

V. — COLPORRAFIA. ELITRORRAFIA

Es la sutura de la vagina hecha para estrechar sus paredes relajadas (cistocoele, rectocoele). Interesa, ya la pared anterior (colporrafia anterior), ya la pared posterior, y se combina entonces lo más a menudo con una restauración del periné (colpoperineorrafia).

§ 1. — COLPORRAFIA ANTERIOR

Puede limitarse al refrescamiento simple con sutura o combinarse con la miorrafia anterior de los elevadores.

1.º Colporrafia anterior simple

Cuidados preliminares. — Enferma purgada, sondada, cuidadosamente aseptizada, anestesiada, colocada en posición de la talla.

Técnica. *a.* Refrescamiento. — Una valva deprime la pared vaginal posterior y descubre el cuello uterino. Unas pinzas de Museux cogen el cuello y lo bajan hasta la vulva.

Unas pinzas de garfios más finos cogen la pared anterior por detrás del meato uretral y la llevan hacia arriba; otras dos pinzas análogas se colocan en medio de los bordes laterales de la prominencia vaginal y la despliegan. Estas cuatro pinzas circunscriben un ancho rombo que hay que despojar de su mucosa.

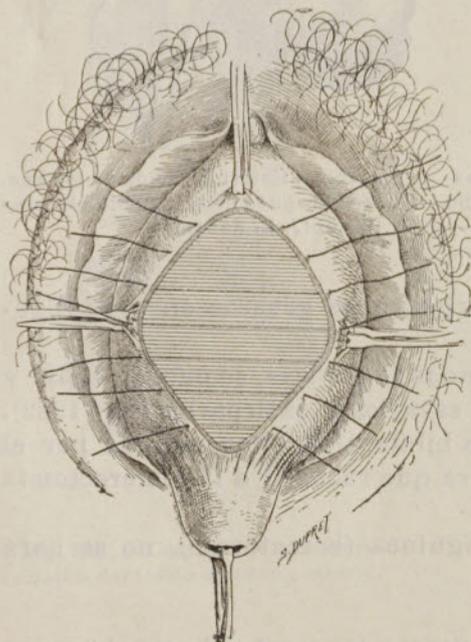


Fig. 1223. — Colporrafia anterior
Procedimiento de Hegar

Cuatro cortes de bisturí deslindan la resección. Se coge con unas pinzas el ángulo superior del rombo mucoso que se ha de resecar, se lo desprende poco a poco levantándolo y luego se lo libera francamente con el bisturí, con las tijeras o con el dedo envuelto en una compresa, obrando por despegamiento en el plano de yuxtaposición vesicovaginal. Este despegamiento se hace sin trabajo y sin hemorragia, si se sigue el buen plano.

b. Sutura. — Puede ser de uno o de dos pisos.

En el primer caso, se pasan una serie de hilos separados (catguts con preferencia) transversalmente del borde derecho al borde izquierdo del refrescamiento, hilvanando la superficie cruenta para destruir todo espacio muerto, pero sin herir la vejiga.

Estos hilos se colocan desde el meato al cuello y luego se atan en sentido inverso, desde el cuello al meato.

En el segundo caso, una sutura profunda, de punto por encima, con catgut, estrecha la superficie cruenta en sentido transversal y luego se reúnen los bordes por otra sutura a punto por encima o por algunos puntos superficiales.

Lejars, para el plano profundo, emplea anchos puntos en X con catgut mediano.

c. Cura. — Sonda de Pezzer permanente, mecha de gasa.

Cuidados consecutivos. — Sonda de Pezzer permanente o caterismos bicotidianos durante tres días. Mechas de gasa o inyecciones vaginales tricotidianas, dadas en posición genupectoral. Estreñimiento hasta el cuarto día, luego purgante y enema.

Ablación de los hilos no reabsorbibles al octavo o décimo día.

Reposo en cama durante tres semanas. Marcha a los treinta días.

2.º Colporrafia anterior con miorrafia de los elevadores (1)

Cuidados preliminares. — Como anteriormente.

Técnica. — A 3 centímetros más atrás del meato y de un labio mayor al otro, hágase una incisión transversal que interese todo el espesor de la mucosa vaginal. Retráiganse y libértense los dos labios, respetando la uretra y la vejiga.

En los ángulos laterales de la herida, tocando a las ramas del pubis, reconózcanse los elevadores. Si se encuentra para ello alguna dificultad, se puede, con la valva posterior, deprimir fuertemente el ano para poner tensos los bordes de estos músculos y hacerlos más aparentes. Se puede también, siguiendo el ejemplo de Chaput, ya que la colporrafia anterior se combina casi siempre con una perineorrafia, empezar por esta última, desdoblar el periné, reconocer los elevadores a ese nivel (véase pág. 1069), lo cual es más fácil, y tirar entonces de estos músculos para ponerlos tensos por delante.

Reconocidos los elevadores, pónganse en contacto y reúnaselos en una altura de 2 a 3 centímetros con ayuda de puntos de sostén en U y de una sutura borde con borde.

Reséquese la mucosa vaginal exuberante y reúnanse sus bordes por una sutura para ejecutar la colporrafia propiamente dicha.

Cuidados consecutivos. — Como anteriormente.

§ 2. — COLPORRAFIA POSTERIOR. COLPOPERINEORRAFIA

La colporrafia posterior se aplica especialmente a la relajación de la pared vaginal posterior (rectocele), pero de ordinario se combina con una restauración del periné, de donde su nombre de colpoperineorrafia. Su ejecución debe ser siempre muy extensa: hay que estrechar demasiado para estrechar bastante.

(1) Delanglade, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 19 de Noviembre de 1902; Groves, *The Journ. of obst. and gynec.*, Marzo de 1905, pág. 187; Chaput, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 4 de Abril de 1905, pág. 338; Batigne, *La gynécologie*, Abril de 1905, pág. 134.

Se usan dos métodos: el refrescamiento (procedimiento de Simon-Hegar) y el desdoblamiento del tabique rectovaginal (procedimiento de Lawson Tait-Doléris).

1.º Método del refrescamiento. — *Procedimiento de Simon-Hegar.*

Cuidados preliminares. — Como en la colporrafia anterior.

Técnica. *a.* Refrescamiento. — Tiene la forma de un triángulo cuya base está en la comisura vulvar y el vértice cerca del cuello uterino.

Unas pinzas de Museux cogen el cuello, lo bajan a la vulva y luego lo dirigen hacia arriba y adelante. Si el cuello no puede descender, las pinzas se colocan debajo de él, en el punto más elevado de la eminencia rectovaginal.

Se colocan dos pinzas de garfios más finos a cada lado en los límites de la vulva y de la vagina, a media altura de la vulva (fig. 1224).

Entre estos tres puntos se traza una incisión que forma un triángulo, cuya área se refresca por resección mucosa con el bisturí, con las tijeras o con el dedo, obrando por despegamiento desde la comisura vulvar posterior hacia el cuello (Richelot).

b. Sutura. — Se hace en sentido transversal y en uno o dos planos.

En el primer caso, con una aguja curva grande de Reverdin, se coloca desde el vértice a la base del triángulo refrescado una serie de hilos (plata, crines o catguts), separados 1 centímetro desde el borde derecho al borde izquierdo del refrescamiento y marchando por debajo de la superficie cruenta sin herir el recto.

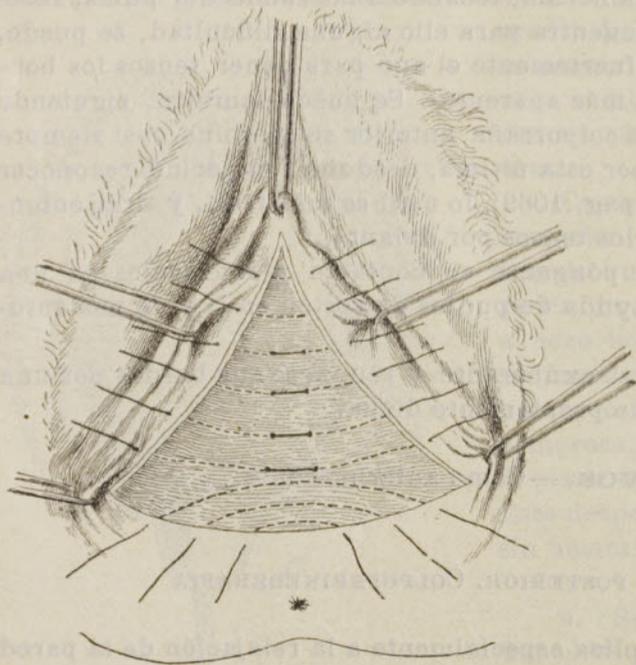


Fig. 1224. — Colporrafia posterior. Procedimiento de Simon-Hegar

do del refrescamiento y marchando por debajo de la superficie cruenta sin herir el recto.

Luego, con la aguja de Reverdin o la de Emmet se colocan en la base del triángulo tres o cuatro hilos (plata o crines) que, partiendo de la piel, se hunden hacia la línea media por debajo de la superficie refrescada y vuelven a salir simétricamente (figura 1224).

Se aprietan de arriba abajo los hilos vaginales que estrechan la pared inferior y determinan en ella la formación de una cresta antero-posterior.

Se aprietan luego los hilos perineomucosos, los cuales reúnen entre sí las dos mitades de la base del triángulo, estrechan la vulva y restauran el periné.

En la sutura en varios planos, una sutura a punto por encima con catgut estrecha primero el refrescamiento vaginal, y luego varios puntos separados superficiales adosan sus bordes.

Cuidados consecutivos. — Como en la colporrafla anterior.

2.º Método de desdoblamiento. *Procedimiento de Lawson Tait-Dolérís.* — La técnica de Lawson Tait, a pesar de algunas pequeñas diferencias de detalle, se aproxima bastante a la de Dolérís para que la confundamos en una sola descripción.

Cuidados preparatorios. — Como anteriormente.

Técnica. a. Desdoblamiento. — Se colocan dos pinzas de garflos, unas a la derecha y otras a la izquierda, en el surco que separa los dos labios, mayor y menor, y tanto más arriba cuanto más largo se quiera obtener el periné. Una incisión curva en forma de U las reúne en el límite de la piel y de la mucosa.

Cójase el labio superior de la incisión, labio vaginal, con unas pinzas, diséqueselo un poco con el bisturí o con las tijeras y luego despéguesele profundamente con el índice, respetando cuidadosamente el recto.

b. Sutura. — Levántese el colgajo, hágase la hemostasia y luego reúnanse el borde cutáneo izquierdo con el borde cutáneo derecho de la incisión por medio

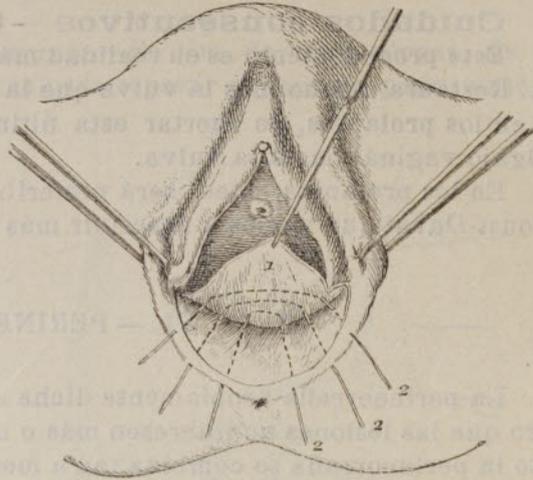


Fig. 1225. — Colpoperineoplastia de Dolérís
1, colgajo vaginal despegado y levantado; 2, 2, hilos colocados

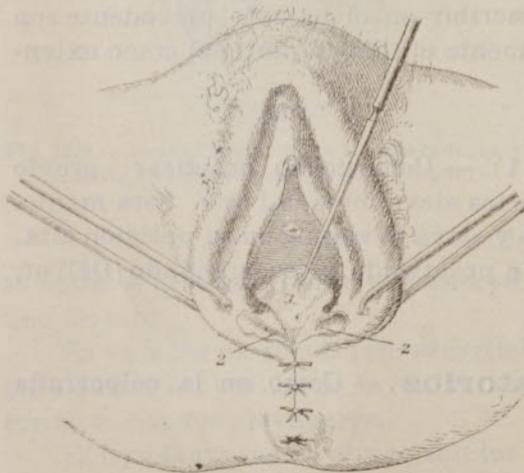


Fig. 1226. — Colpoperineoplastia de Dolérís
1, colgajo vaginal presto a ser resecado, después de apretar los hilos perineales. Los hilos perineales están reunidos 2 y 2.

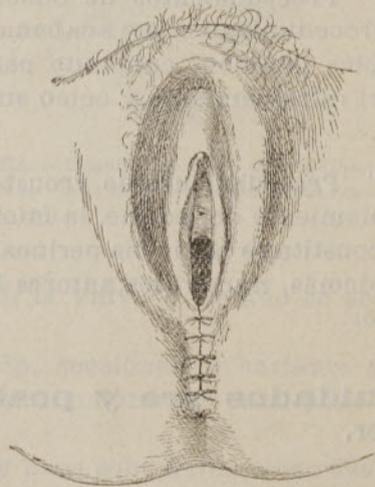


Fig. 1227. — Colpoperineoplastia de Dolérís
Operación terminada

de tres crines o alambres de plata superpuestos que, partiendo de la piel, marchan por debajo del tabique, enganchan el vértice del colgajo vaginal en la profundidad y vuelven a salir simétricamente (fig. 1225). Apriétense los hilos. El colgajo vaginal, atraído por ellos, baja hacia la vulva formando un pliegue

exuberante. Se reseca de él lo que excede de la nueva horquilla y se reune separadamente el lado derecho de la mucosa al lado izquierdo y luego el labio cutáneo derecho al labio cutáneo izquierdo, lo cual aumenta otro tanto la altura del periné (figs. 1226 y 1227).

Cuidados consecutivos — Como anteriormente:

Este procedimiento es en realidad más una episioplastia que una colpoplastia. Restaura mucho más la vulva que la vagina, y tiene el inconveniente, grave en los prolapsos, de acortar esta última, atrayendo la parte profunda del colgajo vaginal hacia la vulva.

En los prolapsos, pues, será preferible el procedimiento de Hegar o el de Proust-Duval que vamos a describir más adelante.

VI. — PERINEORRAFIA

La perineorrafia propiamente dicha se aplica a los desgarros del periné. Es raro que las lesiones no interesen más o menos la pared vaginal posterior; por esto la perineorrafia se combina tan a menudo con la colporrafia.

Pero en los casos de desgarramiento la escisión o la restauración vaginal es de menor importancia que la refección del periné mismo; la perineorrafia domina sobre la colporrafia.

Sólo nos ocuparemos de los desgarros antiguos del periné, que se dividen en incompletos y completos.

§ 1. — DESGARROS INCOMPLETOS DEL PERINÉ

1.º Procedimientos de Simon-Hegar y de Lawson Tait-Dolérís. — Todos estos procedimientos que acabamos de describir en el párrafo precedente son aplicables también, cuidando particularmente el tiempo perineal como extensión del refrescoamiento y como sutura.

2.º Procedimiento de Proust-Duval (1). — Consiste en practicar, previo desdoblamiento del periné, la miorrafia de los elevadores del ano. Esta maniobra reconstituye la cincha perineal, tiende y eleva la vagina en su posición alta. Por lo demás, numerosos autores la habían practicado y recomendado (Delbet, Richelot).

Cuidados pre y postoperatorios. — Como en la colporrafia anterior.

Técnica. *a.* Incisión cutánea. — Enferma en posición perineal invertida con una almohada gruesa debajo del sacro que levanta el periné y le pone horizontal.

Se colocan dos pinzas simétricamente, una a la derecha, otra a la izquierda, en el borde externo del labio mayor, en el surco perineocrural, a tanta mayor altura cuanto más largo se quiera obtener el periné.

Incisión cóncava por arriba, partiendo de las pinzas de la derecha para

(1) Proust y Duval, *Presse méd.* (1902), pág. 1120.

pasar transversalmente por el límite posterior de la horquilla y volver a ascender simétricamente hasta las pinzas de la izquierda.

Se corta la piel a fondo y se colocan dos pinzas de garfios a nivel de la horquilla, una en el borde posterior o anal y otra en el borde vaginal de la incisión.

b. Descubrimiento de los elevadores. — Se tira de estas pinzas, de la una hacia delante, de la otra hacia atrás para separar el ano. Se pone tenso y

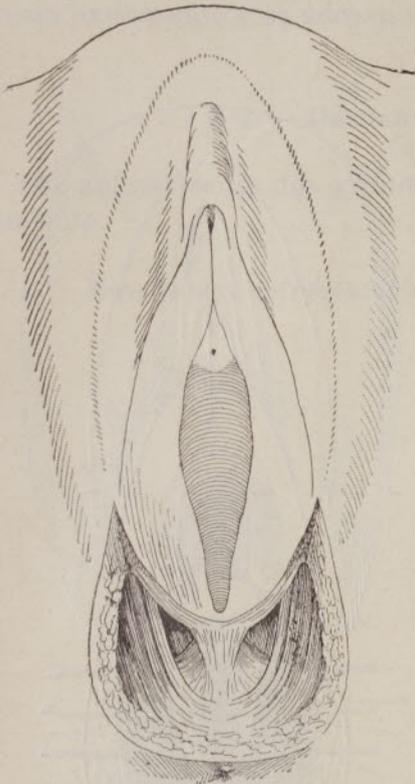


Fig. 1228. — Descubrimiento de los elevadores y de la tirilla rectovaginal (Proust y Duval)

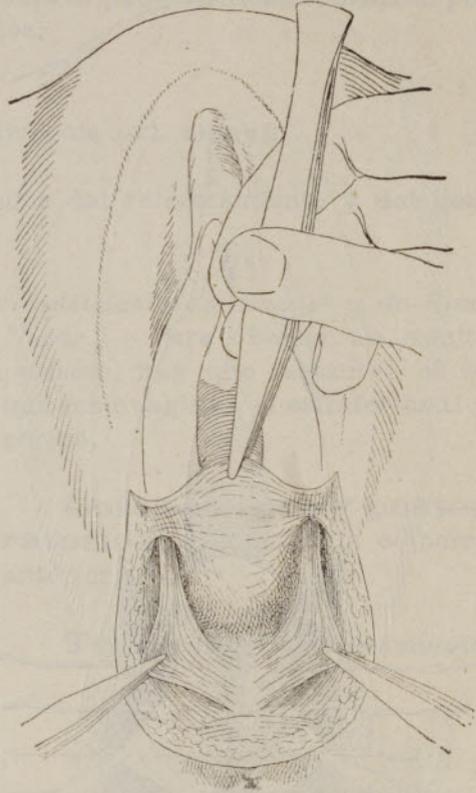


Fig. 1229. — Desdoblamiento del tabique rectovaginal. Eversión de los elevadores (Proust y Duval).

se corta el rafe anovulvar y el cuerpo perineal; la vulva y el ano se separan uno de otro.

Se va a los extremos laterales de la incisión, seccionando bastante afuera para evitar los bulbos de la vulva, bastante profundamente para ponerse en contacto con los elevadores.

El ayudante repele el ano con las pinzas y hace sobresalir, como dos cuerdas anteroposteriores, los bordes inferiores de los elevadores, que se disecan y aíslan con cuidado hasta debajo de los arcos perineales. Entre ellos y en la línea media aparece la tirilla rectovaginal (fig. 1228).

c. Sección de la tirilla rectovaginal. Abertura del espacio despegable. — Con el bisturí mantenido paralelamente a la pared vaginal posterior se secciona esta tirilla transversalmente a ras de dicha pared para no herir el recto.

Se abre el espacio despegable rectovaginal, de paredes lisas, blancas, de aspecto seroso y estirando con unas pinzas la pared vaginal hacia arriba y adelante, se despega este espacio hasta el Douglas que aparece como un rodete transversal blanco y prominente. Entonces se puede sentir a través de la pared vaginal el labio posterior del cuello uterino, punto de referencia que se ha de buscar (fig. 1229).

Volviendo atrás y a los lados, se aíslan las caras internas de los elevadores, en tanto que una valva estrecha empuja hacia atrás la ampolla rectal,

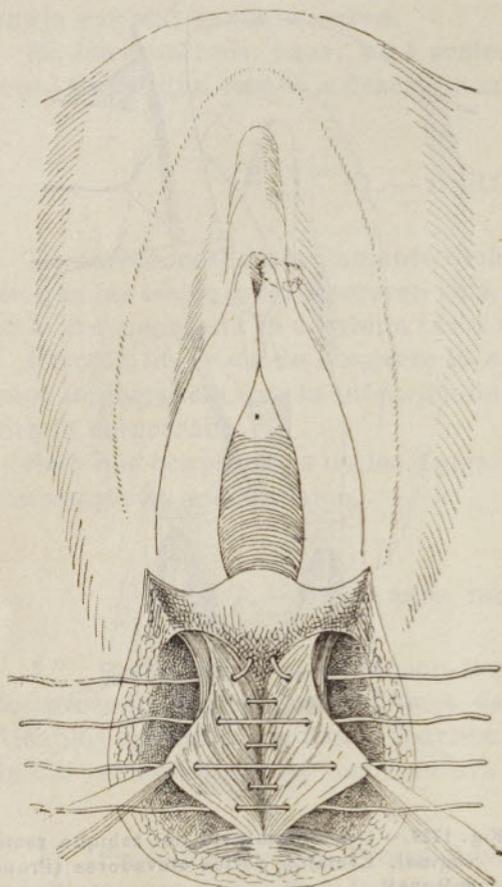


Fig. 1230. — Sutura de los elevadores por su cara interna, 1.º plano (Proust y Duval)

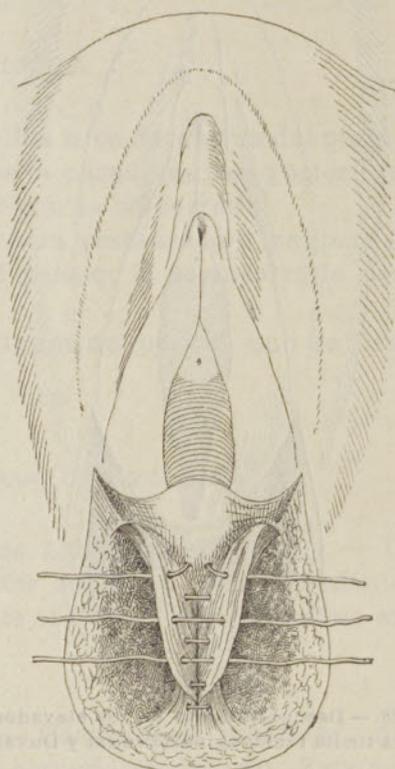


Fig. 1231. — Sutura de los elevadores por sus bordes, 2.º plano (Proust y Duval)

d. Sutura de los elevadores. — Se hace en dos planos:

Primer plano. — Debe interesar su cara interna y atraer la vagina hacia arriba y atrás.

Unas pinzas invierten el borde inferior del elevador y presentan su cara interna (fig. 1229).

El primer punto debe ser colocado lo más profundamente posible, a la altura del Douglas que se empuja si es demasiado prominente.

La aguja curva carga la cara interna del músculo, engancha la pared vaginal un poco más abajo (que será atraída hacia arriba cuando estará apretado) y vuelve entonces a pasar simétricamente por el músculo opuesto.

Así se pasan tres o cuatro hilos, aproximándose más y más al borde del

músculo; el último punto atraviesa este borde para comprender la vagina en el límite de la vulva. Estos hilos se atan de arriba abajo (fig. 1230).

Segundo plano. — Cuatro puntos anteroposteriores unen los bordes inferiores de los músculos. El primero coge la vulva, sujetándola; el último toca el esfínter anal y lo reconstituye cuando está desgarrado (fig. 1231).

e. Sutura del periné. — Mediante hilos colocados a través de los tejidos según la manera de Doléris, se rehace el periné superficial, adosando el labio cutáneo derecho al labio izquierdo. Se reseca el pequeño rodete formado por la mucosa exuberante y se adosan sus bordes.

§ 2. — DESGARROS COMPLETOS DEL PERINÉ

Son aplicables los dos grandes métodos del refrescamiento y del desdoblamiento.

1.º Método del refrescamiento. (*Procedimiento de Emmet y de Simon-Hegar.*) — Para obtener un resultado perfecto, hay que restaurar el tabique rectovaginal, el esfínter anal y el periné.

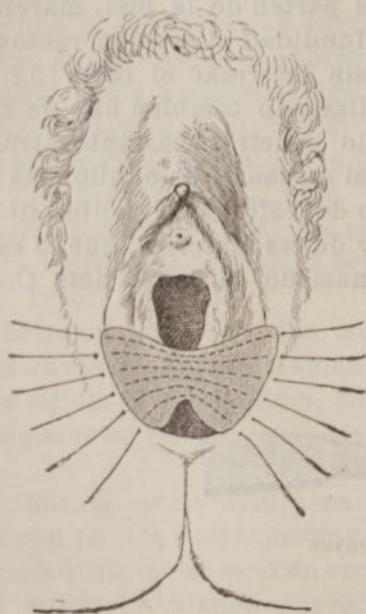


Fig. 1232. — Perineorrafia por desgarro completo. Procedimiento de Emmet. Hilos colocados. El último reconstituye el esfínter anal.

Cuidados pre y postoperatorios. — Como en la colporrafia anterior.

Técnica. a. Refrescamiento. —

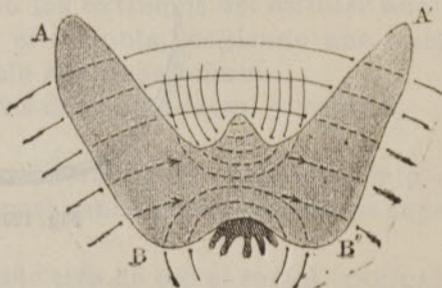


Fig. 1233. — Perineorrafia por desgarro completo. Procedimiento de Simon-Hegar. Hilos colocados en tres órdenes: vaginales, rectales y perineales.

Debe tener la forma de una mariposa con las alas desplegadas, cuyo cuerpo correspondería al tabique rectovaginal, la cabeza a la parte más elevada de este tabique y las alas a los labios mayores.

En los límites del refrescamiento: parte la más elevada del tabique desgarrado, extremo superior e inferior de los labios mayores, colóquense simétricamente pinzas de garfios para extender los tejidos. Partiendo de la cabeza de la mariposa, descuéndase oblicuamente al tabique para alcanzar hacia fuera el borde interno de los labios mayores, asciéndase a lo largo de este borde hasta

el extremo superior de las alas, descendiéndose de nuevo a lo largo del borde externo de los labios mayores y convérjase hacia el ano desgarrado.

Circunscrito de este modo el refrescamiento, quítese con mucho cuidado mucosa y piel en toda el área circunscrita. Hágase la hemostasia por compresión, forcipresión o adrenalina.

b. Sutura. — Se hace en un plano (sutura en masa) o en planos separados.

Sutura en masa. (Emmet Hüe.) — Con la gran aguja curva de Emmet (fig. 1234), de Doyen (1235), de Reverdin o con una gran aguja de Hagedorn,



Fig. 1234. — Aguja de Emmet para perineorrafia

se coloca una serie de hilos (crin o plata) que parten de la piel, marchan por debajo del refrescamiento, ensartan en la profundidad el espolón rectovaginal refrescado y vuelven a salir simétricamente sin interesar el recto (fig. 1232). El primer hilo, hilo posterior o esfinteriano, llamado también hilo de Emmet, debe reconstituir el esfínter roto y para ello penetrar bastante atrás para enganchar bien y aproximar los extremos del músculo. Es el hilo más importante, porque de él dependen el funcionalismo del esfínter, el calibre del ano y por consiguiente la continencia de los gases y de las materias, que la enferma debe recobrar. Nunca, pues, se vigilará demasiado su colocación. Colocado



Fig. 1235. — Aguja de Doyen

demasiado adelante del ano, no reconstituye el esfínter; colocado demasiado atrás, disminuye excesivamente el calibre del ano. El último hilo, hilo anterior o vulvar, reconstituye la horquilla. Según Richelot, tres o cuatro hilos (crines con preferencia) son de ordinario suficientes.

Algunos puntos superficiales, poco necesarios según Richelot, completan, si conviene, la coaptación exacta de la mucosa hacia la vagina o de la piel hacia el periné.

Sutura en planos separados. (Simon-Hegar.) — Cada uno de ellos corresponde a las tres superficies que se han de restaurar aisladamente: recto, vagina, periné (véase fig. 1233).

1.º Los hilos rectales (catgut) deben permanecer submucosos y estar dispuestos como los puntos de Lembert. Se los ata en seguida para cerrar el recto.

2.º Los hilos vaginales (catgut o crin) deben penetrar profundamente para no dejar espacio muerto entre ellos y los hilos rectales.

3.º Los hilos perineales (crines o plata) adosan los labios cutáneos. Deben caminar profundamente por debajo de la superficie cruenta. Los dos extremos deben reconstituir, uno el ano, el otro la horquilla.

2.º Método del desdoblamiento (Lawson-Tait-Barnsby) (1). — Es, con algunas modificaciones, la aplicación del método ya descrito para la colpoperineorrafia.

Cuidados preoperatorios. — Los de la colporrafia.

Técnica. *a.* Desdoblamiento. — En cada lado, simétricamente, hágase una incisión cutánea vertical, a lo largo del borde interno del labio mayor, desde el tercio inferior del labio menor hasta el borde del ano (Barnsby) (fig. 1237) o bien trácese una H cuyas ramas verticales desciendan a lo largo de los labios mayores hasta detrás del ano y cuya rama horizontal siga el borde inferior del espolón rectovaginal desgarrado, a 2 milímetros de este borde para alejarse de la mucosa rectal (L. Tait Routier) (fig. 1236).

Desdóblense las dos hojas rectovaginales del desgarramiento llegando a más de 2 centímetros más allá del vértice de ese desgarramiento (fig. 1238).

Libértense por abajo con mucho cuidado los extremos del esfínter anal y se los atravesará inmediatamente con una crin doble, cogiendo una buena capa de tejidos y no atándola, sino sujetándola con unas pinzas.

Finalmente, refrésquense los bordes de las dos hojas rectal y vaginal.

b. Sutura. — La sutura en masa se hace como en el procedimiento de Emmet con puntos cutáneos muy profundos marchando por debajo de las superficies para ensartar el espolón rectovaginal.

La sutura en planos separados comprende tres de éstos: rectal, vaginal y perineal.

Se empieza a suturar de una parte la hendedura rectal, de otra la hendedura vaginal con catguts submucosos pasados a la manera de los puntos de Lembert (fig. 1239).

Con una gran aguja curva, se pasan luego cinco sólidas crines de Florencia, profundas, una media, dos arriba y dos abajo, hilvanando los tejidos. Estos hilos no se atan inmediatamente.

Entre ellos se colocan otros tantos catguts que recogen los tejidos en hilván, sin interesar la piel.

Se reúnen los dos espolones superiores de la hoja vaginal reconstituída por una sutura de punto por encima, submucosa, con catgut.

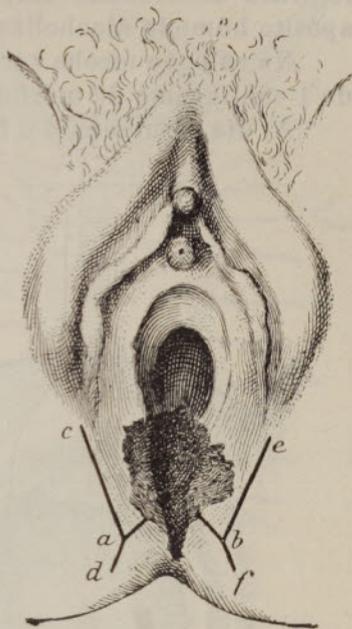


Fig. 1236. — Perineorrafia por desgarramiento completo. Procedimiento de Lawson Tait.

(1) Barnsby, *Rev. de gynec. et de chir. abd.* (1901), pág. 3.

Se atan los catguts *f, g, h, i* y luego las crines *a, b, c, d, e*, empezando por el hilo esfinteriano.

Cuidados consecutivos (Barnsby). — Sonda de Pezzer permanente. Gasa esterilizada empapada en alcohol y tafetán engomado, formando un apósito húmedo alcoholizado.

No se pone mecha rectal ni vaginal. Una o dos inyecciones hipodérmicas de 1 centígramo de morfina.

Al día siguiente, 4 o 5 centigramos de extracto tebaico.

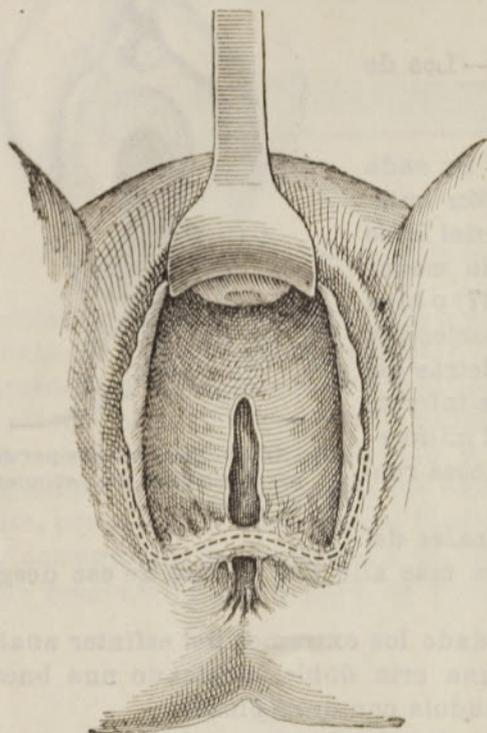


Fig. 1237. — Perineorrafia por desgarro completo
Trazado de la incisión (Barnsby)

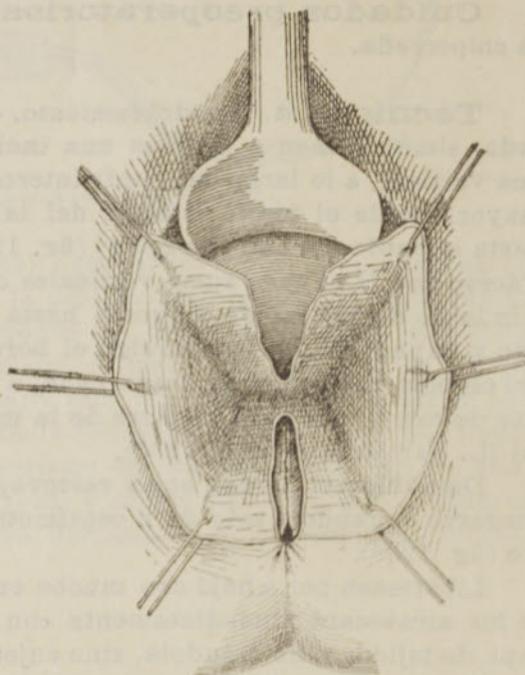


Fig. 1238. — Perineorrafia por desgarro completo.
Desdoblamiento de los labios de la incisión y del tabique rectovaginal (Barnsby).

El cuarto día enema glicerinado, ablación de la sonda e inyección vaginal.

El octavo, ablación de una crin de cada dos; el duodécimo, ablación de las crines restantes.

Este procedimiento podría ser muy útilmente completado por la miorrafia de los elevadores, ejecutada como hemos descrito anteriormente por el procedimiento de Proust y Duval (véase *Desgarros incompletos*).

En este caso, las incisiones cutáneas verticales serían trazadas más afuera, hacia el borde externo de los labios mayores para no interesar los bulbos de la vulva.

El desdoblamiento del tabique rectovaginal se profundizaría hasta el espacio despegable, mientras que por fuera se pondrían al descubierto los elevadores.

Previa reconstitución por sutura de la hoja vaginal por delante y de la

hoja rectal por detrás, y siempre con ayuda de puntos de Lembert no pe-

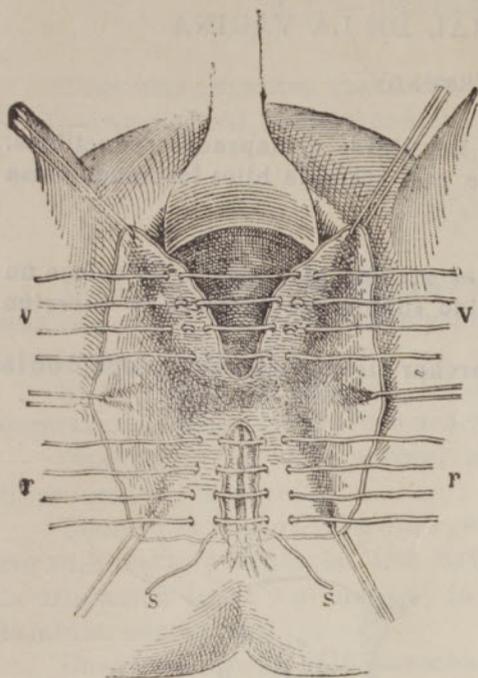


Fig. 1239. — Perineorrafa por desgarro completo (Barnsby)

VV, suturas vaginales; PP, suturas rectales; SS, hilo esfinteriano

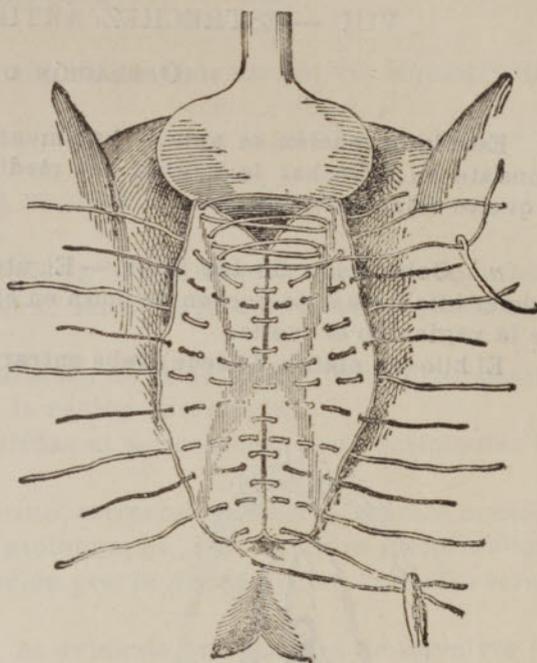


Fig. 1240. — Perineorrafa por desgarro completo (Barnsby)

Suturas perineales

netrantes, la intervención proseguirá como en el procedimiento de Proust y Duval.

VII. — TABICACIÓN ARTIFICIAL DE LA VAGINA (OPERACIÓN DE LE FORT)

Esta intervención se aplica a los úteros prolapsados reductibles. Consiste en soldar la pared anterior con la pared posterior de la vagina para oponerse al descenso del útero.

a. Refrescamiento. — El útero es atraído fuertemente al exterior para extender la vagina prolapsada. En cada una de las paredes vaginales anterior y posterior se practica por ablación de la mucosa un refrescamiento rectangular de 2 a 3 centímetros de ancho en las mujeres jóvenes en quienes se quiere conservar la posibilidad del coito, de 4 a 5 centímetros de ancho en las enfermas de más edad, y de 5 a 6 centímetros de alto.

b. Sutura. — Los bordes derechos y los bordes izquierdos de los dos refrescamientos se reúnen entonces dos a dos, por una serie de hilos en U, empezando por la parte de las superficies refrescadas, cercanas al cuello uterino. El útero se reduce progresivamente a medida que se van colocando y apretando los hilos (fig. 1241).

La operación de Le Fort está hoy abandonada, porque no impide el prolapso vaginal, cuando la vulva está abierta.

La modificación de Dubourg, que hace una tabicación transversal no da mejores resultados

VIII. — ESTRECHEZ ARTIFICIAL DE LA VAGINA

(OPERACIÓN DE FREUND)

Esta intervención se aplica igualmente a los úteros prolapsados reductibles. Consiste en estrechar la vagina por medio de una serie de hilos formando bolsa y que se dejan permanentes.

a. Colocación de los hilos. — El útero es atraído al exterior. Se coloca un primer hilo formando cordón de bolsa en el tejido submucoso cerca de la inserción de la vagina en el cuello.

El hilo (de plata o de seda) debe entrar, marchar circularmente por debajo de la

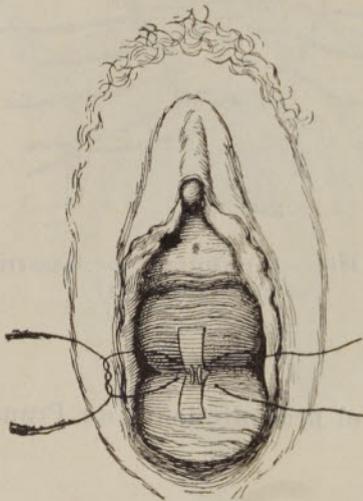


Fig. 1241. — Tabicación de la vagina (Le Fort)

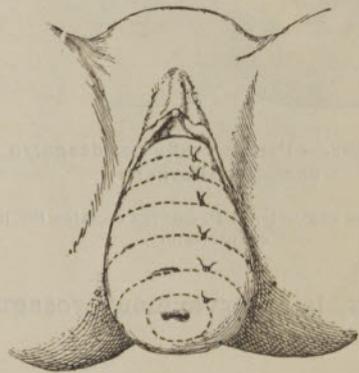


Fig. 1242. — Estrechez artificial de la vagina (Freund)

Los hilos están colocados, pero no apretados

mucosa y volver a salir cerca de su punto de entrada inicial. Se coloca análogamente un segundo hilo a 2 o 3 centímetros del primero. Así se van escalonando otros varios hasta cerca de la vulva (fig. 1242).

b. Constricción de los hilos. — Un ayudante empuja ligeramente el útero. El cirujano coge los extremos del primer hilo yuxtacervical, aprieta y frunce la vagina sin cerrarla completamente, a fin de permitir la salida de los líquidos uterinos; ata sus cabos. Así se van apretando y atando los hilos por el orden de su colocación, mientras que al mismo tiempo la vagina se frunce debajo del cuello uterino, que asciende.

Este procedimiento, muy sencillo, aplicable a las mujeres de edad, expone a la recidiva.

IX. — FÍSTULAS VÉSICOVAGINALES

Dos métodos comparten su cura: el uno, directo, es la sutura del orificio fistuloso; el otro, indirecto, es la oclusión de la vagina o de la vulva.

§ 1. — TRATAMIENTO DIRECTO, SUTURA

Tres vías permiten realizarla: vía vaginal, la más usada; vía isquiorrectal y vía transvesical, excepcionales.

I. — Via vaginal

Cuidados preliminares. — Si la fístula es reciente, a menudo hay que esperar algunas semanas y no operar antes de la mitad del segundo mes que sigue al parto.

Si la fístula es antigua, la preparación de la enferma tiene importancia capital para asegurar el libre acceso a la región operatoria.

Cuando la vagina es normal, sin bridas ni estrecheces, basta desinfectar la hilera genital y la vejiga.

Cuando la vagina está dura, esclerosada, estrecha, es absolutamente necesario suavizarla y dilatarla. Los baños prolongados, las torundas glicerizadas, la dilatación lenta y el masaje, la sección previa de las bridas salientes serán también necesarios.

Cuando la uretra está estrechada, es evidente que se le ha de devolver su calibre normal por dilatación progresiva, uretrotomía interna o externa.

Técnica. — Se emplean dos métodos operatorios: *el refrescamiento y el desdoblamiento*. El segundo es muy preferible; es el único que hoy se practica.

1.º Método del refrescamiento. — Se le llama también «Método americano» porque debió su boga en otro tiempo a Marion Sims y a Bozeman. Hoy está algo abandonado.

Se colocará la enferma en posición ginecológica, con una gruesa almohada debajo del sacro.

a. Descenso de la fístula. — El acceso fácil hasta la fístula es una condición esencial del éxito. De ordinario se obtiene con bastante facilidad. Una valva posterior permite descubrir el cuello uterino, amarrarlo sólidamente con unas pinzas y hacerlo bajar todo lo posible. Algunas pinzas de garfios finas o algunos hilos suspensores, ponen tensa, fijan y exponen la pared vaginal.

Si el acceso a la fístula es insuficiente no hay que vacilar en recurrir al desbridamiento vulvar uni o bilateral preconizado por Chaput (véase más adelante). Un cuchillo de amputación punciona el labio mayor en su borde externo y hacia su parte inferior, vuelve a salir por la vagina a una profundidad de 5 a 6 centímetros y, por transfixión, desbrida ampliamente la vulva en uno o en los dos lados. Terminada la operación, se reúne la herida rómbica así obtenida mediante hilos vaginales e hilos cutáneos. Este desbridamiento facilita mucho las maniobras cuando la vagina es estrecha y la fístula es alta y poco susceptible de descenso.

b. Refrescamiento. — Con las tijeras o con el bisturí (éste es preferible, porque contunde menos los tejidos) y a 10 o 12 milímetros de sus bordes, circúndese la fístula por una incisión elíptica o circular, luego refrésquese la zona así limitada, quitando la mucosa vaginal sin tocar la mucosa vesical. Para hacerlo, el bisturí se hunde en la mucosa vaginal a 10 o 12 milímetros del orificio, vuelve a salir justamente en la unión de las dos mucosas y corta por transfixión dos semicollares.

O bien disecciona progresivamente estas últimas desde la periferia al centro (figura 1243).

c. **Sutura.** — Se hace con alambre de plata o con crines de Florencia que se colocan por medio de una aguja de Hagedorn o de una aguja con pedal de Reverdin. La aguja que Le Dentu ha hecho construir para la estaflorrafia es a menudo muy cómoda. Las agujas tubuladas sacahilo, ya apenas se usan.

Los puntos separados, a distancia de unos 5 milímetros, deben penetrar en la mucosa vaginal a 5 milímetros de uno de los bordes de la parte refrescada, dirigirse hacia esta zona para salir debajo de la mucosa vesical y seguir en el otro labio con trayecto idéntico (fig. 1244).

Es a veces útil colocar en su inter-

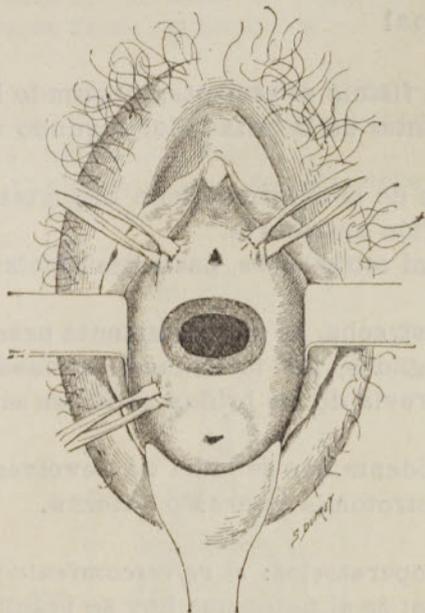


Fig. 1243. — Cura de la fistula véscicovaginal por refrescamiento. Exposición del campo operatorio. Refrescamiento.

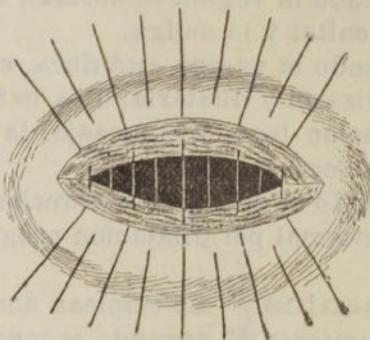


Fig. 1244. — Cura de la fistula véscicovaginal por refrescamiento. Sutura

valo algunos hilos superficiales para perfeccionar la confrontación: estos hilos sólo atraviesan los bordes de la superficie refrescada.

Como el orificio de la fistula es habitualmente elíptico con el eje mayor transversal, transversales serán también el refrescamiento y la línea de sutura. Pero podrán, como la fistula, ser anteroposteriores u oblicuos. Finalmente, cuando la forma o las dimensiones del orificio lo exijan, la reunión podrá hacerse en T, en Y o en H.

Antes de terminar, se cuidará de verificar la oclusión de la fistula y la impermeabilidad de la sutura por medio de una inyección vesical a fin de añadir, si es necesario, algunos puntos suplementarios.

Cuidados postoperatorios. — Tapónese blandamente la vagina con gasa aséptica o antiséptica. Colóquese una sonda de Malécot o de Pezzer que se vigilará con atención o bien sódese a la enferma cada dos horas (Richelot).

Hágase sentar a la enferma en su cama o bien hágasela acostar sobre el vientre a fin de evitar la estancación de la orina a nivel de la línea de sutura (Junier Vitrac).

Practíquense cada día, con mucha suavidad, algunos lavados vesicales. Quitese la sonda al tercero o cuarto día, o bien déjesela hasta después de la ablación de los hilos (Ricard).

Procúrese el estreñimiento durante los cuatro primeros días: al quinto, enema o purgante.

Quitense los hilos al octavo o décimo día.

2.º Método del desdoblamiento. — Es, hoy, el más usado.

a. Desdoblamiento. — Bájese el cuello uterino o la fistula a la vulva; este descenso es esencial para facilitar las maniobras.

En la unión de la mucosa vaginal y de la mucosa vesical, practíquese una incisión que circunscribe el orificio. A cada lado, añádase una incisión de desbridamiento de 1 a 2 centímetros en la mucosa vaginal, de suerte que el conjunto de la incisión tome la forma de .

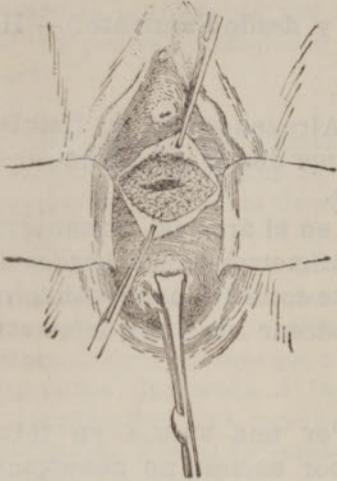


Fig. 1245.—Cura de la fistula véscivaginal por desdoblamiento. Disección de los colgajos

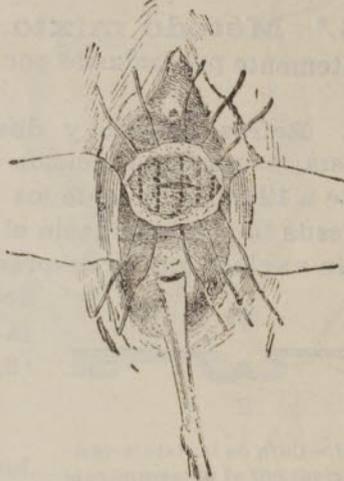


Fig. 1246.—Cura de la fistula véscivaginal por desdoblamiento. Sutura en un solo plano (Ricard).

Por disección y levantando los bordes con las pinzas, sepárese la mucosa vaginal de la mucosa vesical en una extensión de 1 a 3 centímetros. Así se obtienen dos colgajos móviles y fácilmente adosables, entre los cuales aparece la mucosa vesical flácida y plegada (figura 1245).

Pauchet preconiza un desprendimiento muy extenso de la vejiga a la que separa de la pared vaginal y a veces del útero en una extensión mucho mayor de lo que aconsejan los autores. Es necesario que los bordes de la fistula se junten casi por sí mismos, sin tracción alguna.

b. Sutura. — Se hace en uno o dos planos.

Ricard sutura solamente la mucosa vaginal sin tocar la mucosa vesical (figura 1246). Stankiewicz sutura solamente la mucosa vesical. Pauchet reduce las suturas al mínimo: un punto de bolsa en el orificio vesical, un solo punto y aun ninguno en el orificio vaginal. Evita así toda acumulación serosanguínea entre las paredes vesical y vaginal. Quénu, Fénoménoff y Walcher suturan las dos aisladamente (fig. 1247).

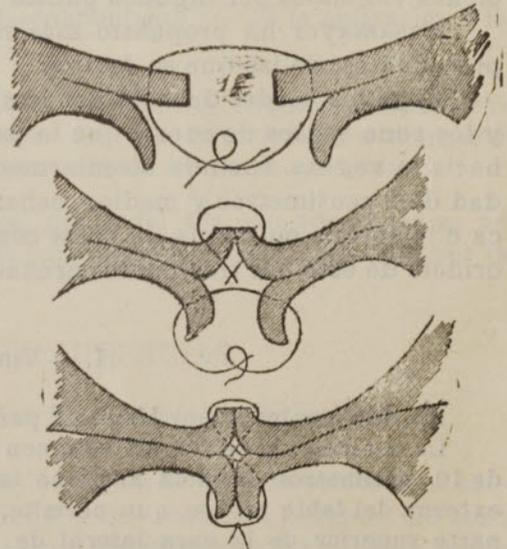


Fig. 1247. — Cura de la fistula véscivaginal por desdoblamiento. Sutura en dos planos (Walcher).

Plano profundo, vesical.— Los hilos (catgut) no deben penetrar en la cavidad vesical. Se usan puntos separados a estilo de Lembert (Fénoménoff) o una sutura de punto por encima o un hilo en forma de bolsa (Doyen y Pauchet) pasado a 1 milímetro de la perforación.

Plano superficial, vaginal.— Los hilos (crines o plata) atraviesan la base de los colgajos en el límite del desdoblamiento y los adosan en altura formando cresta saliente.

3.º Método mixto. (Refrescamiento y desdoblamiento.)— Ha sido recientemente preconizado por Braquehaye.

a. Refrescamiento y desdoblamiento.— Alrededor de la fistula bien expuesta, hágase una incisión elíptica que pase por detrás a 7 milímetros y por delante a 12 milímetros de los bordes del orificio.

Desde la periferia hacia el centro diséquese en el área así circunscrita, un collarín vaginal que se desprende hasta 2 o 3 milímetros de los bordes del orificio. Revuélvase este collarín invaginándolo hacia la vejiga, a fin de adosar sus superficies cruentas (fig. 1248).

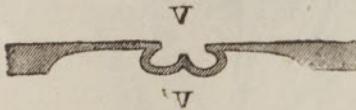


Fig. 1248.—Cura de la fistula véscovaginal por el procedimiento de Braquehaye.

V, vejiga; V' vagina

b. Sutura.— Por una sutura en forma de bolsa o de punto por encima no penetrante con catgut muy fino, adósense las caras cruentas del embudo vaginal invaginado.

Por una sutura con crines o con alambre de plata, que abarque ampliamente los tejidos, aproxímense los labios del refrescamiento vaginal así obtenido y complétese el adosamiento exacto de las secciones vaginales por algunos puntos superficiales.

Casamayor ha propuesto más recientemente una técnica semejante a las precedentes, de las que se deriva.

Coge los bordes del orificio fistuloso con cuatro pinzas de dientes de ratón y los pone tensos de suerte que la pared toma la forma de un embudo saliente hacia la vagina. Incinde circularmente su borde, lo desdobra en una profundidad de 2 centímetros y medio, rechaza la mucosa vesical hacia la vejiga, coloca una sutura en forma de bolsa con catgut en la base del embudo y cierra el orificio de éste por tres puntos cruzados en el extremo.

II. — Vía isquiorrectal

Ha sido empleada por Michaux para una fistula situada muy arriba.

La enferma, acostada de lado, con los muslos en flexión; se hace una incisión de 10 centímetros paralela al surco interglúteo, desde el ano a la parte inferior y externa del labio mayor, que permite, a través del hueco isquiorrectal, llegar a la parte superior de la cara lateral de la vagina. Se abre ésta ampliamente y se alcanza la fistula.

III — Vía transvesical

Propuesta por Trendelenburg, pero de práctica poco cómoda y muy inferior a la vía vaginal.

Ancha talla hipogástrica; separación de los labios vesicales; levantamiento de la

pared vaginal por los dedos de un ayudante o una torunda; desdoblamiento o refrescamiento y luego sutura del orificio véscicovaginal; finalmente, oclusión de la herida hipogástrica; tales son sus tiempos principales.

§ 2. — TRATAMIENTO INDIRECTO (EXCLUSIÓN DE LA VAGINA O COLPOCLEISIS)

La oclusión del conducto vaginal puede hacerse en la vagina (*colpocleisis*) o en la vulva (*episiocleisis*), pero la técnica de una y otra intervención es la misma.

Se puede realizar ya por refrescamiento, ya por refrescamiento y desdoblamiento.

1.º Método del refrescamiento. — La pared inferior de la vagina es expuesta y sujeta por cuatro pinzas de garfios.

a. Refrescamiento. — Dos incisiones elípticas paralelas, distantes 2 o 3 centímetros, pasando más profundamente por detrás que por delante para dejar un fondo de saco destinado a facilitar el coito, circunscriben una especie de anillo perivaginal, que es refrescado con el bisturí o con las tijeras.

b. Sutura. — Se juntan cuidadosamente las paredes vaginales anterior y posterior por medio de crines o alambres de plata. Estos hilos deben comprender toda la zona refrescada, sin interesar el recto ni la vejiga (fig. 1249).

2.º Método mixto. (Refrescamiento y desdoblamiento.) — Es la aplicación a la colpocleisis del procedimiento de Braquehaye.

a. Refrescamiento y desdoblamiento. — Una incisión circular que pase por detrás más allá de la vulva, permite levantar por desdoblamiento un manguito mucoso vaginal que se revuelve hacia atrás para adosar sus caras cruentas.

b. Sutura. — Una de punto por encima, profunda, fija ese adosamiento; un segundo plano de hilos reúne sólidamente las paredes vaginales refrescadas por la inversión del colgajo.

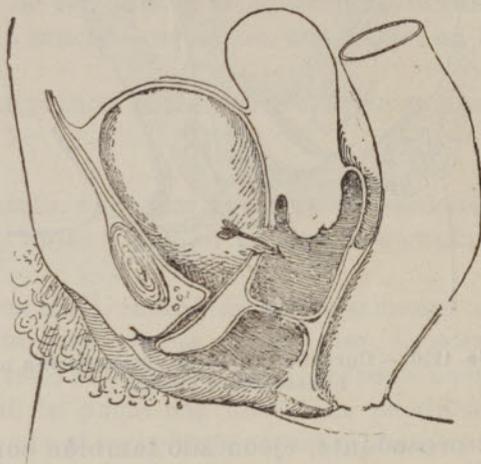


Fig. 1249. — Cura indirecta de la fistula véscicovaginal por colpocleisis

X. — FÍSTULAS VÉSICOUTERINAS

Su tratamiento está calcado en el de las fistulas véscicovaginales.

1.º Sutura directa. — Cuando la sutura directa es posible, se empieza por bajar mucho el cuello, se incinde y se desdobra el fondo de saco véscicouterino para separar la vejiga del útero y movilizarlos. Se suturan luego separadamente la brecha vesical refrescada y luego la brecha cérvicovaginal.

2.º Obliteración indirecta. **Histerocleisis.** — Cuando es forzoso reducirse a la obliteración indirecta, se practicará la *histerocleisis*. Si la fistula es intracervical, se cerrará completamente el cuello uterino (*histeroestomatocleisis*). Si es yuxtacervical, se suturará el labio posterior del cuello

uterino al labio anterior del orificio fistuloso, de suerte que el cuello se abrirá directamente en la vejiga (histerocleisis vesical) (fig. 1250).

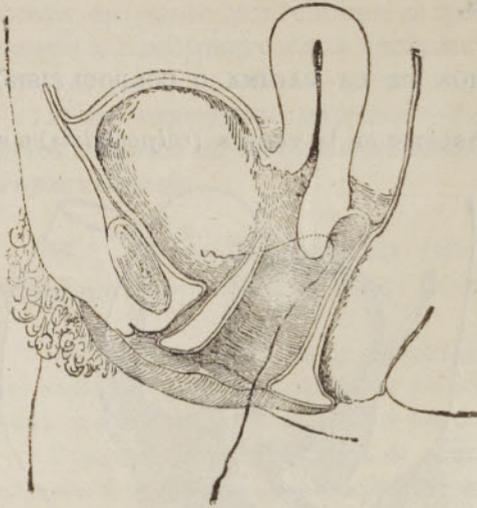


Fig. 1250. — Cura de la fistula véscouterina por histerocleisis vesical

XI. — FÍSTULAS RECTO VAGINALES

Sólo se usan hoy dos vías: la vía vaginal y la vía perineal.

1.º Vía vaginal. — Comprende tres procedimientos: refrescamiento, desdoblamiento y deslizamiento.

a. Refrescamiento. — Se practica como en las fistulas véscovaginales, pero debe ser muy extenso.

b. Desdoblamiento. — Preferible al precedente; ejecutado también como lo hemos descrito para las fistulas véscovaginales.

c. Deslizamiento. — Empleado por Fritsch y Le Dentu, consiste en tallar debajo de la fistula un colgajo oval que se extiende delante del orificio refrescado por la escisión de una media luna mucosa.

2.º Vía perineal. — Comprende

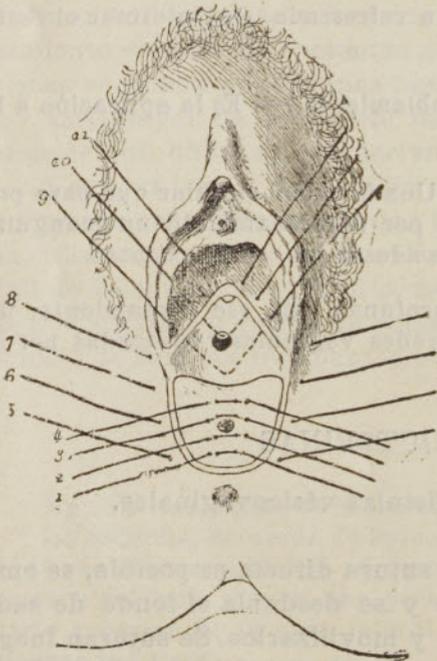


Fig. 1251. — Cura de la fistula rectovaginal por desdoblamiento del periné con sutura aislada de los orificios vaginal y rectal.

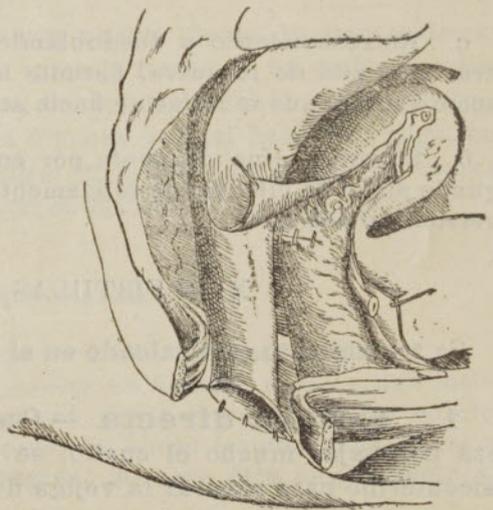


Fig. 1252. — Cura de la fistula rectovaginal por deslizamiento y descenso del recto (Segond)

de también tres procedimientos: refrescamiento, desdoblamiento y deslizamiento.

a. **Refrescamiento.** — Se secciona resueltamente el tabique rectovaginal, desde el orificio a la piel, de modo que se obtenga el aspecto de un desgarramiento completo del periné, que se restaura de la manera ordinaria (véase perineorrafia). Este procedimiento es muy recomendado por Richelot.

b. **Desdoblamiento.** — Por una incisión prerrectal, convexa por delante, se desdobra el tabique rectovaginal hasta más arriba del orificio (véase procedimiento de Proust y Daval, pág. 1068). Se escinden y se suturan separadamente los bordes del orificio fistuloso en la mucosa rectal de una parte, en la vaginal de otra parte.

Se sutura luego la brecha perineal por planos sucesivos o bien no se hace más que taponarla (fig. 1251).

c. **Deslizamiento.** — Segond ha propuesto, para ciertos casos especiales de fistulas altas, anchas y de bordes callosos, bajar y sujetar al ano el segmento rectal superior a la fistula.

Se dilata ampliamente el ano; la mucosa anal, incidida circularmente, se disecciona según el modo de Whitehead hasta más arriba del esfínter. Se corta entonces circularmente la pared rectal en todo su espesor, se la despega hasta mucho más arriba de la fistula, a fin de que la parte suprafistulosa pueda ser fácilmente bajada hasta el ano. Se reseca todo el segmento rectal subfistuloso; la sección rectal superior se fija circularmente al ano, mientras que, por la vagina, el orificio vaginal de la fistula es a su vez refrescado y suturado (fig. 1252).

XII. — FÍSTULAS RECTOPERINEALES

Les son aplicables los mismos métodos por vía perineal. Se puede, o bien hendir el periné desde la fistula al ano y reconstituirlo después de escindir la fistula, o bien por medio de una incisión prerrectal desdoblarse el periné y suturar aisladamente los dos orificios: rectal y perineal — o bien, por último, bajar y fijar al ano el segmento de mucosa rectal subyacente a la fistula (disecado según Whitehead), como en el procedimiento de Segond (Gérard-Marchant).

II

Útero

I. — DILATACIÓN DEL ÚTERO

Puede ser *inmediata* o *lenta*.

1.º Dilatación inmediata. — Se practica con dilatadores o con bujías.

a. **Con los dilatadores.** — Descubierta y sujeto el cuello uterino, se introduce prudentemente un dilatador en la cavidad uterina (figs. 1253 y 1254) y se separan progresivamente sus ramas, evitando toda violencia y toda precipitación.

b. Con las bujías.—Descubierto y sujeto el cuello uterino en la dirección de la vagina, cójase con la mano derecha una bujía de Hegar (fig. 1255)

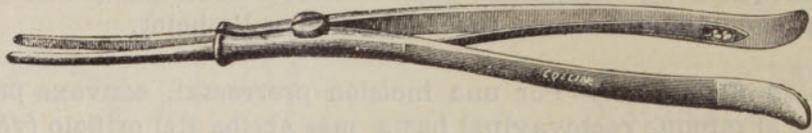


Fig. 1253. — Dilatador de dos ramas de Siredey

n.º 1 o n.º 2 previamente untada con aceite o con vaselina; empújesela lentamente por el conducto cervical con pequeños movimientos de rotación; cuando

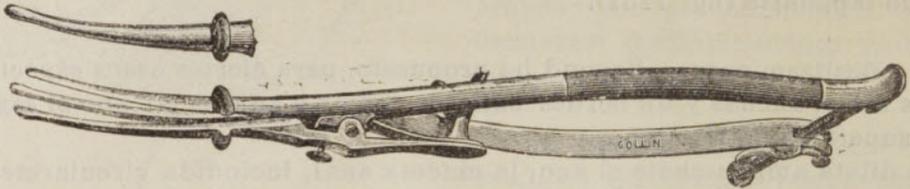


Fig. 1254. — Dilatador de tres ramas de Sims

ha llegado a una profundidad de 4 a 4 y medio centímetros, déjesela colocada medio minuto y luego retíresela.



Fig. 1255. — Bujía de Hegar

Reemplácesela por el número siguiente, manióbrese de igual modo y así sucesivamente hasta obtener el grado de dilatación deseado.

2.º Dilatación lenta.—Se hace con ayuda de laminarias preparadas, graduadas y numeradas según la hilera Charrière y esterilizadas por inmersión en el éter yodofórmico o por el calor seco (fig. 1256).



Fig. 1256
Laminaria

Colocada la enferma en la misma posición que anteriormente, descubierto el hocico de tenca por dos valvas separadas o por un espéculo y sujeto su labio anterior con una erina, — después de haber medido la longitud del útero para no aplicar una laminaria demasiado larga, y después de haber encorvado ligeramente la laminaria, un poco reblandecida en agua esterilizada caliente, cójase la laminaria con unas pinzas de curación uterina, por la parte que lleva un asa de seda fuerte, introduzcasela suavemente y poco a poco en la cavidad uterina, penetrando hasta que su extremo vaginal llegue justamente al orificio externo del cuello, quedando el asa de seda en la vagina. Retírense las pinzas-erina y aplíquese contra el orificio externo del cuello, por consiguiente contra el extremo de la laminaria, una torunda de gasa o de algodón yodofórmico. Rellénesse el resto de la vagina con gasa, retirando sucesivamente las valvas o el espéculo.

Entonces la enferma se acuesta en posición horizontal. Pasadas de doce a

veinticuatro horas, cuando la laminaria ha sufrido el máximo de hinchazón, se la quita tirando del asa de seda y se la reemplaza por otro tallo más grueso o varios a la vez, y así sucesivamente hasta que se haya obtenido la dilatación del útero. Cuando el orificio del cuello es muy estrecho hay que introducir sucesivamente 3 laminarias: n.º 7 u 8 durante doce horas, n.º 12 durante doce horas, n.º 22 durante veinticuatro horas. Cuando el orificio del cuello es de dimensiones medias, un n.º 17 o 18 que se deja colocado durante veinticuatro horas procura una dilatación suficiente para practicar cómodamente el raspado.

A veces el extremo vaginal de la laminaria se rompe bajo la tracción del asa; se la coge entonces directamente con las pinzas de curación uterina y se retira el tallo con ligeros movimientos de rotación, mientras por otra parte se empuja el cuello uterino hacia arriba con el índice izquierdo o de un modo análogo. Esta extracción suele ir acompañada de una ligera hemorragia de la mucosa uterina. Si la extracción fracasa, de dos tijeretazos se hienden las comisuras del cuello para abrir más ancho paso y poder hacer mejor presa en el tallo (véase pág. 1089, *Discisión del cuello*).

II. — DESAGÜE DEL ÚTERO

Se aplica a la metritis puerperal aguda (Mouchotte) o a la estenosis del cuello con anteflexión (Lefour).

1.º Metritis aguda puerperal. — Para ser eficaz, el desagüe debe practicarse con el auxilio de tubos metálicos. Mouchotte los ha hecho construir en serie graduada, con las dimensiones siguientes:

N.º 1:	longitud	8 cent.;	diámetro	correspondiente a la	bujía de Hegar	N.º 9
N.º 2	—	9	—	—	—	N.º 10
N.º 3	—	9	—	—	—	N.º 12
N.º 4	—	10	—	—	—	N.º 13
N.º 5	—	10	—	—	—	N.º 15
N.º 6	—	11	—	—	—	N.º 17

Con el histerómetro se determina la longitud del útero, con las bujías de Hegar el diámetro del conducto cervical. Se escoge un tubo que penetre a

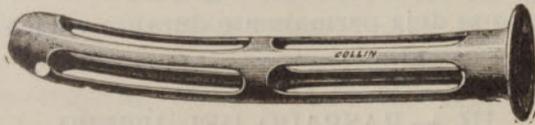


Fig. 1257. — Tubo de desagüe intrauterino de Mouchotte

roce ligero, se le introduce hasta el fondo, sujetando el cuello con unas pinzas de Museux. El tubo se aguanta solo, sin hilo fijador.

Se suprime toda cura vaginal, que provocaría la retención de los líquidos sépticos y sólo se coloca un apósito algodónado vulvar en el intervalo de las inyecciones. Se deja el tubo durante quince o veinte días.

2.º Estenosis y anteflexión. — El desagüe se practica con los tallos intrauterinos de Lefour o de Lévy (fig. 1258), o bien con el tubo de desagüe intrauterino de Petit (fig. 1260).

a. En una o varias sesiones previas, se dilata, suaviza y endereza el útero. Se practica además su raspado, si conviene.

b. Con la anestesia local o general, una valva descubre el cuello, que es cogido y atraído con unas pinzas de Museux. El tubo va provisto de uno o de

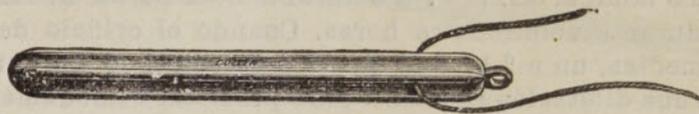


Fig. 1258. — Tallo intrauterino de Lefour

dos alambres de plata con agujas en cada extremo. Agujas y alambres correspondientes se pasan primero a través de las comisuras del cuello de dentro afuera y a cada lado. Entonces es introducido el tubo en el útero hasta el

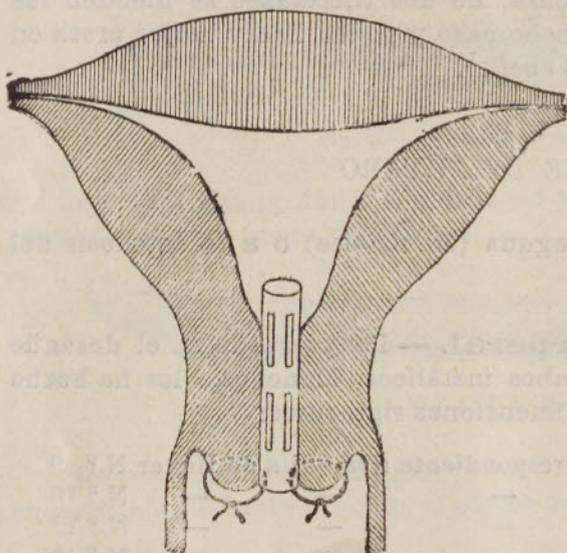


Fig. 1259. — Tubo de Petit en posición, sujeto por dos puntos a las comisuras del cuello

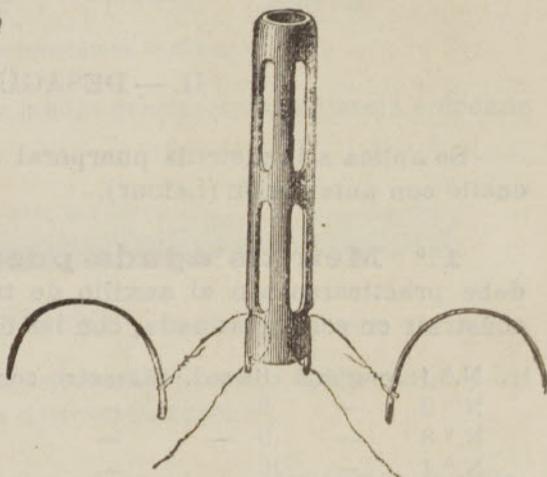


Fig. 1260. — Tubo intrauterino de Petit

fondo. Se tira de los hilos y se los ata, para los tallos de Lefour-Lévy, en la base del labio anterior del cuello (fijación precervical) y para el tubo de Petit, a cada lado del cuello (fijación bilateral) (fig. 1259).

El tubo de desagüe se deja permanente durante varios meses.

III. — RASPADO DEL ÚTERO

El raspado del útero, operación de Récamier, consiste en quitar toda la extensión y el mayor espesor posible de la mucosa uterina por medio de instrumentos especiales, cortantes u obtusos, llamados *cucharillas* (o *raspadores*) (figs. 1262 y 1263); 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 a poco ulteriormente, gracias a los restos de corion y de fondos de saco glandulares que forzosamente se han dejado durante la operación.

El raspado está indicado como tratamiento de elección en todas las formas de endometritis crónica: catarral, mucopurulenta, hemorrágica. Sobre todo en esta última es donde da los mejores resultados. Según los casos, o bien se emplea

solo, o bien se le asocia como preludio o como complemento de la ablación de los anexos o a otras operaciones ginecológicas (amputación del cuello, traquelorrafia de Emmet, etc.).

Cuidados preliminares.—Asepsia y antisepsia del conducto genital. Dilatación previa del cuello con la laminaria (véase pág. 1084), preferible a la dilatación inmediata (Bouilly). Evacuación del recto por purgante o enema.

Anestesia general preferible. Sin embargo, se puede operar en rigor después de la inyección de 1 centigramo de morfina y de la administración, media hora antes, de un enema rectal para retener, conteniendo 2 gramos de antipirina y XX gotas de láudano.

Operación.—Se coloca la mujer en posición ginecológica. Se vuelven a desinfectar los órganos genitales; se vacía la vejiga.

a. Deprímase la pared posterior de la vagina y el periné con una valva ancha y corta; reconócese por el tacto vaginal la dirección del útero, levántese la pared anterior de la vagina con el índice izquierdo y engánchese sólidamente

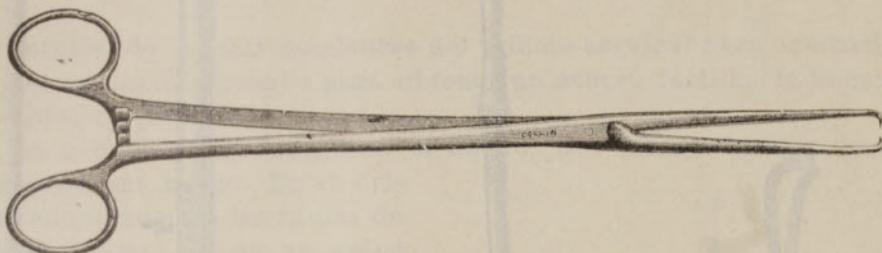


Fig. 1261. — Pinzas de abajamiento

el labio anterior del cuello o, a falta del labio, el fornix anterior de la vagina con unas pinzas de Museux (fig. 1261).

Después de haber retirado a medias la valva, bájese suavemente el útero hacia la vulva — cuando no está inmovilizado por adherencias anormales, — pero sin ejercer tracciones demasiado enérgicas.

b. Asegurada la fijación del útero con las pinzas de Museux, mídase la longitud total de su cavidad por medio del histerómetro y apréciase, en cuanto sea posible, el espesor de sus paredes. Si no se ha recurrido a la dilatación lenta con la laminaria, dilátase el conducto cervical con un dilatador de ramas divergentes o con las bujías de Hegar hasta que su calibre tenga un diámetro de 6 a 8 milímetros, lo cual se hace en dos minutos. Si es necesario, si el cuello está estenosado o escleroso, divídasele a derecha e izquierda por medio de las tijeras.

Desinfectese toda la cavidad uterina, irrigándola por medio de la sonda intrauterina (figs. 1264, 1265 y 1266) que es adaptada al tubo de un recipiente o de un vaciador y que contiene agua esterilizada caliente, simple o salicilada al milésimo. Solamente entonces empieza el raspado.

c. Aplíquese la mano izquierda por arriba de la sínfisis púbica, a fin de completar la fijación del útero. Introdúzcase la cucharilla (figs. 1262 y 1263) 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 a 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 desnudando 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

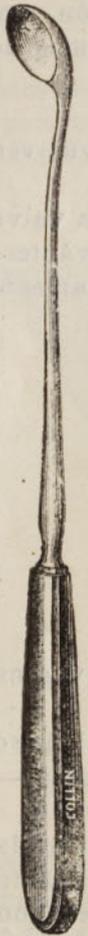


Fig. 1262
Cucharilla
de doble
curvadura



Fig. 1263
Cucharilla
de Sims

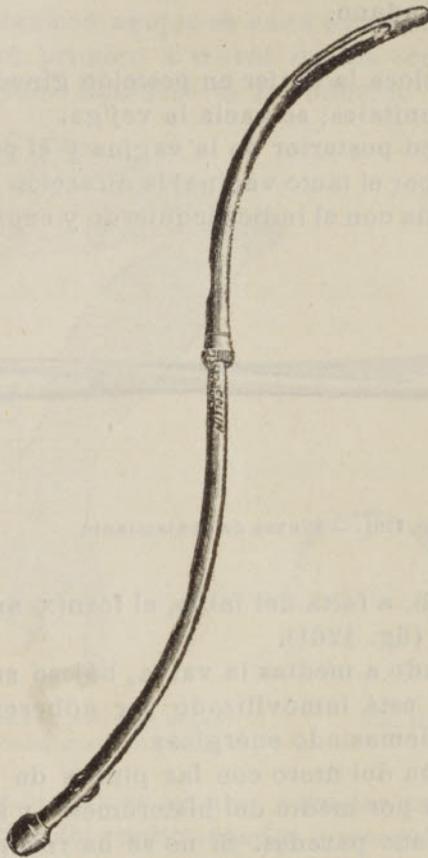


Fig. 1264
Sonda
de Bozeman-Fritsch

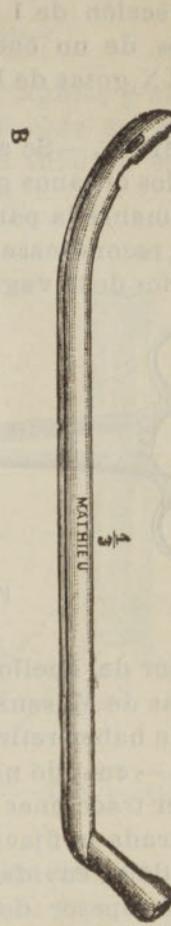


Fig. 1265
Sonda
de Budin

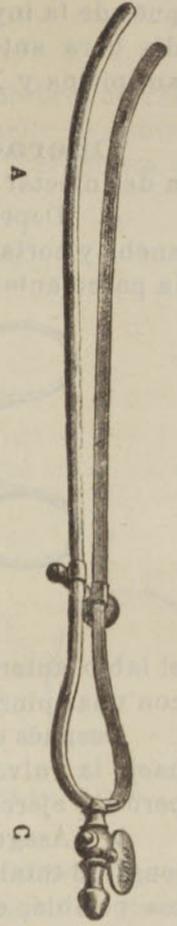


Fig. 1266
Sonda dilatadora
de Doléris

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, crujido conocido comúnmente con el nombre de ruido de zanahoria (al rasparla). Siempre es necesario un retoque; a veces se necesitan dos o tres.

Después de haber raspado el cuerpo, pásese el raspado de todo el conducto cervical, que se debe practicar con energía a 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.

d. Desembarácese el útero de todos los restos irrigándolo con la sonda de Bozeman. Tóquese toda la superficie desnudada con una solución de cloruro de cinc al décimo, de glicerina creosotada al tercio o con tintura de yodo por

medio de un tallo o un histerómetro 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 cáustico. Quítense las pinzas de Maseux, rechácese el útero hacia arriba, es decir, hacia el abdomen; aplíquese simplemente una cura vaginal con gasa yodofórmica o bien drénesese con anterioridad el útero con un tubo o una pequeña tira de gasa poco apretada. Retírese la valva de Sims. La operación ha terminado.

Cuidados consecutivos.—Siendo de prever la recidiva sobre todo en la forma catarral y purulenta de la endometritis, hay que poner mucho cuidado en el tratamiento consecutivo: irrigaciones intrauterinas frecuentes y continuadas durante largo tiempo; cauterizaciones intrauterinas con cloruro de cinc, con tintura de yodo, con percloruro de hierro, etc., seguidas de curas vaginales minuciosas.

IV. — DISCISIÓN DEL CUELLO UTERINO (1)

Es la sección de las dos comisuras del orificio cervical para combatir una estenosis del cuello (Simpson) o para obtener un acceso fácil hacia la cavidad del cuerpo uterino (Segond).

a. Una o dos valvas descubren el cuello. Dos pinzas lo fijan, lo hacen bajar y separan sus labios. En su orificio se introduce una de las ramas de tijeras fuertes romas, y de un golpe se secciona cada comisura hasta la inserción vaginal (fig. 1267).

b. Si el acceso hacia la cavidad del cuerpo es insuficiente, se puede desbridar más el conducto uterino propiamente dicho, respetando la parte externa de la superficie de sección (Segond), es decir, cortando más hacia la cara uterina que hacia la cara vaginal.

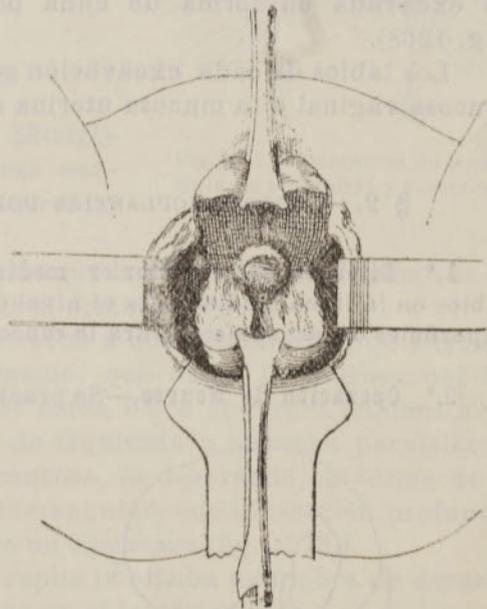


Fig. 1267.—Discisión del cuello uterino (Dartigue)

V. — ESTOMATOPLASTIAS

Se designan con este nombre las operaciones practicadas en el cuello uterino destinadas a ensanchar o a corregir su orificio defectuoso. Unas se aplican principalmente a los casos de estenosis, otras a los casos de anteflexión con estenosis.

§ 1. — ESTOMATOPLASTIAS POR ESTENOSIS

1.º Discisión y sutura del cuello (Simpson).—Se divide el cuello en dos valvas y en cada una de ellas se sutura la mucosa vaginal a la mucosa uterina.

(1) Consúltese Pichevin, *Bull. méd.* (1893), pág. 167, y Dartigue, T. de París (1900-1901).
CIRUGÍA Y TÉCNICA OPERATORIAS. — 69. 6.ª edición.

2.º Excavación comisural (Pozzi) (1). — Se divide el cuello en dos valvas. Cada una de ellas, por fuera y a cada lado del conducto cervical,

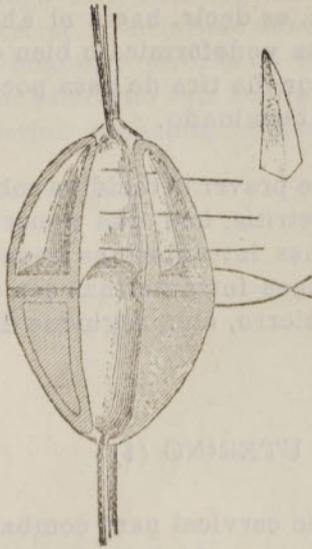


Fig. 1268. — Excavación comisural. Esquema de los diversos tiempos

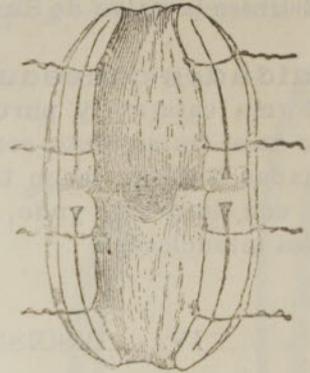


Fig. 1269. — Excavación comisural. Sutura de los labios

es excavada en forma de cuña por la ablación de un prisma triangular (fig. 1268).

Los labios de cada excavación se aproximan luego por adosamiento de la mucosa vaginal a la mucosa uterina correspondiente (fig. 1269).

§ 2. — ESTOMATOPLASTIAS POR ANTEFLEXIÓN CON ESTENOSIS (2)

1.º Discisión anteroposterior media del cuello (Sims). — Se hienden los dos labios en la línea media hasta el nivel de la inserción vaginal, y en cada una de las superficies de sección se sutura la mucosa vaginal a la mucosa uterina.

2.º Operación de Nurse. — Se practica la discisión bilateral del cuello, discisión

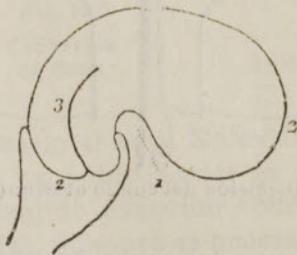


Fig. 1270. — Cura de la anteflexión por el procedimiento de Nurse

1, ángulo de flexión; 3, labio posterior del cuello

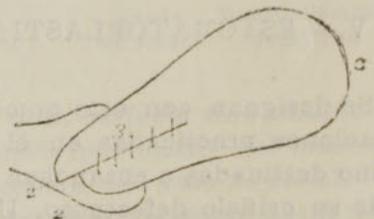


Fig. 1271. — La misma operación después del enderezamiento

El labio posterior ha quedado demasiado largo

que se extiende muy arriba; se endereza el útero con un histerómetro; se tira fuertemente del labio posterior y se suturan en esta situación las incisiones laterales. Si el

(1) Consultese Chabry, T. de París (1898).

(2) Consultese M. Lévy, T. de París (1897).

labio posterior resulta demasiado largo y demasiado prominente, se puede hacer su amputación parcial (figs. 1270 y 1271).

3.º Operación de Dudley. — Se aplica a los casos de anteversión y tiene por objeto llevar hacia atrás el orificio externo del cuello, aumentando sus diámetros.

Dilátase y ráspese el útero. De un tijeretazo hiéndase en la línea media el labio posterior hasta la inserción vaginal.

Repléguese separadamente cada uno de los labios de esa sección en dos mitades que se reúnen una a otra por puntos anteroposteriores, de modo que se transforme la hendedura media en sutura transversal. El orificio queda así ensanchado y dirigido hacia atrás.

Si el labio anterior está hipertrofiado, reséquese en forma de un óvalo de eje mayor transversal, que se reúne en el mismo sentido (figura 1272).

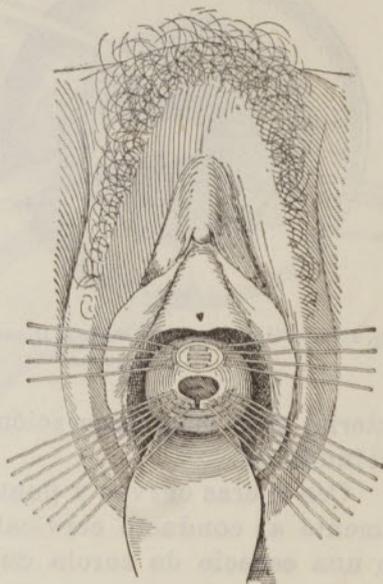


Fig. 1272. — Operación de Dudley. Suturas anteriores y posteriores.

VI. — AMPUTACIÓN DEL CUELLO

Puede ser sub o supravaginal, según que la línea de sección pase por abajo o por arriba de las inserciones de la vagina. Cada una de estas variedades puede realizarse por varios procedimientos.

§ 1. — AMPUTACIÓN SUBVAGINAL

1.º Procedimiento de Bouilly (1). (Escisión parcial de la mucosa cervical.) — Se aplica a la endometritis cervical glandular, sin desgarro.

Se descubre el cuello; se colocan unas pinzas finas en el extremo de cada labio y en su cara vaginal para no tocar el orificio.

Se introduce un bisturí largo y estrecho a una profundidad de 1 centímetro y medio, que ataca la mucosa del labio posterior cerca de la comisura izquierda y subiendo de izquierda a derecha paralelamente a esta mucosa, la desprende en forma de una viruta rectangular, cuya inserción profunda se corta de un tijeretazo (fig. 1273).

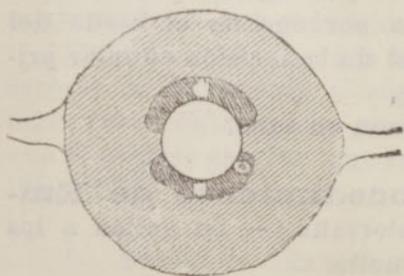


Fig. 1273. — Procedimiento de Bouilly. Las partes sombreadas representan las dos virutas de mucosa que se han de quitar.

Se repite la misma maniobra de derecha a izquierda en el labio anterior.

Se raspan las superficies de sección y las comisuras hasta ahora respetadas y se taponan fuertemente la cavidad cervical, previa aplicación de adrenalina o sin ella.

Si sale sangre, inmediata o tardíamente, se puede pasar un catgut transversalmente bajo cada una de las superficies cruentas y apretarlo.

Se mantiene la enferma en reposo dos o tres semanas, durante las cuales se renovará la cura cada dos días.

(1) Consúltese Bouilly, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* (1893), t. XIX, pág. 112.

2.º Procedimiento de Pouey (1).— Especialmente aplicable a la endocervicitis y a la cervicitis externa.

Sujétese y hágase bajar el útero. Dilátase el conducto cervical lo bastante para que el índice pueda franquear el istmo.

Con el bisturí y por una incisión circular, circunscríbase ampliamente el orificio

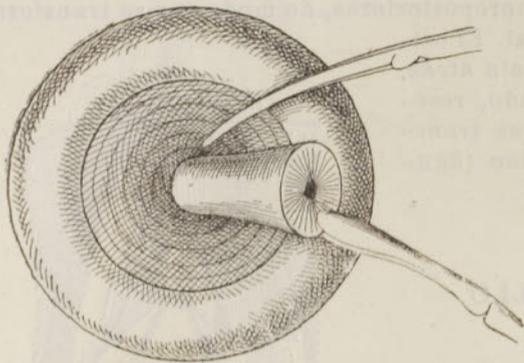


Fig. 1274 — Operación de Pouey. Disección de la corola mucosa

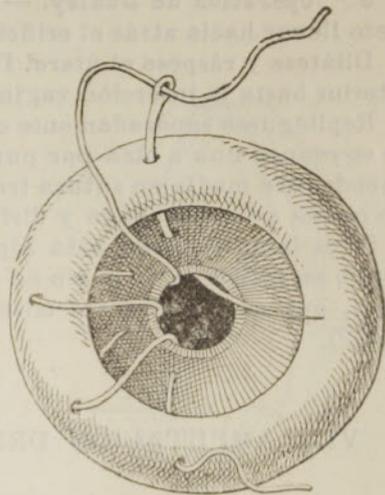


Fig. 1275. — Operación de Pouey. Sutura de punto por encima

externo y la pseudoulceración que le rodea, llegando a 2 o 3 centímetros de profundidad.

Con tijeras curvas y puntiagudas, seccionando el músculo uterino paralelamente al conducto cervical, despréndase la mucosa endocervical en forma de una especie de corola de tallo hueco, cuya disección hay que proseguir hasta el orificio interno, tirando suavemente de ella con cuatro pinzas-erinas (figura 1274).

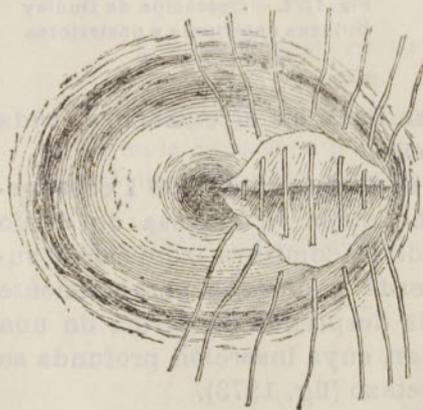


Fig. 1276. — Traquelorrafia de Emmet. Los hilos están colocados

Secciónese el cilindro aislado un poco por abajo de ese punto, de modo que se conserve un pequeño manguito circular flotante.

Cúbrase con este manguito el orificio cervical, uniendo por algunos puntos separados o puntos por encima el borde del manguito con el de la incisión circular primera (fig. 1275).

Deságüese con un tubo.

3.º Procedimiento de Emmet. (Traquelorrafia.) — Se aplica a los desgarros del cuello.

Se baja y sujeta el cuello. Toda la parte desgarrada se escinde con el bisturí en forma de cuña y las superficies refrescadas se reúnen por algunas asas profundas de alambre de plata o de crines (fig. 1276).

4.º Procedimiento de Schroeder. (Amputación con colgajo vaginal.) — Se aplica a las metritis cervicales con cuello grueso, vegetante, en ectropión.

(1) Consúltese Paul Petit, *Presse médic.* (1901), t. I, pág. 239.

a. **Refreshamiento.** — Se descubre el cuello. Se le coge por la parte media de cada labio con unas pinzas, no tocando la mucosa del orificio cervical y se le baja, sin violencia, lo más posible.

Un tijeretazo dado a fondo en cada comisura lo hiende en dos valvas anterior y posterior.

En cada labio, empezando por el posterior para que moleste menos la sangre y con un movimiento de vaivén lateral, quítese con el bisturí una tira de



Fig. 1277. — Amputación del cuello (Schroeder)
Refreshamiento

El bisturí corta el colgajo desde el vértice a su base

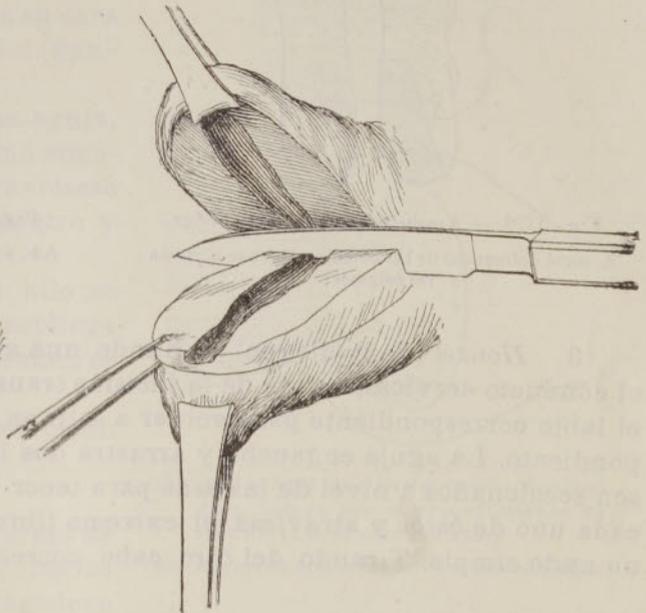


Fig. 1278. — Amputación del cuello (Schroeder)
Refreshamiento

El bisturí aísla por detrás la tira de mucosa que se ha de quitar

mucosa y de musculosa, que una incisión transversal desprende completamente en su base (figs. 1277 y 1278).

O bien también, practíquese primero la incisión transversal posterior y luego, desde el borde a la base del labio cervical correspondiente, escíndase de abajo arriba la tira musculomucosa.

Cada una de esas dos tiras escindidas debe comprender a la vez todo el espesor de la mucosa y algo de musculosa. Debe también ser notablemente más gruesa en su parte media y en su base que en su extremo libre, a fin de que el colgajo cervical que resulta pueda fácilmente plegarse de fuera adentro (fig. 1279).

b. **Sutura.** — Han sido propuestos varios métodos:

1. *Schroeder*, con una aguja muy curva, penetra en el orificio del conducto cervical, atraviesa la superficie de sección cervical y luego engancha el borde libre del colgajo (fig. 1280, A). El hilo apretado pliega el colgajo y junta su vértice con la superficie de sección, pero dejando un espacio muerto.

2. *Doléris*, para remediar este inconveniente, engancha con la aguja a la vez la sección cervical y la base del colgajo y luego coge el borde libre de este último, realizando así una coaptación más íntima (fig. 1280, B).

Así se colocan tres o cuatro hilos en cada labio, y se atan procurando la buena coaptación de las mucosas; luego se cierran las incisiones comisurales por medio de uno o dos puntos profundos, previa escisión, con las tijeras, de las orejas formadas por el repliegue de los colgajos.

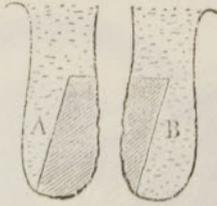


Fig. 1279. — Amputación de Schroeder

A, corte defectuoso de los colgajos; B, buen corte de los colgajos

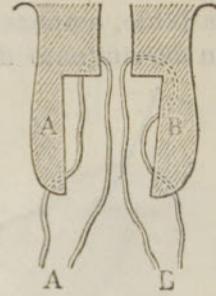


Fig. 1280. — Amputación de Schroeder

AA, sutura de Schroeder; BB, sutura de Doléris

3. *Houzel* (de Boulogne) (1) hunde una aguja de Reverdin muy curva en el conducto cervical, detrás de la incisión transversal, y le hace atravesar todo el labio correspondiente para volver a salir en el fondo de saco vaginal correspondiente. La aguja engancha y arrastra dos largos hilos dobles de catgut que son seccionados a nivel de las asas para tener cuatro cabos. Se vuelve a coger cada uno de éstos y atraviesa el extremo libre del colgajo al que se sujeta por un nudo simple. Tirando del otro cabo correspondiente que sale por el fondo

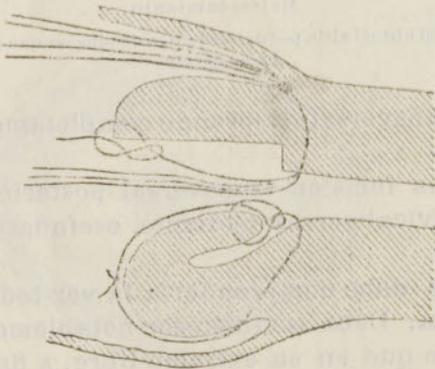


Fig. 1281. — Amputación del cuello (Schroeder).
Cuello visto de perfil. Sutura de los labios por el procedimiento de Houzel.

Los hilos están pasados en el labio anterior y atados en el labio posterior

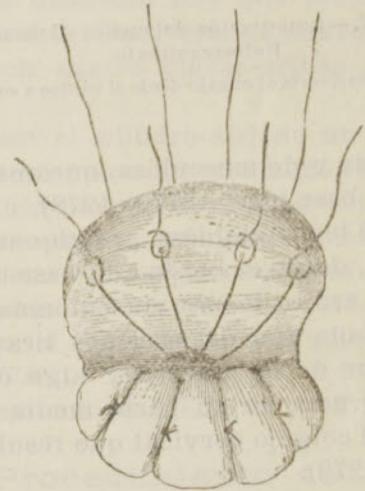


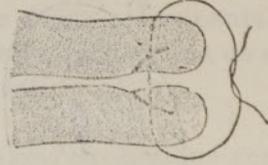
Fig. 1282. — El mismo procedimiento. Cuello visto de frente

de saco vaginal, se arrastra el vértice del colgajo que se pliega y se invagina hacia el conducto cervical. Entonces ya no falta más que atar los dos cabos del hilo por encima del colgajo plegado. Cada uno de los cuatro cabos es conducido de este modo a un punto diferente del colgajo, formando el conjunto una especie de abanico sobre el labio correspondiente. Igual maniobra se repite en el labio opuesto (figs. 1281 y 1282).

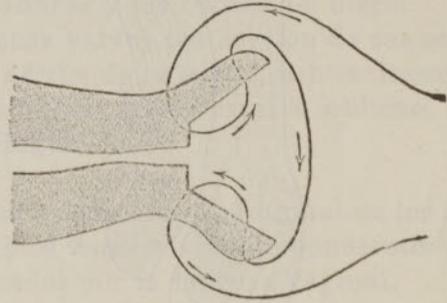
(1) Houzel, *Arch. prov. de chir.* (1902), pág. 356.

4. *Jeannel* (1) ha propuesto dos clases de suturas, muy sencillas y excelentes en sus resultados.

1.º procedimiento (Sutura en omega). — Con una aguja armada de un hilo sólido (catgut, seda o crin), atraviésese la base del colgajo vaginal anterior, de fuera adentro, para volver a salir a nivel de la incisión transversal posterior; tírese de la aguja. Vuélvase a atravesar el borde libre del mismo colgajo, esta vez de dentro afuera para volver a salir en su cara vaginal; tírese de la aguja y del hilo (figura 1283).



Con el mismo hilo y la misma aguja, sígase en el otro colgajo un camino simétrico, pero en sentido inverso. Atraviésese primero el borde libre de fuera adentro y luego la base de dentro afuera.



Tirando de los dos cabos del hilo se enderezan las asas; el colgajo se repliega sobre sí mismo y su vértice va a reunirse con la sección cervical.

Se pasan y se aprietan del mismo modo tres o cuatro hilos.

Fig 1283.— Amputación del cuello (Schroeder). Sutura por el procedimiento de Jeannel (1.º procedimiento).

En la figura de la parte superior el hilo está atado

2.º procedimiento (Sutura en forma de bolsa). — Tómese un hilo largo y fuerte montado en una aguja gruesa de Hagedorn o más cómodamente en la aguja de Kürst. Levántese y póngase tenso el labio anterior. De fuera adentro, pínchese su borde izquierdo, hágase salir la aguja por la cara refrescada a nivel del ángulo del refrescamiento y tírese de aguja e hilo. Pínchese entonces el borde libre del mismo labio por su cara vaginal,

marchando por el espesor de este borde de izquierda a derecha en una longitud de 1 a 1 y medio centímetros y a 3 milímetros de su extremo; tírese de aguja e hilo. Vuélvase a pinchar a la derecha la base del colgajo en el ángulo del refrescamiento, esta vez de dentro afuera para volver a salir por la cara vaginal; tírese de aguja e hilo.

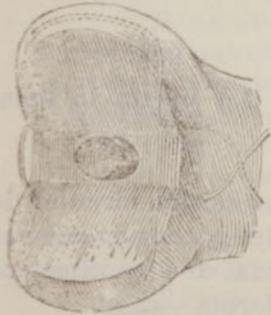


Fig. 1284.— Amputación del cuello. Sutura de Jeannel (2.º procedimiento).

Con el mismo hilo y la misma aguja, sígase en el labio posterior el mismo trayecto simétrico, pero en sentido inverso. Atraviésese la base del lado derecho de fuera adentro, ensártese la cara vaginal del borde libre de derecha a izquierda, atraviésese la base del lado izquierdo de dentro afuera (fig. 1284).

Con el auxilio de ese hilo único, dispuesto como un cordón de bolsa, del que se aprietan los dos cabos después de haber plegado los colgajos de fuera adentro con la sonda acanalada, se ve cerrarse el cuello y reformarse en su conjunto.

Se lava y se tapona la vagina con gasa.

Se puede, si se quiere, antes de apretar los hilos, introducir un tubito de desagüe en el orificio uterino.

(1) Jeannel, *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. (1891), pág. 18, y *Arch. provinciales de chirurgie*. (1900), pág. 611.