan los bordes. Se coge el fondo vesicular con unas pinzas, se pone tenso y se aísla el órgano de arriba abajo. En su borde externo se aísla, comprime y liga el pedículo vascular que allí aborda. Se prosigue el aislamiento hasta el cuello que se corta de un tizeretazo de dentro afuera, con las tijeras curvas y se toca con el termo.

Vesícula y deferente quedan libres y se sacan fuera de la herida.

e. Sutura de la pared. — Se coloca un tubo grueso en el sitio despegado, que salga a nivel del orificio inguinal externo.

Se reconstituye la pared por una sutura en tres planos o bien una sutura en masa.

2.º *Tiempo escrotal.* — Se vuelve a coger el extremo superior del cordón; se le sigue de arriba abajo y se le extirpa con el testículo, como en la castración ordinaria.

III. — EPIDIDIMECTOMÍA (1)

Es la extirpación parcial (atípica) o total (típica) del epidídimo.

1.º **Epididimectomía atípica.** — Cuando el epidídimo lleva uno o dos núcleos tuberculosos aislados y salientes, se puede, o bien abrir y raspar el punto enfermo, o bien escindir el núcleo en forma de cuña y suturar los bordes de esta escisión (Lejars).

(1) Lejars, *Sem. médic.* (1902), pág. 9.

2.º Epididimectomía típica. — Conviene para las lesiones difusas.

a. Incisión escrotal. — Vertical, anterior y baja sobre la lesión.

b. Abertura de la vaginal. — En medio de la cara anterior y en toda su altura. Evácuase la serosa; cójase el testículo y enucleéselo, volviendo del revés sus envolturas.

c. Extirpación del epidídimo. — Hay que desprender el epidídimo respetando muy cuidadosamente los vasos situados en contacto de su cara interna, necesarios para la nutrición del testículo. (Rama testicular de la arteria espermática.)

Para ello póngase tenso el testículo y el cordón; incíndase ligeramente la vaginal a lo largo del borde superior del epidídimo y con la sonda acanalada aíslese el cuerpo del órgano y échesele hacia fuera. Cójasele con unas pinzas y tírese de él. Estírense y córtense las adherencias de la cabeza, comprímase una arteriola; luego seccionéense las adherencias de la cola, aíslese el origen del deferente y córtesele a la altura conveniente.

d. Vasoorquidostomía. — Se puede, si se quiere, intentar la anastomosis del extremo del deferente con el parénquima testicular, implantando por medio de dos puntos con catgut fino ese extremo en el ángulo posterior de la resección. Los recientes experimentos de Bogolioubov (1) demuestran que el restablecimiento de la función espermática no es imposible.

e. Sutura del testículo y de la vaginal. — Una sutura fina a punto por encima repara la albugínea; otra sutura análoga une el labio superior de la incisión vaginal supraepididimaria a la vaginal testicular.

Se cierra la serosa por delante y luego el escroto.

IV. — ORQUIDOTOMÍA. ORQUIDORRAFIA

Es la incisión del testículo en su borde convexo para juzgar del estado del parénquima.

a. Orquidotomía. — El testículo es enucleado previa incisión del escroto y de la vaginal.

Se lo coge firme entre los dedos y se lo hiende en su borde convexo, de un polo al otro, siguiendo un plano medio y llegando profundamente hasta el cuerpo de Higmoro.

b. Orquidorrafia. — Hecha la exploración, si el órgano está sano, júntense las dos valvas testiculares y sutúrese la albugínea.

V. — VASECTOMÍA (2)

Es la resección parcial del conducto deferente, practicada en la cura indirecta de la hipertrofia prostática y propuesta simultáneamente, sin saberlo el uno del otro, por Chalot y por Isnardi (de Turín).

(1) Bogolioubov, *Sem. médico*. (1904).

(2) Isnardi, *Gaz. méd. de Turin* (1895), pág. 597; Chalot, in Lacoste, T. de Toulouse (1896).

a. Incisión cutánea. — Previa anestesia local con la estovaina, practíquese en la raíz de la bolsa una pequeña incisión debajo del orificio inguinal externo. Córtese la piel, la túnica celulosa y el cremáster.

b. Aislamiento y resección del conducto deferente. — Cójase el cordón, aislése el deferente en unos 3 centímetros y córtese entre dos ligaduras.

c. Cierre de la herida cutánea. — Con algunas crines o corchetes de Michel.

VI. — ANGIOEURECTOMÍA (1)

Es la resección de todos los elementos del cordón, excepto el deferente y su arteria (Albarran).

La técnica es semejante a la de la vasectomía. Descubierto el cordón, aislado el deferente, se coloca una doble ligadura en todos los demás elementos del cordón, a 2 o 3 centímetros, y se escinde el segmento intermedio.

VII. — CURA DEL VARICOCELE

1.º Resección de las venas espermáticas. — Indicada cuando la orquidoptosis es poco acentuada.

a. Incisión cutánea y descubrimiento del cordón. — En la raíz de la bolsa hágase una incisión de 4 a 5 centímetros: córtese piel, dartos, celulosa y cremáster. Lléguese al cordón y despréndaselo ampliamente.

b. Aislamiento del deferente y de la arteria espermática. — Búsquese por palpación el deferente en medio, muy reconocible; luego, en el grupo venoso anterior, la arteria espermática, muy difícil de distinguir de las venas vecinas. Aísleselas.

c. Ligadura y escisión de los paquetes venosos. — Líguense entonces, por arriba y por abajo, de una parte el grupo venoso anterior, de otra el grupo venoso posterior. Córtese el segmento comprendido entre las dos ligaduras. Aproxímense los extremos de los muñones venosos atando en cada grupo los hilos superiores con los hilos inferiores (Jacobson).

d. Sutura de la piel. — Un primer plano reúne las envolturas funiculares, el segundo cierra la brecha cutánea.

2.º Resección del escroto (2). — Indicada cuando la orquidoptosis es manifiesta (Henry, de Nueva York), debe interesar simétricamente las dos bolsas.

a. Separación de los testículos; limitación de la resección. — Un ayudante coge el escroto y lo despliega en forma de abanico vertical. El cirujano,

(1) Albarran, *Assoc. fr. d'urol.* (1897), pág. 101.

(2) Wickam, T. de París (1885) y *Presse médic.* (1894), pág. 286; Dumas, T. de París (1890-91); Dardignac, *Rev. de chir.* (1895), t. XV, pág. 721; Lejars, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1899), pág. 761.

comprimiendo este abanico entre el índice y el medio izquierdos, separa enérgicamente y mantiene los testículos hacia el pubis. El ayudante extiende aún más el abanico escrotal. Con la mano derecha que ha quedado libre, el cirujano coloca, en contacto de sus dedos izquierdos, uno o dos grandes clamps curvos con la concavidad vuelta hacia el pubis. Conviene reseca lo más que se pueda del escroto, pero dejar hacia la raíz del miembro bastante piel para que la erección no sea dificultada.

Se han propuesto clamps especiales para facilitar la sutura. Unas pinzas curvas ordinarias pueden bastar perfectamente. Hasta se puede prescindir muy bien de ellas, conforme indicaremos.

b. Sutura hemostática.—Por detrás y a ras de las pinzas curvas, si se han empleado pinzas, por delante y a ras de los dedos de la mano izquierda que separan los testículos, si no hay pinzas, se pasan una serie de hilos en U a través de todo el escroto, hilos escalonados desde la raíz del miembro hasta el periné.

Se aprietan estos puntos moderadamente, después de aflojar un poco las pinzas, si las había.

c. Resección del escroto y sutura de confrontación.—A medio centímetro por delante de los hilos o a ras de las pinzas, se secciona el escroto con el bisturí. Se quitan las pinzas si se han empleado; se verifica la hemostasia de la superficie de sección.

Se reúnen los labios cutáneos, ya por medio de una sutura de punto por encima con catgut, ya por medio de crines, ya por medio de corchetes.

3.º Resección del escroto y de las venas espermáticas.—Se reseca el escroto como anteriormente. Pero se aprovecha la abertura, antes de suturar, para exponer las venas del cordón, aislar los dos grupos posterior y anterior y resecaarlos entre dos ligaduras, como hemos dicho anteriormente.

Luego se reúne el escroto, previa una hemostasia minuciosa.

4.º Ligadura subcutánea, en forma de bolsa, del escroto (Nimier) (1).

Se apartan o rechazan los testículos hacia el pubis y el abanico escrotal se despliega transversalmente.

Con una aguja de Reverdin, recta y larga, se pincha el borde izquierdo del escroto por debajo de los testículos separados, se marcha junto a la cara profunda del dermis cutáneo anterior, volviendo a salir por el borde derecho. La aguja carga un hilo de seda y lo conduce a la izquierda. Se vuelve a introducir por el mismo agujero, marcha análogamente de izquierda a derecha, pero bajo el dermis posterior vuelve a salir a la derecha por el agujero ya hecho, carga el otro cabo del hilo de seda y lo conduce a la izquierda.

Se cruzan los dos cabos de hilo, se los aprieta moderadamente, se los ata y corta a ras de la piel, bajo la cual desaparece el nudo.

El hilo así colocado cierra en forma de bolsa el saco escrotal libre que se retrae rápidamente. Alrededor del hilo se forma un núcleo fibroso que mantiene la curación.

(1) Nimier, *Rev. de chir.* (1898), t. XVIII, pág. 929.

5.º Suspensión del testículo por inversión de la vaginal (Parona) (1).

a. Hágase sobre el trayecto del cordón una incisión de 6 a 7 centímetros, desde el orificio inguinal externo hasta el cuello de la bolsa.

Enúclese el testículo, el cordón y sus envolturas.

b. Incíndase la vaginal por su cara anterior, ábrasela y vuélvase como un dedo de guante que envaina las venas dilatadas y el cordón (fig. 1215).



Fig. 1215. — Cura del varicocele por el procedimiento de Parona

La vaginal es invertida y suturada al pubis y a los pilares inguinales

c. Fijese la abertura del saco vaginal al pubis y a los pilares del orificio inguinal externo por tres catguts, uno posterior, uno antero-interno, otro anteroexterno.

Cúidese bien de no retorcer el cordón.

d. Reintégrese el testículo en el escroto y sutúrese la incisión escrotal de arriba abajo para evitar todo fruncimiento.

6.º Suspensión del testículo por fijación de la fibrocremasterina (Carta) (2).

a. Como en el procedimiento de Parona, atráigase afuera el testículo y el cordón con su túnica fibrocremasterina.

b. Ábrase ésta por arriba; incíndase circularmente alrededor del cordón. Reséquense las venas funiculares demasiado dilata-

tadas y luego sutúrese esta túnica fibrocremasterina a los pilares del anillo inguinal externo por tres puntos en U.

c. Ciérrase la herida escrotal.

(1) Parona, *Sem. médic.* (1899), pág. 40.

(2) Carta, *Sem. médic.*, 9 de Marzo de 1904.

CAPÍTULO XVI

OPERACIONES EN EL APARATO GENITAL DE LA MUJER

Asepsia y antisepsia preoperatorias

Se purgará a la enferma la antevíspera o la víspera, se le dará un enema la víspera por la noche y se limpiará cuidadosamente la región anal.

Vulva y periné. — Se colocará a la operada en posición dorsosacra llamada ginecológica. El pubis, la vulva, el periné, el ano y la región interna de los muslos serán afeitados con cuidado y luego enjabonados, frotados con una torunda de algodón o cepillados con suavidad y lavados sucesivamente con agua jabonosa, con permanganato potásico, con bisulfito sódico, con alcohol, con sublimado o con disolución fenicada débil, y, finalmente, con agua esterilizada.

Vagina. — Se dará una primera inyección vaginal con agua hervida. El índice, envuelto en algodón hidrófilo o en una compresa, enjabonará y cepillará la vagina en toda su extensión, insistiendo en los pliegues, que deberá borrar, y en los fondos de saco. Con una cánula y mientras el dedo continúa frotando la pared vaginal, se lavará la vagina con agua hervida y luego con una disolución antiséptica (sublimado al 1 por 5000, agua fenicada débil o formol al 5 por 1000, agua oxigenada).

Cuando la enferma esté dormida se lavará la vagina con alcohol y luego con agua esterilizada.

Útero. — Si no hay endometritis, es posible contentarse con frotar vigorosamente el hocico de tenca y tocar el orificio con tintura de yodo o con cloruro de cinc al 1 por 10.

Si hay endometritis, se ha de dilatar el cuello y practicar o bien lavados o instilaciones intrauterinas (tintura de yodo, cloruro de cinc al 1 o 2 por 10, glicerina creosotada al tercio, etc.), o bien un raspado completo.

Si el cuello está más enfermo, si está infectado por residuos esfacelados, por el ícor canceroso o un flujo purulento, hay que desinfectarlo por un raspado y una cauterización enérgica con el termocauterio, con los lápices de Canquoin o con carburo de calcio. Esta limpieza, seguida de irrigaciones antisépticas abundantes, hechas preferentemente con agua oxigenada, se repetirá, si conviene, durante algunos días.

I

Vulva, vagina, periné

I. — EPISIOPLASTIA

(DESBRIDAMIENTO VULVAR POR VAGINISMO)

Procedimiento de Pozzi. — Previa escisión de los restos del himen hágase la dilatación forzada del anillo vulvar con los dedos o con el pico de un espéculo muy abierto.

A nivel del tercio inferior del anillo vulvar practíquese a cada lado una incisión simétrica, de 4 centímetros de largo, perpendicular a la línea de inserción del himen que debe rebasar por arriba y que interese las fibras superficiales del constrictor vulvar.

Como en todas las «plastias» en general, debe transformarse por tracción esa incisión perpendicular al anillo vulvar en incisión paralela a este anillo y reunir los bordes de la herida en este sentido.

II. — DESBRIDAMIENTO VULVOVAGINAL

Procedimiento de Chaput. — Tiene por objeto abrir una anchura

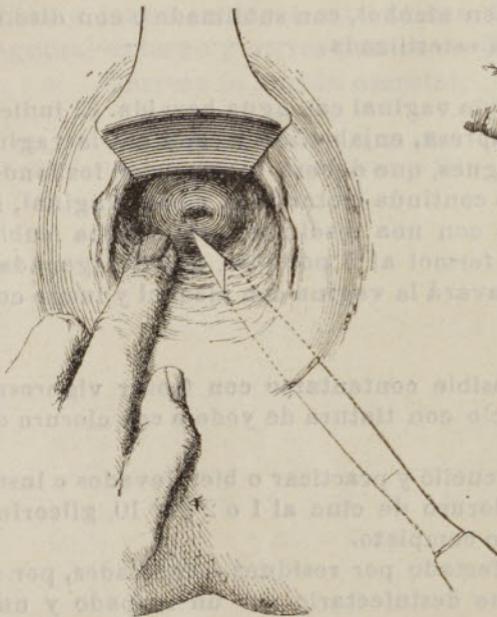


Fig. 1216. — Desbridamiento vulvovaginal (Chaput). Primer tiempo. Transfixión del anillo vulvovaginal.

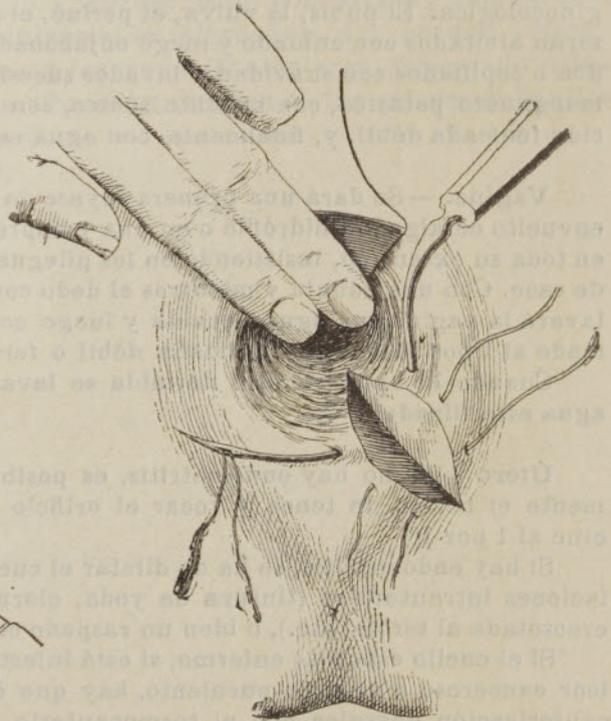


Fig. 1217. — Desbridamiento vulvovaginal (Chaput). Segundo tiempo. Reconstitución del anillo vulvovaginal.

vía temporal para el fondo de la vagina y puede ser, según las necesidades, uni o bilateral.

1.º **Transfixión vulvovaginal.** — Con un cuchillo de hoja larga se punciona la piel en una línea que vaya desde el tercio inferior de la vulva hasta el isquion. La punta del instrumento pincha la piel en la mitad de la distancia vulvoisquiática, carga de punta los tejidos y vuelve a salir por la vagina a 2 centímetros del cuello uterino y de un golpe corta todas las partes cargadas por la hoja (fig. 1216). Hemostasia minuciosa.

2.º **Refección vulvovaginal.** — Terminada la operación por la que era necesario el desbridamiento (fístula vésciovaginal, histerectomía, etc.), con una aguja curva de Emmet, se reúne cuidadosamente la herida rómbica producida por la transfixión: hilos vaginales de catgut; hilos cutáneos de crin, marchando todos profundamente por debajo de los tejidos para obtener simultáneamente una hemostasia y una coaptación perfectas (fig. 1217).

III. — COLPOPLASTIA. CREACIÓN DE UNA VAGINA

Entre los diferentes métodos propuestos para la creación de una vagina artificial, sólo describiremos los dos más recientes, el de Abbe y Fergue y el de C. Beck.

1.º **Procedimiento de Abbe-Fergue (1).** (Colpoplastia por injertos de Thiersch.) — Se deberá, ante todo, examinar cuidadosamente a la enferma a fin de asegurarse de la presencia o ausencia de los órganos genitales internos útero y anexos.

Cuidados preliminares. — Desinfección, estreñimiento artificial, cateterismo vesical.

Técnica. — Enferma en la posición de la talla. Catéter en la vejiga

a. **Incisión.** — Entre los labios menores separados, hágase debajo de meato uretral una incisión curva de concavidad superior.

b. **Desprendimiento rectovesical.** — Prudentemente, divídase el tejido celular y sepárese la vejiga del recto sin herirlos, hasta que se haya obtenido una cavidad de dimensiones ampliamente suficientes, o hasta que se haya llegado al cuello uterino, si existe. Hemorragia difusa casi siempre abundante. Hemostasia minuciosa por ligadura o por taponamiento.

c. **Corte de los injertos.** — En la piel de la cara anterior del muslo, córtense como de ordinario injertos de 10 a 12 centímetros de largo y tan anchos como sea posible (véase pág. 107).

d. **Aplicación de los injertos.** — Tómese un portainjerto de dimensiones convenientes: cilindro de corcho de 10 a 12 centímetros de largo y dos buenos traveses de dedo de diámetro, o bien dedo de guante de caucho o condón de igual volumen, debidamente asepticado, que se pone rígido rellenándolo de algodón o de gasa yodofórmica. Cúbrase el portainjertos con los injertos ya

(1) R. Abbe, *Medic. Record.* (1898), n.º 24, pág. 835; Arène, T. de Montpellier (1901), n.º 19; Tuffier, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, t.º de Junio de 1904, pág. 595.

cortados, aplicados con la cara cruenta hacia fuera y colocados tangencialmente. Si es necesario, fíjense los injertos sobre el portainjertos en cada uno de sus extremos, con un hilo circular.

Dilátase el conducto artificialmente excavado con dos valvas. Introdúzcase a fondo el portainjertos sin alterar la disposición de los injertos. Retírense suavemente las valvas.

Sujétese el portainjertos con el auxilio de dos puntos de sutura que aproximen los labios mayores.

Cuidados consecutivos. — Cura. Estreñimiento artificial durante ocho días. Al quinto día retírese suavemente el condón. Los injertos se han fijado ya. Ulteriormente practíquese cada día la dilatación regular de la vagina con ayuda de mandriles cilíndricos o de un espéculo bivalvo ordinario que se dejará colocado durante media o una hora.

2.º Procedimiento de Carl Beck (1). (Colpoplastia por colgajos labiocrurales.) — Se coloca a la enferma en posición declive.

a. Practíquese una incisión hipogástrica transversal como para la talla suprapúbica. Descúbrase la vejiga. Excávase por disección un trayecto por delante de la vejiga, a ras de la sínfisis cuya cara posterior hay que seguir. Ábrase este trayecto hacia la vulva sobre uno de los lados de la uretra.

b. Córtense en los labios y la cara interna de los muslos dos colgajos cutáneos que midan, como anchura la altura de los labios, y como longitud la del trayecto retropúbico. Con unas pinzas pasadas por el trayecto de arriba abajo cójase el extremo de los colgajos, arrástreselos a ese trayecto y fíjeselos con algunos puntos cogiendo su extremo más arriba de la sínfisis, de suerte que las caras cruentas de esos colgajos miren al exterior y sus caras epidérmicas al interior del trayecto. Mecha de gasa en este trayecto.

[*Vagina artificial mediante el injerto de un segmento de intestino.* — Las operaciones plásticas para formar una vagina artificial fracasan muchas veces y aun en los casos afortunados a la larga se establecen estenosis. Para evitar tales inconvenientes Haerberlin y Mori idearon el emplear un segmento de intestino excluido para reemplazar a la vagina ausente y consiguieron realizar con éxito la operación. Posteriormente, Muller, Alban, Stoeckel, etc., han comunicado nuevos casos afortunados de trasplatación de un segmento de intestino delgado para formar una vagina. La técnica, aunque fundamentalmente la misma, varía en sus detalles según el autor. La de Stoeckel, resumida, es como sigue:

Como operación preparatoria se labra un trayecto entre la vejiga y el recto, haciendo que por arriba llegue hasta el peritoneo inclusive. En este trayecto se ha de implantar el asa intestinal.

La exclusión del intestino se practica, previa laparotomía, dirigiéndose al ciego, y luego siguiendo el íleon, se busca un asa cuyo mesenterio sea bastante largo para que permita llevar dicha asa hasta el periné. Esta asa se excluye por doble sección y se restablece luego la continuidad del intestino por enteroanastomosis.

El asa excluida se sujeta con una seda en su parte media y se hace descender por medio de unas pinzas introducidas por el conducto labrado en el periné, pinzas que cogen la seda del asa. Cuando la parte media del asa llega

(1) Beck, *Ann. of Surgery* (1900), vol. XXXII, pág. 572.

a nivel de la vulva se incinde aquélla y los bordes de la incisión se suturan a la piel vulvar. Como se comprende, el asa forma dos conductos paralelos que equivalen a una vagina doble, pero, en cambio, su vitalidad está más asegurada que si fijáramos uno de los cabos del asa excluida a la abertura vulvar.

El inconveniente mayor de esta vagina es la secreción que se verifica en la misma y que tarda mucho en desaparecer, pero no se atresia ni atrofia.— (N. del R.)]

IV. — COLPOTOMÍA. ELITROTOMÍA

Es la incisión de los fondos de saco vaginales hecha para abrir colecciones serosas, purulentas o sanguíneas residentes en la pelvis o para extirpar los anexos o para quitar ciertos fibromas situados en la parte baja.

La colpomotomía nunca se hace en los fondos de saco laterales propiamente dichos.

Interesa unas veces el fondo de saco anterior, otras y mucho más a menudo el fondo de saco posterior.

La técnica es la de los primeros tiempos de la histerectomía vaginal a la que nos referimos para completar lo que vamos a decir.

§ 1. — COLPOTOMÍA ANTERIOR

Se practica rara vez y se aplica a las anexitis fijadas delante del útero.

Cuidados preliminares.— Desinfección vulvovaginal. Evacuación del recto y de la vejiga. Enferma en posición ginecológica.

Técnica. a. Incisión vaginal.— Se vacía y se retiene la vejiga. Dos valvas, anterior y posterior, deprimen las paredes vaginales y descubren el cuello. Se coge éste sólidamente con dos pinzas de Museux y se atrae hacia abajo y adelante.

Se incinde el fondo de saco vaginal circularmente a ras del cuello, ya con el bisturí, ya con las tijeras, ya por excepción con el termocauterio. Esta incisión es semicircular, transversal y ensanchada, si se quiere, por dos pequeños desbridamientos rectilíneos, laterales, que le dan la forma de U. Algunos autores, para tener más espacio, incinden la vagina longitudinalmente y separan con cuidado la vejiga de la vagina y luego del útero (fig. 1218).

b. Abertura del peritoneo.— Se desprende la vejiga y se la empuja hacia arriba y adelante junto con los uréteres. Se descubre e incinde el fondo de saco peritoneal y se coloca una valva larga.

c. Maniobras anexiales.— El dedo va a reconocer el fondo del útero y sus astas y los anexos, aislando éstos. Unas pinzas los cogen y los sacan. Se coloca un clamp o un hilo en su pedículo, y éste es seccionado.

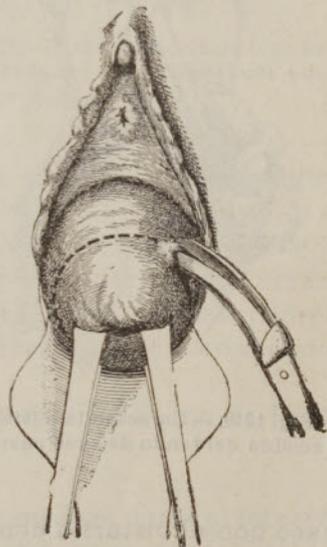


Fig. 1218

Colpomotomía anterior

d. Cura. — Según el caso, se restaura el fondo de saco por una sutura o se lo tapona simplemente.

§ 2. — COLPOTOMÍA POSTERIOR

Es la más usada. Se aplica: 1.º a la castración vaginal simple (operación de Battey); 2.º a la abertura de las colecciones del Douglas serosas, purulentas o hemáticas, y 3.º al desagüe del peritoneo.

El procedimiento corriente que vamos a describir ha suplantado completamente a la punción con un trocar hendido seguida de desbridamiento, llamada método de Laroyenne, menos eficaz, menos amplio y más peligroso.

Cuidados preliminares. — Desinfección vulvovaginal. Evacuación del recto y de la vejiga. Enferma en posición ginecológica.

Técnica. a. Incisión de la vagina. — Dos valvas deprimen las paredes vaginales anterior y posterior. Se coge sólidamente el cuello con dos pinzas de Museux, se lo hace descender y luego se lo dirige hacia arriba y adelante, hacia el pubis, después de suprimir la valva anterior que ahora estorba. El fondo de saco posterior queda bien expuesto y tenso. A ras del cuello o un poco más atrás, se incinde transversalmente el fondo de



Fig. 1219. — Colpotomía posterior
Incisión del fondo de saco posterior

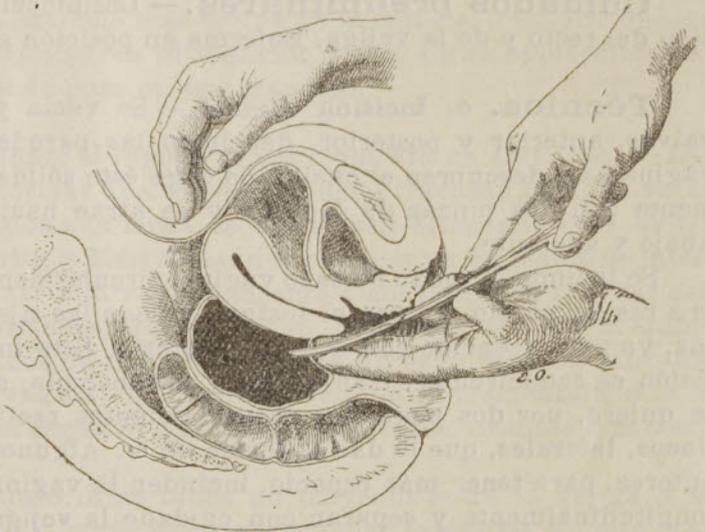


Fig. 1220. — Colpotomía posterior. Ampliación
de la abertura con las pinzas

saco con el bisturí o con las tijeras; para respetar el recto, la punta del instrumento debe ser dirigida hacia el útero (fig. 1219).

b. Abertura del peritoneo. — La pared vaginal es incindida y repelida hacia atrás; aparece el fondo de saco peritoneal, se le abre y esta abertura es ensanchada con los dos índices o con las tijeras o bien con unas pinzas-clamp cuyas ramas se ensanchan fuertemente (fig. 1220).

c. **Maniobras anexiales.** — Los dedos penetran en el Douglas.

1.º Si los anexos están libres, movibles, se los coge con los dedos o unas pinzas, se los baja a la vagina, se los examina, se hace la ignipuntura o se los extirpa, previa ligadura o colocación de un clamp en su pedículo. A veces es necesario, para alcanzarlos, hacer bascular el útero hacia atrás, atrayéndolo con ayuda de pinzas de Museux.

2.º Si los anexos están adherentes, rodeados de bolsas seropurulentas, se abren estas bolsas con el dedo o las tijeras romas, mientras la mano opuesta, apretando sobre el hipogastrio, hace bajar las colecciones perianexiales y las sujeta para hacer más fáciles su acceso y abertura.

En tal caso, a menudo hay que contentarse con romper todas las bolsas accesibles y dejar los anexos en su sitio, desaguando muy ampliamente el

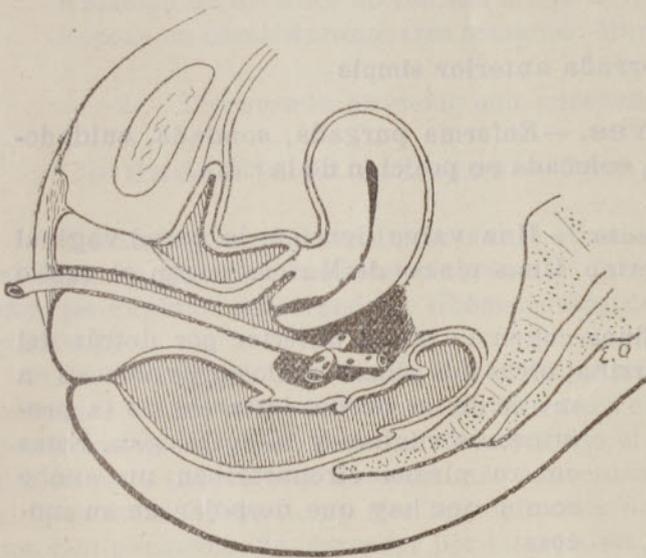


Fig. 1221.—Desagüe del fondo de saco de Douglas después de la colpotomía posterior, por medio de un tubo en cruz.

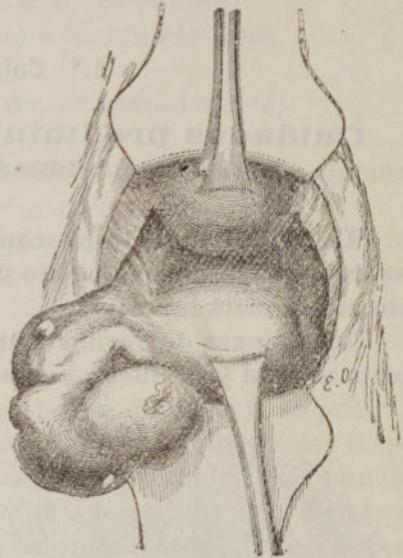


Fig. 1222.—Exteriorización de los anexos después de la colpotomía posterior (J. L. Faure).

peritoneo con el auxilio de mechas y de varios tubos gruesos en cruz (figura 1221).

A veces, después de reventadas y evacuadas las bolsas, se pueden aislar y libertar prudentemente los anexos enfermos, sacarlos y extirparlos (fig. 1222).

A veces también, cuando las lesiones son bilaterales, altas, ocultas por el útero y cuando éste estorba el desagüe, habrá que recurrir a la histerectomía vaginal (véase más adelante).

3.º Si se cae en una vasta colección sanguínea (hematocele), no se hará más que evacuarla y desaguando ampliamente.

Cuidados consecutivos.—Se quitarán las mechas hacia el tercero o el cuarto día. Los tubos se dejarán en su sitio hasta que haya desaparecido casi por completo el flujo. Los lavados vaginales o las inyecciones por el tubo de desagüe se harán con prudencia y sin presión, nunca antes del tercero o el cuarto día, a menos que se haya comprobado anteriormente la presencia de adherencias que aislen el foco de la gran cavidad peritoneal.