

largo para que después de atar el tubo de goma queden los dos cabos de unos 15 centímetros de largo.

Algunas veces se tropieza con dificultades para colocar los paquetes voluminosos, ya que es menester dilatar mucho el cuello y perturbar los tejidos. Para evitar tales inconveniencias y reducir el tamaño del paquete, empleamos la pantalla de platino en lugar de la de plata y bronce en una

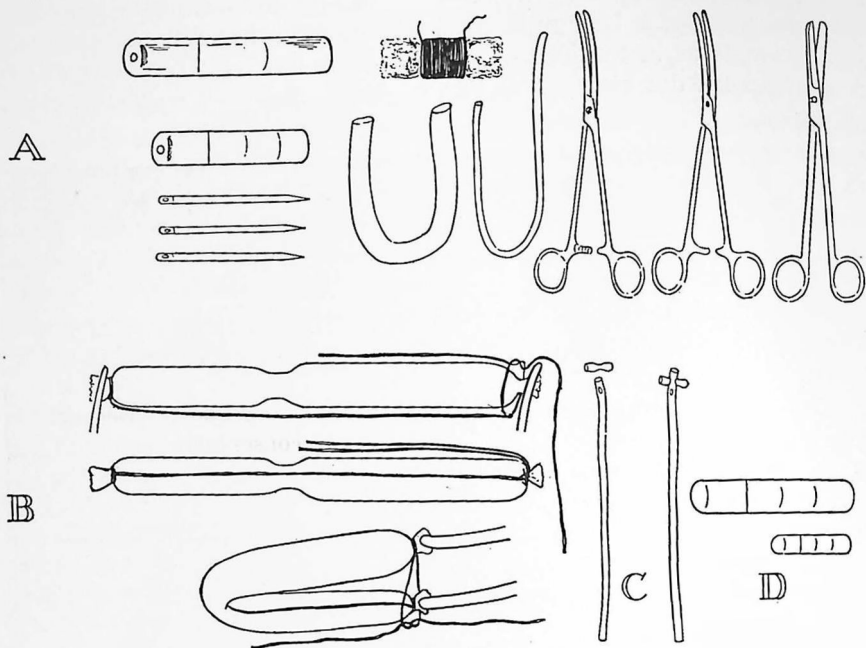


Fig. 284.—Pormenores de la radioterapia. A. Radium, tubos, agujas y artículos que se emplean para preparar los paquetes que han de colocarse en la cavidad uterina.

B. Radium colocado en su tubo de goma, con el que se forma un paquete largo. Si las circunstancias requirieren un paquete corto, se dobla el primero convenientemente. Si se prefiere, se pueden obtener cubiertas largas de goma de paredes delgadas con los extremos cerrados, pero en nuestra opinión son más convenientes los tubos de goma, que dan rigidez al paquete (con lo cual se facilita la introducción por el orificio interno), tienen capacidad para cápsulas pequeñas de radium en posiciones fijas relativas, son más adaptables a las diversas circunstancias y se tienen siempre a la mano.

C. Tubo de goma (de los que se emplean para el entubamiento de Dakin) dispuesto para colocar al lado del paquete de radium en el piómetra (Fig. 290).

D. Tamaño comparativo de una cápsula de 25 miligramos de radium con pantalla de plata y bronce y con pantalla de platino, respectivamente (cápsula pequeña).

parte de nuestra provisión de radium. En la figura 284, D, se representa la reducción proporcional en el tamaño. Además, en la hora presente disponemos de otros 100 miligramos de radium en forma un tanto distinta.

Colocación del radium.—Luego de efectuar la exploración minuciosa, con el fin de averiguar y registrar la magnitud del carcinoma (Clases Clínicas I, II, III y IV), y después de extirpar la porción necesaria de tejido para la biopsia, se dilata el conducto uterino y se coloca el paquete de radium de manera que su extremo largo quede dentro del cuello (Fig.

285). Al hacer esto se procurará perturbar lo menos posible los tejidos; no conviene efectuar el legrado del endometrio, a no ser que haya alguna razón especial para ello, ya que ha de llevarse puesta la mira en implantar el radium de la manera más eficaz, perturbando lo menos posible el cerco protector de leucocitos que rodea la zona dañada.

Antes de introducir el paquete se remoja en alguna solución antiséptica, y para ello empleamos la solución al uno por ciento de acriflavina neutra en glicerina (a la cual denominamos "solución A-G"), que es eficaz contra las bacterias anaeróbicas y aeróbicas.

Al explorar el conducto cervical antes de colocar el radium y al hacer cualquier intento por pasar el orificio interno, es fácil que se forme un falso conducto en la pared uterina dañada y, por tanto, no debe efectuarse ninguna manipulación forzada al buscar dicho orificio. Si por acaso no fuere posible hallarlo y si no hay nada que indique la retención en las porciones superiores del órgano, es preferible desistir de ello y sólo se dilatará el conducto cervical lo bastante para colocar en él el paquete de radium, el cual en tales casos ha de ser acortado, lo que se consigue doblando el tubo de goma y atando los extremos, según se ve en la figura 284, B.

Puntada especial que facilita la extracción del paquete.—Después de colocado el radium se presenta la dificultad de conservarlo inmóvil. Caso que se resbalare hacia la vagina, se correrá el riesgo de que quemee los tejidos y haga un agujero en la vejiga, o en el recto, y en cambio, si se resbalase hacia arriba podría causar la esfacelación hacia la cavidad peritoneal. Para evitar esto acostumbramos fijar el paquete de radium con una puntada especial, que además facilita su extracción, conviene a saber: con una hebra larga de catgut grueso damos una puntada en un lado del cuello uterino, pasamos luego el hilo por entre el tubo de goma, y por último por entre el otro lado del cuello (Fig. 255); la cual puntada dejamos sin anudar y con los cabos del hilo tan largos que sobresalgan del orificio vaginal.

Tapón vaginal. Gasa impregnada de vaselina.—Hacemos a continuación el tapón vaginal, lo cual es muy importante ya que debe servir para apartar del radium el recto y la vejiga ("amortiguamiento de los rayos por medio de la distancia": el *distance screening* de los ingleses), de tal manera que los tejidos reciban la dosis adecuada de radium, sin poner en peligro los dos antedichos órganos. La gasa que se emplee para hacer el taponamiento debe estar impregnada de vaselina o de alguna otra sustancia grasosa, pues de lo contrario la presión continua y prolongada irritaría la membrana mucosa y daría origen a la exfoliación epitelial y a las subsecuentes adherencias de las porciones desnudas. Las cuales adherencias bien pudieran obliterar el fómex y acortar en gran manera la vagina. Hemos probado la aplicación directa de vaselina a las paredes vaginales, pero esto no basta, ya que al efectuar el taponamiento la gasa quita la vaselina de las paredes vaginales, aun cuando se repita la aplicación en diversos periodos del taponamiento.

Es de mucha entidad el procurar se reduzca al mínimo la irritación vaginal. La radiación intensa con el radium y los rayos X que se requiere en el tratamiento del carcinoma del cuello uterino, ocasiona cierto grado de contracción y fijación de los tejidos en el fórnix vaginal, lo que al parecer es la consecuencia de la impregnación ("infiltración") celular reparatriz, o la resultancia del tejido cicatrizal que se forma al destruirse las células carcinomatosas; todo esto se agrava al presentarse la atrofia inherente a las mudanzas climatéricas concomitantes. Por lo común la contracción y el acortamiento ocasionados por las dos antedichas circunstancias no causan ningún trastorno cuando la vagina es grande, mas si ésta es pequeña bien pudieran dar origen a cierto grado de dispareunia. Y si a las perturbaciones de la radiación y del climaterio se agregan la irritación de la gasa y las adherencias, es posible se efectúe la obliteración parcial de la vagina.

Antes de empezar el taponamiento es bien atar el hilo del paquete de radium al extremo de la gasa, de manera que al sacar la última porción

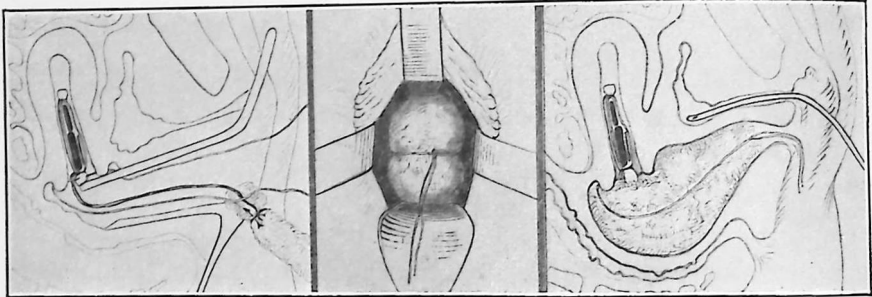


Fig. 285

Fig. 286

Fig. 287

Fig. 285.—Separadores anterior y posterior dispuestos para empezar el firme taponamiento vaginal con gasa impregnada de vaselina, que sirva para apartar cuanto sea posible del radium el recto y la vejiga. En este dibujo se ve además el hilo de catgut con que se da la puntada por entre el cuello uterino y el tubo de goma (véase la Fig. 255). Conviene atar el extremo del tapón con el hilo que pende del tubo de radium, según se ve en este grabado.

Fig. 286.—Valiéndose de un separador delgado y flexible que se coloca en cada lado, se facilita el taponamiento de la vagina; en este dibujo se ven el tapón ya colocado y el catgut anudado sobre la gasa.

Fig. 287.—Diagrama que representa el firme tapón vaginal que aparta del radium el recto y la vejiga; adviértase que el catgut que sostiene el tubo de radium está atado sobre el tapón de gasa, cerca del orificio vaginal, donde es fácil cortarlo antes de extraer el tapón (véanse las Figs. 253 a 260).

de ésta, cuando se quite el tapón, salga también el hilo. Hecho esto, se ataca firmemente la gasa impregnada de vaselina, primero hasta distender la bóveda vaginal posterior y apartar el recto, y luego hasta dilatar el fórnix vaginal anterior y alejar la vejiga; conviene valerse de los separadores delgados en cada lado de la vagina, además de los separadores anterior y posterior, ya que con ello se facilita el taponamiento (Figs. 285 y 286). Puesto que el tapón tan apretado impide el que orine la paciente, es preciso dejar en la vejiga una sonda permanente (Fig. 287). Mientras se efectúa

el taponamiento, se deja que la gasa comprima los hilos de la puntada cervical sobre la pared vaginal de cada lado, y al terminar se anudan los cabos sobre el tapón de gasa (Figs. 286 y 287), con lo cual se sostiene éste en su sitio y se facilita su extracción, según se dirá más abajo.

Dosificación del radium.—Luego de decidir la dosis de radium que ha de aplicarse, de acuerdo con los hallazgos de la exploración profunda ejecutada con ayuda de la anestesia, se toma nota del número de horas de miligramo que se requieran. Para ello, dos personas calculan separadamente la hora exacta cuando debe extraerse el radium, y se comparan los resultados, ya que es muy fácil que se equivoque una sola persona, pero no es probable que dos personas cometan el mismo error.

La dosis es muy variable según las diversas circunstancias, y depende de la magnitud que haya alcanzado la neoplasia en diferentes direcciones, del tamaño y la situación del tumor carcinomatoso, de la invasión que se haya efectuado en los órganos contiguos, de la magnitud y la dirección del proceso ulcerativo, así como del grado de fijación de la vejiga y del recto. Esta última impide que dichos órganos sean alejados del radium por el tapón vaginal, y, por tanto, limita la dosis de radium, por razón del peligro de causar esfacelo en el órgano adherente.

Al determinar la dosis de radium ha de tenerse también presente la clase de radiumterapia que haya de emplearse. En tiempos pasados teníamos que fiarnos casi por entero de la eficacia de los rayos *gama* del radium, y entonces la dosis era de 4,000 a 5,000 horas de miligramo, cuando se aplicaba la dosis concentrada, y de 5,000 a 7,000 horas de miligramo, cuando se empleaba la dosis distribuída, y se aplicaban dosis aun mayores cuando se ponía al radium pantalla muy gruesa. Los nuevos aparatos de rayos X de alto voltaje rinden gran cantidad de rayos *gama* y, por tanto, permiten el que se reduzca un tanto la dosis de radium, o por mejor decir, es preciso hacer esta reducción para evitar se cause daño a las células de los tejidos normales. Según queda dicho, los cuidadosos exámenes subsecuentes de pacientes tratadas por los nuevos métodos de roentgenoterapia, indican la propensión a causar lenta contracción de los tejidos parametriales profundos, la cual era tan enfadosa cuando empezaba a desenvolverse la radioterapia y se hacían aplicaciones repetidas de radium. La contracción excesiva en el fórnix vaginal indica que ha de proporcionarse debidamente la dosis de radium con la de rayos X.

Además de lo dicho, ha de ponerse la consideración en la longitud del intervalo entre las primeras aplicaciones de rayos X y la aplicación del radium, el cual varía según la cantidad de rayos X, según las reacciones generales y locales que éstos ocasionen, y según la dosis de radium que se piense aplicar. La contracción profunda de los tejidos en la bóveda vaginal, arriba mencionada, indica que ha de hacerse debidamente la proporción de tiempo a fin de dar oportunidad a las células de los tejidos normales para que se recuperen un tanto de los efectos de la dosis máxima de rayos X, antes que tengan de padecer el efecto de la dosis máxima de radium. El intervalo es de dos a cuatro semanas, lo cual depende de la

cantidad de rayos X aplicada, así como de las perturbaciones que éstos causen en la nutrición. Cuando se aplica la dosis máxima de rayos X, según el método de dosis concentrada (por cuatro o cinco áreas poco más o menos en el período de una semana), conviene por lo común el intervalo de cuatro semanas, con el fin de evitar daños indebidos a las células normales y prevenir la excesiva contracción profunda que se ha observado en los exámenes subsecuentes de pacientes tratadas con menores intervalos.

Extracción del radium.—Para extraer el radium, se aplicará a la paciente una inyección de morfina y escopolamina una hora antes, y se tendrán dispuestos los instrumentos estériles y los guantes en tiempo oportuno.

Colócase a la paciente en posición diagonal en la cama, con las caderas cerca del borde. Se coge con las pinzas, se pone en tensión el cabo de la puntada de catgut, y se corta con las tijeras (Fig. 258). Tírase en-

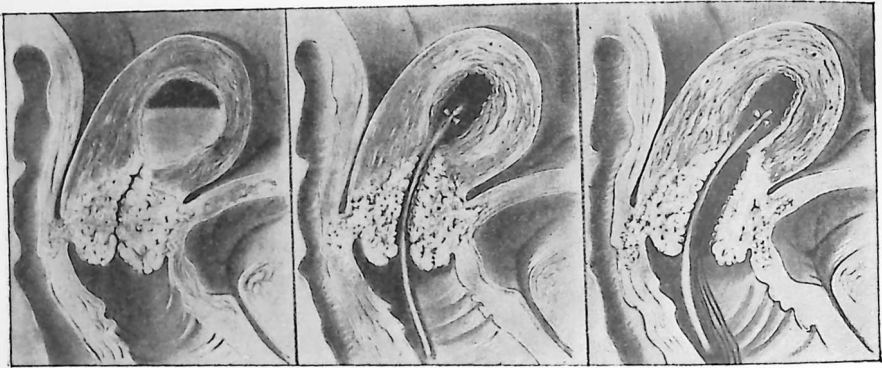


Fig. 288

Fig. 289

Fig. 290

Figs. 288 a 290.—En el grabado 288 se pone de manifiesto la manera cómo se forma el piómetra, a saber, por medio de la oclusión del cuello uterino; ésta puede ser causada por el carcinoma, antes de que se emprenda cualquier tratamiento, o por medio de la tumefacción ocasionada por la radiumterapia; en cualquier caso hay que evacuar el pus y para ello se dilatará el conducto cervical con pinzas uterinas y se pondrá un tubo de desagüe, según se ve en la Fig. 289. Cuando al aplicar la radiumterapia se descubra el piómetra, es preciso colocar un tubo de Dakin al lado del paquete de radium (Fig. 290).

tonces lentamente del cabo del hilo que contiene el nudo, de manera que el otro cabo pase poco a poco por los tejidos del cuello, hasta sacarlo del todo; con esto se desata el tapón vaginal, que al ser extraído lleva consigo en el extremo interior de la gasa el hilo del paquete de radium, el cual se coge con las pinzas y se tira lentamente de él, hasta extraer el paquete (Figs. 259 y 260).

Tiempo que ha de esperarse antes de hacer las siguientes aplicaciones de rayos X.—Luego de hacer la aplicación de radium se determinará el tiempo que ha de transcurrir antes de hacer la segunda aplicación de rayos X. A nosotros nos ha parecido conveniente después de una buena

dosis de radium esperar unas ocho semanas antes de empezar las siguientes aplicaciones de rayos X, y en el entretanto irá la paciente al consultorio, a fin de observar y cotejar su estado general y local. Caso que fuere favorable, se enviará la enferma al roentgenólogo para que examine la piel y determine si no hay ninguna circunstancia que contraindique el comienzo de las siguientes aplicaciones de rayos X.

Circunstancias excepcionales.—Según que antes se dijo, se suele principiar el tratamiento con los rayos X, mas hay circunstancias excepcionales en que conviene aplicar primero el radium. Por ejemplo, bien puede suceder que alguna paciente, en cuyo lugar de residencia se puedan hacer las aplicaciones roentgenoterápicas, sea enviada a otra ciudad distante para que ahí se haga el diagnóstico y se aplique el radium, si fuere menester, y efectuar después en el lugar donde vive las aplicaciones de rayos X. En tal caso, puede ser conveniente poner en ejecución la radiumterapia tan pronto como se hace el diagnóstico. Además, hay ciertas circunstancias pecuniarias de la enferma, sea dudoso el que pueda lograrse otro internado en el hospital y convenga entonces efectuar las aplicaciones radiumterápicas cuando la paciente ingresa en el hospital la primera vez, con el fin de que se le hagan las necesarias investigaciones.

El carcinoma del cuello uterino puede ocluir el orificio interno y dar origen a la acumulación de flúido infectado en la cavidad uterina (piómetra). En estos casos conviene hacer el desagüe de la cavidad endometrial con un tubo de goma, y para ello es adecuado el tubo delgado de Dakin (Fig. 284, C). Luego de poner un travesaño en el extremo del tubo, se introduce éste en la cavidad uterina y se coloca el paquete de radium al lado del tubo (Figs. 288 a 290). Al extraer el radium se tendrá cuidado de dejar el tubo para que haya buen desagüe de la cavidad uterina infectada.

Aplicaciones de radium a la bóveda vaginal

El fin que se persigue al dividir el radium y colocar una parte de él en cada lado de la bóveda vaginal, en lugar de colocarlo todo en el cuello uterino, es aplicar dosis proporcionalmente mayores al parametrio. Es sumamente difícil hacer llegar dosis eficaces de radium hasta las porciones del parametrio situadas cerca de las paredes pélvicas, en virtud de que cualquier aumento de la dosis con el fin de que llegaran los rayos a dichas regiones, acrecentaría también el peligro de mortificar las áreas centrales de la vejiga y el recto. Según se dijo al hablar de los principios del tratamiento, la solución de esta dificultad se cifra en la mejor distribución de los rayos dentro de la pelvis, de manera que una mayor proporción de ellos llegue hasta las regiones laterales, y en su oportunidad referimos los medios de lograr este fin, uno de los cuales es la distribución lateral de una parte del radium en los fórnices laterales de la vagina.

La sobredicha distribución requiere: 1º, algún artificio para sostener el radium en esos sitios; 2º, la selección de las pacientes según el estado del neoplasma, y 3º, mayor espesor de la pantalla. La razón de esto último es que ha de evitarse la mortificación superficial de los fórnicos de la vagina, la cual esfacelación es sin consecuencias en el cuello, donde abunda el tejido. El artificio que sirva para sostener el radium en las porciones

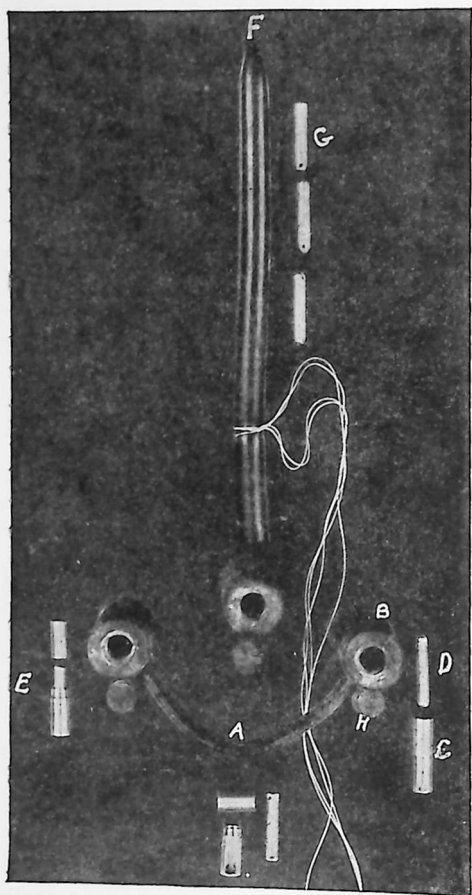


Fig. 291

Fig. 291.—"Sonda" de radium y colpostato. A, colpostato de resorte; B, tapón de goma con H su tapadera; C, pantalla de platino; D, tubo de radium en pantalla de platino para el tapón B; F, sonda de goma para la matriz; E, tubo de radium para la sonda. (Kaplan; *Amer. Jour. Surg.*)

Fig. 292.—Diseño que representa el radium colocado en el útero y la vagina. (Kaplan; *Amer. Jour. Surg.*)

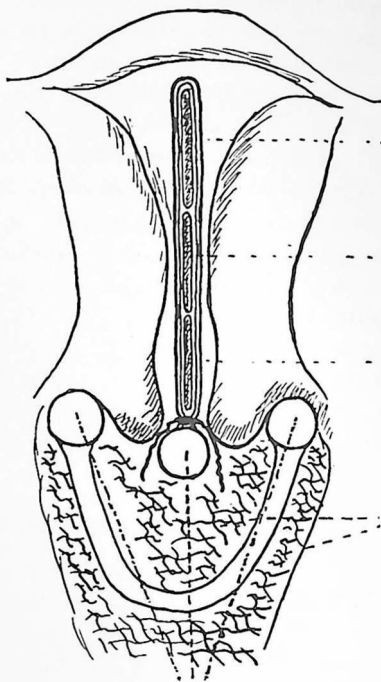


Fig. 292

laterales se ha de poder adaptar a las diversas circunstancias, y por lo común este aparato se designa con el nombre de "colpostato", del cual Kaplan describió (*Am. Jour. Surg.*, Vol. 27, pág. 392, 1935) el que se muestra en las figuras 291 y 292, así como el *tandem* para aplicaciones

intracervicales. En los dos tubos laterales de goma (dos depósitos de poca profundidad) se colocan las cápsulas de radium, y dichos depósitos están unidos por una barra maleable. Adviértase que las cápsulas de radium que se empleen para aplicación lateral han de llevar otra pantalla de platino, que dé en total de 1 a $1\frac{1}{2}$ milímetro de platino de espesor. Tanto el colpostato como las cápsulas de platino son bastante costosos.

Respecto de la forma del aparato, se puede decir que es muy variable, y que su adaptación requiere el estudio minucioso de las diversas circunstancias en cada caso. Los colpostatos rígidos, de bonito aspecto en fotografía, son a veces del todo inaplicables a determinadas pacientes. Un colpostato adecuado de caja, o algún sustituto improvisado, puede ser muy útil para sostener el radium sobre los tejidos cancerosos, particularmente cuando está destruido el cuello uterino, u ocluido su conducto, pero los requisitos que se han de cumplir son muy variables en las diversas pacientes. Séase como se fuere, lo más importante es el penetrar del todo los principios en que se funda el tratamiento, según en su propio lugar queda dicho, a fin de encaminar la radiumterapia al objeto en que se lleva puesta la mira.

Las más de las veces se logrará la aplicación eficaz del radium si se hace el estudio minucioso del estado de los tejidos pélvicos y se estudian inteligentemente los materiales y aparatos ordinarios de que se dispone (cápsulas de plomo, que sirvan de pantalla especial en determinadas direcciones; tubos de plomo que sirvan de pantalla total; tubos de goma para hacer la distribución de las cápsulas de radium, al aplicar dosis concentradas o difusas; tapones de gasa, que sirvan para apartar del radium ciertos órganos —*distance screening*—, etc.). Por ejemplo, los colpostatos improvisados que se muestran en las figuras 293 a 297 han probado ser más eficaces que los costosos aparatos fabricados especialmente, ya que con los primeros se puede hacer la adaptación que convenga en cada particular caso. Hacemos estos artificios de materiales de muy bajo costo y tenemos siempre a la mano varios colpostatos de diversos tamaños, y además hacemos las variaciones que correspondan.

Según se ve en la figura 293, los materiales son: tubos de plomo cuyo calibre interior es de 6 milímetros ($\frac{1}{4}$ de pulgada) de diámetro, y cuyo diámetro exterior es de $12\frac{1}{2}$ milímetros ($\frac{1}{2}$ pulgada); lámina de plomo de 5.8 diezmilímetros ($\frac{1}{43}$ de pulgada) de espesor, y dos tubos de goma de diverso calibre; el tubo de goma más delgado tiene 3.75 milímetros ($\frac{5}{32}$ de pulgada) de diámetro interior, y paredes de $1\frac{1}{2}$ milímetro de espesor; el tubo más grande tiene 9 milímetros ($\frac{3}{8}$ de pulgada) de diámetro interior y paredes de $1\frac{1}{2}$ milímetro de espesor. En las figuras 293 a 295 se muestra la manera cómo construir el colpostato. Los tubos pequeños de plomo tienen paredes de 3 milímetros ($\frac{1}{8}$ de pulgada) de espesor, que equivalen a $1\frac{1}{2}$ milímetro de platino (véase la tabla de densidades), y junto con la cápsula que contiene el radium, cuyo espesor es de $\frac{1}{2}$ milímetro, da en total el equivalente a 2 milímetros de pantalla de platino.

En la figura 295, C, se ve el colpostato vacío, tal como lo conservamos en el instrumental. Antes de usarlo, se esteriliza junto con los instrumentos y se coloca entonces el radium en cada tubo de plomo. En el Hospital Barnes nuestras cápsulas de 25 miligramos de radium tienen pantalla de $\frac{1}{2}$ milímetro de platino, lo cual hace que sean pequeñas las cápsulas. Esta capsulita se envuelve en un pedazo de lámina de plomo

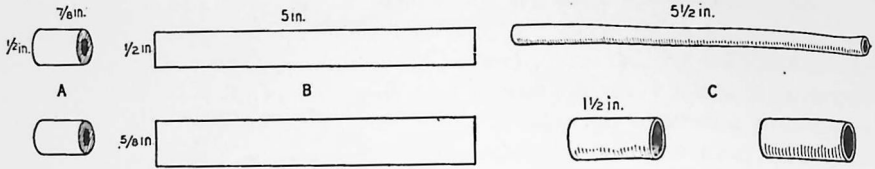


Fig. 293.—Materiales para improvisar el colpostato, según se explica en el texto. A. Pedazos de tubos de plomo con diámetro interior de 6 milímetros, pared de 3 milímetros y diámetro exterior de unos 12 milímetros. Estos pedazos de tubo tienen unos 21 milímetros de largo para las cápsulas de platino que contienen 25 miligramos de radium. Si se emplean cápsulas con pantalla de plata y bronce, los pedazos de tubo de plomo deben tener 28 milímetros de largo. B. Lámina de plomo de 5.8 diezmilímetros ($\frac{1}{43}$ de pulgada) de espesor, con la longitud y anchura especificadas en el grabado (5 pulgadas, esto es, unos 12.5 centímetros de largo, por 1.25 centímetros de ancho la lámina superior, y unos 15 milímetros o $\frac{5}{8}$ de pulgada, la inferior). C. Tubo de goma. El tubo superior tiene 3.75 diezmilímetros, o $\frac{5}{32}$ de pulgada, de diámetro interior, y 1.5 milímetro, o $\frac{1}{16}$ de pulgada, de diámetro exterior. Los tubos inferiores tienen 9 milímetros, o $\frac{3}{8}$ de pulgada, de diámetro interior, pared de 1.5 milímetro, o $\frac{1}{16}$ de pulgada, de espesor, y 1.25 milímetro, o $\frac{1}{2}$ pulgada, de diámetro exterior.

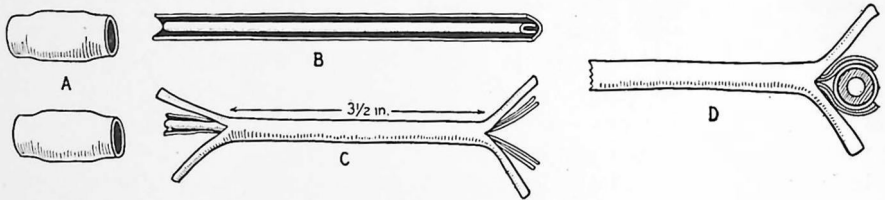


Fig. 294 A.—Preparación del colpostato. A. Los pedazos de tubos de plomo incluidos en tubos de goma, que han de servir de recipientes de las cápsulas de 25 miligramos de radium para aplicar a los fórnicos vaginales laterales. B. Las láminas de plomo enrolladas, la más angosta dentro de la más ancha, que sirven de travesaño flexible y resistente para unir los recipientes de radium. C. Las láminas de plomo enrolladas y colocadas dentro del tubo de goma, con que ha de formarse el travesaño; nótese que se dividieron los extremos del tubo de goma, así como de las láminas de plomo, para envolver con ellos los recipientes de radium. D. Los extremos divididos de las láminas de plomo alrededor del recipiente de radium.

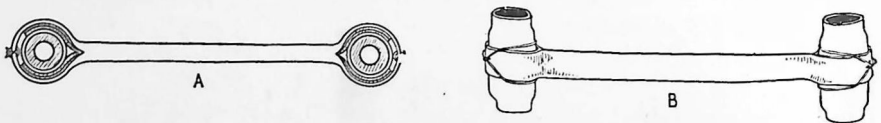


Fig. 294 B.—Hechura del colpostato. A. Los extremos divididos del tubo de goma cosidos alrededor de los recipientes de radium. B. Otra vista del colpostato.

(previamente esterilizada), de 3.75 diezmilímetros ($\frac{1}{64}$ de pulgada) de espesor, según se ve en la figura 296, A, y que es fácil de manejar y sirve no sólo para sostener el radium, sino también para darle mayor espesor a la pantalla, según abajo se dirá. Se coloca entonces en el tubo de plomo

el rollito que contiene la cápsula de radium (Fig. 296, B), y se aplana el extremo para cerrar la abertura, después de lo cual se cose en ese extremo el tubo de goma (Fig. 296, C), y queda entonces el colpostato cargado,

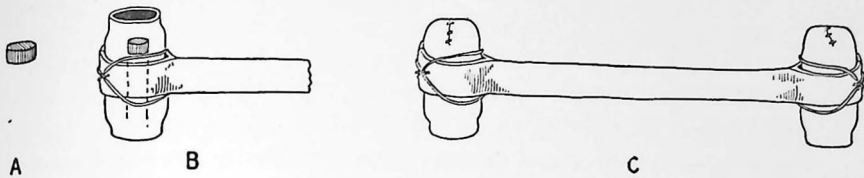


Fig. 295.—Oclusión permanente de un extremo de cada recipiente de radium, lo cual se puede hacer con un pedazo corto de alambre de plomo de 6 milímetros, o bien con un rollito de lámina de plomo. A. Pedazo pequeño de un alambre de plomo de 6 milímetros de diámetro. B. Tapón de plomo A ya colocado. C. Se cose el tubo de goma sobre ambos extremos ocluidos.



Fig. 296.—Manera de cargar el colpostato de la Fig. 295, y pedazos de lámina de plomo de 3.75 diezmilímetros (1/64 de pulgada), que se esterilizan junto con los instrumentos, después de lo cual se envuelve cada cápsula con pantalla de platino de 25 miligramos de radium, en un pedazo de lámina de plomo de 2.5 centímetros por 9 milímetros. A. En la porción superior, cápsulas de radio colocadas sobre la lámina de plomo; en la inferior, la lámina doblada de manera que pueda entrar en el recipiente del colpostato. B. Se introduce el pequeño paquete de radium en el recipiente del colpostato, después de lo cual se dobla y se aplasta el extremo de la lámina de plomo para que cubra y sirva de pantalla al extremo del recipiente del colpostato, y a continuación se cose el extremo del tubo de goma. C. Colpostato cargado y dispuesto para ser introducido, después de darle la forma adecuada.

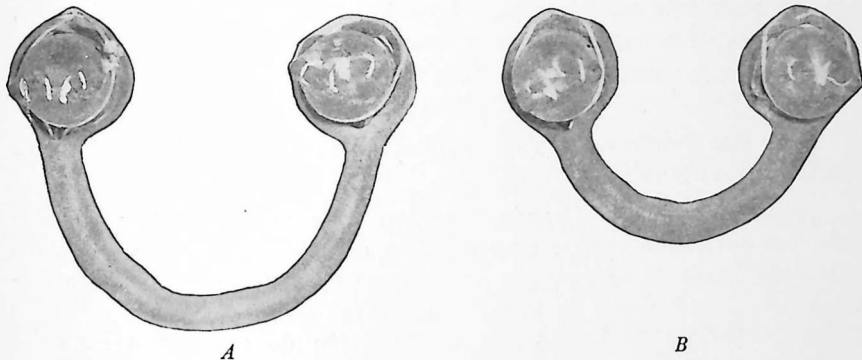


Fig. 297.—Fotografía de dos colpostatos listos para su uso. A. Tamaño que resulta de las mediciones dadas en las Figs. 293 y 294, que es conveniente para una bóveda vaginal móvil y de buen tamaño, que no contenga tejido cicatrizal; tiene poco más o menos unos 8.75 centímetros de distancia entre un recipiente y otro, y unos 12.5 centímetros de longitud total. B. Colpostato, conveniente cuando es pequeña la vagina y no es largo el cuello. Los materiales y las medidas son las mismas, sino que el travesaño tiene tan sólo unos 10 milímetros de largo y el tubo de goma 11.25 centímetros, lo cual da un colpostato de 6.25 de distancia entre los recipientes y unos 10 centímetros de longitud total.

dispuesto para ajustarlo a la bóveda vaginal (Fig. 297), y para ser colocado luego de insertar el *tandem* cervical.

Este colpostato improvisado tiene la pantalla metálica extraordinaria que se requiere, así como la cubierta de hule para interceptar los rayos secundarios del metal. Contiene además una barra que permite la adaptación de los recipientes de radium a los diversos estados en que se halle la bóveda vaginal. En otro hospital donde las cápsulas de 25 miligramos de radium tienen pantalla de plata y bronce, lo cual hace más voluminosa la cápsula, hacemos el tubo de plomo de 28 milímetros (1-1/8 de pulgada), en lugar de 21 milímetros (7/8 de pulgada).

Pueden hacerse colpostatos de diferentes tamaños y tenerse dispuestos para ser esterilizados junto con los instrumentos. A nosotros nos han parecido útiles los dos tamaños de la figura 297 y otro más pequeño, en el que sólo hay 2.5 milímetros de distancia entre los recipientes de radium. El colpostato de mayor tamaño se emplea cuando la vagina es amplia y el cuello grande y prominente, lo cual requiere una barra larga para que el radium quede en el fórnix vaginal de cada lado. El aparato de tamaño mediano es conveniente cuando la vagina y el cuello no son muy grandes, y el más pequeño (barra corta) es adecuado en las vaginas seniles, con atrofia y acortamiento del cuello.

Pueden hacerse otras adaptaciones con materiales comunes, según convenga en los diferentes casos. Para fijar el paquete de radium en el centro de una cavidad del cuello o de la bóveda vaginal, se enrolla firmemente un poco de gasa alrededor del paquete, según más abajo se dirá. Cuando se desea darle mayor espesor a la pantalla con el fin de proteger paredes delgadas, ulceradas, es bien envolver el paquete de radium en la porción necesaria de lámina de plomo; ésta se emplea también para hacer un recipiente que sirva para la radiación dirigida ("direccional"), y se colocará en el lugar que corresponda la protección especial.

Agujas. Pepitas. "Bombas"

Estas son formas especiales de aplicar el radium, por lo común para cumplir ciertos requisitos.

Agujas de radium.—Cuando empezaba a desenvolverse la radioterapia, fué por algún tiempo muy usual la distribución de una parte del radium en forma de agujas, que se clavaban en el tumor neoplásico formando círculo alrededor de la porción central de radium. Las antiguas agujas de radium se hacían con una aleación de acero que no daba suficiente protección y, en consecuencia, se ocasionaba la necrosis causada por los rayos suaves; la cual necrosis aunada a la invasión bacteriana que tan a menudo se halla en el carcinoma cervical, resultaba con frecuencia en inflamaciones graves.

La inserción de estas agujas en un área que quedaba fuera del cerco de las defensas leucocitarias, era un medio sumamente eficaz de fomentar graves infecciones locales y aun generales. Algunos años ha, cuando era muy usual este método, el autor *senior* de este libro visitó a un ginecólogo que solía ponerlo en ejecución, con el propósito de averiguar cuáles eran

los medios que se empleaban para evitar los peligros de infección y traumatismo. Luego de desinfectar las superficies, se clavaron las agujas, con el necesario cuidado para proteger tejidos importantes. Cuatro días después moría la paciente de peritonitis, que se originó inmediatamente después de insertar las agujas. El carcinoma era tan sólo de moderada magnitud y la enferma se hallaba en bastante buen estado general, o por mejor decir, era una de aquellas enfermas en las que la radiumterapia suele surtir buen efecto cuando se aplica el radium dentro de la zona de defensas leucocitarias. Aun más, la pequeña dosis de radium que en aquel entonces se obtenía de las agujas cortas que se aplicaban inmediatamente alrededor del cuello uterino, no bastaba a suministrar la dosis requerida a las áreas parametrales laterales y, por tanto, no había nada que justificase este mayor riesgo.

Las agujas de radium que se emplean en la hora presente se diferencian de las agujas antiguas en que están bien protegidas con pantalla de platino, o de su equivalente aproximado en oro. En el día de hoy se pueden obtener agujas que contengan diferentes cantidades de radium. Un medio conveniente es el que consiste en colocar una o más celdillas de radium en agujas huecas de oro de puntos intercambiables, cada una de las cuales celdillas puede contener de 1 a 5 miligramos de radium, según se requiera.

Por lo común se emplean las agujas cuando el estado morbozo no es adecuado para la aplicación de cápsulas de radium, ora dentro de los tejidos, o bien aplicado a la superficie, y cuando tampoco sería eficaz la roentgenoterapia profunda. Esto sucede particularmente cuando el neoplasma invade el tabique véscovaginal o véscorrectal, o cuando se han formado nódulos en la porción inferior de la vagina, cerca del orificio. En tales circunstancias se emplean de ordinario las agujas cortas, de cuya distribución trataremos más abajo, al hablar de los estados morbosos especiales (Fig. 298). En algunos casos se usan agujas largas para distribuir la radiación en las porciones laterales del parametrio. La inserción de estas agujas largas en los tejidos pélvicos profundos, es en verdad un procedimiento quirúrgico, y de él hablaremos al describir las disposiciones quirúrgicas suplementarias (Fig. 305).

Pepitas de radón.—El radium emana de continuo ciertos rayos, o partículas, que por medio de aparatos especiales pueden ser aprisionados y retenidos. A tales partículas conservadas de esa manera se les da el nombre de emanaciones de radium, o “radón”, y tienen las mismas propiedades curativas que el radium, sino que se disminuye rápidamente su potencia hasta extinguirse en unos cuantos días, y en cambio la potencia de las sales de radium es casi invariable.

Cuando se juntan en el aparato esas emanaciones radioactivas, se concentran en el punto de tubos capilares, que se sellan al cortarlos. A estos puntos de vidrio que contienen dichas emanaciones se les designa convenientemente con el nombre de “pepitas”, o “semillas” de radón. Si se conserva de continuo una cantidad constante de radium en el aparato

que recoge las emanaciones, pueden obtenerse estas pepitas de radón que suplen los tubos de radium en terapéutica. Cuando se conserva todo el radium en el sobredicho aparato, es posible empaquetar las pepitas en un tubo con pantalla, en la necesaria cantidad, y emplear este tubo lo mismo que si fuera una cápsula con sales de radium, con la única diferencia de que al calcular la dosis ha de hacerse cuenta con la disminución proporcional de su potencia.

Son tan pequeñas las pepitas de radón, que se pueden aplicar en sitios muy especiales, como por ejemplo: a) cuando hay invasión carcinomatosa en algún tabique donde las agujas de radium podrían causar mortificación y dar origen a la fístula, y b) cuando el carcinoma está situado de manera que no sería factible la introducción, o la extracción de cápsulas, o agujas de radium, como sucede en la cavidad abdominal. Estas pepitas de radón luego de emitir sus rayos en el curso de cierto número

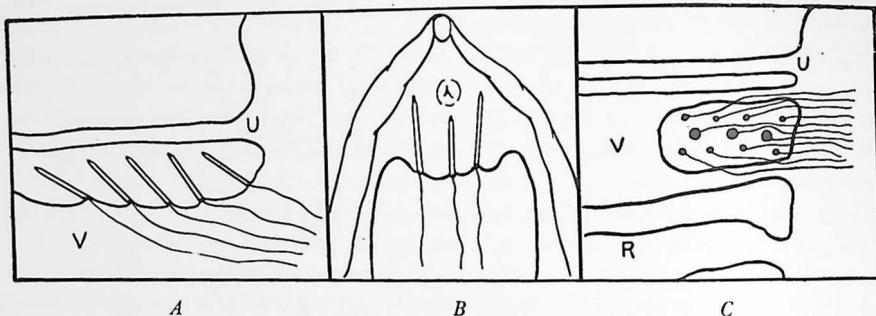


Fig. 298.—Manera de aplicar agujas cortas de radium. A. Nódulo carcinomatoso en la pared vaginal, debajo de la uretra, de unos 4 centímetros de largo por 3 de ancho, que requiere tres hileras con 5 agujas cada una, con espacio de 1 centímetro, o un poco menos entre ellas. En la hilera central han de estar inclinadas las agujas para que no lleguen hasta la uretra (véase el texto).

B. Corte transversal donde se ven las agujas laterales que van hacia arriba al lado de la uretra y las agujas centrales inclinadas (cortas por la perspectiva) para evitar se lesione la uretra.

C. Nódulo carcinomatoso en la pared vaginal lateral, cerca del orificio de la vagina, de 4 por 2 centímetros; puesto que ese sitio está distante de la uretra y de otros tejidos particularmente susceptibles a los efectos del radium, se puede aumentar la dosis proporcional. Los puntos pequeños indican las agujas de 1 miligramo, y los grandes las agujas de $3\frac{1}{2}$ miligramos (véase la parte correspondiente del texto).

de días se vuelven inertes. Tal inactividad se efectúa en períodos invariables, lo cual hace posible el calcular con exactitud la dosis efectiva. En los pequeños nódulos carcinomatosos se coloca el número necesario de pepitas que suministre la dosis requerida y que distribuya convenientemente las emanaciones de radium (Fig. 299, A).

Al principio se emplearon pepitas de vidrio, las cuales luego de agotarse las emanaciones radioactivas permanecían en los tejidos, cuando se hacía asépticamente la implantación, o bien salían poco a poco a la superficie. Uno de los mayores reparos que se hacía a las pepitas de vidrio, era el que no suministraban suficiente pantalla a los rayos suaves, los cuales daban origen a mayor o menor esfacelación de los tejidos inmedia-

tos, lo que dependía de la magnitud de la dosis. Para excluir los importunos efectos de los rayos suaves, se colocaron las pepitas de vidrio dentro de pantallas o cápsulas metálicas, con lo cual se obtuvo señalado adelantamiento; así, pues, en el día de hoy en lugar de las solas pepitas de vidrio se emplean las “pepitas de oro” y las “pepitas de platino”.

Según se dijo, las pepitas de radón contienen diversas dosis de emanaciones radioactivas y se colocan con ayuda de “aplicadores”, o “introdutores” especiales (Fig. 299, B), y se dejan en los tejidos. En agotándose las emanaciones radioactivas, por lo común se encapsula la pepita y permanece inerte en el tejido implantado.

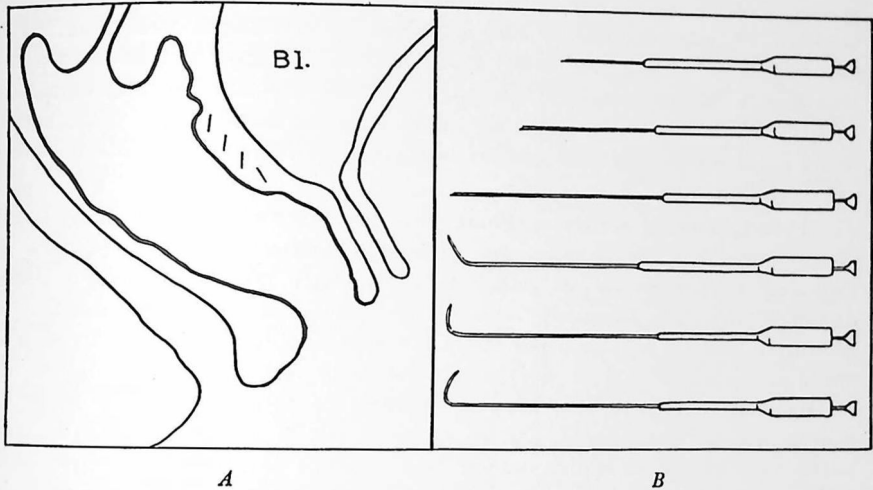


Fig. 299.—Aplicación de pepitas de radón. A. Impregnación carcinomatosa en el tabique véscovaginal, de 3 por 2 centímetros en la superficie y poco más o menos un centímetro de espesor. Convendría en este caso aplicar 1,600 horas de miligramo, y para ello se dejan en los tejidos las pepitas de radón, hasta que se vuelvan inertes; en un período de cuatro días sólo dan de sí poco más o menos la mitad de su contenido radioactivo, y el resto lentamente en un período de 40 días (véase el texto).

En esta lesión se colocarían tres hileras de cápsulas de radón, poco más o menos a $\frac{1}{2}$ centímetro de los lados, y luego dos o tres pepitas más en el centro, según la longitud de la porción central. Puesto que cada pepita da de sí 200 horas de miligramo de radiación, la dosis total sería de 1,600 a 1,800 horas de miligramo.

B. Agujas largas y huecas, cada una con su estilete para depositar pepitas de radón en cualquier sitio; las agujas curvas sirven para los sitios difíciles. Para cargar el introductor se extrae un tanto el estilete, se mete en vaselina la punta de la aguja y se deposita luego la pepita de radón en la punta hueca de la aguja, donde es sostenida por la vaselina; conviene tener un introductor para cada pepita y cargarlos todos antes de empezar su introducción en los tejidos.

“Bombas” de radium.—La aplicación de radium por medio de “bombas” consiste en circundar el radium con pantallas muy espesas que sólo dejan una ventana con pantalla de espesor ordinario, por entre la cual se envían los rayos *gama* a determinada dirección. De esta manera se puede aplicar una dosis muy grande de estos rayos penetrantes a un lado del tumor neoplásico, sin causar efecto destructor en los tejidos circunyacentes.

tes. El vocablo "bomba" es bastante equívoco, ya que no se produce efecto explosivo alguno, y sería más exacto el término "radiación direccional"¹.

Si no se tiene a la mano ningún aplicador vaginal especial, o colpos-tato, construyendo un recipiente con muchas láminas de plomo que sirvan de pantalla, se puede conseguir la "radiación dirigida" (o "direccional"); para ello, se adaptarán al estado morbozo el espesor y la distribución de las láminas que han de servir de pantalla (Fig. 300, C).

Estados morbosos especiales

Los estados morbosos que requieren tratamiento especial, son: 1º, propagación de la impregnación ("infiltración") carcinomatosa al orificio vaginal; 2º, pequeño nódulo carcinomatoso en el tabique véscovaginal o rectovaginal; 3º, destrucción del cuello uterino que deje una cavidad ulcerosa en la bóveda vaginal; 4º, algún tumor especial de impregnación ("infiltración") carcinomatosa en algún sitio del parametrio, y 5º, carcinoma en el muñón cervical que se dejó luego de efectuar la histerectomía supravaginal.

Propagación al orificio vaginal.—La diseminación de la impregnación carcinomatosa a las paredes que rodean el orificio vaginal, requiere la radiación localizada en ese particular sitio. Esto puede lograrse a veces dando la dirección adecuada a los rayos X, a saber, cuando se aplique la roentgenoterapia profunda por entre la pared abdominal se pueden dirigir parte de los rayos X a la porción inferior de la vagina, para lo cual se inclina el haz, o foco de los rayos X. Además de esto, en algunos casos es posible aplicar ventajosamente los rayos X por la vulva, mas, según que antes se dijo, en la región vulvar hay algunos tejidos sumamente sensibles a la radiación, en cuya virtud es preciso limitar la dosis y además se corre el riesgo de provocar reacciones cutáneas enfadosas. Así, pues, sólo se recurrirá a la roentgenoterapia, principalmente cuando la neoplasia en el orificio vaginal no sea sino parte de la propagación, que incluye, hacia abajo, las paredes vaginales, y hacia arriba los demás tejidos pélvicos, todo lo cual indicaría que el tratamiento sólo habría de dar efecto paliativo temporal.

Cuando alrededor del orificio vaginal se presenta alguna área de impregnación carcinomatosa, conviene añadir la radiación local que se logra con las agujas de radium, o las pepitas de radón. Por este medio es posible a veces suprimir la invasión carcinomatosa local, y de esta manera

¹ En efecto, en cualquier idioma es sumamente equívoco y ambiguo el vocablo "bomba", que emplea el autor, y que he traducido literalmente por no conocer mejor designación. En castellano sería preferible valerse de algún término descriptivo, tal como "cápsula fenestrada" (aunque para ello tuviésemos que resucitar el antiguo vocablo castellano *fenestra*, ventana, o derivar el adjetivo del latín *fenestratus*). Tocante al término "radiación direccional", me parecería más correcto en español decir "radiación dirigida", o "radiación directa", o "radiación limitada directa", o "radiación local directa" (en contradistinción de la radiación general difusa), o cualquier otro término descriptivo, en el que se empleen vocablos castellanos, pues el adjetivo "direccional" además de no ser español no expresa con claridad lo que se quiere significar. (N. del T.)

coadyuvar a la curación, con tal que el carcinoma primitivo ceda a la radiación profunda de la pelvis. Para efectuar la antedicha radiación local han de aplicarse dosis adecuadas de cierto modo que no se cause ningún daño a la uretra que se halla muy próxima. Esto sólo se logra haciendo detenidamente el estudio de cada particular paciente, con el fin de cerciorarse con exactitud del estado de los tejidos, y poder así proyectar el más eficaz tratamiento radioterápico.

En el sitio de que hicimos mención se emplean principalmente las agujas cortas que contienen un miligramo de radium (con suficiente pantalla de oro o de platino). Dejando una de estas agujas por 120 horas (cinco días), se obtiene la dosis de 120 horas de miligramo, que, según se cree, basta para destruir las células carcinomatosas en un radio de medio centímetro, esto es, en una área de un centímetro de diámetro. De lo que consiguientemente se sigue que, para conseguir dosis adecuadas han de colocarse dichas agujas a trechos de un centímetro, poco más o menos, y se dejarán en los tejidos por 120 horas. Estas distribución y dosis suministran radiación bastante eficaz y no causan necrosis en los tejidos contiguos a las agujas, ni ocasionan menoscabo a la membrana mucosa de la uretra dañada.

Pongamos por ejemplo un área carcinomatosa de unos 5 centímetros de largo por 2.5 centímetros de ancho, en la pared vaginal anterior, cerca de la uretra (Fig. 298, *A* y *B*). En este caso, convendría aplicar una dosis un tanto excesiva, con el fin de incluir bien los márgenes de las diversas áreas de un centímetro, de tal suerte que la longitud de 5 centímetros se multiplicaría por la anchura de 3 centímetros (en lugar de 2.5), lo que daría una área de 15 centímetros cuadrados, para la cual se necesitarían 15 agujas. Éstas se introducen en tres hileras de cinco, a trechos de un centímetro, empezando poco más o menos medio centímetro del borde de la impregnación carcinomatosa. Las agujas de la hilera central han de quedar inclinadas, a fin de que no se acerquen demasiado a la uretra (Fig. 298, *A*). Las de las hileras laterales se insertan perpendicularmente a la superficie, de manera que penetren en los tejidos carcinomatosos, a cada lado de la uretra (Fig. 298, *B*).

Las 15 agujas se dejan en los tejidos 120 horas (cinco días), lo que da en total una dosis de 1,800 horas de miligramo. Si el área de impregnación carcinomatosa tiene más de un centímetro de espesor, se insertan mayor número de agujas, o bien se dejan mayor número de horas. Es muy importante el evitar la necrosis en la uretra, por lo cual es preferible en ese sitio aplicar dosis moderadas, y caso que quedara algún pequeño nódulo, hacer luego una segunda aplicación, antes que correr el riesgo de causar mortificación en la uretra y perturbaciones urinarias consecuentes.

Para tratar la impregnación carcinomatosa de las paredes vaginales laterales se pueden aplicar mayores dosis, ya que en esas regiones alejadas de la uretra, la necrosis moderada que se presentase en el sitio de inserción de algunas agujas no acarrearía tanto peligro de causar trastornos duraderos. La figura 298, *C*, representa un área de impregnación

lateral de obra de 4 por 2.5 centímetros, en la cual se colocan tres hileras de agujas, y de éstas, cada una de las que se ponen en las hileras laterales contienen un miligramo de radium, y las de la hilera central contienen $3\frac{1}{2}$ miligramos; la distribución se hace, según queda dicho, a trechos de un centímetro, o menos. Dejando dichas agujas por 120 horas, se tendrá una dosis total de 2,220 horas de miligramo. Quizá se ocasione alguna necrosis en los tejidos inmediatos a las agujas de $3\frac{1}{2}$ miligramos, que no ofrece mayor peligro en esa región.

Nódulo pequeño en el tabique.—La propagación por la pared vaginal suele ser la extensión directa del neoplasma primitivo y, por tanto, se trata por medio de la radiación (con radium y con rayos X) pélvica profunda, general. En algunas ocasiones se halla algún nódulo aislado, que es la manifestación de la recidiva local, o bien del neoplasma primitivo, el cual nódulo no cede a la radiación pélvica general. Cuando está situado en el tabique véscovaginal, o en el rectovaginal, ha de tenerse cuidado al aplicar la radiumterapia de no dar ocasión a que se forme la fístula en la cavidad contigua.

La fístula se evita haciendo la distribución uniforme de la dosis requerida, de manera que no haya demasiada concentración de los rayos en ningún particular sitio, que pueda dar origen a la necrosis del tabique. Ha de evitarse también el traumatismo del antedicho tabique, tal como el que se ocasionaría si se introdujeran en él las agujas, siendo que su pared es demasiado delgada, o bien el que se causaría al aplicar cápsulas de radium y provocar la mortificación superficial y la úlcera.

En tales sitios son convenientes las pepitas de radón para llevar a efecto la radiumterapia, las cuales, según queda dicho, pierden rápidamente su potencia radioactiva; esta pérdida de potencia se efectúa de manera uniforme, de suerte que es posible calcular con exactitud la dosis diaria que se obtiene de cada pepita, la cual da de sí poco más o menos la mitad de sus emanaciones radioactivas en cuatro días, y el resto se desprende lentamente en obra de cuarenta días. Las pepitas de radón se dejan en los tejidos, donde, luego de agotarse sus propiedades radioactivas suelen encapsularse y no causan ningún trastorno.

Las emanaciones de radium que contienen las pepitas de radón se calculan en milicuries, en lugar de miligramos. Un milicurie equivale a 133 horas de miligramo de radiación; por consiguiente, una pepita de radón de $1\frac{1}{2}$ milicurie daría aproximadamente 200 horas de miligramo de radiación, de las cuales, poco más o menos la mitad se desprendería en los primeros cuatro días y el resto de manera más lenta hasta su total agotamiento. Según se calcula, esta dosis ocasiona la destrucción de todas las células carcinomatosas dentro de un radio de medio centímetro; de lo que consiguientemente se sigue que las pepitas de radón han de ser colocadas a trechos de un centímetro poco más o menos, esto es, a igual distancia que las agujas de un miligramo de radium, para conseguir la dosis de 120 horas. La dosis total que da de sí la pepita de radón es un tanto mayor, pero el desprendimiento de las emanaciones radioactivas es

mucho más lento, ya que como queda dicho, la mitad de ella se desprende en los primeros días y el resto en un período de más de un mes.

Por lo común, en una lesión carcinomatosa de 4 por 2 centímetros, situada en el tabique véscovaginal, se colocan dos hileras de cuatro pepitas de radón cada una, según se indica en el corte transversal de la figura 299, A, que representa una de dichas hileras. Con esto se aplicaría a la lesión una dosis de 1,600 horas de miligramo. En ese sitio es preferible aplicar dosis moderadas, y añadir después la dosis que requiera cualquier nódulo que persista, para no correr el riesgo de que las dosis mayores den ocasión a que se forme la fístula.

La figura 299, B, representa las agujas largas, huecas, con mangos y estilletes ("mandriles") para introducir y depositar las pepitas de radón en los tejidos. Estos "aplicadores" se construyen de diferentes longitudes, para los diversos sitios donde se empleen; además, se suministran con diversas curvas en la punta, para facilitar la aplicación en sitios difíciles. Las casas constructoras de pepitas de radón suministran tales agujas; conviene tener un "aplicador" para cada pepita que haya de aplicarse, y cargarlas todas antes de empezar su introducción en los tejidos.

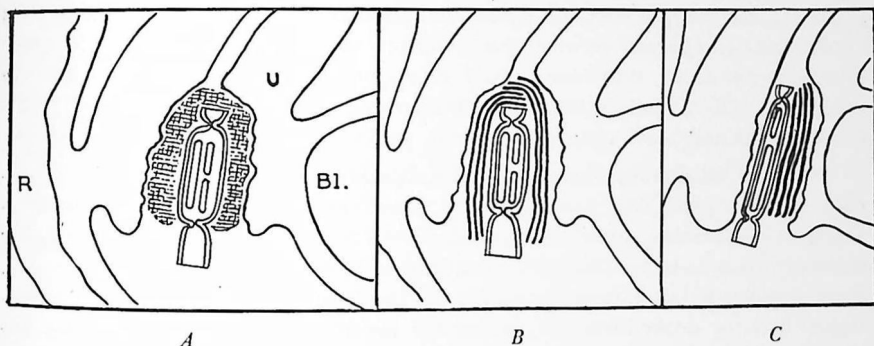


Fig. 300.—Implantación de radium cuando hay alguna cavidad ulcerada de la bóveda vaginal. A. Si la cavidad tiene paredes espesas basta sostener el paquete de radium en el centro, para lo cual se envuelve el paquete con gasa. B. Cuando se necesitan dosis grandes y profundas, es a veces conveniente envolver el paquete de radium con lámina de plomo en lugar de la gasa, a fin de suministrar mayor pantalla, según se ve en este grabado. C. Cuando es profunda la úlcera y se extiende hacia un lado, lo cual indica el adelgazamiento de la pared de la cavidad hacia la vejiga o el recto, es acertado proteger esa porción adelgazada, cubriéndola con láminas de plomo que suministren mayor pantalla, según se ve en la lámina.

Cavidad en la bóveda o fórnix vaginal.—Cuando está destruido el cuello uterino y hay alguna cavidad ulcerada en la bóveda vaginal, ha de hacerse la investigación minuciosa para determinar el espesor de la pared que separa dicha cavidad de la vejiga y del recto, ya que la pared que medie entre la una o el otro puede ser tan delgada, que al efectuar el tratamiento ordinario por medio de las agujas de radium se ocasione la fístula.

Si al efectuar la exploración vaginal y rectal, así como el examen cistoscópico (cuando éste sea necesario), se averigua que la pared es

bastante gruesa en ambas direcciones, se puede aplicar sin peligro una dosis moderada, pero ha de conservarse el paquete de radium en el centro de la cavidad para evitar la radiación indebida en cualquiera de las porciones laterales. Para ello, bien se puede envolver apretadamente el paquete de radium con suficiente gasa para que el paquete total quede bien ajustado en la cavidad, después de lo cual se ata firmemente la gasa en su sitio. De esta manera se conserva el radium en el centro de la cavidad (Fig. 300, A).

Cuando se necesita dar al radium pantalla más gruesa, se puede envolver el paquete con lámina de plomo (Fig. 300, B), en lugar de gasa. Puesto que la densidad del plomo es poco más o menos la mitad que la del platino, 2 milímetros del primero equivalen a una pantalla de un milímetro del segundo. Las hojas, o láminas de plomo, delgadas y fáciles de manipular que se usan en la mesa de operaciones, tienen por lo común 3.75 diezmilímetros de espesor, de manera que seis de dichas láminas dan una pantalla que equivale poco más o menos a un milímetro de platino. Teniendo en la memoria estas equivalencias, se pueden improvisar pantallas metálicas para radium según se necesiten. La figura 300, C, representa la manera de añadir espesor a la pantalla en un lado, para proteger un tabique delgado de la dosis máxima que se aplica a regiones contiguas. Luego de envolver el paquete de radium en las necesarias láminas metálicas, conviene cubrir el paquete total con un tubo grande de goma, o con una lámina de hule puro, para contrarrestar los rayos secundarios del metal.

Tumor neoplásico especial en el parametrio.—Algunas veces la radiación pélvica profunda general basta para tratar tales tumores carcinomatosos especiales, pero en caso que éste no cedere, bien será aplicar nuevas dosis, ora por medio de los rayos X dirigidos convenientemente, o bien con agujas largas de radium, o valiéndose de alguno de los métodos que se describirán al hablar de las disposiciones quirúrgicas suplementarias.

Carcinoma en el muñón cervical.—El tratamiento del carcinoma en el muñón cervical que se dejó al ejecutar la histerectomía supravaginal, se funda en los principios generales referidos, sino que el *tandem* intracervical ha de ser corto, y en proporción con el acortamiento del conducto, según queda dicho al hablar de la implantación intrauterina, cuando hay oclusión del orificio externo. Cuando está destruido el cuello y sólo hay una cavidad ulcerada, se emplean entonces las disposiciones especiales descritas en el propio lugar.

ROENTGENOTERAPIA

En las primeras épocas de la radioterapia, había que fiarse casi por entero en la implantación de radium para destruir las células carcinomatosas dispersas, así como el tumor neoplásico propiamente dicho. Con el decurso del tiempo se acrecentó rápidamente la eficiencia de la roent-

genoterapia profunda, merced a la aplicación de los principios de aplicar los rayos desde diversas direcciones, así como en virtud del perfeccionamiento de los aparatos y de los diversos métodos terapéuticos. Esta mayor eficacia ha llegado a tal punto, que en la hora presente es posible hacer la radiación parcial con los rayos X en substitución de una parte del radium.

Al hablar de los principios del tratamiento (Figs. 275 a 282) explicamos las razones en que se funda la aplicación de los rayos X desde diversas direcciones y los métodos que se emplean para su distribución especial en la pelvis.

Disponiendo las seis áreas de aplicación de los rayos X, y valiéndose de la distribución especial de éstos, es posible proteger la porción central de la pelvis (incluso la vejiga y el recto) de una parte de la dosis máxima. Sin embargo de ello, el examen subsecuente de las pacientes que reciben las nuevas dosis máximas de rayos X, indica que hay a las veces contracción señalada en la bóveda vaginal, comparable con la contracción que en tiempos pasados ocasionaba el radium, cuando se hacían repetidas aplicaciones de él. Esa contracción profunda denota el daño que se causa a las células de los tejidos normales, al acumularse los rayos en el centro de la pelvis. Por tal razón, cuando se aplican las dosis mayores de rayos X, es no sólo conveniente sino necesario el disminuir un tanto la radiación intrauterina.

Haciendo la aplicación de dosis fraccionadas de rayos X (tres veces en las seis áreas, en un período de tres a cuatro semanas), es posible acrecentar en gran manera la dosis en el parametrio, pero es menester hacer la cuidadosa selección de las pacientes a quienes haya de administrarse tan grande dosis, ya que los trastornos de la nutrición que ocasionan, pudieran ocasionar la muerte cuando las circunstancias no son propicias. Por otra parte, estas dosis acumuladas suelen excluir la aplicación subsecuente de rayos X, a causa del peligro de ocasionar daños a la piel. Sin embargo de ello, cuando la neoplasia es relativamente incipiente, el metabolismo de la paciente es normal y las primeras aplicaciones no provocan reacciones indebidas, bien será emplear estas dosis grandes por períodos prolongados.

Huelga el decir que la roentgenoterapia debe estar a cargo de algún radiólogo competente. Este método de tratamiento, así como la radiumterapia, están aún en pañales, aunque desenvolviéndose rápidamente y, por tanto, hay aún grandes diferencias de opiniones y tenemos todavía mucho qué aprender. De lo que dijimos al hablar de la distribución de los rayos en la pelvis y de la dosificación del radium, es evidente que la roentgenoterapia profunda, según la aplican los diversos radiólogos, varía tanto, así en lo que respecta a la concentración o la atenuación de las dosis, como a los intervalos y demás pormenores, que no es posible dar reglas generales y el radiólogo ha de tener toda la mayor cooperación posible al llevar a efecto cada particular tratamiento.

La cooperación del ginecólogo consiste en suministrar los necesarios informes respecto del estado morbozo intrapélvico, así como tocante a los efectos intrapélvicos del tratamiento radiumroentgenoterápico, determinados al efectuar las subsecuentes exploraciones. Para ello, la enferma ha de consultar con el ginecólogo cada determinado tiempo, a fin de que éste pueda descubrir los posibles signos de recurrencia, o de cualesquiera otras perturbaciones locales. Dicho facultativo observará el curso que siga la enfermedad, determinará cuándo ha cedido lo bastante la reacción local para efectuar la siguiente aplicación de rayos X, de acuerdo con el plan trazado de antemano. El roentgenólogo por su parte observará las reacciones cutáneas y otros pormenores de interés, estudiará como es debido los informes del ginecólogo y resolverá si conviene, en el tiempo especificado, proceder a la siguiente aplicación roentgenoterápica.

El método que se siga varía necesariamente según la predilección del roentgenólogo y el estado de la paciente. Algunos prefieren dividir la

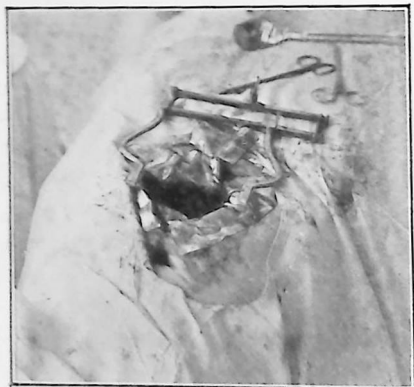


Fig. 301



Fig. 302

Fig. 301.—Área de la operación dispuesta para ser radiada; adviértanse las tiras de lámina de plomo para proteger las vísceras. (Schumann: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

Fig. 302.—Aplicación de los rayos X: paciente en posición moderada de Trendelenburg, anestesiada con avertina (Schumann: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

dosis total en dos "series" cortas, cada una de las cuales que conste de aplicaciones sucesivas en las cuatro o cinco áreas. Cuando se emplea este método, se suele empezar el tratamiento radioterápico con una "serie" de rayos X, seguida, al cabo del tiempo determinado, de la radiumterapia, que por su parte irá sucedida de la segunda "serie" de rayos X. El intervalo que medie entre cada aplicación sucesiva depende de la dosis que se aplique en cada una de ellas, según queda dicho al hablar de la dosificación del radium, así como de la reacción que ocasione en el organismo y del estado local de los tejidos. Valiéndose de este método, se reservan algunas áreas cutáneas por donde aplicar los rayos X en breve tiempo, si ello fuere necesario. Las demás "series" se pueden aplicar por las mismas áreas, si es que se emplearon seis de ellas, o bien por medio de las áreas laterales de reserva, si es que sólo se emplearon cuatro áreas.

Cuando son buenas las defensas de la paciente y no hay ningún estado morbozo local que ofrezca la probabilidad de que por él se efectúe la absorción indebida de toxinas, provocada por las grandes dosis, sucede a veces que el roentgenólogo prefiere aplicar la dosis total en sólo una "serie" larga, haciendo tres veces la aplicación de los rayos X a las seis áreas cutáneas, en un período de tres o cuatro semanas. Cuando se ponga en ejecución este método, no se ha de aplicar por mucho tiempo ninguna otra "serie", por razón del peligro que hay de causar daño a las áreas cutáneas. Claro, se puede variar este método de dosis "fraccionadas" dividiendo aún más la dosis, de manera que se aplique en calidad de tanteo, y distribuirla en un período mucho más largo, de acuerdo con el estado de la paciente y las reacciones que provoque.

De cuando en cuando es conveniente administrar parte de la dosis roentgenoterápica por la *región vulvar*, cuando hay propagación del carcinoma hacia el orificio vaginal. Con todo, según queda dicho, hay en esa región multitud de tejidos por extremo susceptibles a la acción de los rayos X, en virtud de lo cual es preciso limitar la dosis, y aun así se corre el riesgo de provocar reacciones peligrosas. Por lo común es preferible limitar la roentgenoterapia de la porción inferior de la vagina y del orificio vaginal, a los métodos especiales de dirigir los rayos desde las áreas cutáneas ordinarias, y caso que esto fuere insuficiente para contrarrestar el avance de la enfermedad, se aplicarán agujas adecuadas de radium, o pepitas de radón, a las neoformaciones nodulares o a las áreas muy pequeñas del tabique vaginouretral invadidas por la neoplasia.

Hay ciertos artificios para aplicar directamente los rayos X al cuello uterino y al *fórnix vaginal*, los cuales sirven para efectuar la radiación intrapélvica. Ello no obstante, es mucho más eficaz el radium, tanto así que en la hora presente no parece haya ninguna probabilidad de que sea suplantado por los rayos X. Con todo, bien pudiera suceder que en lo futuro se inventase algún método útil para aplicar los rayos X al orificio vaginal invadido por la neoplasia carcinomatosa, cuando las circunstancias no sean propicias para la aplicación de agujas de radium.

De tarde en tarde se ha hecho la aplicación directa de rayos X por entre la *celiotomía*, para el tratamiento del carcinoma del cuello. Schumann dió cuenta de tres enfermas así tratadas, en el artículo (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 26, pág. 260, 1933), de donde tomamos los grabados de las figuras 301 y 302.

DISPOSICIONES QUIRÚRGICAS SUPLEMENTARIAS

Puede decirse que casi todo el buen éxito de la radiumterapia se ha logrado merced a los métodos arriba descritos, y como es de suponer, aún se espera mayor perfeccionamiento que redunde en mayor eficacia de los métodos radioterápicos, para lo cual se están efectuando de continuo nuevos experimentos e investigaciones.

El gran problema que aun está por resolver es el acrecentamiento de la dosis radioterápica que llega hasta las porciones laterales del parametrio, evitando al mismo tiempo el causar graves daños al recto, la vejiga y los uréteres, daños que se ocasionan aún con la dosis que se aplica hoy en día, según indican los informes publicados. El menoscabo de las células normales se manifiesta de dos maneras: la primera es la irritación y la inflamación inmediatas, que dan origen a la proctitis y la cistitis; la segunda es la mortificación mediata, o tardía, que se presenta al cabo de uno o dos años y que ocasiona peculiar ulceración en la vejiga y en el recto, a la vez que da origen a señalada contracción en los tejidos contiguos.

Para disminuir esta radiación excesiva de la vejiga y el recto, se ponen en práctica ciertas disposiciones con bastante buen éxito. Tocante a los rayos X, la utilización de dos áreas cutáneas anteriores y dos posteriores (en lugar de la gran área que incluye la línea media), protege hasta cierto punto el recto y la vejiga, según queda dicho; además, la dirección especial de los rayos coopera también a hacer posible la aplicación de mayores dosis al parametrio lateral, y menores a la vejiga y al recto.

Respecto del radium, las pantallas de metal y el amortiguamiento de los rayos por medio de la distancia (*distance screening*) que se logra haciendo el taponamiento, son coadyuvantes muy principales en la protección de los antedichos órganos. Con todo, aunque parezca fácil efectuar por entero la protección de los tejidos contra los rayos suaves aumentando para ello el espesor de la pantalla metálica, el asunto no es tan sencillo como parece, puesto que, si bien la pantalla de platino de un milímetro, o un tanto menos, intercepta casi todos los rayos suaves que provienen del radium encerrado en el tubo, ello no obstante, los antedichos rayos suaves ocasionan daño a los tejidos a causa de que al penetrar en los tejidos los rayos *gama*, dan de sí rayos suaves secundarios. De ahí que un rayo *gama* genere rayos suaves destructores en los tejidos donde penetra, de lo que es consiguiente inferir que después de cierto límite, la pantalla metálica es inútil para excluir el daño causado por los rayos suaves. Por otra parte, los propios rayos *gama* ocasionan cierto menoscabo a los tejidos normales, puesto caso que la acción destructora diferenciada de dichos rayos respecto de las células carcinomatosas, no es en virtud de ningún efecto privativo en dichas células, sino por razón de la circunstancia de que las células carcinomatosas están más sujetas a padecer daño que las células adultas mejor organizadas. Por consiguiente, tenemos que volver la vista a los principios de la radioterapia (destrucción diferenciada de las células de un tejido), y poner la consideración en la importancia de la distribución especial de los rayos en la pelvis.

La roentgenoterapia profunda de la pelvis ha llegado al punto en que al parecer están proscritas las dosis agregadas ("adicionales") a causa de la limitada tolerancia de los tejidos, tanto respecto de las áreas cutáneas por donde se aplican los rayos X, como tocante a la vejiga y el

recto. En virtud de tales limitaciones en lo que concierne a la dosis total que puede aplicarse a la pelvis, adquiere mayor importancia la mejor distribución de los rayos en los tejidos pélvicos. Según parece, el siguiente adelantamiento que se ha de lograr es la mejor distribución de las dosis de radium, lo cual se conseguirá colocando directamente una parte de dicho metal en las porciones laterales del parametrio. Para ello se han ideado disposiciones especiales encaminadas a efectuar esta más eficaz distribución. Dichas disposiciones, así como otros medios quirúrgicos suplementarios, serán estudiados en el siguiente orden:

- Tratamiento del parametrio por medio de agujas.
- Operación vaginal para implantar el radium.
- Operación abdominal para implantar el radium.
- Linfadenectomía iliaca.
- Histerectomía luego de efectuar la radioterapia ordinaria.

Tratamiento del parametrio por medio de agujas

Puede hacerse la inserción de las agujas de radium por entre la bóveda vaginal hasta las porciones laterales del parametrio, con lo cual se acrecienta la dosis de radiación en esas áreas peligrosas. Las agujas que se emplean con este fin son de 4 a 5.5 centímetros de largo, pantalla de 0.5 de milímetro de platino, y contienen de 4 a 10 miligramos de radium. Teniendo todas las precauciones antisépticas que requieren las operaciones quirúrgicas en la vagina, se introducen las agujas desde la bóveda, o fórnix vaginal de cada lado, hasta las porciones laterales del parametrio, poniendo cuidado en no lesionar la vejiga, los uréteres ni los grandes vasos sanguíneos.

Pitts y Waterman publicaron un interesante artículo (*Surg., Gynec. and Obst.*, Vol. 64, pág. 30, 1937), acerca de la aplicación de agujas largas a gran número de pacientes, del cual artículo tomamos algunos de los siguientes grabados. En la figura 303 se muestran las agujas, y en la 304, los sitios donde se insertan éstas alrededor del cuello uterino. Las figuras 305 y 306 representan el lugar que ocupan las agujas luego de introducidas, y en la 307 se ve una radiografía de la pelvis después de colocar dichas agujas. El buen éxito tenido por dichos autores es bastante alentador, y probablemente se logre aumentar el tanto por ciento de las pacientes curadas haciendo metódicamente la añadidura de la roentgenoterapia.

Quizá se presente alguna duda acerca del beneficio relativo que se obtenga de las diversas circunstancias en este tratamiento por medio de agujas, lo cual es importante puesto que indica el medio que ofrece mayores esperanzas tocante al futuro perfeccionamiento del método. Pitts y Waterman hacen patente cierta acción indirecta, hasta hoy desconocida, en las cercanías ("medio ambiente") de las células neoplásicas, cuya influencia, en su opinión, es acrecentada por su método de tratamiento por medio de agujas, que se cifra en el principio de "poca intensidad,

largo tiempo". Además del *tandem* intracervical de 20 miligramos de radium, con pantalla de 0.5 de milímetro de platino, se insertan en cada lado del parametrio dos agujas largas de 3 miligramos de radium con

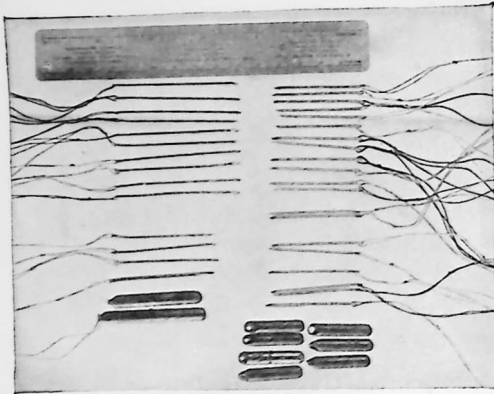


Fig. 303

Fig. 303.—Agujas de radium para ser introducidas en los tejidos parametriales, y cápsulas de radium para suplementar la irradiación intrauterina. (Pitts y Waterman: *Surg., Gynec. and Obst.*)

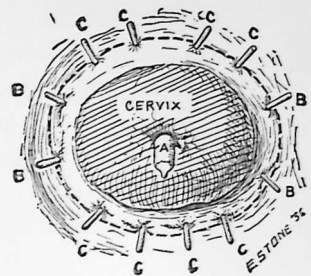


Fig. 304

Fig. 304.—Distribución de las agujas en la bóveda vaginal. Las áreas sombreadas con líneas indican el tumor cervical, y la línea punteada la zona de invasión paracervical. B, agujas de 3 miligramos; C, agujas de 2 miligramos. (Pitts y Waterman: *Surg., Gynec. and Obst.*)

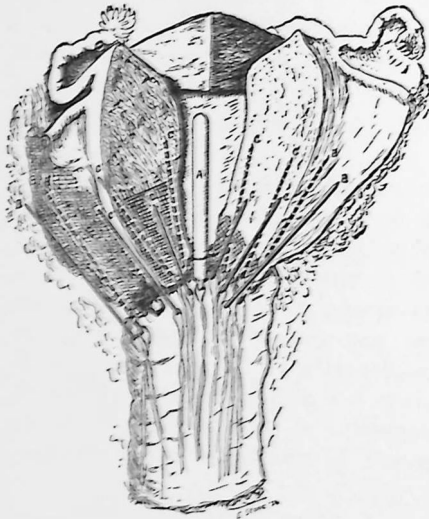


Fig. 305

Fig. 305.—Las áreas sombreadas con líneas horizontales indican la invasión progresiva del parametrio, y la porción sombreada con líneas cruzadas indican la neoplasia cervical. B, agujas de 3 miligramos, y C, agujas de 2 miligramos. Las líneas punteadas representan la dirección de las agujas detrás de la línea media del cuello. (Pitts y Waterman: *Surg., Gynec. and Obst.*)

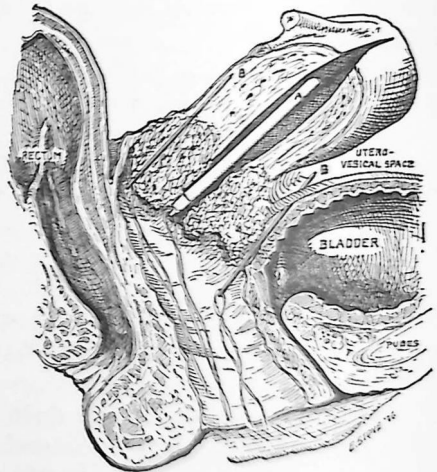


Fig. 306

Fig. 306.—Introducción de las agujas adelante y atrás. (Pitts y Waterman: *Surg., Gynec. and Obst.*) (BLADDER = vejiga. UTERO-VESICAL SPACE = espacio útero-vesical.)

pantalla de 0.5 de milímetro de platino (Fig. 305) y ocho o diez agujas de 2 miligramos, que se insertan adelante y atrás, a trechos de 1 ó 2 centímetros, para completar el cerco alrededor del cuello uterino (Fig. 304). El radium se deja en los tejidos seis o siete días (144 a 168 horas), lo cual da una dosis lenta total de 6,000 a 8,000 horas de miligramo. Sea cual fuere el beneficio que se obtenga de la "influencia indirecta en el medio ambiente", o de la poca intensidad con largos períodos de acción, al parecer el mayor beneficio es a causa de la mejor distribución de los rayos en las porciones laterales del parametrio, ya que las dos agujas de tres miligramos de radium, colocadas en cada porción parametrial lateral, dan de sí una cuarta parte de la dosis total, que llega directamente a esas regiones peligrosas.

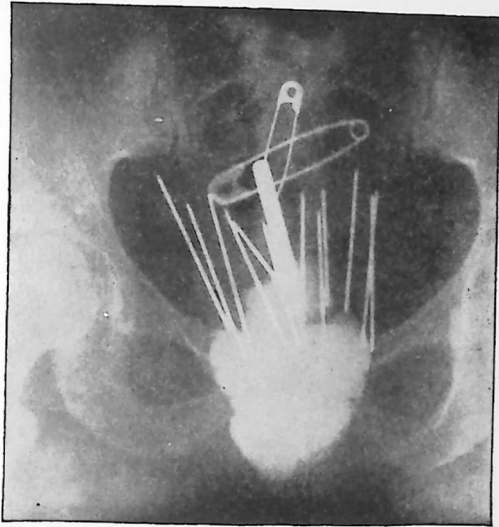


Fig. 307.—Radiografía que muestra la situación de las agujas en relación con el tandem intrauterino y las paredes pélvicas. (Pitts y Waterman: *Surg., Gynec. and Obst.*)

No cabe duda sino que la distribución de mayor cantidad de rayos en las regiones laterales del parametrio, acrecienta las probabilidades de lograr la destrucción total de las células carcinomatosas en esas regiones. Mas, cabe ahora preguntar si esta mayor eficacia justifica los peligros del método. La mortandad de dos por ciento que se puede achacar directamente al sobredicho método, indica que éste acarrea considerable peligro. Ello no obstante, esta mortandad inmediata estaría totalmente justificada y compensada, si con el referido procedimiento se lograra salvar mayor número de vidas; pero al justipreciar el significado de los guarismos que representan el tanto por ciento de las pacientes que sobreviven, ha de hacerse la debida consideración de las diversas circunstancias.

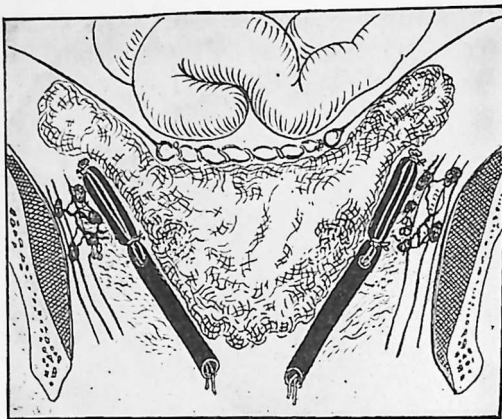


Fig. 308

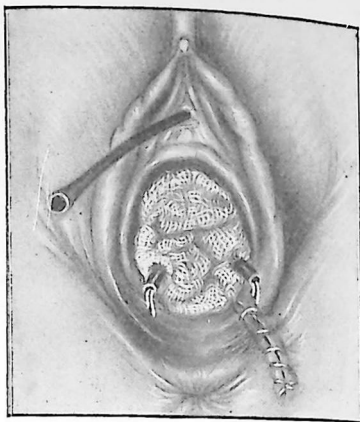


Fig. 309

Fig. 308.—Después de la implantación de radium: representación diagramática de un corte transversal de la pelvis al terminar la operación y la implantación de radium; adviértase que los tubos de éste quedan en contacto directo con los tejidos dañados en la pared pélvica. (Crossen: *Jour. Missouri Med. Ass.*)

Fig. 309.—Después de la implantación de radium, al terminar la operación los extremos de los tubos de goma quedan sobresalientes, según se ve en el grabado. Para que se conserve vacía la vejiga se deja una sonda vesical permanente; nótese en la derecha del grabado la incisión ya suturada, que fué necesario hacer para obtener suficiente espacio. (Crossen: *Jour. Missouri Med. Ass.*)

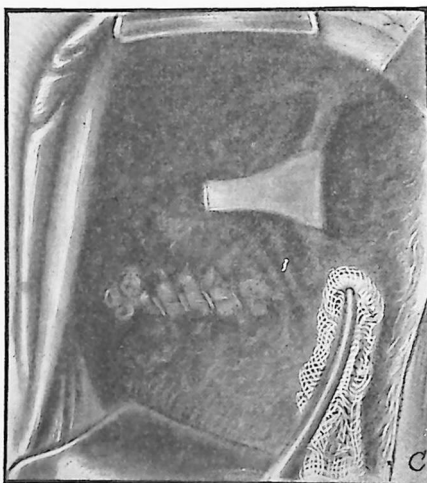


Fig. 310

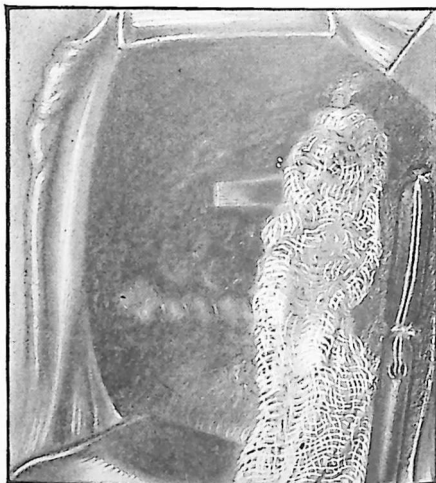


Fig. 311

Fig. 310.—Después de la implantación de radium, antes de la cual se aparta el uréter, según se ve en esta lámina y se pone una tira de gasa para apartarlo. (Crossen: *Jour. Missouri Med. Ass.*)

Fig. 311.—Después de la implantación de radium; nótese el sitio donde se hizo ésta (los tubos de goma) sobre los tejidos dañados de la pared pélvica; la gasa que queda entre el radium y el uréter protege este último, y además se pone un tapón de gasa para sostener el radium. (Crossen: *Jour. Missouri Med. Ass.*)

Operación vaginal para implantar el radium

Hasta el día de hoy la implantación de radium en las regiones laterales del parametrio mediante la operación vaginal se ha hecho de dos maneras, en una de las cuales se extirpa el útero, y en la otra se abre el parametrio por medio de incisiones periuterinas.

Histerectomía vaginal para efectuar la colocación de radium.—Adler puso en ejecución este método, cuyos pormenores y estadísticas fueron publicados en el artículo (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 23, pág. 232, 1932), del cual tomamos los siguientes informes. El método se cifra en la histerectomía radical por vía vaginal, tal como la que se ejecuta para

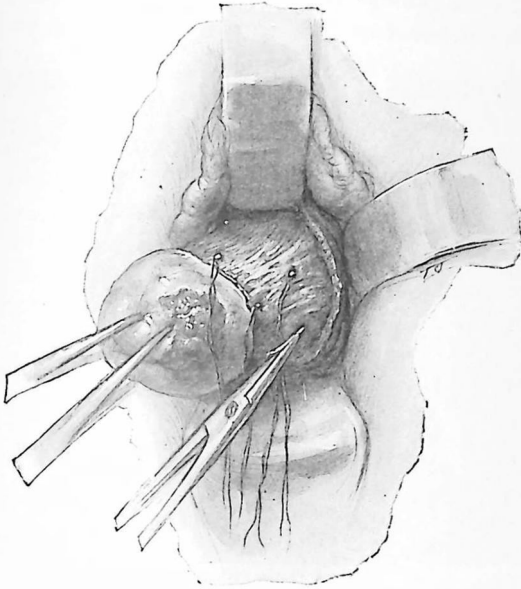


Fig. 312

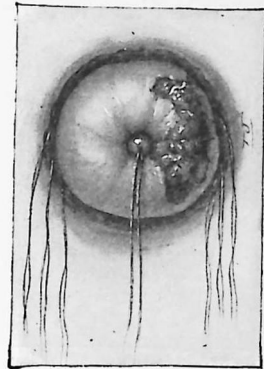


Fig. 313

Fig. 312.—En este grabado se ve la manera de poner muy a la vista las regiones de los ligamentos anchos y los ligamentos cardinales (?). Con el útero parcialmente exteriorizado, la vejiga fijada bien arriba con un punto de catgut y descubiertos los tejidos paravesicales, se introducen las agujas de radium o las pepitas de radón en los sitios convenientes, teniendo la seguridad de que los órganos vulnerables quedan protegidos. (Curtis: *Surg., Gynec. and Obst.*)

Fig. 313.—Agujas de radium y cápsulas suplementarias de lo mismo en su sitio. (Curtis: *Surg., Gynec. and Obst.*)

el tratamiento del carcinoma del cuello uterino, y después de ella se hace la implantación de radium en las regiones laterales del área operatoria. Las cápsulas de radium se colocan en tubos largos de goma, según se ve en la figura 308, cuyos extremos se sacan por el orificio vaginal (Fig. 309). El tapón de gasa sostiene el radium sobre los tejidos laterales inextirpables; una pequeña parte del tapón se coloca en cada lado de manera que separe el radium del uréter (Figs. 310 y 311).

Para evitar que se perturben las relaciones antedichas, como sucedería si se llenase de orina la vejiga, se deja en ésta una sonda permanente. Dentro de un período de seis a diez horas, según las circunstancias, se sacan los tubos de radium sin extraer el tapón de gasa. Esta aplicación lateral de radium va sucedida de la radiación por medio de los rayos X, y en algunos casos de la aplicación de radium a la bóveda vaginal. Las estadísticas de Adler indican claramente el aumento en el número de pacientes curadas, en comparación con las que se curan con la sola operación quirúrgica, sin la añadidura de la radiación. Sin embargo de ello, según dicho autor puso de manifiesto en un informe subsecuente, con este método se corre el riesgo de que se formen fístulas, cuando se aplican grandes dosis de radium, y en cambio es dudoso el beneficio que se logre cuando sólo se aplican dosis pequeñas.

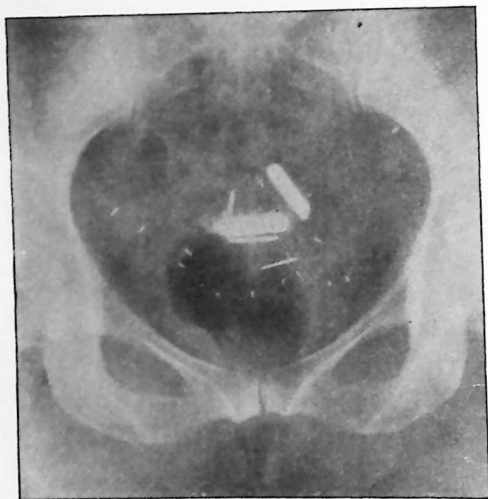


Fig. 314

Fig. 314.—Distribución de diversos recipientes de radium inmediatamente después de quitar a la paciente de la mesa de operaciones. (Gellhorn: *Amer. Jour. Surg.*)

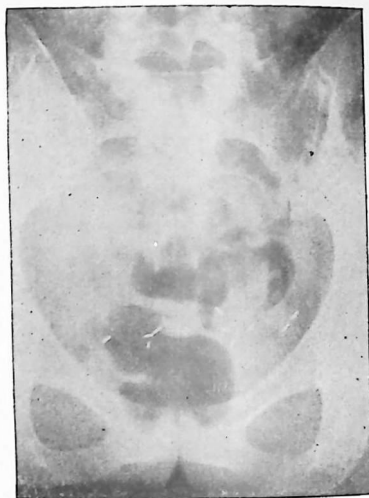


Fig. 315

Fig. 315.—Las pepitas de radón un año después de la operación. (Gellhorn: *Amer. Jour. Surg.*)

Incisión para descubrir el parametrio y colocar el radium.—Este método fué ideado por Curtis, quien lo describió pormenorizadamente en el artículo (*Surg., Gynec. and Obst.*, Vol. 56, pág. 1052, 1933), de donde tomamos las láminas adjuntas. En esta operación se circunda el cuello uterino con un corte, se despégan y se apartan la vejiga y el recto, y luego de descubrir las regiones laterales del parametrio, se introducen en éstas así como en el útero agujas de radium o pepitas de radón (Fig. 312). El tratamiento incluye la aplicación al útero de un *tandem* de radium (Fig. 313), así como de la roentgenoterapia profunda concomitante.

Operación abdominal para implantar el radium.—El método consistente en colocar el radium en las regiones pélvicas distantes, fué empleado

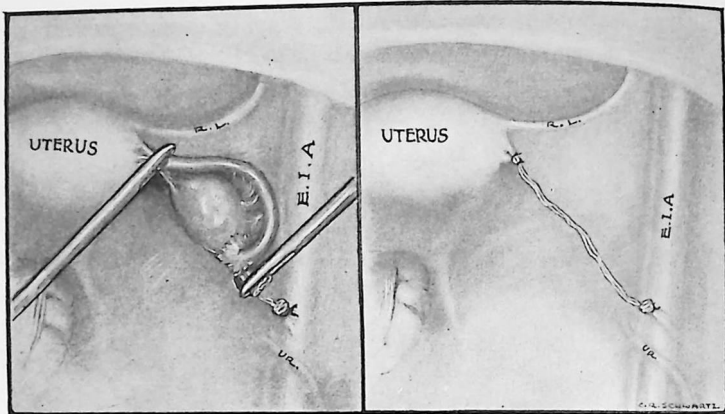
por Gellhorn en veintinueve pacientes, y descrito en el artículo (*Am. Jour. Surg.*, Vol. 27, pág. 422, 1935), de donde proceden los grabados adjuntos. Además de efectuar la radiación intrauterina común y corriente, se abre el abdomen y se implantan pepitas de oro que contienen radón en las porciones laterales del parametrio y en otras regiones. La figura 314 es una radiografía tomada inmediatamente después de la operación, y muestra las pepitas de radón distribuidas en la pelvis. Por lo común las pepitas de oro no causan ningún trastorno cuando se dejan en los tejidos. La figura 315 es la radiografía de la pelvis luego de haber permanecido en ella las pepitas por un año.

Linfadenectomía ilíaca

A Taussig se debe la proposición de extirpar los ganglios linfáticos ilíacos, además de hacer el tratamiento radioterápico del cuello uterino carcinomatoso. La razón que se alega en abono de este método es la supuesta resistencia a la radiación que adquieren las células carcinomatosas en las linfoglándulas. Haciendo la selección cuidadosa de las pacientes, la mortandad del acto quirúrgico es bastante moderada, pero para ello sólo ha de ejecutarse la operación en las pacientes que padecen carcinoma de la Clase II, de la clasificación clínica internacional. En un interesante artículo (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 28, pág. 650, 1934), de donde tomamos algunos grabados, el autor presentó un informe de veintiséis pacientes tratadas por este método, y de él citamos los siguientes párrafos:

“Luego de hacer la ligadura simple y la extirpación de los anexos derechos (Fig. 316), cogimos con pinzas la «vaina» posterior del ligamento ancho del lado correspondiente, abrimos dicho ligamento y pusimos a la vista el uréter, en su curso sobre el borde pélvico, donde está adherido a la «vaina» posterior. Se hizo entonces visible la bifurcación de los vasos ilíacos comunes (primitivos) en sus ramas externa e interna; metido en el ángulo que forman dichos vasos, estaba un ganglio linfático, el ilíaco (Fig. 317), sitio frecuente de la metástasis carcinomatosa. Este ganglio linfático estuvo a menudo enclavado tan profundamente debajo de las grandes venas, que no fué posible palparlo sino hasta después de que fué despegado de los tejidos areolar y adiposo circunyacentes. Con alguna experiencia en la palpación y el despegamiento de las linfoglándulas, es bastante fácil despegar y levantar el antedicho ganglio, de manera que se pueda comprimir con las pinzas y ligar la pequeña vena nutricia, lo cual, con no ser absolutamente necesario, es por lo común conveniente. Luego de extirpar el sobredicho ganglio linfático y el tejido adiposo circunyacente, pudimos ver el nervio obturador que corre hacia el agujero del mismo nombre. En pasando el dedo entre el nervio y los vasos ilíacos externos, por lo común nos fué posible palpar una linfoglándula alargada, que de ordinario era bastante cilíndrica y firme (Fig. 318, A), situada en un punto equidistante de la bifurcación ilíaca y el anillo femoral. Apartamos el ligamento redondo para descubrir esa re-

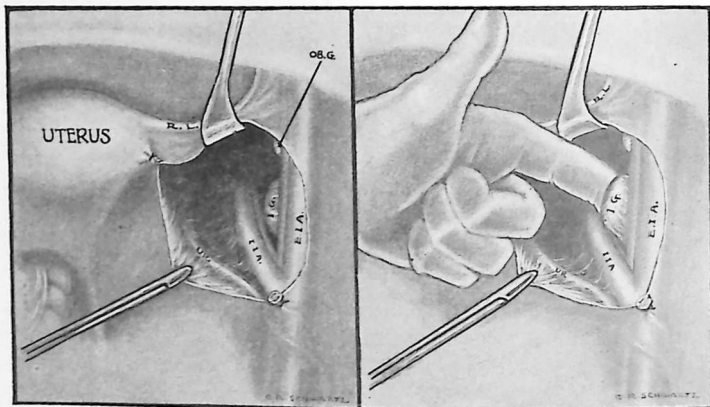
gión y pudimos entonces extirpar sin dificultad el ganglio linfático obturador. Cuando el parametrio no estaba muy engrosado, fué posible seguir el uréter hacia abajo, hasta el sitio donde cruza la arteria uterina, donde algunas veces pudimos palpar un nódulo, o un par de nódulos, a



A

B

Fig. 316.—Linfadenectomía ilíaca. A, Ligadura y extirpación de la trompa y el ovario; B, ligamento ancho sin abrir, por entre cuyo revestimiento peritoneal se ven los vasos ilíacos y el uréter. E. I. A., arteria ilíaca externa; R. L., ligamento redondo; Ur., uréter. (Taussig: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)



A

B

Fig. 317.—Linfadenectomía ilíaca. A, Ligamento ancho abierto para mostrar la bifurcación de la arteria ilíaca y la glándula situada en dicha bifurcación, así como una glándula (obturadora) visible en el ángulo superior de la herida; B, dedo que levanta la glándula ilíaca y la despega del tejido areolar antes de comprimir con las pinzas la vena nutricia; I. I. A., arteria ilíaca interna; I. G., linfoganglio ilíaco; OB. G., linfoganglio obturador. (Taussig: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

saber, las glándulas linfáticas ureterales (Fig. 318, B), o ganglios de Championnier, cuya extirpación fué más dificultosa a causa del riesgo de provocar traumatismo al uréter. Con frecuencia fué necesario ligar

los vasos uterinos para lograr dicha extirpación, y a las veces el ganglio estaba tan rodeado de exudado, que fué preferible no extirparlo, lo cual sucedió en dos de cada siete pacientes.

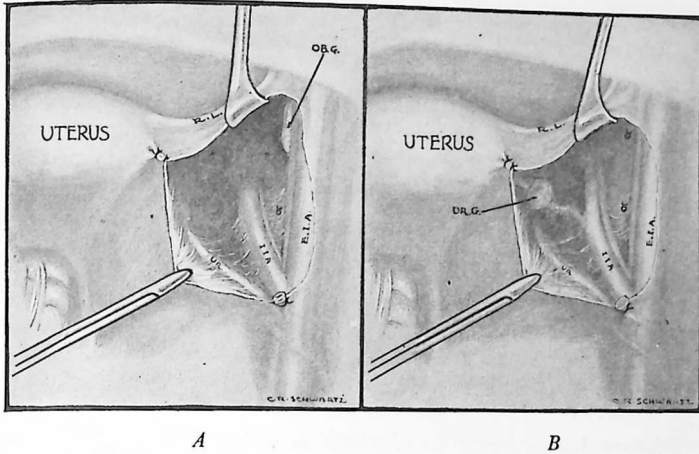


Fig. 318.—Linfadenectomía ilíaca. A. Después de extirpar el ganglio linfático ilíaco y poner a la vista el obturador; B, linfoganglio obturador extirpado y linfoganglio ureteral dilatado (por lo común no se halla éste) visible en el sitio donde el úterus cruza los vasos uterinos. UR. G., ganglio ureteral; OB. G., linfoganglio obturador. (Taussig: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

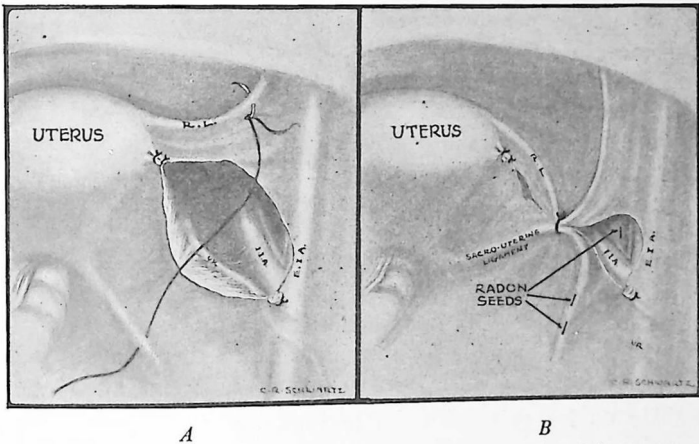


Fig. 319.—Linfadenectomía ilíaca. A. Después de extirpar todas las linfoglandulas, se cosen los ligamentos sacrouterino y redondo para ocultar el espacio muerto y evitar que se forme el hematoma. B. Sitio donde se implantan las pepitas de oro de radón, en la porción lateral (externa) del ligamento sacrouterino y en el tejido conjuntivo laxo que hay entre los vasos ilíacos, pero cuando menos a una distancia de 1 centímetro de las venas. Estas pepitas se colocan antes de anudar la sutura del ligamento. R. L., ligamento redondo; E. I. A., arteria ilíaca externa; I. I. A., arteria ilíaca interna; SACRO-UTERINE LIGAMENT = ligamento sacrouterino; RADON SEEDS = pepitas de radón. Se ha desechado ya la implantación de pepitas de radón a causa de los peligros que acarrea. (Taussig: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

“Para evitar la formación del hematoma en el ligamento ancho se hizo la compresión del espacio conectivo que fué abierto, para lo cual se suturó el ligamento redondo con el ligamento sacrouterino en una distan-

cia de 4 ó 5 centímetros de su inserción uterina (Fig. 319). El resto de la herida se cerró con una sutura peritoneal continua, y lo mismo se hizo en el otro lado, después de lo cual cerramos el abdomen sin entubamiento.”

Se ha ensayado también el método de combinar la linfadenectomía ilíaca con la implantación de pepitas de oro que contienen radón en los tejidos inextirpables. Taussig al principio empleó este método varias veces, pero después lo desechó, pues cree que con él se acrecienta el peligro sin obtener mayores beneficios. Dicho autor hizo recientemente breve relación del método (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 32, pág. 777, 1936), y publicó el informe de veinte pacientes más e hizo el sumario del tanto por ciento de pacientes que sobrevivieron dos y cuatro años.

Duncan (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 31, pág. 623, 1936) propuso, además de la linfadenectomía ilíaca, la implantación de pepitas de radón y la resección de los vasos uterinos, con el fin de disminuir la irrigación sanguínea del neoplasma, y aconseja que al ejecutar esta operación se coloquen sondas ureterales.

Histerectomía luego de efectuar la radioterapia ordinaria

Algunos ginecólogos son de opinión que en algunos casos, cuando el carcinoma del cuello uterino es muy incipiente y probablemente esté circunscrito en el cuello, conviene añadir la histerectomía al tratamiento radioterápico usual, y extirpar mayor o menor porción de tejido parametrial, según lo requieran las circunstancias. Este procedimiento se funda en la teoría de que después de efectuar la radiación total pudieran quedar células carcinomatosas con vida en el cuello uterino.

Es aún asunto disputado el de si hay suficiente peligro en ese respecto, que justifique los riesgos de la histerectomía. Hay mucho qué decir en pro o en contra, pero las estadísticas del carcinoma del cuello uterino no son aún tan exactas ni pormenorizadas respecto de la magnitud de la enfermedad, o de la intensidad de la radiación en cada particular caso y, por tanto, no es posible resolver definitivamente la cuestión. De ahí que las conclusiones que se hagan sobre el particular se funden en gran manera en opiniones personales, en la forma cómo cada quien juzgue las estadísticas y en la experiencia de cada cirujano.

Al hablar de los principios del tratamiento (“consideraciones acerca de los neoplasmas que se hallan en el primer período”), hicimos algunas reflexiones acerca de este asunto, y nuestras conclusiones fueron que con la eficacia actual de la radioterapia, cuando se aplica debidamente, es mucho más probable la muerte de la paciente a causa de la operación, que lo es el que se dejen células carcinomatosas vivas, o que puedan vivir.

OPERACIONES DE INTERÉS HISTÓRICO

En la breve reseña histórica que hicimos al principio de este capítulo, dejamos sentado el que la operación radical para el tratamiento

del carcinoma del cuello uterino fué de gran importancia en el perfeccionamiento de los métodos curativos de esta enfermedad. Por otra parte, algunas complicaciones hacen que sea conveniente la histerectomía como coadyuvante de la radioterapia, y en tales casos bien puede suceder que el cirujano desee extirpar más o menos tejido parametrial. Es cuando no se lleve puesta la mira en tan radical operación (que acarrea una enorme mortandad) como se hacía antes del advenimiento de la radioterapia. Es esta la razón de por qué conservamos en este libro la relación pormenorizada de la histerectomía radical por las vías abdominal y vaginal.

No es preciso sacar a luz por menudo y específicamente la circunstancia de que el tratamiento quirúrgico radical de la neoplasia maligna

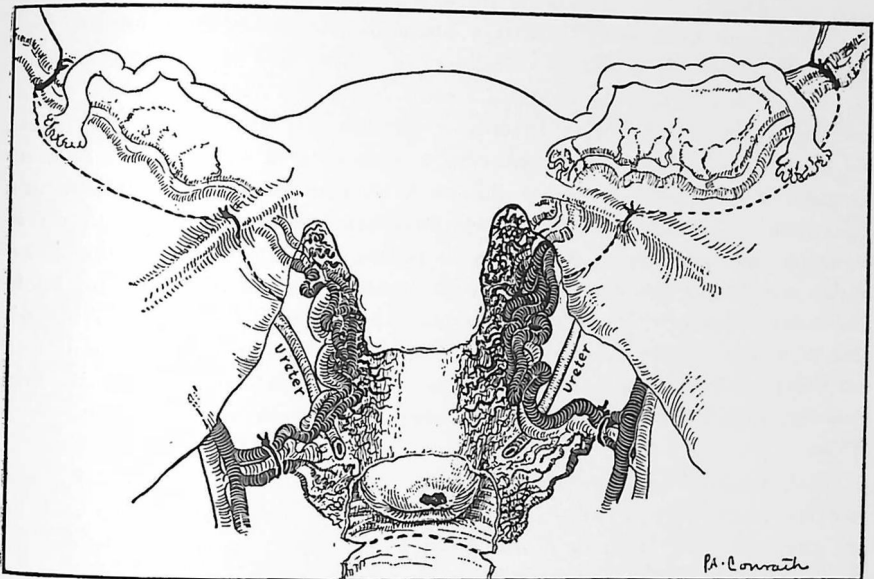


Fig. 320.—Diseño de los vasos sanguíneos que irrigan el útero, y que pone de manifiesto la distancia a que han de hacerse en el cuello uterino las ligaduras externas en la operación abdominal radical para el tratamiento del carcinoma cervical. La extirpación de gran parte del tejido parametrial además del cuello dañado, requiere la ligadura de los vasos uterinos más allá de los uréteres, según se indica en el grabado. En las Figs. 326 a 345 se pone de manifiesto el método de aislar los uréteres antes de hacer esta ligadura lateral. (Modificado de Kelly: *Operative Gynecology*.)

del cuello uterino requiere mucho más que la histerectomía. Esta operación, ejecutada para el tratamiento del carcinoma del cuello, no es más radical que la amputación del pecho para el tratamiento del carcinoma de la mama, pues en cada caso es de todo punto necesario extirpar los tejidos linfíferos que, ora en los vasos, o bien en los ganglios linfáticos, pueden contener células carcinomatosas, y en virtud de lo cual han de ser extirpados dichos tejidos tan totalmente y de raíz como sea posible. Sólo

así se logrará destruir las innúmeras y diminutas ramificaciones del proceso carcinomatoso que invaden los tejidos contiguos al tumor neoplásico palpable. Lo cual requiere en el carcinoma del cuello uterino la vasta extirpación del parametrio alrededor de los uréteres y muy más allá de ellos (Fig. 320).

La operación perfecta sería aquella en que se extirpara el primer grupo de ganglios donde desembocan los vasos linfáticos de la región. Esto es practicable en el carcinoma del pecho, por lo cual en todas las operaciones radicales que se ejecutan en esa región, se extirpan los ganglios linfáticos axilares y los vasos comunicantes. En cambio, tal cosa no es factible en el tratamiento del carcinoma uterino, a causa de dos circunstancias comprobadas por el estudio y la experiencia. En primer lugar, los vasos linfáticos provenientes del cuello uterino se distribuyen directamente en grupos de linfoglándulas que se hallan sumamente separados los unos de los otros y situados profundamente en los tejidos (Fig. 359). De lo que es consiguiente inferir que la total extirpación de ese primer grupo de ganglios linfáticos habría menester una operación quirúrgica por demás extensa y complicada, que menoscabaría las de sí exiguas fuerzas de la enferma y acrecentaría en extremo la mortandad. En segundo lugar, se dió en la cuenta de que tan complicada operación redundaba en muy poco beneficio, pues siempre que en el examen microscópico se descubría la invasión efectiva de las linfoglándulas distantes, era tan constante la recidiva del neoplasma que hacía del todo evidente el que casi en todas las enfermas habían sido invadidos también tejidos más distantes. Cierta, de cuando en cuando alguna paciente se libraba de la recurrencia, pero esto sucedía tan rara vez, que no justificaba el que se efectuase siempre la resección linfoglandular.

Así, pues, el tratamiento quirúrgico radical del carcinoma del cuello uterino comprende la extirpación del útero, del parametrio más allá de los uréteres (Fig. 320), y de una porción en forma de manga de camisa de la pared vaginal; todo esto ha de extirparse en conjunto, en una sola pieza, sin hacer manipulaciones innecesarias en los tejidos dañados, lo cual se ejecuta ora por el abdomen, o por la vagina.

Operación abdominal radical

El perfeccionamiento de esta complicada operación que ha salvado muchas vidas, hubo de ser lento, y se debe a los magníficos trabajos de muchos cirujanos investigadores, entre los cuales son de mencionar, en los Estados Unidos de Norteamérica, Ries, Werder, Clark y Sampson, y en Europa, Freund, Wertheim y muchos otros. Este último, con sus vastos y minuciosos estudios patológicos y sus detenidos trabajos encaminados a perfeccionar los pormenores de la técnica, probablemente haya cooperado más que ninguna otra persona al perfeccionamiento de la operación.

Una de las mayores dificultades que se presentan al ejecutar el acto quirúrgico, es la prevención del choque, dado que las complicadas manipulaciones que es preciso ejecutar en los tejidos profundos de la pelvis requieren tiempo considerable. Además, la anestesia prolongada, la inherente pérdida de sangre y el esfuerzo postoperatorio de los riñones y del corazón, causan notables perturbaciones en algunas pacientes. Ni tampoco ha de olvidarse la infección, que es causa importante de muchos fallecimientos, ya que los tumores neoplásicos desintegrados y supurantes contienen bacterias virulentas, que contaminan las áreas donde se ejecuta la operación, y pueden dar origen a estados infecciosos mortales. De ahí que la infección acreciente en gran manera la mortandad.

De lo que va dicho se sigue que al proyectar la operación quirúrgica es menester poner en ejecución ciertas disposiciones preventivas, para disminuir el choque (la anestesia, la hemorragia), y para evitar la infección. Algunos cirujanos opinan que para identificar fácil y rápidamente los uréteres al hacer el despegamiento profundo, conviene efectuar el cateterismo y dejar las sondas ureterales, antes de empezar la operación, la cual se ejecuta de la siguiente manera:

Tiempos ordinarios:

- 1º Desinfección de la vagina y del tumor neoplásico.
- 2º Celiotomía y desembarazo del campo operatorio.
- 3º Despegamiento de la porción superior del útero.
- 4º Separación de la vejiga.
- 5º Despegamiento de los uréteres.
- 6º Despegamiento de la porción posterior del cuello uterino.
- 7º Escisión de una gran parte de las porciones laterales del parametrio.
- 8º Forcipresión y corte transversal de la vagina.
- 9º Sutura del muñón vaginal.
- 10º Ligadura de los "pedículos" parametriales.
- 11º Sutura del peritoneo.
- 12º Tratamiento de la vejiga.

Variaciones:

- Incisión abdominal transversal.
- Descubrimiento previo de los uréteres.
- Linfadenectomía.
- Ligadura de las arterias ilíacas internas.

TIEMPOS ORDINARIOS. 1º **Desinfección de la vagina y del tumor neoplásico.**—Este tiempo es variable: cuando hay pocas excrecencias papilares o no las hay, basta aplicar la solución de yodo, o cualquier otro buen antiséptico a la bóveda vaginal, al cuello uterino, y si se desea, a la cavidad endometrial por medio del taponamiento con gasa impregnada de la solución. Cuando hay grandes excrecencias papiliformes que con-

tienen bacterias, es preciso separarlas con el termocauterío, o con la cucharilla; se extirparán todos los tejidos reblandecidos y desintegrados, y se cauterizará la superficie cruenta.

Luego de efectuar la preparación se ataca en la vagina gasa seca, para absorber cualquier exudado que provenga de la cavidad uterina. Este tapón se quitará antes de poner las pinzas en la vagina, según se verá más adelante. Tanto la desinfección de la vagina como la del neoplasma, ha de llevarse a efecto siempre que sea posible antes de empezar la anestesia, en particular cuando se aplica la anestesia general.

2º **Celiotomía y desembarazo del campo operatorio.**—Se coloca a la paciente en posición exagerada de Trendelenburg, se abre el abdomen con una incisión que se hace en la línea media, desde la sínfisis del pubis hasta cerca del ombligo, ya que con este corte el cirujano tendrá más espacio para las manipulaciones que haya de ejecutar en la pelvis. Se coloca el separador abdominal de autofijación, se apartan los intestinos hacia la porción superior de la cavidad abdominal y se circunscribe con

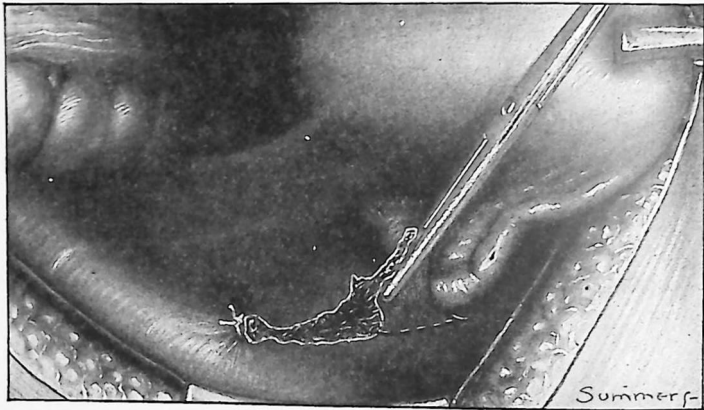


Fig. 321.—Operación abdominal radical para el tratamiento del carcinoma del cuello uterino. Se hizo ya la ligadura y la división de los vasos ováricos derechos, y se va a dividir el peritoneo en la dirección que indica la flecha.

gasa la excavación pélvica. Si hay adherencias, se hará el despegamiento de ellas y se desembarazará por entero la pelvis, pues de lo contrario se acrecientan las dificultades de la operación.

A continuación se explora cuidadosamente la pelvis, y se ratifica o rectifica la operabilidad del estado morbozo.

3º **Despegamiento de la porción superior del útero.**—Se coge el fondo uterino con pinzas fuertes y se tira de él vigorosamente hacia delante y hacia arriba; se liga y se divide el ligamento infundíbulopélvico de cada lado (Fig. 321), y se divide el peritoneo hacia el ligamento redondo, el cual se liga y se corta (Fig. 322); esto mismo se ejecuta en el otro lado (Fig. 323), con lo cual queda el cuerpo uterino casi totalmente desprendido en sus porciones laterales.

4º Separación de la vejiga.—Procédese entonces a despegar el peritoneo de la cara anterior del útero, y a dividirlo transversalmente, según se ve en la figura 323. Con unas pinzas se tira luego hacia delante, del

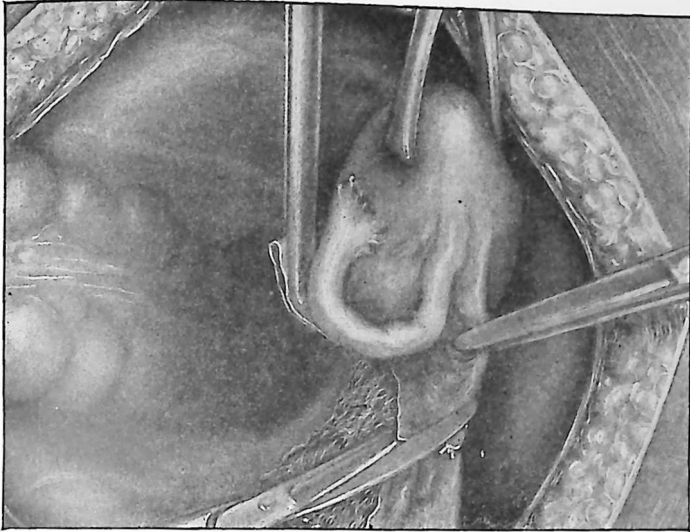


Fig. 322.—Se hizo ya la ligadura del ligamento redondo derecho y las tijeras están a punto de hacer el corte transversal. Las ligaduras en los pedículos proximales, aunque requieren mayor tiempo que la compresión con pinzas, a la postre ahorran tiempo, pues las pinzas estorbarían y tendrían que ser substituídas por las ligaduras tan pronto como se llegara a la porción profunda de la operación.

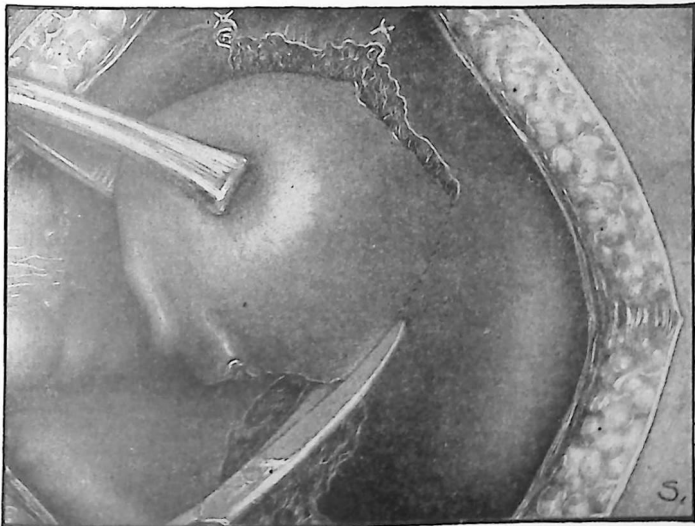


Fig. 323.—Después de dividir la porción superior del ligamento ancho en ambos lados, se hace el corte transversal de la capa serosa delante del útero, en la dirección indicada por la línea punteada.

repliegue vesical del peritoneo, y con ayuda de gasa enrollada en el dedo, o sostenida con pinzas, se despega del cuello uterino la vejiga (Fig. 324). Este despegamiento se continúa hacia el cuello, tan abajo



Fig. 324.—Con el dedo cubierto con gasa se está despegando de la matriz la vejiga.

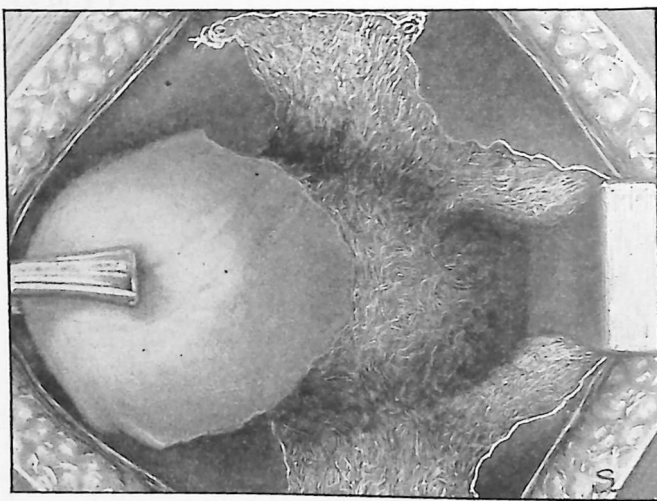


Fig. 325.—Se hizo ya el despegamiento de la vejiga, la cual se sostiene hacia delante con un separador. En este período de la operación conviene continuar el despegamiento de la vejiga tanto como sea posible hacia cada lado, sin causar hemorragia capilar de las venas. Esta amplia separación lateral de la base de la vejiga facilita la denudación de los uréteres en el siguiente tiempo.

como sea posible sin provocar excesiva hemorragia. En este tiempo de la operación no es posible efectuar el total despegamiento de la vejiga, lo cual se hace luego de ligar los vasos uterinos y separar las porciones

contiguas de los uréteres. Con todo, conviene en este momento despegar la vejiga en la línea media y luego en las porciones laterales, hasta pasar de los uréteres, siempre que sea conveniente, ya que con ello se facilita la subsecuente separación de los vasos uterinos que ha de efectuarse con los dedos. En despegando la vejiga hasta donde sea posible en este tiempo, se coloca un separador con el fin de apartarla hacia delante (Fig. 325).

5º **Despegamiento de los uréteres.**—Apártase entonces el útero hacia un lado, y se determina la situación del uréter correspondiente (Fig. 326). Lo primero que ha de hacerse para separar el uréter, es ligar los

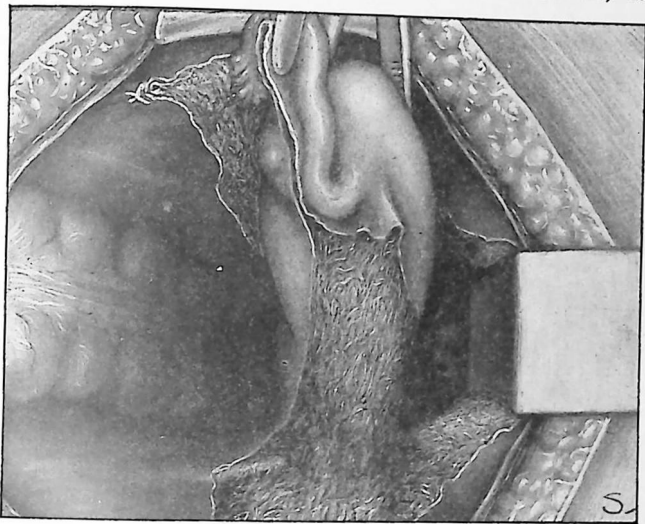


Fig. 326.—Se determina la situación del uréter derecho, el cual por lo común se halla al penetrar en la porción posterior del parametrio, según se ve en este grabado.

vasos uterinos, que están situados en el parametrio, un poco arriba de aquél. Para ello es más conveniente y seguro introducir el dedo a lo largo de la cara superior del uréter, de atrás adelante (Fig. 327); de esta suerte el uréter queda debajo y los vasos uterinos arriba del dedo. Se hace entonces que una aguja para pedículo (aguja de Deschamps, o de Reverdin) enhebrada, siga el dedo, al sacar éste (Fig. 327), con lo cual se pasa el hilo por debajo de los vasos uterinos. Por lo común se logra fácilmente esta separación, si bien en ocasiones se tropieza con algunas dificultades.

Ni tampoco es siempre fácil identificar el uréter, el cual ha de buscarse entre las hojas del ligamento ancho y cerca del cuello uterino. De ordinario puede vérsese detrás del parametrio, un poco antes de que penetre en él (Fig. 326). Levantando la hoja posterior del peritoneo a la cual está adherido, se facilita su descubrimiento (Fig. 328), mas si aun después de esto no fuere visible, quizá se pueda palpar comprimiendo entre el dedo índice y el pulgar esa porción del peritoneo. En raras ocasiones

es necesario hacer la identificación un poco más arriba, según abajo se dirá (Figs. 357 y 358), lo cual sucede particularmente cuando quedan las secuelas de algún extenso estado inflamatorio, o de alguna operación

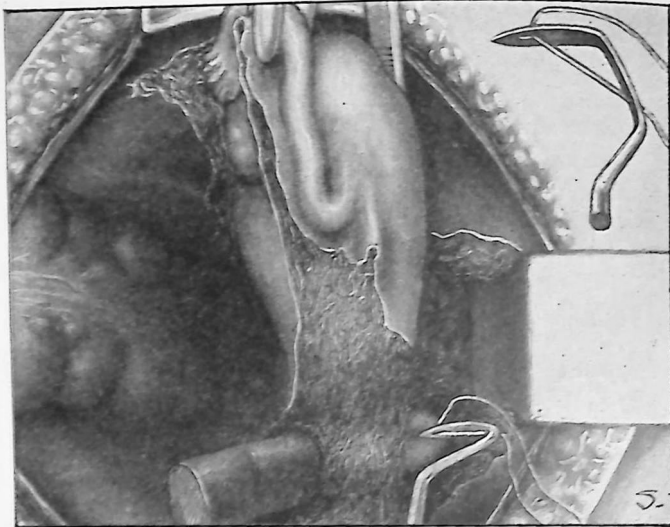


Fig. 327.—Introducción del dedo entre el uréter y el parametrio superyacente que contiene los vasos uterinos. La aguja de Reverdin enhebrada con el hilo para la ligadura está lista para pasar por el conducto hecho con el dedo, al sacar éste. En la esq. sup. dcha. se ven los pormenores de la aguja ideada por el autor *senior*, con la cual se puede tomar fácilmente el hilo y sacarlo con los dedos.

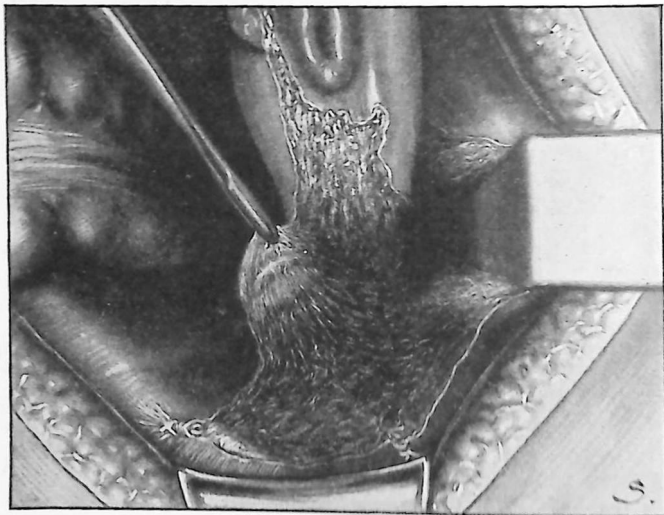


Fig. 328.—Identificación del uréter en una operación difícil. Cogiendo con pinzas el borde del peritoneo y levantándolo, casi siempre se puede identificar el uréter por medio de la vista o del tacto.

previa; en tal caso, luego de identificar la porción ureteral superior, se sigue el conducto hasta su entrada en el parametrio.

Luego de identificar el uréter, se presenta la dificultad de seguirlo con el dedo por entre el parametrio. El uréter está situado en un conducto potencial cuyo extremo posterior forma un pequeño arco (Fig. 329), que por lo común es muy perceptible a la palpación con la yema del dedo, al comprimirlo con fuerza inmediatamente arriba del uréter (Fig. 330). En introduciendo la punta del dedo en ese conducto potencial (Fig. 331), es fácil continuar introduciéndolo, ya que los tejidos se separan sin dificultad hasta alcanzar el extremo vesical del conducto, donde ya

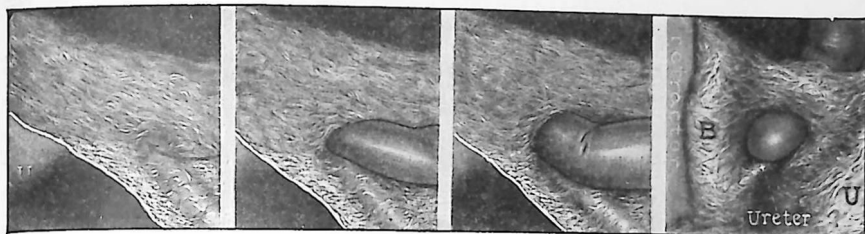


Fig. 329

Fig. 330

Fig. 331

Fig. 332

Figs. 329, 330, 331 y 332.—Pormenores de la maniobra con la cual se despega del parametrio el uréter.

Fig. 329.—Inmediatamente arriba del uréter, marcado con la flecha se ve el arco que indica el comienzo del conducto potencial.

Fig. 330.—Introduciendo la punta del dedo por entre dicho arco.

Fig. 331.—Después de introducir en parte el dedo a lo largo del uréter, en el parametrio.

Fig. 332.—Sale la punta del dedo por el extremo vesical del uréter; éste se halla debajo del dedo, arriba del cual se ve el parametrio; B, vejiga, y U, útero (porción cervical).



Fig. 333

Fig. 334

Fig. 335

Fig. 333.—Ligadura entre el uréter y el parametrio, la cual se está llevando hacia fuera para ligar este último tan hacia fuera como sea posible.

Fig. 334.—Parametrio ligado y dividido, con lo cual queda al descubierto la cara superior del uréter.

Fig. 335.—Se despega el uréter del parametrio sobre el cual está colocado. Este tiempo requiere particular cuidado para no dañar la vaina periureteral que protege la irrigación sanguínea del uréter, así como para no causarle lesión a la vejiga, en el sitio donde el uréter penetra en ella.

no es tan fácil separar los tejidos y a menudo se tiene alguna incertidumbre para saber en qué dirección ha de empujarse la punta del dedo; ésta ha de introducirse con cautela, y entre tanto el cirujano procurará identificar el extremo vesical del uréter y la pared vesical. Cuando se ha introducido la punta del dedo, debe quedar en la posición que se muestra en la figura 332, cerca de la pared vesical y teniendo el uréter in-

mediatamente debajo de él. Este tiempo se facilita si se hace previamente el debido despegamiento del área ureteral de la vejiga, la cual área debe quedar bien separada del cuello uterino y del parametrio, según queda dicho en el cuarto tiempo.

Luego de colocar el dedo, se pasa el hilo con ayuda de la aguja para pedículo, según queda dicho, y se desenhebra la aguja. Con unas pinzas se tira hacia el útero, de la faja o banda supraureteral de parametrio que contiene los vasos, mientras se empuja la ligadura todo lo más hacia abajo que se pueda (Fig. 333), donde se liga y se dividen los vasos (Fig. 334).

En dividiendo los tejidos que quedan encima de la cara superior del uréter, queda desembarazada ésta (Fig. 334), después de lo cual se despega del parametrio hacia un lado y hacia atrás el uréter (Fig. 335), para lo cual es más seguro despegar de los tejidos el uréter que despegar del uréter los tejidos. Al separar el extremo vesical de éste ha de tenerse particular cuidado, ya que en este sitio es en especial peligro el sostener el uréter y desprender de él los tejidos. No siempre es clara la distinción entre la pared vesical y el parametrio, y sería muy fácil desprender el uréter hacia la cavidad vesical.

Cuando la invasión carcinomatosa circunda los uréteres puede ser por extremo difícil el despegamiento de éstos. La experiencia demuestra que aun cuando el neoplasma los circunde por entero es raro que las células carcinomatosas invadan dichos órganos y, por tanto, cuando es posible despegarlos sin causarle daño alguno, pueden dejarse sin ningún peligro. Por otra parte, si el uréter está efectivamente invadido por las células carcinomatosas, se hallará tan densamente adherido, que será imposible despegarlo convenientemente, y entonces es necesario hacer la resección de la porción dañada y efectuar la anastomosis uréterovesical, o uréteroureteral, según más abajo se dirá (capítulo XVI).

En terminando el despegamiento de los uréteres, se procede a terminar la separación de la vejiga, cuya base se despega del cuello uterino y de la vagina, hasta donde sea necesario, además de despegar también el antedicho órgano de las porciones laterales del parametrio y de los tejidos paravaginales, hasta donde sea menester para efectuar la extirpación de éstos.

6º Despegamiento de la porción posterior del cuello uterino.—A continuación se separa de los tejidos subyacentes el peritoneo de la excavación rectouterina ("fondo de saco" posterior), y se divide transversalmente (Figs. 336 a 338). Al ejecutar este tiempo ha de ponerse cuidado en dividir únicamente el peritoneo, ya que el tejido subyacente es muy vascular y debe comprimirse con pinzas antes de cortarlo. Luego de cortar el peritoneo de la excavación rectouterina, se despega el recto del cuello y de la vagina, haciendo para ello la separación con los dedos.

En este momento el cuello carcinomatoso queda adherido a la pelvis tan sólo por el parametrio de cada lado (incluso los ligamentos úterosacos) y por la vagina. Dividiendo la porción posterior del parametrio que forma los ligamentos úterosacos, se desprende la porción posterior del cuello. Bien puede suceder que este tejido esté impregnado de células carcinomatosas y, por tanto, ha de extirparse la mayor parte posible de él, junto con el cuello. Se aparta entonces el uréter, se coge con pinzas el tejido, se tira de él hacia delante y se comprime con pinzas el ligamento, muy hacia atrás, y al lado del recto (Fig. 339), dejando únicamente la porción necesaria de tejido para hacer con seguridad la ligadura detrás de las pinzas, después de lo cual se divide el tejido comprimido por dicho instrumento (Fig. 340). Esta maniobra se ejecuta en ambos lados y de esa manera queda totalmente desprendida la porción posterior del cuello.

7º Escisión de una gran parte de las porciones laterales del parametrio.—Son muy variables las circunstancias que permiten efectuar

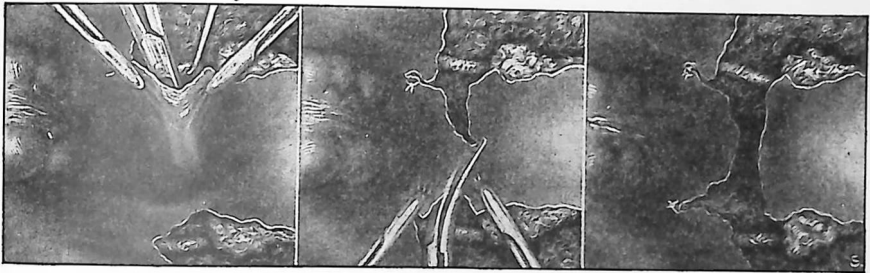


Fig. 336

Fig. 337

Fig. 338

Figs. 336, 337 y 338.—Se despega del recto el útero.

Fig. 336.—Se levanta del tejido vascular subyacente la excavación rectouterina.

Fig. 337.—Se divide el peritoneo laxo de la antedicha excavación.

Fig. 338.—Se dividió ya el peritoneo y por medio del despegamiento con instrumento sin filo se despegaron del recto el útero y la porción superior de la vagina.

la extirpación de porciones más o menos grandes de parametrio. En algunas ocasiones no quedan visibles los vasos laterales, y en otras al efectuar la disección se separan los tejidos en la región de los vasos, los cuales quedan totalmente descubiertos (Fig. 341). En tales circunstancias quizás convenga ligar la arteria uterina en el lugar de su formación (Figs. 341 y 342), con el fin de poder extirpar una mayor porción de parametrio.

Hágase o no se haga esta ligadura especial de la arteria uterina, se efectuará el cuidadoso despegamiento de los tejidos parametriales, que se rechazan hacia el cuello y después se comprimen con pinzas hemostáticas cerca de la pared pélvica, haciendo poco a poco la compresión. El fin a que se encamina esta maniobra, es extirpar de la pared y del suelo pélvicos la mayor porción de parametrio. La separación de los tejidos para hacer la forcipresión de ellos, ha de efectuarse con sumo

cuidado y delicadeza, atento que hay multitud de venas delgadas que se desgarran fácilmente y dan origen a copiosa hemorragia muy difícil de cohibir. Cuando se empleaban las pinzas ordinarias, era por extremo

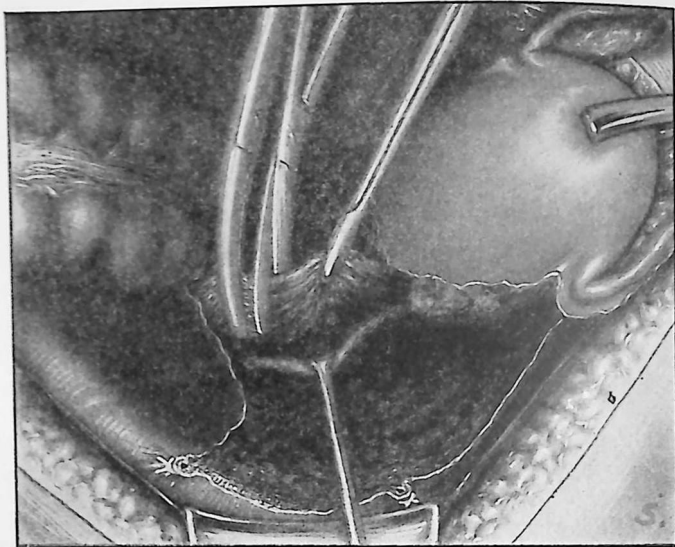


Fig. 339.—División del ligamento úterosacro derecho. Con las pinzas anteriores se tira de él hacia delante y se comprime con las pinzas posteriores, cerca del sitio donde se ha de hacer el corte con las tijeras.

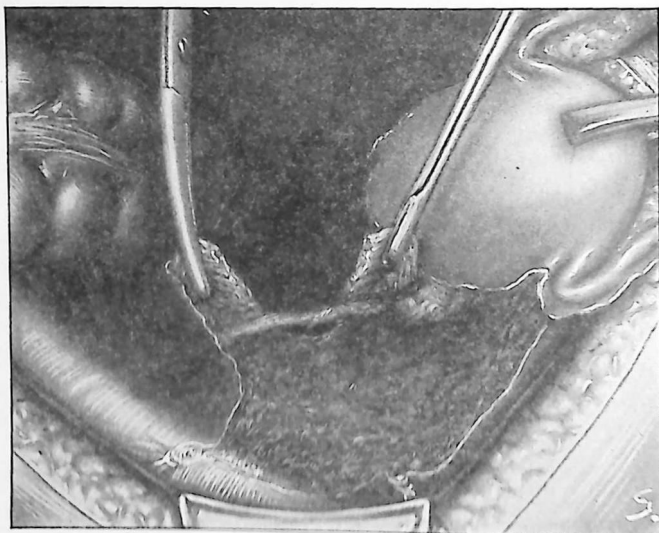


Fig. 340.—Se cortó ya el ligamento úterosacro derecho.

difícil la hemostasis si se extirpaban grandes porciones de parametrio; para vencer esta dificultad, Wertheim ideó unas pinzas de mango largo y ramas cortas y curvas (Fig. 343), con ayuda de tres o cuatro

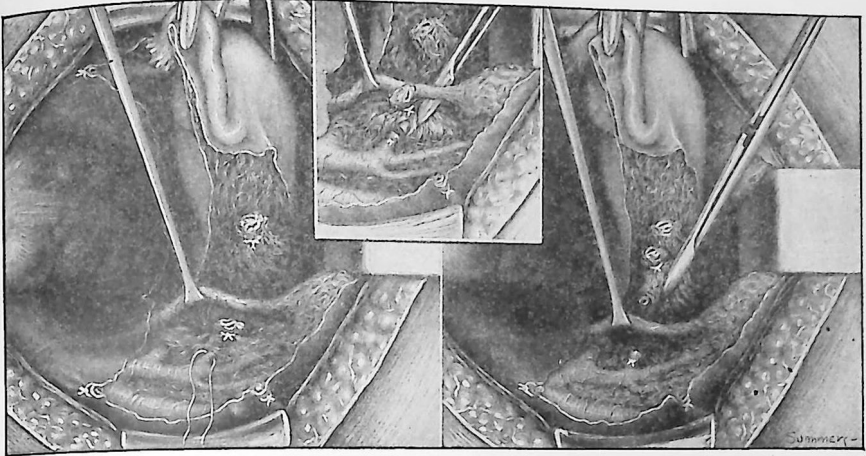


Fig. 341

Fig. 342

Figs. 341 y 342.—Maniobra especial para ligar la arteria uterina en su sitio de origen, en circunstancias propicias. En el grabado del centro se ve uno de los tiempos intermedios.

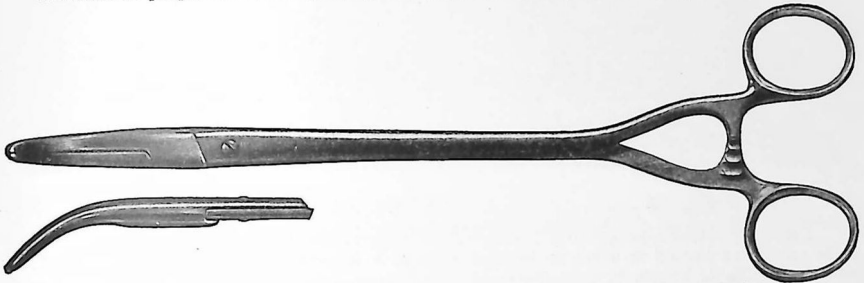


Fig. 343.—Pinzas parametricas de Wertheim vistas de frente y de lado.

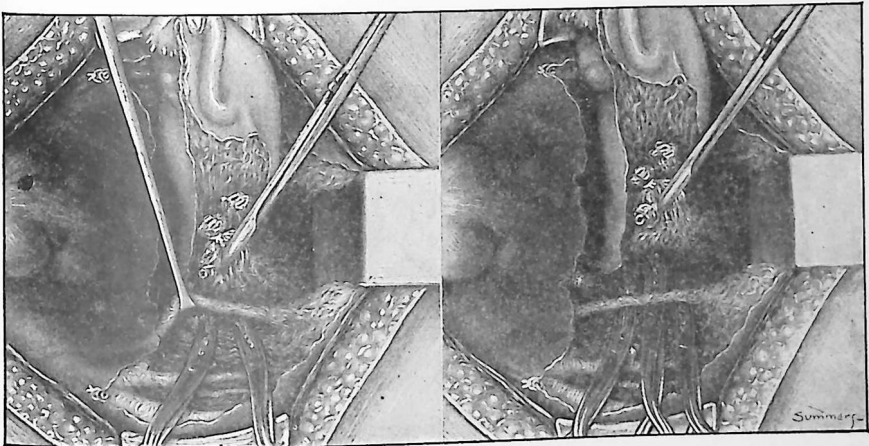


Fig. 344

Fig. 345

Fig. 344.—Porción media del parametrio derecho comprimida con las pinzas y dividida.
 Fig. 345.—Porción inferior del parametrio derecho comprimida con las pinzas y dividida.

de los cuales que se aplican a cada lado cerca de la pared pélvica, es posible la existencia de grandes porciones parametriales sin provocar indehida hemorragia. Para ello se hace primero la forcipresión de la parte superior del parametrio sobrante y se divide (Fig. 344); después se levanta del suelo pélvico el parametrio, se comprimen en conjunto las venas profundas, con una o dos pinzas de Wertheim, y se dividen los tejidos (Fig. 345). Esto mismo se lleva a efecto en el otro lado, hasta dejar adherido el útero tan sólo a la pared vaginal (Fig. 346).

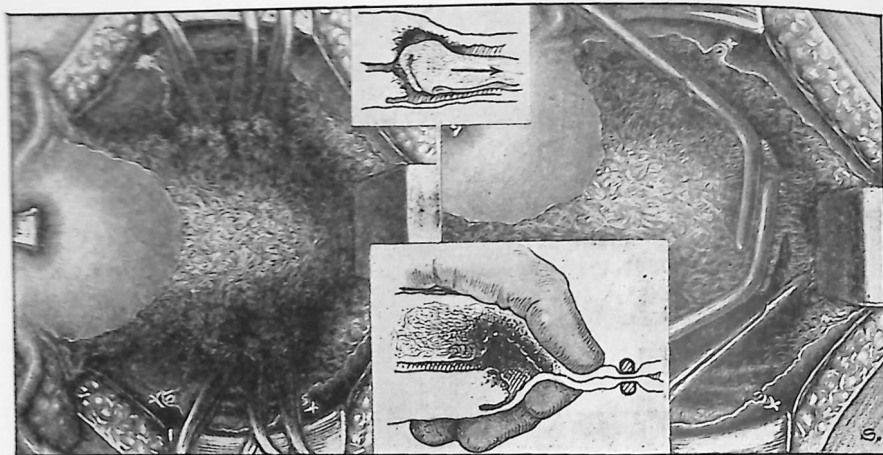


Fig. 346

Fig. 347

Fig. 348

Fig. 346.—Tejidos parametrial y paravaginal comprimidos con las pinzas y divididos muy hacia fuera, con lo cual se dejan en libertad el cuello y la porción superior de la vagina. Hecho esto se saca de la vagina la gasa, según se ve en el pequeño grabado superior, y después se palpa cuidadosamente la porción despegada de la vagina, para ver si se hizo la separación hasta más allá de la zona invadida por el neoplasma.

Fig. 347.—Con la guía de los dedos se ponen transversalmente unas pinzas en la pared vaginal unos 2.5 centímetros abajo de la zona palpable de impregnación neoplásica.

Fig. 348.—Se ponen las pinzas en el otro lado de la vagina, según se ve en el grabado, el cual muestra también el comienzo del corte transversal de la vagina.



Fig. 349.—Pinzas vaginales de Wertheim perfeccionadas, con curva en el sitio donde estaba antes un ángulo recto.

8º Forcipresión y corte transversal de la vagina.—A continuación se cerciora el cirujano de si se ha efectuado hacia abajo la suficiente separación de la vagina, para que se pueda cortar una parte de la pared vaginal sana debajo de la zona de impregnación carcinomatosa. Para

ello efectúa la palpación cuidadosa de la pared vaginal con el pulgar y el dedo índice (Fig. 347), pero antes se quitará la gasa que se puso en la vagina. Si es necesario se efectúa la mayor separación de ésta y se aplican luego las pinzas por lo menos unos dos centímetros debajo del área carcinomatosa (Fig. 347). Antes de aplicar estas pinzas vaginales de Wertheim (Fig. 349), se despegará la vagina, de la vejiga y del recto, lo bastante para dejar suficiente "pedículo", o muñón, debajo del sitio donde se haga el corte. Puesto caso que sea sumamente importante la colocación exacta de las pinzas inferiores, conviene aplicarlas primero y después se ponen las pinzas en el otro lado, inmediatamente arriba de las primeras, de arte que queden muy juntas y se crucen en un buen trecho (Fig. 348), a fin de evitar toda posibilidad de que por entre ellas se escape algún flúido infeccioso al extirpar el tumor neoplásico del abdomen. Este tiempo se facilita sobremanera



Fig. 350

Fig. 351

Fig. 352

Figs. 350, 351 y 352.—Cierre del extremo de la vagina y colocación de la mecha para desagüe.

si se emplean pinzas adecuadas. Los primeros instrumentos que se usaron para este fin eran pinzas en ángulo recto; después Wertheim convirtió el ángulo en curva (Fig. 349), lo cual facilita mucho su aplicación a los tejidos pélvicos profundos, debajo del tumor carcinomatoso.

Conviene cubrir con gasa la porción cortada del tumor, al efectuar su extirpación, y poner detrás de la vagina algunas compresas más de gasa antes de hacer el corte transversal, con el fin de proteger los tejidos de cualquier exudado vaginal que no haya sido absorbido por el tapón de gasa que se conservó en la vagina durante la operación.

Tan presto como se extirpa el tumor carcinomatoso, se desinfecta con algún antiséptico el muñón vaginal, y si se prefiere, puede hacerse el corte de la vagina con el termocauterio¹, aunque esto nos parece una complicación innecesaria y sin provecho, ya que el cauterio esteriliza tan

¹ En varios lugares de este libro, hablan los autores del "cauterio", a secas, sin especificar "termocauterio", "electrocauterio", o "bisturí eléctrico". Puesto que en la hora presente son muy pocos los cirujanos, si es que aun los hay, que emplean el antiguo termocauterio, y atento que, hasta el electrocauterio, tal como se usaba en épocas pasadas, ha sido substituído en gran manera por los aparatos modernos de electrocauterización, electrocoagulación, y por el bisturí endotérmico, supongo que a estos nuevos métodos se refieran los autores cuando mencionan el "cauterio". (N. del T.)

sólo la zona donde se hace el corte; además de esto, es inevitable cierta contaminación al hacer subsecuentemente la sutura del muñón vaginal, contaminación que proviene de la membrana mucosa vaginal no caute-



Fig. 353.—Ligadura de los pedículos parametriales en el lado derecho: se hizo ya la ligadura de dos de dichos cabos y se está haciendo la del tercero.

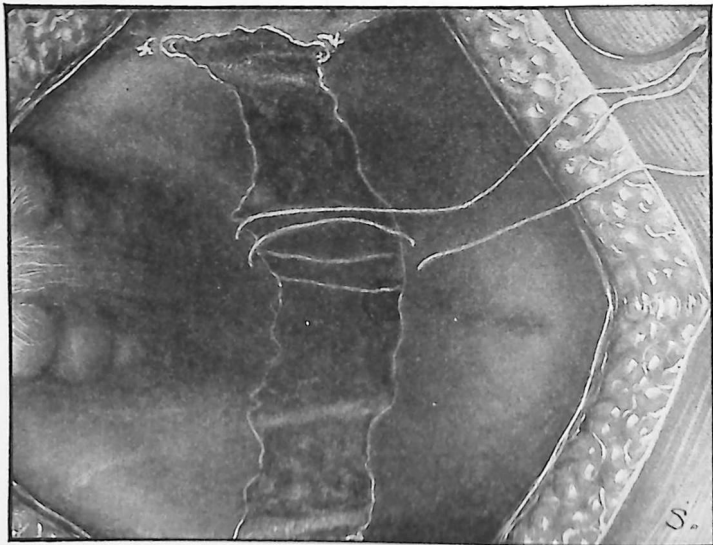


Fig. 354.—Costura para unir las porciones vesical y rectal del peritoneo.

rizada, y, de consiguiente, es preciso emplear luego algún otro medio de esterilización.

9º Sutura del muñón vaginal.—En operaciones al parecer asépticas, se puede suturar totalmente el muñón vaginal, o alrededor de un tubo para desagüe, si se prefiere este último método. Mas en las operaciones sépticas, o dudosas, es forzoso hacer la canalización del espacio subperitoneal, y si hay inflamación aguda o intensa contaminación del peritoneo, el tubo llegará, claro está, hasta la cavidad peritoneal. El método de sutura que se ilustra con las figuras 350 a 353 es muy conveniente. Cualquier vaso sangrante se liga o se comprime con una puntada entrelazada de la sutura.

10º Ligadura de los "pedículos" parametriales.—Las pinzas parametriales se van quitando poco a poco, al paso que se ligan los tejidos comprimidos por ellas. Estos "pedículos" son necesariamente cortos, y de ahí la necesidad de hacer la sutura-ligadura (Fig. 353), para evitar que se resbalen. En todo tiempo es preciso manipular los uréteres lo menos posible, y cuando sea necesario se hará con suma delicadeza, ya que cualquiera brusquedad podría dañar la irrigación sanguínea de la porción separada, que proviene de los extremos ureterales y está protegida por una como vaina. Si se obra con cuidado habrá poco peligro de que se presente la necrosis del uréter, a no ser que se cause algún daño a la vaina al efectuar el despegamiento. Sorprende en verdad la resistencia de estos órganos a las manipulaciones bruscas y aun a la compresión accidental, que sobrellevan sin padecer menoscabo subsecuente.

11º Sutura del peritoneo.—Luego de ligar los pedículos parametriales y de contener toda hemorragia capilar, se cierra el peritoneo según se pone de manifiesto en las figuras 354 a 356, con lo cual el sitio de la operación queda separado de la cavidad peritoneal.

Para reducir cuanto sea posible el acortamiento de la vagina, conviene, siempre que sea hacedero y no redunde en perjuicio de la sutura peritoneal, suturar los cabos de los ligamentos redondos al muñón vaginal.

Cuando es menester efectuar el desagüe peritoneal a causa de alguna grave infección en la cavidad, se sutura el peritoneo vesical al muñón vaginal.

12º Tratamiento de la vejiga.—El despegamiento y las manipulaciones de la pared vesical, ocasionan la suspensión temporal de las funciones de la vejiga, lo cual requiere el que se haga el cateterismo los primeros días. La cistitis ha sido una complicación muy frecuente y enfadosa, tanto así, que se han escrito multitud de artículos sobre este pormenor de la operación. Algunos cirujanos prefieren el sondeo frecuente, y otros optan la sonda de retención. Sea cual fuere el método que se emplee, ello es que suele presentarse la cistitis que no es ocasionada totalmente por las bacterias que se introducen por la uretra, como lo demuestra el que algunas pacientes la padecen, aún cuando

no se haga el sondeo; antes, el desnudamiento coincidente de las paredes rectal y vesical favorecen sin género de duda el paso de las bacterias del recto a la vejiga.

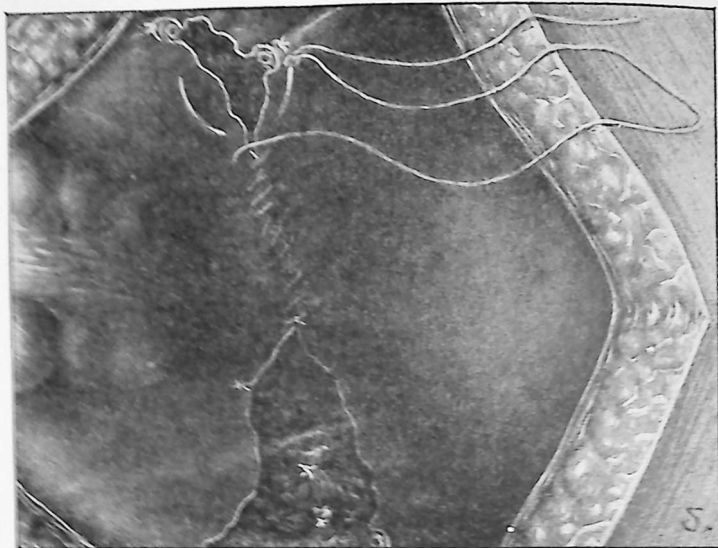


Fig. 355.—Unión por medio de la costura de la porción lateral del peritoneo.

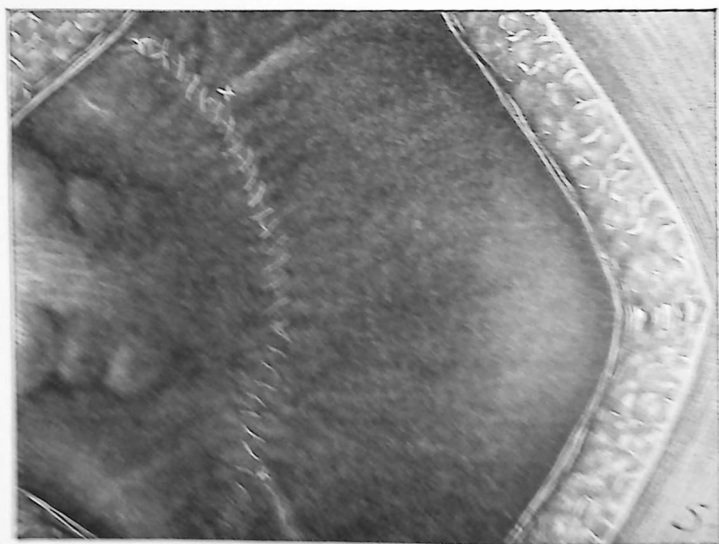


Fig. 356.—Peritoneo totalmente vesical, con lo cual queda separada la cavidad peritoneal del sitio de la aponeurosis.

VARIACIONES EN LA TÉCNICA.—No es suponer que cada cirujano haga multitud de variaciones de menor importancia a la técnica general.

y en hecho de verdad es muy probable que no haya dos cirujanos competentes y experimentados que ejecuten de manera idéntica esta complicada

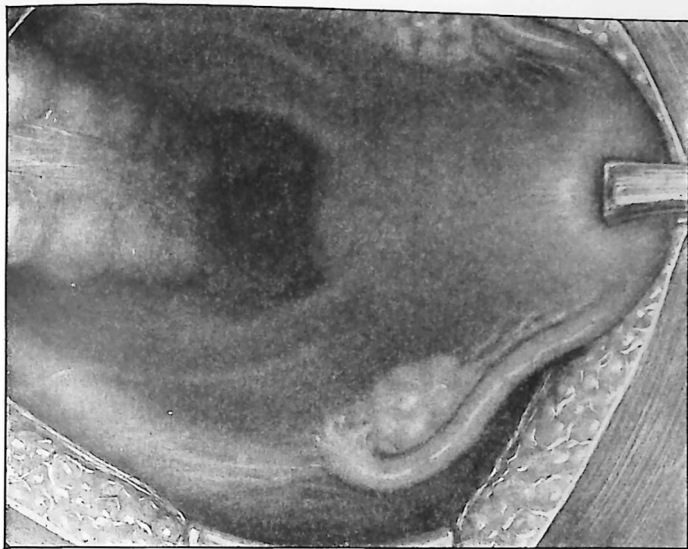


Fig. 357.—Identificación de los uréteres antes de la operación: se llevó hacia delante el útero para dejar a la vista la porción pélvica de dichos uréteres en cada lado.

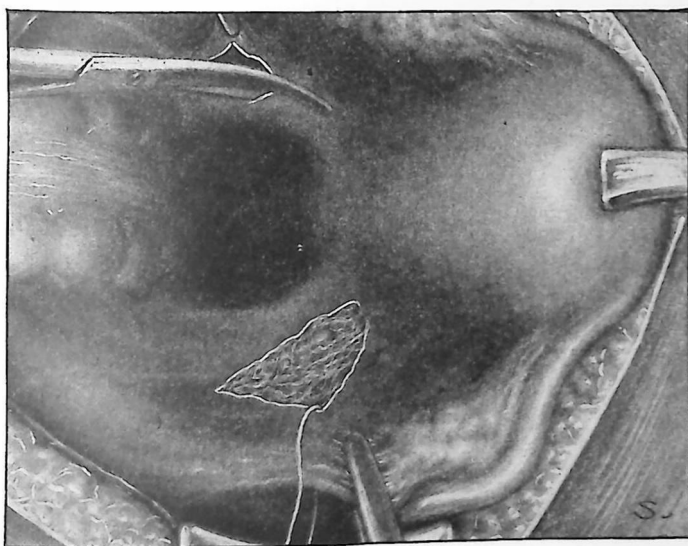


Fig. 358.—Peritoneo abierto en el lado derecho para dejar a la vista el uréter. En el lado izquierdo se está haciendo eso mismo.

operación. Con todo, hay algunas variaciones cuya importancia hace menester el que se estudien separadamente.

Incisión abdominal transversal.—Algunos cirujanos prefieren la celiotomía transversal, pues alegan que con ella se descubren mejor los tejidos y se tiene mayor espacio donde ejecutar las manipulaciones de los tejidos pélvicos profundos. La preferencia de la incisión, longitudinal o transversal, depende por entero del cirujano, y no es de mucha entidad. En nuestra opinión, son mayores las inconveniencias que las ventajas de la celiotomía transversal, y así Wertheim como Sigwart en sus monografías, recomiendan los méritos de la incisión longitudinal.

Descubrimiento previo de los uréteres.—Este fué el primer método que Wertheim puso en ejecución y hay aún cirujanos que lo prefieren. Consiste en descubrir en el primer tiempo de la operación las porciones pélvicas de los uréteres, y en identificarlas por entre una incisioncita que se hace en el peritoneo. Luego de desembarazar el área de la operación, apartando los intestinos, se coge y se tira hacia delante del útero (Fig. 357); hecho esto por lo común se pueden ver los uréteres por debajo del peritoneo (Fig. 358), y entonces se levanta éste y se abre. Si no es visible el uréter, se levanta la porción más profunda del peritoneo, a un lado de la pelvis, y se abre con tijeras, según se ve en el lado izquierdo (porción superior) de la lámina 358, con lo cual se pone a la vista el tejido conectivo subyacente que contiene el uréter, el cual se verá (Fig. 358) o se palpará fácilmente. A continuación se pasa una ligadura, desde la incisión peritoneal, alrededor de los vasos ováricos (Fig. 358); divídese entonces el tejido ligado, y se continúa la operación según queda dicho. La ventaja de este método es que se hallan más fácilmente los uréteres, puesto que se identifican en la región donde son más superficiales, al principiar la operación, cuando no se han teñido de sangre los tejidos. En desabono del método está la circunstancia de que se hace la denudación de los uréteres de manera indebida y, por tanto, hay mayores peligros de dañar su irrigación sanguínea.

Un cirujano experto puede por lo común reconocer los uréteres al ejecutar la operación según la técnica usual (Figs. 326 y 328), mas si tropezare con alguna dificultad, como sucede a veces, particularmente cuando hay inflamación pélvica concomitante, es bien que se valga de este especial método, y caso que se presentare alguna dificultad excepcional, será necesario llegar hasta el borde de la pelvis para identificar el uréter, el cual ha de seguirse hasta su entrada en el parametrio.

Linfadenectomía.—En las figuras 359 y 360 se ponen de manifiesto la distribución de los vasos y ganglios linfáticos del útero, así como la designación de los diversos grupos de linfoglándulas, de acuerdo con los excelentes estudios de Poider, Cunéo y Marcille.

Hay en cada lado cinco distintos grupos de ganglios linfáticos, a saber: los ilíacos externos, los hipogástricos, los sacros, los ilíacos comunes y los aórticos, cada uno de los cuales recibe, directa o indirectamente, la linfa proveniente del cuello uterino. Los pequeños vasos linfá-

ticos de cada mitad del cuello convergen a cada lado y forman una trama, o red linfática de vasos entrelazados, cerca de la porción lateral del cuello (Fig. 359). De esta trama linfática salen tres grupos de vasos

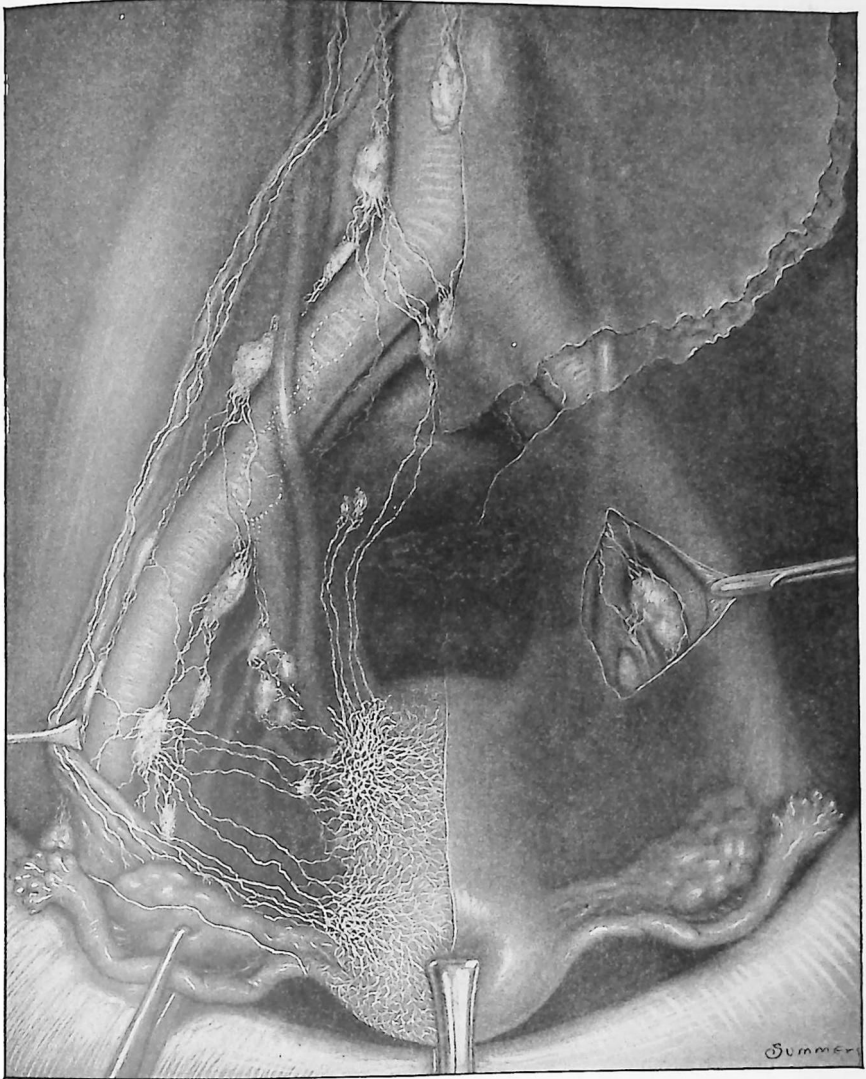


Fig. 359.—Distribución de vasos y ganglios linfáticos del útero.

que van a los ganglios linfáticos: (a) tres o cuatro vasos salen de la porción superior de la trama y corren lateralmente, junto con los vasos uterinos y arriba del uréter. Luego de seguir en corto trecho la arteria uterina, se apartan de ella y corren hacia fuera y hacia arriba, hasta la cadena

media del grupo ilíaco externo de ganglios. Junto con estos vasos se halla no pocas veces un pequeño ganglio cerca del uréter (Fig. 359); (b) un poco más abajo salen de la trama linfática dos o tres vasos que siguen en su curso a la arteria uterina, sino que en su mayor parte están situados debajo del uréter y desembocan en el grupo hipogástrico de ganglios (Fig. 359); (c) de la porción posterior de la trama linfática cervical, salen tres o cuatro vasos que corren hacia atrás en el ligamento útero-

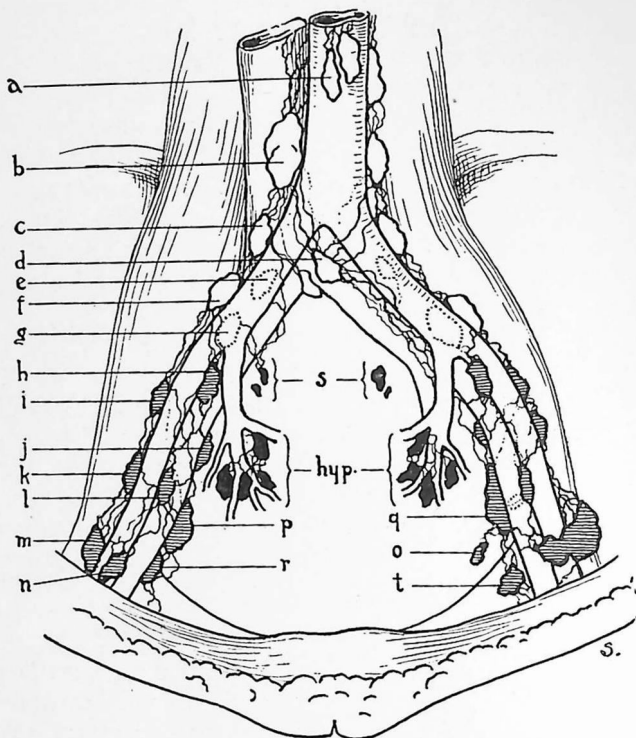


Fig. 360.—Diagrama que representa la situación de los diversos grupos de linfoglandulas: *a*, ganglios preaórticos; *b*, ganglios yuxtaaórticos o lumbares; *c, d, e, f, g*, ganglios ilíacos comunes. Los marcados con *d* se llaman también ganglios del promontorio, de los cuales hay uno o dos. Los contornos punteados indican las linfoglandulas situadas detrás de los vasos; *h, i, j, k, l, m, n, p, q, r, t*, linfoglandulas ilíacas externas; la cadena ganglionar externa se indica con las letras *i, k, m*; la cadena media con *h, l, n* y la interna con *p, r, q, t*; *o*, linfoganglio obturador; *s*, ganglio sacro; *hyp.*, linfoganglios hipogástricos o ilíacos internos. Estos ganglios situados alrededor de los vasos ilíacos internos suelen ser los que primero invade la metástasis del carcinoma del cuello uterino.

sacro, circundan el recto y desembocan en el grupo sacro de linfoglandulas. Los vasos más laterales desembocan en los ganglios sacros laterales, y los más centrales siguen un curso más largo y terminan en un ganglio central, situado tan arriba, que se le designa con el nombre de ganglio promontorio (Fig. 359). Por medio de estos primeros ganglios se comunican los vasos linfáticos con otros grupos (Fig. 359), hasta los cuales pueden llegar rápidamente las células carcinomatosas. Los vasos linfáticos del

tercio superior de la vagina se distribuyen en dos grupos, a cada lado: (a) los vasos que corren hacia los lados y desembocan en los ganglios hipogástricos, (b) aquellos que corren hacia atrás, se unen con los vasos linfáticos rectales y desembocan en los ganglios sacros.

Según queda dicho, se ha renunciado por entero a la extirpación metódica y total de los ganglios linfáticos de la pelvis, por las razones

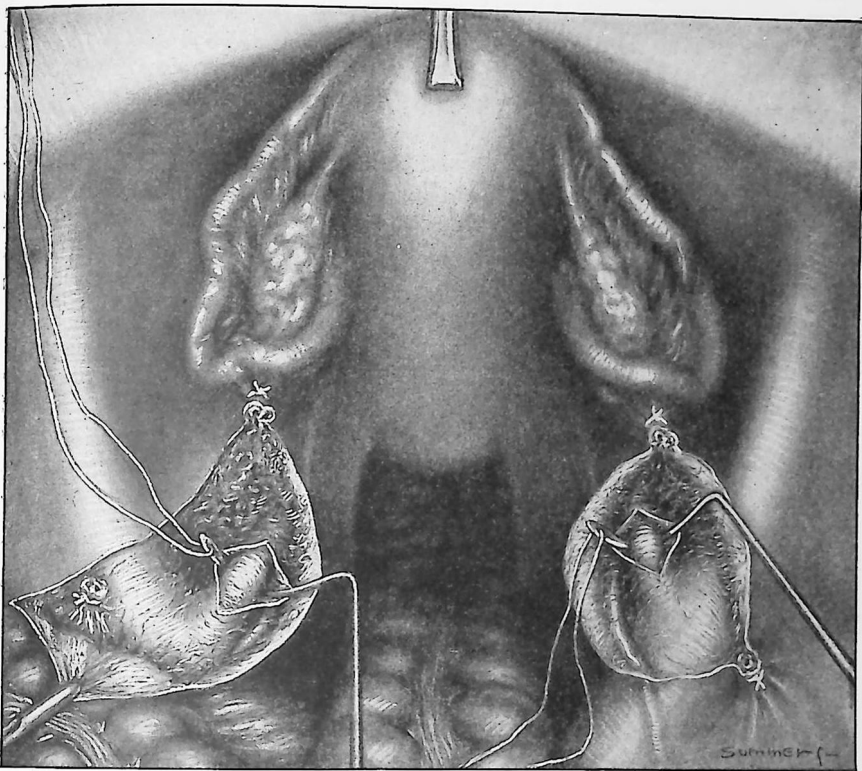


Fig. 361.—Ligadura de las arterias ilíacas internas o hipogástricas, según la N. A. B., antes de poner por obra la operación radical para el tratamiento del carcinoma del cuello uterino.

asentadas al principio de este capítulo. Sin embargo de ello, es hacedero y conveniente el extirpar uno o más grupos de linfoganglios hipertróficos, en especial los del grupo hipogástrico que son los más expuestos a ser invadidos por la neoplasia maligna. Su extirpación, claro está, ha de hacerse con suma diligencia, llevando siempre en la memoria los importantes tejidos vasculares circunyacentes (Fig. 359). No cabe duda de que esta extirpación es de importancia principalmente respecto del pronóstico, pero las estadísticas demuestran que unas cuantas pacientes se han recuperado totalmente, no obstante el haberse hallado dichos ganglios invadidos por la neoplasia carcinomatosa.

Otro aspecto del asunto concerniente a los ganglios linfáticos, es la determinación de la operabilidad, y de ahí la importancia de que la palpación de los ganglios linfáticos de la pelvis sea parte de la exploración pélvica cuando al ejecutar la celiotomía exploradora sea preciso el averiguar si es posible arrancar de raíz el neoplasma maligno.

Ligadura de las arterias hipogástricas.—Proust y Maurer (*Jour. de chi.*, Vol. 11, 1913) perfeccionaron y pusieron de manifiesto los pormenores de la ligadura de las arterias hipogástricas (ilíacas internas, Antigua Terminología), en el tratamiento quirúrgico radical del carcinoma del útero, procedimiento que fué tan eficaz en pacientes gordas, que decidieron ejecutarlo como disposición especial en todo caso. Luego de empujar hacia dentro el peritoneo y el uréter, se abre la vaina del vaso y se pasa alrededor de la arteria la aguja para pedículo (aguja de Reverdin), teniendo mucho cuidado de no lesionar la vena que queda abajo. En el lado derecho de la paciente es mejor pasar la aguja de fuera a dentro, y en el lado izquierdo, de dentro a fuera (Fig. 361). En este último lado es a veces necesario levantar un tanto el mesosigmoide, según se ve en la lámina.

Para disminuir la hemorragia profunda, Wertheim ejecutó la ligadura previa de las arterias hipogástricas (ilíacas internas) en ocho pacientes (de la décimatercera a la vigésimaprimeras), después de lo cual desechó el método, pues le pareció inútil, ya que al cortar las arterias uterinas sangraban tanto como si no se hubiese efectuado la ligadura. Otro cirujano relata experiencias semejantes, y en cambio algunos consideran muy útil dicha ligadura.

Operación vaginal radical

El desenvolvimiento de la operación abdominal para tratar quirúrgicamente el carcinoma del cuello uterino, tuvo por consecuencia el que se perfeccionara la operación vaginal que es casi tan eficaz, y quizá sin el casi, como la primera, en lo tocante a la extirpación del parametrio, que es negocio de suma entidad en el tratamiento de esta neoplasia maligna. El primero que llevó a efecto la extirpación de vastas porciones del parametrio por la vía vaginal, fué Schuckardt con su incisión paravaginal, técnica que fué luego perfeccionada por otros cirujanos, en el número de los cuales se cuenta principalmente Schauta. Algunos se valieron de la operación vaginal, en preferencia a la abdominal; en cambio, muchos otros sólo la emplearon en circunstancias especiales, cuando por razón de la obesidad, de la insuficiencia cardíaca, etc., no era adecuada la paciente para tan complicada operación abdominal.

La operación se ejecuta de la siguiente manera:

- 1º Desinfección de la vagina y del tumor neoplásico.
- 2º Sutura de la porción vaginal que ha de extirparse.
- 3º Separación de la vejiga y determinación de la operabilidad.
- 4º Incisión paravaginal.

- 5º Continuación del despegamiento entre la vejiga y los uréteres, y el cuello uterino y el parametrio.
- 6º Ligadura de los vasos uterinos.
- 7º Escisión del parametrio.
- 8º Despegamiento de la porción superior del útero.
- 9º Tratamiento de los "pedículos" y de la herida peritoneal.
- 10º Tratamiento de la herida vaginal.

1º **Desinfección de la vagina y el neoplasma.**—Con una cucharilla grande se desprende todo el tejido reblandecido, y se esterilizan las superficies cruentas que se dejen, con solución de yodo o con el termocauterio. Luego de "cocer" dichas superficies con el cauterio, se aplicará liberalmente la solución de yodo introduciéndola por entre las hendiduras que haya en la pared vaginal y en el cuello, después de lo cual se tapona la cavidad uterina con una pequeña tira de gasa humedecida en solución yodada.

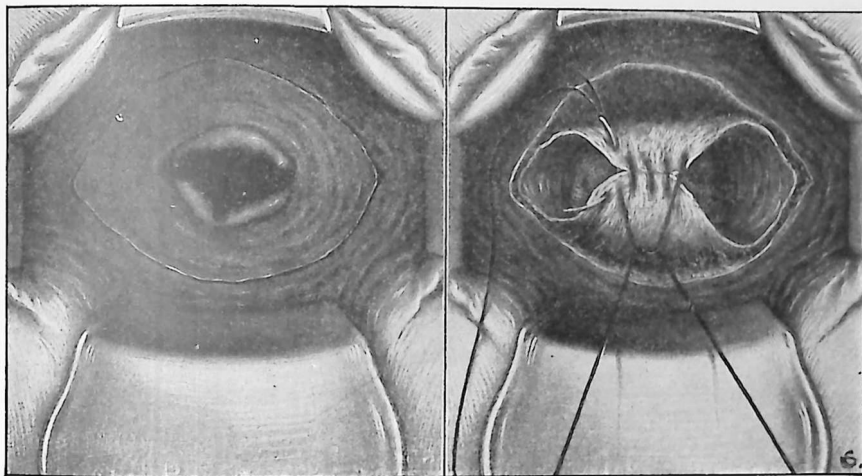


Fig. 362

Fig. 363

Fig. 362.—Operación vaginal radical para el tratamiento del carcinoma del cuello uterino; nótese el diseño del colgajo vaginal circular.

Fig. 363.—Después de formar el colgajo por la pared vaginal se sutura el centro y se continúa luego la costura hacia los ángulos; adviértase la gasa impregnada con yodo que se dejó dentro del conducto cervical canceroso.

Se cambian entonces el cirujano y el ayudante los guantes contaminados por otros estériles y se desechan los instrumentos. Uno de los más difíciles problemas de la operación es el evitar la infección proveniente del neoplasma o de la pared vaginal, y por ello, para reducir al mínimo las probabilidades de contaminación, han de tenerse las precauciones que van dichas, y ejecutarse el siguiente tiempo.

2º **Sutura de la porción vaginal que ha de extirparse.**—Según se ve en la figura 362, se delinea en la pared vaginal por medio de una in-

cisión la porción de aquélla que haya de extirparse, dejando alrededor del neoplasma una faja bastante ancha de tejido sano. Esta incisión circular se hace por lo común de manera que incluya el tercio superior de la vagina, si bien, en caso que el neoplasma sea bastante extenso, ha de hacerse en la porción central, y aun incluirá toda la vagina, en circunstancias excepcionales, cuando la neoplasia haya invadido gran parte de dicha cavidad y se determine el ejecutar la operación.

Este corte circundante ha de quedar terminado antes de empezar el despegamiento de la pared vaginal, ya que con ello se causa mucho desfiguramiento a las paredes. Cogiendo a trechos regulares la pared vaginal con varias pinzas largas de forcipresión, se facilitará la hechura del corte, el cual se hace por fuera de las pinzas, que se dejan en su sitio para facilitar el despegamiento. Conviene despegar primero el tercio medio, adelante y atrás, y unir las paredes con una costura (Fig. 363),

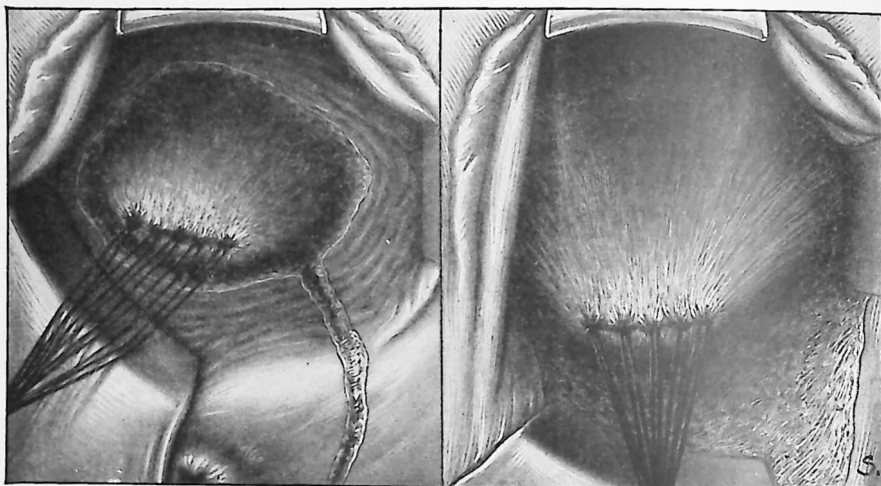


Fig. 364

Fig. 365

Fig. 364.—Después de coser totalmente el colgajo vaginal se despegan la vejiga y el recto lo bastante para averiguar si es operable el neoplasma; nótese a la derecha del grabado la incisión paravaginal.

Fig. 365.—Se terminó ya la incisión paravaginal, se apartaron más los tejidos y se está despegando aún más la vejiga.

cuyos cabos se dejan largos, que sirvan para hacer tracción; con esto se facilita el rápido despegamiento de las porciones laterales, las cuales se cosen asimismo con seda gruesa, hasta cerrar totalmente esta especie de envoltura. Todas las cinco o seis puntadas que se den al cerrar el saco, se dejarán largas a fin de que sirvan para hacer tracción (Fig. 364). Hecho esto, vuelven el cirujano y el ayudante a cambiarse por guantes estériles los contaminados y se desechan de nuevo los instrumentos que se hayan usado, todo lo cual ha de ejecutarse con presteza, ya que aun queda mucho qué hacer.

3º Separación de la vejiga y determinación de la operabilidad.—Despégase entonces la vejiga, de la vagina y del cuello uterino, hasta muy arriba, y se hace minuciosa exploración para averiguar si es operable el neoplasma; caso que la vejiga estuviere sumamente adherida al carcinoma, lo cual sería indicio de que las paredes vesicales han sido invadidas por la neoplasia, no será oportuna la operación radical y en tal caso se extirpará el tejido despegado (incluso el saco que se formó alrededor del cuello, y parte de éste), haciendo lentamente el corte con el termocauterio, y si fuere necesario se continuará la termocoagulación hasta el neoplasma.

Si se despega con facilidad la vejiga y al efectuar la exploración se ve que no hay ninguna circunstancia que contraindique la operación radical, se procederá a abrir el suelo pélvico, según se dirá en el siguiente tiempo.

4º Incisión paravaginal.—Por lo común se hace en el lado izquierdo la incisión con que se abre la pared vaginal y el suelo pélvico; ahí se principia en la incisión vaginal circular la división lateral de los tejidos, que se continúa en línea curva hacia fuera y hacia abajo (Fig. 364); este corte llega hasta el borde vaginal, en la porción inferior de la ninfa, y se profundiza luego rápidamente hacia los tejidos pélvicos profundos, para lo cual se dirige el filo del bisturí un tanto hacia fuera (lateralmente), hasta llegar al orificio vaginal, en la porción inferior de la ninfa. Vuélvese entonces el bisturí hacia abajo y se continúa la división de los tejidos hasta la altura del ano, y unos 2.5 centímetros a un lado de éste. Si con este corte no se hiciere suficiente espacio donde ejecutar el resto de la operación, bien puede continuarse un poco más hacia atrás, formando un arco alrededor del recto, pero quedando siempre bastante retirado de éste y el ano.

Esta incisión se hace rápidamente y se comprimen presto con pinzas hemostáticas los vasos sangrantes, para lo cual han de tenerse bastantes pinzas a la mano. Si se prefiere, se ligan al punto los vasos comprimidos, o bien se dejan las pinzas; para cohibir la hemorragia capilar se hace presión en los tejidos, de la siguiente manera: colócase en la herida una o más compresas de gasa y se deja que el separador perineal grande (valva con pesa de plomo, o separador sostenido por el ayudante) suministre la presión.

5º Continuación del despegamiento de la vejiga y los uréteres del cuello uterino y el parametrio.—Este tiempo consiste en empujar hacia arriba la vejiga, que se va separando poco a poco del útero, en sostenerla luego con un separador (Fig. 365), y en despegar también dicho órgano de las porciones laterales del parametrio. Si la invasión neoplásica no llega hasta la región ureteral, se empuja el uréter junto con la base de la vejiga, al apartar ésta, y es posible que ni siquiera se presente aquél en el área de la operación. En cambio, cuando el uréter está adherido a causa de la impregnación neoplásica, no puede entonces ascender junto con la

base vesical, sino permanece en el área de la operación y se hace visible (Fig. 366), *al empujar hacia arriba la vejiga, y hacia abajo el útero y el parametrio.*

Se despega luego cuidadosamente el uréter y se empuja hacia arriba, para apartarlo del sitio de la operación, de manera que puedan ligarse bastante lejos del útero los vasos uterinos que quedan inmediatamente arriba del uréter. En más de 250 operaciones de este género, Schauta no creyó necesario el cateterismo de los uréteres. Algunas veces es muy difícil y tedioso el separar del útero y del parametrio la vejiga y los uréteres, particularmente cuando el cirujano empieza a cortar a diestro y siniestro tiras restrictivas de tejidos, con lo cual se ocasiona hemorragia que requiere la ligadura, lo que por su parte constriñe los tejidos e

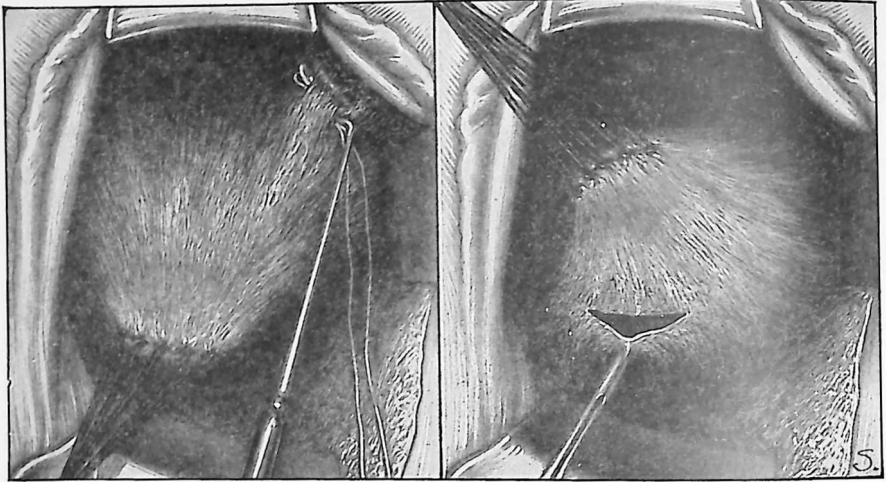


Fig. 366

Fig. 367

Fig. 366.—Después de hallar por medio de la palpación los vasos uterinos izquierdos, se ligan cerca del uréter, el cual se ve en el grabado arriba del sitio donde se está haciendo la ligadura.

Fig. 367.—Se abre la excavación rectouterina antes de extirpar el parametrio.

impide su amplia separación. En cuanto sea posible se valdrá el cirujano de la separación con instrumento sin filo o del despegamiento digital para efectuar la separación hasta los vasos uterinos. Entre la vejiga y el útero hay una zona, o línea divisoria, que si se sigue al hacer el despegamiento simplifica en gran manera la operación; mas es muy probable que se pase inadvertida dicha zona divisoria cuando, por exceso de cuidado, y por no desgarrar la vejiga, se efectúa el despegamiento demasiado cerca del útero. En particular cuando se efectúa el tratamiento quirúrgico del carcinoma, importa hacer este despegamiento bastante lejos del útero y despegar tan sólo la pared vesical, pues de esta suerte se facilita la operación y se dejan mayores porciones de parametrio adheridas al neoplasma para ser extirpadas, y si por acaso se abriere la vejiga, tal accidente aca-

rreará menos peligro que el dejar porciones de parametrio adheridas a la vejiga.

6º Ligadura de los vasos uterinos.—Al apartar poco a poco hacia arriba la vejiga y los uréteres, y rechazar hacia abajo el útero, se van haciendo visibles o palpables los vasos uterinos, cuando se llega a la región cervical superior. Si se tuviere alguna dificultad para identificar dichos vasos, se abrirá bien la excavación peritoneal vésicouterina ("fondo de saco" anterior), a fin de facilitar la identificación, y si aun después de esto se tuviere alguna dificultad, será algunas veces útil el abrir la excavación rectouterina e introducir los dedos detrás del ligamento ancho para efectuar la palpación.

En determinando con certeza la situación de los vasos uterinos, y luego de separarlos suficientemente, se hace la ligadura de ellos lo más lejos posible del útero (Fig. 366) y se dividen.

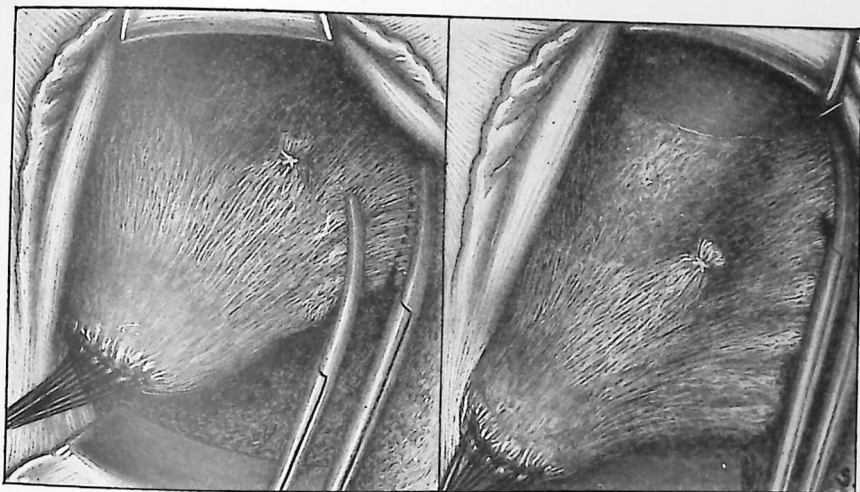


Fig. 368

Fig. 369

Fig. 368.—Se hace bien hacia fuera la compresión con pinzas del parametrio, cuya porción lateral se coge con el instrumento, se lleva hacia la línea media y se aplican otras pinzas aun más hacia fuera. La línea punteada indica el sitio de la división.

Fig. 369.—Casi terminada la forcipresión y el corte en el parametrio en el lado izquierdo.

7º Escisión del parametrio.—A continuación se abre la excavación rectouterina (Fig. 367), si es que no se ha abierto antes, y se despega bien el recto del cuello y del parametrio; hecho esto, la porción inferior del útero queda tan sólo prendida del parametrio en cada lado, el cual se divide entonces todo lo más posible hacia la pared pélvica. La resección de grandes porciones de tejido alrededor del neoplasma ha de incluir también la extirpación de grandes porciones de tejido paravaginal en la región de la bóveda vaginal.

Para ejecutar debidamente este importante tiempo de la operación, es menester que se hayan llevado a efecto los tiempos anteriores con toda minuciosidad y cabalmente, esto es, que el parametrio quede bien

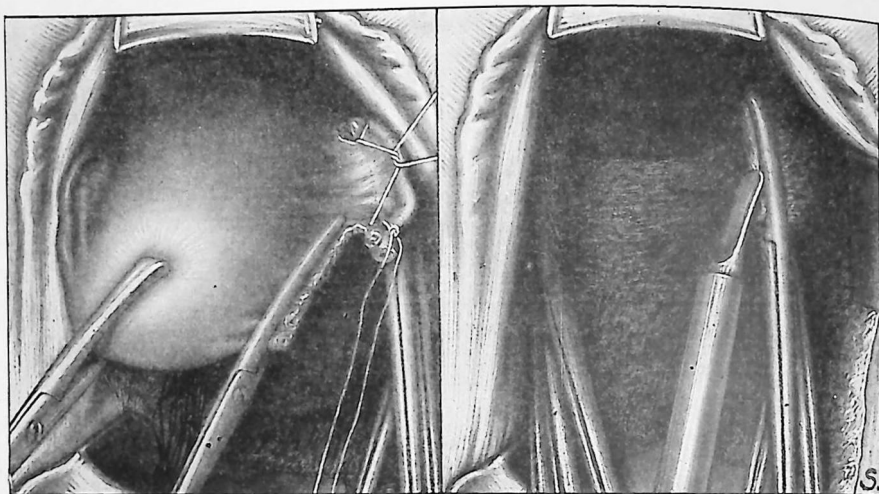


Fig. 370

Fig. 371

Fig. 370.—Se lleva hacia abajo el cuerpo uterino, se liga y se corta el ligamento ancho izquierdo; nótese arriba de la ligadura la punta de las últimas pinzas parametriales en ese lado. Se dejarán largos los hilos de todas las ligaduras, para emplearlos luego al juntar los cabos o pedículos cuando se cierra la herida.

Fig. 371.—Electrocoagulación de los tejidos parametriales comprimidos con las pinzas.

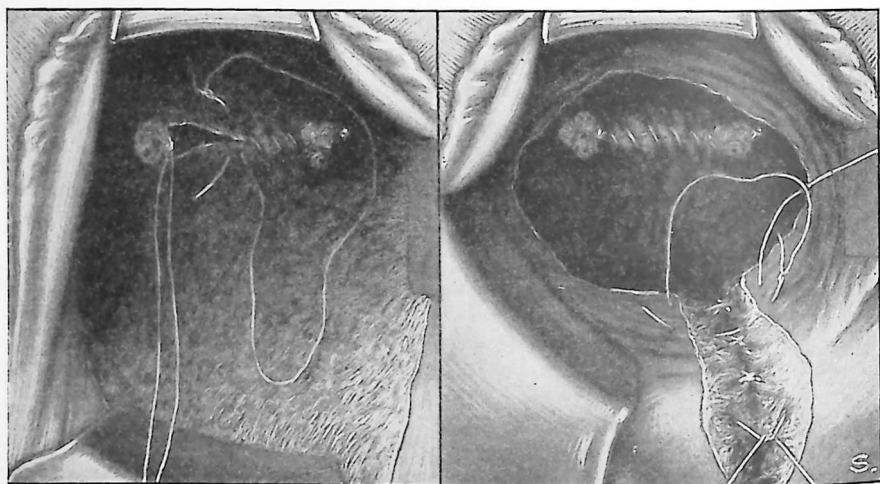


Fig. 372

Fig. 373

Fig. 372.—Se llevaron ya hacia abajo los cabos o pedículos superiores ligados de los ligamentos anchos y se está cerrando la cavidad peritoneal arriba de ellos.

Fig. 373.—Sutura de la incisión paravaginal: se cerró ya la porción profunda y se está haciendo la costura de la porción superficial.

separado, que no estorben los uréteres, que se ligan los vasos uterinos para evitar copiosas hemorragias; después de lo cual han de cortarse los tejidos parametriales en su inserción a las paredes pélvicas, ya que no es posible efectuar totalmente el despegamiento. Claro, se ha de procurar este despegamiento con los dedos o con instrumento sin filo, cuanto sea posible, mas no ha de olvidarse que en la mayor parte de las regiones laterales hay tejidos resistentes que es preciso cortar, lo cual ocasiona hemorragia que ha de cohibirse; ésta es en su mayor parte venosa. Cuando se ligan los vasos uterinos, la hemorragia arterial proviene tan sólo de los vasos pequeños, principalmente de la arteria hemorroidal media. Schauta se confía en el taponamiento para contener la hemorragia, y para ello deja un tapón firme en un lado, mientras termina la división del parametrio en el otro. La objeción que pone a la ligadura de los tejidos laterales antes de efectuar la división de los tejidos, es que con ellos se dejan mayores porciones de éste.

Para efectuar la hemostasis inmediata y total en estas pacientes que ya se hallan en estado de choque, y en quienes sería de suma gravedad la mayor pérdida de sangre, y con el fin de lograr al mismo tiempo la mayor destrucción posible del parametrio, se pueden aplicar las pinzas según se ve en las figuras 368 y 369, para lo cual se hace tracción de las porciones laterales de dichos tejidos y se aplican las pinzas muy hacia fuera; estas primeras pinzas se llevan hacia dentro, tirando de ellas, y se aplican luego las pinzas de forcipresión ("clamp"), según se ve en la figura 368. Dividense entonces los tejidos cerca de estas segundas pinzas de forcipresión, y se trata de igual manera otra gran porción de tejido, hasta desprender totalmente el parametrio en cada lado, hasta arriba de la región cervical.

8º **Despegamiento de la porción superior del útero.**—Se hace descender entonces y se exterioriza el fondo uterino, para lo cual se abre bien la excavación peritoneal véscouterina ("fondo de saco" anterior), si es que no se ha abierto antes. Luego de exteriorizar el fondo uterino, se liga y se divide lo que queda de la porción superior de cada ligamento ancho (Fig. 370), y se dejan o se extirpan los anexos, según se crea conveniente. Hay que dejar largos los cabos de todas las ligaduras que se hagan en el ligamento ancho, a fin de que sirvan después para llevar hacia abajo los "pedículos", al cerrar la herida peritoneal. Esta prevención es de suma importancia, pues si se cortasen los cabos de las ligaduras cerca del nudo, sería luego sumamente difícil hallar los "pedículos" retraídos, al terminar la operación. Después de extirpar el útero se explora minuciosamente el área de la operación y se ligan todos los vasos sangrantes.

9º **Tratamiento de los "pedículos" y de la herida peritoneal.**—Si se aplicaron a los lados las pinzas fuertes de forcipresión ("clamps"), se pueden dejar en su sitio, y en este caso se esfacerarán los tejidos y se desprenderán junto con las pinzas. Si se prefiere y lo permite el estado de la

paciente, es bien aplicar a las ramas de las pinzas la punta del aparato de electrocoagulación, según se ve en la figura 371, que se dejará el tiempo necesario para que se efectúe la total electrocoagulación de los tejidos comprimidos por las pinzas, después de lo cual se quitarán éstas.

Sutúranse a continuación las hojas anterior y posterior del peritoneo, y al hacer la costura, se llevan hacia abajo los "pedículos" que tienen prendidos los cabos largos con que se hicieron las ligaduras, los cuales se fijan en los ángulos de la herida (Fig. 372), y se cortan entonces los cabos cerca del nudo.

10º **Tratamiento de la herida vaginal.**—La herida vaginoperineal se cose ora con puntadas profundas y superficiales (Fig. 373), o bien con puntadas que principien en la superficie e incluyan los tejidos profundos, según se requiera para efectuar la hemostasis y la coaptación. Sea como fuere, ha de tenerse presente que si se hacen muchas puntadas enterradas en estas heridas, estorban al parecer la cicatrización, probablemente a causa de la mortificación de los tejidos provocada al constreñirlos, así como también en virtud de la gran cantidad de substancias extrañas que se deja en la herida.

SUBSTITUTOS DE LA OPERACIÓN RADICAL

En el día de hoy es raro que se ejecute por entero esta complicadísima operación radical, dados los grandes progresos de la radiumterapia y de la roentgenoterapia profunda, los cuales métodos han substituído en gran manera el bisturí en el tratamiento del carcinoma del cuello uterino.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

Las complicaciones del carcinoma del cuello uterino, o los estados morbosos concomitantes que se presentan más a menudo, son: el prolapso, el mioma, la inflamación pélvica y la preñez.

Prolapso y carcinoma cervical

Morbilidad.—En 1933, Haegler halló menos de veinte carcinomas cervicales coincidentes con el prolapso uterino, luego de revisar minuciosamente los informes hasta entonces publicados, y dió cuenta de que cinco carcinomas se presentaron entre 11,045 mujeres examinadas en la segunda Frauenklinik, de Viena, entre 1926 y 1931, a los cuales añadió dos neoplasmas de esta índole observados por Weibel, de Praga. Según sus cálculos, la morbilidad fué de 1.2 por ciento de carcinomas en 395 pacientes de prolapso uterino, y en cambio la morbilidad de esta neoplasia maligna en mujeres que no padecían prolapso, fué de 7.2 por ciento. De acuerdo con Tourneux, quien estudió y redujo a breve suma los informes publicados hasta 1934, la mayor parte de los carcinomas se presentaron en mujeres entre las edades de sesenta y setenta años.

La explicación que en términos generales se da a la rareza del carcinoma concomitante con el prolapso, es que la cornificación del epitelio que se efectúa en este último estado morbooso acrecienta en cierta manera las defensas de los tejidos en el carcinoma. Ello no obstante, Emmert y Taussig expresaron opinión contraria respecto de la frecuencia de esta complicación, ya que en cinco años hubo diez pacientes de prolapso en el *Barnard Free Skin and Cancer Hospital*, entre las cuales hallaron cuatro carcinomas cervicales concomitantes, y creen que esta coincidencia se hallaría más a menudo si se hiciera la biopsia de todas las úlceras uterinas en las pacientes de prolapso.

Tratamiento.—A causa de la situación anormal del órgano en el prolapso, es fácil tratar por medio de la radiación el carcinoma del cuello, que es lo primero que ha de hacerse en todas estas enfermas, no tan sólo por la acción destructora de los rayos respecto de las células carcinoma-tosas, mas también porque ayuda a reducir considerablemente la inflamación concomitante. Después de efectuar la radioterapia, y si lo permite el estado de la paciente, es bien poner en ejecución la histerectomía vaginal, que se puede hacer con anestesia local, si fuere necesario. Caso que el estado general de la enferma contraindicare la conveniencia de ejecutar la histerectomía, se llevará a efecto alguna operación menos radical para corregir el prolapso, pero ésta ha de diferirse por lo menos hasta cuatro semanas después de aplicar la radioterapia. Siempre que sea posible se evitarán los pesarios, a causa de la irritación que a veces ocasionan.

Mioma y carcinoma cervical

Las estadísticas publicadas indican la frecuencia de la complicación del carcinoma y el mioma. Osterlin y Bron, en 17,030 exámenes de tejidos que se hicieron en el laboratorio patológico del *Milwaukee Hospital*, hallaron 531 miomas, entre los cuales hubo diez carcinomas concomitantes del fondo uterino y un carcinoma cervical. Piquar, en un estudio de 3,230 miomas, halló cuarenta y ocho carcinomas del fondo. Winter, en 331 miomas concomitantes con carcinoma, halló ochenta de estos últimos en el fondo uterino y cincuenta y un carcinomas cervicales. En otras estadísticas de 2,331 carcinomas uterinos, la proporción fué de un carcinoma del fondo por cada quince carcinomas cervicales. Winter opina que tales estadísticas muestran que es más probable se presente el carcinoma en pacientes que padecen mioma, que en aquellas que no lo padecen, y cree además que el endometrio hiperplásico, tan frecuente en las mujeres que padecen mioma, es lo que hace que sea tan frecuente en esas enfermas el carcinoma endometrial. Sin embargo de ello, no hay ningún indicio de que el mioma sea circunstancia causal del carcinoma del cuello uterino.

Tratamiento.—En caso que haya mioma coexistente con el carcinoma del cuello, por lo común el tratamiento radioterápico del segundo sirve también como tratamiento curativo del primero. Cuando hay carcinoma del fondo uterino, se extirpa el órgano luego de efectuar la radiación, según se dirá más abajo en este mismo capítulo. En cambio, en el car-

cinoma cervical, aun cuando las más de las veces el tratamiento radio-terápico sirve también para curar el mioma, en algunas ocasiones se presenta la degeneración, o la infección de éste, y en tales casos puede ser necesario extirpar el útero. Además, los síntomas graves causados por la presión del mioma, requieren a veces la histerectomía.

Inflamación pélvica y carcinoma del cuello

Casi siempre el carcinoma cervical se acompaña de cierta reacción inflamatoria, y al tratar estas pacientes se ha observado que la roentgenoterapia previa aplicada al carcinoma es también beneficiosa por cuanto reduce el estado inflamatorio. Así, pues, en circunstancias ordinarias no es menester se ponga en ejecución ningún tratamiento especial de la inflamación. Con todo, en algunas ocasiones sí requiere algún particular tratamiento el antedicho estado inflamatorio; por ejemplo, el piómetra causado por la oclusión del conducto cervical se mitiga a veces insertando por sí solo. La peritonitis o la sepsis general requieren a veces tratamiento, un tubo delgado para desagüe en la cavidad uterina, donde se deja hasta que ceda la infección. Algunos abscesos pélvicos han menester la incisión y el desagüe, lo mismo que se hace cuando se presenta el estado infeccioso y en algunos casos es preciso valerse del tratamiento antisifilítico, cuando hay inflamación persistente que pueda ser ocasionada por la sífilis.

Preñez y carcinoma cervical

Morbilidad.—En general, la coincidencia del carcinoma y la preñez se presenta en la proporción de un carcinoma por cada 10,000 mujeres gestantes. En 18,000 preñeces, Stöckel halló ocho carcinomas (0.04 por ciento). Hirst halló uno de dichos neoplasmas malignos en 12,484 preñeces (0.008 por ciento). Esto, claro está, es a causa de que la mayor proporción de carcinomas cervicales se presenta entre las edades de cuarenta y cinco y cincuenta años, en la cual década acaecen pocas preñeces.

Sintoma.—El síntoma más frecuente del carcinoma en la mujer preñada es, como en cualesquiera otras circunstancias, el flujo sanguinolento al que desafortunadamente se le da a menudo poca importancia, ya que no es raro que se presente esta clase de flujo en la preñez, causado por anormalidades menos peligrosas.

Diagnóstico.—Para efectuar el diagnóstico es de suma importancia el que se examine el cuello uterino siempre que haya hemorragia en el período gestante, y aun cuando no se descubra ninguna anormalidad, no ha de titubear el médico en hacer nueva exploración si vuelve la hemorragia. Haciendo el examen cuidadoso con un espéculo esterilizado no se corre mayor riesgo que el que se correría con la simple exploración digital, y caso que hubiere duda se efectuará la biopsia de la región sospechosa, dada la importancia de hacer el diagnóstico exacto en los períodos incipientes de la neoplasia maligna, pues sólo así podrá salvarse a la paciente.

Tratamiento.—El tratamiento ha de cifrarse ante todas cosas en la duración del carcinoma, y se tendrá cuenta no sólo con las diversas edades a que puede presentarse la preñez, sino también se pondrá la consideración en los diversos períodos morbosos del neoplasma carcinomatoso; lo cual ha de servir de guía para determinar el tratamiento más adecuado.

Baer hizo una clasificación muy útil (*S. Clin. North America*, Nº 16, pág. 51, febrero, 1936). Divide dicho autor la preñez en cuatro períodos, a saber:

1º Preñez incipiente (hasta el tercer mes). 2º Preñez hasta el período en que puede vivir el feto (del cuarto al séptimo mes). 3º Preñez desde el séptimo mes hasta su final. 4º Preñez en el momento del parto, o poco antes. Debajo de cada uno de estos títulos hace el estudio del tratamiento que corresponde al carcinoma incipiente, así como del tratamiento de todos los períodos morbosos de dicho neoplasma.

Todas las preñadas que padezcan carcinoma incipiente o avanzado han de recibir el necesario tratamiento radioterápico, el cual, como es de suponer, destruye también el embrión y las más de las veces provoca el aborto, y caso que no se vaciara el útero al cabo de seis u ocho semanas, se procederá a efectuar el vaciamiento por medio del legrado uterino.

Hay muy diversas opiniones respecto del efecto que tiene la preñez en el desenvolvimiento del carcinoma. Zweifel y Simpson son de parecer que acelera el curso de la neoplasia, y en cambio Weibel, Wolfe, Meyer y Stöckel opinan que lo retarda. Bumm, Cullen y Kobak asientan que no produce ningún efecto adverso ni propicio.

M. Nielson allegó y dió a la publicidad una de las más copiosas estadísticas, a saber: tres observaciones propias y cuarenta y un estudios de otros cirujanos tocante a pacientes que fueron tratadas por medio de la radioterapia, entre las cuales hubo doce abortos y treinta y dos partos al final de la gestación. Entre las treinta y dos criaturas que nacieron vivas, sólo tres fueron defectuosas a causa del tratamiento radioterápico.

De las cuarenta y cuatro pacientes, ocho estaban vivas al cabo de tres años, pero el autor no declara específicamente el tratamiento que se dió a las enfermas que vivieron.

Cuando la preñez se halla entre el cuarto y el séptimo meses, el tratamiento depende de diversas circunstancias; por ejemplo, si la neoplasia se halla en el período incipiente y la gestación ha progresado hasta poco antes del período en que puede vivir la criatura, si la paciente manifiesta grandes deseos de que se haga cuanto es en sí por salvar a la criatura, se aplicarán 3,000 horas de miligramo de radium, poniéndole a éste la pantalla adecuada, y la distancia entre éste y la cabeza del feto ha de ser por lo menos de cinco centímetros. Para proteger al feto se aconseja efectuar la versión externa y poner a la paciente en posición de Trendelenburg mientras se efectúa la radiación. Este tratamiento no redundará en perjuicio de la criatura y puede contener el curso del carcinoma por tiempo lo bastante largo para que se efectúe el parto o la extracción del feto vivo o

con probabilidades de vivir. Tan presto como haya bastantes probabilidades de que viva el feto, se pone en ejecución la operación cesárea de Porro, sucedida de la radioterapia, tal como se aplica a cualquiera paciente de carcinoma, en el período correspondiente de la neoplasia.

Si la paciente tiene otros hijos y lo que importa es salvar a la madre, se hará desde el principio la aplicación máxima de radium y de rayos X, lo cual acarrea la muerte del feto, que se extrae subsecuentemente ora por medio de la operación cesárea o de la operación de Porro, según se crea es más acertado.

Cuando la preñez se halla entre los siete y los nueve meses y hay carcinoma incipiente del cuello uterino, el mejor tratamiento es la operación cesárea de Porro, sucedida de la radioterapia adecuada; mas si la neoplasia estuviere más avanzada, se dará primero alguna dosis moderada de radiación, sucedida de la operación cesárea de Porro y de la radioterapia en dosis máximas. Con este método se reducen los riesgos de la operación al disminuir el estado infeccioso concomitante y ocasionar alguna regresión del carcinoma.

En las pacientes que se hallan al final de la preñez el tratamiento depende del estado del cuello uterino, de la presentación del feto y de la magnitud que haya alcanzado el carcinoma. Por lo común está proscrita la extracción del feto por entre el cuello uterino carcinomatoso, a causa de los peligros de hemorragia provocada por los desgarros cervicales profundos, de la infección y de la diseminación de las células carcinomatosas. En cambio, puede convenir la extracción del feto por la vía natural cuando el carcinoma es muy incipiente, está encajada la cabeza y dilatado el cuello uterino; pero si las circunstancias no fueren favorables a la extracción por vía vaginal, o si el carcinoma pasa ya del período incipiente, se ejecutará la operación de Porro sucedida de la radioterapia adecuada, con lo cual se tendrán mejores oportunidades de salvar a la paciente.

TRATAMIENTO SUBSECUENTE

Los cuidados después de la radiumterapia de las pacientes que padecen carcinoma del cuello uterino serán estudiados en el siguiente orden: tratamiento ordinario, tratamiento de perturbaciones especiales y pronóstico.

Tratamiento ordinario

Mientras permanezca el radium en los tejidos carcinomatosos, se dará cierto alivio a la paciente si se le administran algunos sedantes, tales como el ácido acetilsalicílico, o la codeína, o una mezcla de ambos. Por medio de la sonda permanente se harán irrigaciones dos veces al día con solución de ácido bórico al dos por ciento, y una instilación diaria de solución de protargol al uno por ciento, o de argirol al diez por ciento. Para estimular la respiración y evitar la neumonía postoperatoria, se darán inhalaciones de bióxido de carbono y se mudará a menudo la po-

sición de la enferma; con esto último se evita además el que una sola porción intestinal reciba toda la dosis de radium, al volverse la paciente de un lado a otro.

Una hora antes de extraer el radium se le inyectan a la enferma quince miligramos de morfina y la dosis correspondiente de escopolamina, a fin de calmarla y facilitar la extracción. Al quitar el radium se quita también la sonda de retención, y de ahí en adelante se hace el sondeo vesical una vez al día, hasta que el residuo de orina ("orina residual") sea menos de treinta centímetros cúbicos. Mientras permanezca el radium en los tejidos, la paciente tomará alimentos líquidos, y después de la extracción se acrecentarán poco a poco los alimentos. Propinaráse aceite mineral (petrolato líquido) como laxante, y se darán lavativas de aceite, según sea necesario para mitigar la proctitis; además de esto se harán irrigaciones vaginales detersorias una o dos veces al día, según lo requiera la abundancia del flujo.

Si se presentare la cistitis, conviene alcalizar la orina con bicarbonato de sodio, o alguna otra substancia apropiada, lo cual sirve también para mitigar el dolor y si fuere preciso se propinarán antisépticos urinarios, o se harán irrigaciones vesicales (en el capítulo XVI daremos algunos otros pormenores acerca del tratamiento de la cistitis postoperatoria). Cuando se aplican grandes dosis de radium, es probable que se provoque **proctitis** por algún tiempo e irritación rectal que principia al cabo de unos cuantos días y que continúa aún después de dar de alta a la paciente. Tales perturbaciones suelen ser leves y se mitigan dentro de una o dos semanas, con sólo administrar sedantes e inyectar en el recto pequeñas cantidades de aceite para aliviar la irritación rectal y regularizar los intestinos, a fin de que no se agrave la inflamación con las evacuaciones frecuentes y el consiguiente tenesmo (en el capítulo XVII daremos más por menudo el tratamiento de la proctitis). El estado inflamatorio de la región anorrectal es a veces pertinaz y enfadoso y debe ser tratado oportuna y eficazmente por medio de supositorios sedantes, y si fuere menester se harán curaciones directas por medio del proctoscopio.

De ordinario, al cabo de una semana o diez días puede salir del hospital la paciente, lo cual depende de su estado general, de la magnitud del neoplasma y de la reacción que provoque el tratamiento; luego de volver a su casa reanudará poco a poco sus quehaceres, hasta que en un período de dos meses pueda ya dedicarse a sus ocupaciones usuales. Conviene instarla a que no permanezca del todo inactiva, pero que descanse con frecuencia, todo lo cual acarrea ciertos beneficios físicos y mentales. Puesto que las más de estas enfermas están anémicas, no es por demás prescribirle algún buen preparado que contenga hierro.

Cada dos meses se examinará a la paciente por los primeros dos años; dichos exámenes se efectuarán cada tres meses en el tercer año, cada cuatro en el cuarto, cada seis en el quinto, y de ahí en adelante cada año. Es preciso insistir y convencer a la enferma de la importancia de estas exploraciones periódicas, aun cuando se sienta del todo bien,

y más a menudo si experimentare algún trastorno que requiera observación o tratamiento especial.

Según queda dicho al hablar de la roentgenoterapia, debe haber estrecha **cooperación** entre el ginecólogo y el radiólogo, que redunde en provecho de la enferma. Teniendo absoluto conocimiento del programa terapéutico que se proponga seguir el roentgenólogo, del número de aplicaciones en serie, del tiempo aproximado cuando hayan de comenzarse, etc., el ginecólogo verá regularmente a la enferma, advertirá su estado y la remitirá al radiólogo en el tiempo especificado, o cuando lo requieran las circunstancias. En tal virtud, es de todo punto necesario que la paciente esté al cuidado inmediato e idóneo de un médico competente, pues de lo contrario padecerá mengua el tratamiento de esta grave enfermedad que ha menester solícita vigilancia, estudios diligentes y juicioso discernimiento.

Los rayos X suelen causar considerable decoloración de la piel y alguna irritación, de lo cual se tendrá avisada a la paciente; mas si hubiere alguna perturbación especial, se informará de ello al radiólogo, a fin de que éste haga las variaciones necesarias al efectuar las siguientes aplicaciones. No conviene pegar ninguna tira de tela adhesiva en la piel irritada, ya que esto aumentaría la irritación.

Perturbaciones especiales

Las principales perturbaciones desusadas que pueden requerir tratamiento especial, son:

Hemorragia.

Vaginitis atrófica.

Inflamación.

Fístula.

Mortificación tardía de los tejidos:

Ulceración de la vejiga.

Ulceración y estrechez del recto.

Ulceración de la pared abdominal.

Ulceración y estrechez intestinales.

Dolor causado por la recidiva del carcinoma.

Hemorragia.—Es de esperar siempre algún flujo sanguinolento intermitente mientras se restringe del todo el progreso de la neoplasia. Si el flujo es bastante copioso, conviene suspender las irrigaciones vaginales y limitar las actividades de la paciente, o aun encamarla por algunos días y administrar medicamentos hemostáticos, tales como el calcio, el viosterol, el "fibrógeno", etc., pero se evitará el taponamiento vaginal siempre que pueda contenerse la hemorragia por otros medios, ya que el tapón flojo quizás provocara más hemorragia al remover los tejidos quebradizos, y el tapón muy apretado causaría muchas molestias.

Ello no obstante, si la hemorragia es muy copiosa no hay sino efectuar el taponamiento y administrar sedantes y hemostáticos, según sea

necesario; con ello bien puede suceder que se contenga temporalmente la hemorragia y que pueda levantarse de nuevo la paciente. Por otra parte, sucede a veces que continúa el derrame sanguinolento, y en tal caso puede ser necesaria la cauterización, la electrocoagulación, o aun las nuevas aplicaciones radioterápicas; en caso de gravedad se hará la transfusión sanguínea.

Vaginitis atrófica.—A causa de la edad de estas pacientes, así como por razón del mayor menoscabo que padece la función ovárica de resultas del tratamiento anticanceroso, hay en general propensión a las vaginitis atróficas, propensión que se acrecienta con los efectos de la radioterapia, todo lo cual acelera la atrofia de la involución normal, que por su parte ocasiona la contracción de los tejidos parametriales y el estrechamiento de la vagina. El que esta contracción incidental acarree molestias depende en gran manera del estado de los tejidos cuando comienza el antedicho proceso anormal. Así, por ejemplo, en aquellas pacientes cuyos tejidos no han sido dilatados por el parto, o se ha efectuado en ellos la reparación con el fin de suprimir la laxitud, es probable que se estreche la vagina hasta el grado de causar dispareunia. Por otra parte, cuando se pierde el sostén pélvico y hay prolapso moderado, la antedicha contracción bien puede ser beneficiosa, ya que suprime la indebida laxitud y hace que los tejidos del suelo pélvico den eficaz apoyo a los órganos.

Cuando la atrofia incidental del tratamiento es moderada, puede corregirse la dispareunia efectuando la distensión para dilatar el orificio, aplicando ciertos medicamentos locales para sanar las áreas irritadas y efectuando la lubricación antes del coito, a lo cual ha de añadirse la administración de hormonas ováricas, de preferencia en supositorios vaginales, coadyuvados, si fuere necesario, con la administración por vía bucal y muy rara vez por la inyección hipodérmica. En caso que sea muy intenso el estrechamiento y no ceda a la dilatación gradual, bien será agrandar el orificio vaginal mediante alguna de las operaciones que se describen en el capítulo XV, que de cuando en cuando es preciso ejecutar aún en pacientes en quienes se efectúa la involución normal, que nada tiene qué ver con el tratamiento anticanceroso.

Además de la estrechez vaginal involutiva, se adelgaza el epitelio de la vagina, se disminuye su resistencia y la menor irritación ocasiona fácilmente su exfoliación, la cual deja superficies en carne viva en las que se presenta hemorragia puntiforme y que propenden a adherirse cuando se ponen en contacto. Estas adherencias de las paredes vaginales dieron origen al término descriptivo "vaginitis adhesiva", que se denomina también "vaginitis senil", en virtud de presentarse espontáneamente, en especial en mujeres de edad propecta.

Las perturbaciones del epitelio vaginal causadas por la edad y por los efectos de la radiación con rayos X o con radium, se agravan con la mortificación local en las regiones donde es más intensa la radiación, y de ahí que tales trastornos sean más señalados en la bóveda vaginal,

donde suelen formarse primero las adherencias y ser más extensas. Además, el tapón vaginal con que se sostiene el radium puede acrecentar la irritación y la exfoliación. Para evitar estos efectos ha de aplicarse vaselina o aceite estéril en abundancia a la pared vaginal antes de hacer el taponamiento, o aun mejor, se hará éste con gasa impregnada de vaselina o de aceite.

El tratamiento de la vaginitis atrófica se cifra en administrar hormonas ováricas en forma de supositorios vaginales, y si fuere necesario coadyuvados éstos de la administración por vía bucal; en restablecer la reacción normal (pH) de la vagina, mediante las irrigaciones con solución de ácido láctico, o de vinagre, y la aplicación de medicamentos en forma de tabletas que suministren glicógeno, en la ruptura o separación de las adherencias, y si fuere necesario en la interposición de gasa engrasada por uno o dos días después de efectuar esta separación.

Inflamación.—Es consiguiente esperar reacción inflamatoria bastante intensa, ya que por lo común el neoplasma canceroso contiene bacterias piógenas. La aplicación de rayos X antes de aplicar el radium disminuye las excrecencias papiliformes y reduce la invasión bacteriana. Además, la aplicación de algún antiséptico al implantar el radium disminuye también las probabilidades de que se presente alguna grave inflamación subsecuente; para ello empleamos la mezcla de acriflavina, según queda dicho, que es muy eficaz contra las bacterias anaeróbicas.

La inflamación subsecuente se puede presentar en forma de piómetra, de parametritis con formación de abscesos o de infección generalizada. Caso que hubiere piómetra, se efectuará la dilatación del conducto uterino y se insertará luego un tubo delgado para canalización. Si hubiere parametritis se pondrá por obra, además de la radiación, el tratamiento común y corriente de esta enfermedad, y si se formasen abscesos se haría la evacuación de ellos. La peritonitis general o la septicemia requiere el tratamiento ordinario de estas enfermedades.

Fístulas.—La propagación del carcinoma a veces da origen a fístulas véscovaginales o rectovaginales, las cuales se forman ora antes de empezar el tratamiento, o bien a pesar del tratamiento, y en tiempos pasados se presentaban con frecuencia en pacientes que no eran tratadas, o a quienes se hacía el tratamiento insuficiente. Otras veces las fístulas tienen su principio y origen en la mortificación de los tejidos que ocasiona la radioterapia, por lo común la radiumterapia, atento que ésta es más intensa, y más concentrada la radiación que la de los rayos X, pero aun en estos casos, la impregnación carcinomatosa es causa importante de la necrosis que da lugar a que se forme la fístula.

Cuando la fístula es causada por la propagación del carcinoma a pesar del tratamiento, muy poco se puede hacer, si no es el procurar la mayor paliación posible de la paciente, y luego de transcurrir algunos meses sin que se observen signos de recidiva de la neoplasia maligna, se pondrá el esfuerzo en reparar la fístula, la cual, si está situada en el

uréter, requiere tratamiento especial (véase el capítulo XII). Caso que la fístula se forme de resultas de la radiación, suele formarse tejido cicatrizal excesivo y hay por lo común fijación de los tejidos a causa de la impregnación, todo lo cual impide el despegamiento de aquéllos para enmendar el conducto fistuloso.

Mortificación tardía.—Sucede a veces que después de la radioterapia se presenta tardíamente la mortificación de resultas de aquélla, la cual rara vez es de naturaleza grave; ello no obstante, no deja de haber este peligro, en el cual se ha de poner la debida consideración al efectuar la radioterapia intensa del carcinoma. Newel y Crossen (*Surg., Gynec. and Obst.*, Vol. 60, pág. 763, 1933) trataron de este asunto en un artículo de donde tomamos los siguientes párrafos y las láminas adjuntas:

“El tratamiento eficaz del carcinoma del cuello uterino acarrea inevitablemente considerables peligros a la paciente, los cuales son menores cuando se pone por obra la radiación que cuando se ejecuta la operación quirúrgica. El médico por lo común no pára mientes en la grave responsabilidad y en los difíciles problemas inherentes a la aplicación del radium a los tejidos de esa región. Estos peligros pueden ser por carta de más o por carta de menos: si la dosis es insuficiente, sobreviven las células carcinomatosas distantes, viene la recidiva y fallece la paciente; si la dosis es tan grande que cause la destrucción de las sobredichas células carcinomatosas dispersas, se corre el riesgo de que la radiación cause menoscabo al recto, la vejiga y los uréteres.

“Para dar a la paciente la máxima oportunidad de que consiga su curación y al mismo tiempo causar mínimo daño a los tejidos, ha de hacerse el estudio detenido de las diversas circunstancias y del estado de los tejidos pélvicos en cada particular enferma, los cuales han de servir de norte y guía tocante a la dosis máxima que sea tolerable. Para ello es de todo punto necesario que el médico posea vastos conocimientos de anatomía e histopatología en relación con los tejidos pélvicos, la necesaria experiencia y el adestramiento que ha menester la palpación, además de los conocimientos sobre radiumterapia que se adquieren con el estudio y la experiencia.

“Desde 1921 hemos estado empleando la radiumterapia y la roentgenoterapia de manera metódica y bastante uniforme en la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington y en el Hospital Barnes, donde de cuando en cuando hemos compilado y estudiado nuestras estadísticas, que incluyen las pacientes curadas y que permanecieron curadas por períodos de cinco años, y otros pormenores que han sido dados a la publicidad. El fin de este artículo es poner de manifiesto ciertas complicaciones tardías que se presentaron en 371 pacientes tratadas por medio de la radioterapia, desde el 1º de julio de 1921 hasta el 1º de enero de 1933, y cuyas manifestaciones se hicieron evidentes en períodos de uno a varios años después del tratamiento.

“Estas complicaciones tardías al parecer son causadas por lentas mudanzas vasculares que dieron lugar a la mortificación circunscrita de los tejidos, a la “infiltración” (?) lenta y a la necrosis con subsecuente postración. Tales mudanzas rara vez alcanzan notable magnitud, en comparación con la intensidad del tratamiento que se requiere en estos carcinomas profundos, según lo demuestra el pequeño número de veces que se presentaron en nuestras pacientes, en las cuales las lesiones fueron: en el recto, estrechez; en la vejiga, úlcera indolente, y en la piel, “infiltración”¹ subcutánea pertinaz y creciente, que en una ocasión resultó en necrosis extensa.

“Tocante a la causa de esta complicación, esto es, a la razón de por qué se presenta en algunas pacientes y no en otras, ha de tenerse cuenta con la susceptibilidad de cada persona que da ocasión a que se presenten reacciones en el tejido cutáneo y subcutáneo, así como en la sangre y la linfa. Es de esperar que el estudio de éste y de otros estados morbosos anejos resulte en el descubrimiento de algún método para distinguir a tales pacientes, cuya susceptibilidad restringe la tolerancia a los rayos Roentgen.

Ulceración de la vejiga.—Es preciso hacer el diagnóstico correcto de la mortificación tardía que ocasiona la radiación en la vejiga y en otros tejidos, ya que si se pasa inadvertida su verdadera naturaleza, puede ser confundida con la recidiva del carcinoma, y tratada con nuevas aplicaciones roentgenoterápicas que agravarían el estado de los tejidos. Los siguientes relatos ejemplifican el diagnóstico de estas úlceras vesicales, así como su tratamiento:

“OBSERVACIÓN N^o 1.—B. H., de edad de cuarenta y cinco años, recibió en junio de 1923, 3,800 horas de miligramo de radium (en dos aplicaciones que se hicieron

¹ Me apego al original inglés y traduzco literalmente el término “infiltración” (*infiltration*). Este vocablo insignificante es en el día de hoy sumamente usual en la terminología médica. El *American Illustrated Medical Dictionary*, de Dorland, da de él la siguiente definición: “La acumulación en un tejido, de substancias anormales; cualquier estado morboso de algún tejido, causado por alguna substancia ajena de él”, definición que da en términos casi idénticos el Diccionario Terminológico de Cardenal. Tal cosa no puede ser más absurda: la voz *infiltración*, que significa la acción de *infiltrar*, se deriva del prefijo *in*, en, dentro, y *filtrar*, que por su parte proviene del latín *filtrum*, tejido grueso de lana, artificio para clarificar substancias líquidas, el cual suele ser de lana, papel, carbón, piedra calcárea, etc. Así, pues, *filtrar* es hacer que un cuerpo líquido pase por otro sólido, de donde le viene a la voz *infiltrar* el significado de “introducir una substancia líquida en los poros de un cuerpo sólido”. En medicina se dió al vocablo *infiltrar*, la acepción de “penetrar algún fluido, o serosidad, en algún tejido”, que es el único sentido que debemos conceder a la voz *infiltración*, si queremos hablar con propiedad. Por manera que es del todo incorrecto decir “infiltración carcinomatosa”, o “infiltración celular”, puesto que en tales casos son cuerpos sólidos (células carcinomatosas, o de otra índole) los que penetran en otro cuerpo sólido. Para designar tal cosa, tenemos en castellano el vocablo *impregnación*, que denota la acción o el efecto de penetrar entre las moléculas de un cuerpo, las de otro. Por otra parte, el término *infiltración* empleado de manera absoluta, como en la frase “infiltración subcutánea”. en mi opinión nada significa, o por lo menos, es sumamente confuso, pues bien puede ser infiltración de serosidades debajo de la piel, o impregnación de células, de productos inflamatorios, etc., y aun la propia inflamación. Creo que para evitar tales anfibologías debemos hacer la antedicha distinción entre *infiltración* e *impregnación*, y además, ser más específicos en nuestro lenguaje científico. (N. del T.)

con corto intervalo) para tratar un carcinoma de células escamosas del cuello uterino perteneciente a la Clase Clínica II, así como la roentgenoterapia profunda ordinaria. La paciente gozó de buena salud por tres años (hasta agosto de 1926), cuando empezó a padecer trastornos vesicales y hematuria. Al hacer el examen cistoscópico se halló una pequeña úlcera en la vejiga, en la porción correspondiente a la región cervical, la que cicatrizó presto luego de efectuar irrigaciones con solución de nitrato de plata, y cedieron por entero los síntomas. No hubo ningún indicio de recidiva del carcinoma. En los exámenes subsiguientes tampoco se descubrió ningún signo de recurrencia de la neoplasia ni hubo perturbaciones vesicales. Al examinarla en junio de 1930 se halló notable hipertensión, y en diciembre de ese mismo año falleció la enferma de apoplejía. No se hizo la autopsia.

"OBSERVACIÓN N^o 2.—E. P., de edad de treinta y tres años, recibió en septiembre de 1925, 3,000 horas de miligramo de radium para el tratamiento de un carcinoma de células escamosas del cuello uterino perteneciente a la Clase Clínica III, así como roentgenoterapia profunda, cuyos pormenores especificaremos más abajo, ya que ésta es la paciente que padeció esfacelación de la piel, que se menciona al hablar de las complicaciones tardías de los rayos X. En marzo de 1928 se quejó de síntomas vesicales, y al hacer la exploración vaginal se palpó una induración de la pared vesical cerca del cuello uterino. En el examen cistoscópico se vió un área elevada un poco más allá del triángulo, várices, hemorragia submucosa y una pequeña úlcera que tenía el aspecto antes de inflamación crónica que de neoplasma maligno, lo cual se confirmó subsiguientemente. Luego de hacer irrigaciones e instilaciones vesicales cedieron del todo los trastornos de la vejiga. Hemos continuado observando a la paciente, y en el último examen que se le hizo en junio de 1934, lo mismo que en los precedentes, no se descubrió ningún signo de la neoplasia de que fué tratada en 1925.

"OBSERVACIÓN N^o 3.—R. H., de sesenta y cuatro años de edad; en junio de 1926 se le aplicaron 4,000 horas de miligramo de radium para tratar un carcinoma de células escamosas del cuello uterino perteneciente a la Clase Clínica III, y se hicieron también las aplicaciones usuales de rayos X (roentgenoterapia profunda). La paciente estuvo bien hasta enero de 1933, cuando experimentó trastornos vesicales y tuvo hematuria. Al hacer el examen cistoscópico se halló un área de mortificación parcial, de unos dos centímetros de diámetro, inmediatamente arriba de los orificios ureterales, alrededor de la cual había multitud de vasos sanguíneos dilatados de forma un tanto radiada (Fig. 374); esos vasos sanguíneos sangraban fácilmente con el menor traumatismo.

"El Dr. J. R. Caulk, a cuyo cargo estuvo el examen cistoscópico de estas pacientes, extirpó una porción pequeña de tejido de dicha área, que al ser examinada dió indicios de inflamación crónica, pero no de neoplasia maligna. Luego de efectuar dos electrofulguraciones se suprimió la hemorragia y se disminuyó poco a poco la irritabilidad vesical. En junio de 1934 no había tenido la paciente nuevos accesos de hematuria y estaba muy mejorada de sus trastornos vesicales.

"OBSERVACIÓN N^o 4.—A. S., de edad de cuarenta y seis años; en agosto de 1929 se le aplicaron 3,600 horas de miligramo de radium, para tratar un adenocarcinoma del cuello uterino de la Clase Clínica III, y se le hicieron las aplicaciones usuales de roentgenoterapia profunda. La paciente padecía además mioma uterino y bocio exoftálmico, el último de los cuales fué tratado por medios medicamentosos. Hasta julio de 1932 gozó de buena salud, y entonces empezó a padecer molestias vesicales y hematuria.

"En el examen cistoscópico se hallaron multitud de vasos sanguíneos dilatados en la porción de la vejiga correspondiente a la región cervical, entre los cuales se veía la pared vesical de color pálido, y con un área grisácea en el centro. Toda el área anormal tenía unos tres o cuatro centímetros de diámetro y sangraba fácilmente al tocarla. Los tejidos que se extirparon por el cistoscopio mostraron inflamación crónica, pero ningún signo de malignidad. Con irrigaciones e instilaciones vesicales se contuvo fácilmente la hemorragia, y en los exámenes que se le hicieron

en julio y en septiembre de 1933 no se hallaron signos de hemorragia y sólo hubo muy pocas perturbaciones vesicales, pero en ningún tiempo se hallaron indicios de recidiva del carcinoma que fué tratado en 1929.

“En estas cuatro pacientes que padecieron complicaciones vesicales tardías, el intervalo que medió entre la aplicación de la roentgenoterapia y la presentación de los síntomas, fué de tres, dos y medio, seis y tres años, respectivamente. Los síntomas vesicales sobrevinieron bastante súbitamente y fueron sucedidos pronto de la hematuria. Al efectuar el examen cistoscópico se halló un estado morbosos bastante uniforme, consistente en una área mortificada, o úlcera, con vasos sanguíneos dilatados en forma radiada (Fig. 374). Dicha área sangraba fácilmente al tocarla, y la biopsia indicó que había inflamación crónica y no neoplasia maligna. Los exámenes subsecuentes demostraron que no hubo recurrencia del carcinoma, por más que este estado morbosos benigno pudiera presentarse en alguna paciente que padeciera carcinoma recurrente. Así la úlcera como los trastornos vesicales cedieron bastante bien con las irrigaciones y las instilaciones, y sólo en una de ellas fué necesaria la electrofulguración para contener la hemorragia.”

Ulceración y estrechez rectales.—“La radiación intensa en el tratamiento del carcinoma en el cuello uterino suele acarrear alguna irritación rectal inmediata, y no es raro que se presente la proctitis, que a las veces es muy enfadosa, pero que por lo común se cura sin dejar ninguna consecuencia. Ello no obstante, en algunas ocasiones se manifiesta la mortificación tardía, en forma de úlcera y estrechez rectales.

“OBSERVACIÓN N^o 1.—J. P., de cuarenta y cuatro años de edad, recibió en mayo de 1923, 4,800 horas de miligramo de radium, a causa de un carcinoma de células escamosas del cuello uterino perteneciente a la Clase Clínica II (clasificación internacional de la Liga de las Naciones). A esta paciente se le hizo la operación abdominal radical pocos días después de la aplicación de radium (que se hizo en dos aplicaciones con intervalo de cuatro semanas), y después de la operación se hizo la radiumterapia profunda.

“Dos años después del tratamiento, en agosto de 1925, se halló una estrechez del recto, en la porción de éste contigua al cuello uterino, en la que se podía introducir la punta del dedo, se dilataba fácilmente, pues las paredes eran delgadas y no tenía mucha induración, ni había indicios de carcinoma en el recto ni en ninguna otra parte. En 1928 quedaba aún leve estrechamiento, que no causaba ninguna molestia. En junio de 1930 no había ya ningún estado anormal en el recto ni en los tejidos contiguos, ni indicios de carcinoma. En febrero de 1931 se presentaron síntomas de neoplasma del cerebro, del cual falleció la paciente cuatro meses después, sin que hubiese habido signo alguno de carcinoma en la pelvis. No se hizo la autopsia.

“OBSERVACIÓN N^o 2.—B. S., de edad de cuarenta y seis años; en octubre de 1930 se le aplicaron 4,500 horas de miligramo de radium, a causa de carcinoma de células escamosas del cuello uterino de la Clase Clínica III, y se hizo además la roentgenoterapia profunda. En julio de 1932 había señalada estrechez rectal en la región correspondiente al cuello del útero, que no causaba ninguna molestia y que se dilató fácilmente; en julio de 1934 quedaba aún alguna estrechez, pero no signos de recurrencia del carcinoma. Esta paciente tuvo también “infiltración”¹ de segundo

¹ Véase la nota del traductor.

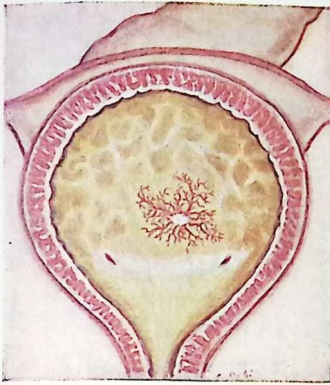


Fig. 374.—Mortificación tardía de la vejiga, seis años después de la radioterapia del carcinoma cervical, en la cual es característico el aspecto grisáceo con multitud de vasos sanguíneos dilatados en forma radiada. Esta lesión cede presto al tratamiento.

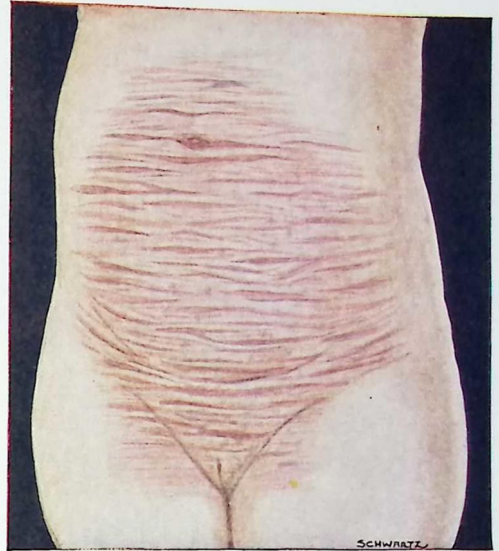


Fig. 375.—“Infiltración” (¿impregnación?) tardía subcutánea de la pared abdominal dos años después de la radioterapia del carcinoma cervical. Esta lesión es de tercer grado, con “infiltración” (?) profunda y señalada vascularización general de la superficie.



Fig. 376.—El mismo abdomen de la figura 375, cinco meses después, cuando se hizo manifiesta la necrosis, que principió en el área azulada y luego adquirió gran magnitud (véase la figura 377).

Figs. 374, 375 y 376.—Complicaciones tardías de la radioterapia del carcinoma cervical. (Quitman U. Newell y Harry S. Crossen: *Surg., Gynec. and Obst.*)

grado de la pared abdominal causada por los rayos X (véase la parte correspondiente a efectos tardíos de los rayos X).

“OBSERVACIÓN N^o 3.—S. L., de cuarenta y tres años de edad; en septiembre de 1931 se le aplicaron 3,000 unidades de miligramo de radium, para tratar su carcinoma cervical de células escamosas, Clase Clínica III, después de lo cual se hizo la roentgenoterapia profunda. En septiembre de 1933 se halló estrechez del recto, en la porción correspondiente a la región cervical, por la que podía introducirse fácilmente el dedo para hacer la dilatación, y no causó ninguna molestia. En abril de 1934 continuaba poco más o menos igual la estrechez, pero no hubo signos de recurrencia del carcinoma.

“OBSERVACIÓN N^o 4.—S. G., de edad de sesenta y un años, paciente de carcinoma de células escamosas del cuello uterino, Clase Clínica III, fué tratada en septiembre de 1932 con 4,000 horas de miligramo de radium y roentgenoterapia profunda. En agosto de 1933, al efectuar el examen de costumbre, no se hallaron signos de recurrencia del carcinoma, pero sí estrechez rectal en la porción contigua al cuello uterino, cuyas paredes eran gruesas y firmes, y el orificio estrecho, de manera que fué un tanto difícil la dilatación. En marzo de 1934 no padecía ya la enferma ninguna molestia. Es digno de nota el que esta estrechez causó trastornos poco más o menos un año después del tratamiento, y en cambio las arriba referidas no ocasionaron trastornos sino hasta dos años después de dicho tratamiento.

“OBSERVACIÓN N^o 5.—L. F., de cuarenta y cinco años de edad, con carcinoma de células escamosas del cuello, Clase Clínica III; en febrero de 1932 fué tratada con 3,000 horas de miligramo de radium y roentgenoterapia profunda. En esta paciente se puso muy de manifiesto el origen de la estrechez rectal. Sabíamos de antemano que la radioterapia eficaz causaba considerable irritación rectal, y que al parecer era más susceptible la membrana mucosa del recto que la de la vejiga a los efectos de la radiación. De ordinario la irritación rectal cede al cabo de dos o tres semanas y no tiene consecuencia alguna. Sin embargo de lo dicho, en algunas ocasiones progresa la irritación rectal hasta el período de ulceración e impregnación (“infiltración”), cuya consecuencia es la estrechez.

“En esta paciente persistió la irritación rectal, y al cabo de tres meses (en mayo de 1932) había un proceso ulcerativo perceptible, que cicatrizó poco a poco, pero con manifiesta estrechez que se acrecentaba al contraerse el tejido cicatrizal. Esto hace evidente la importancia de diagnosticar y tratar cualquiera perturbación rectal persistente, así como la importancia de hacer el tacto rectal en las exploraciones subsiguientes de la paciente. Ésta padeció también quemadura de primer grado (?) (“infiltración”, *sic.*) de la piel causada por los rayos X en la pared abdominal (véase la parte relativa a los efectos tardíos de los rayos X).”

Ulceración de la pared abdominal.—“Como es de suponer, la roentgenoterapia ocasiona la pigmentación de la piel en las áreas donde se aplican los rayos X, lo cual no tiene consecuencia alguna, y sólo hablamos aquí de la reacción inflamatoria (“infiltración”) subcutánea tardía, que subsecuentemente dió origen al engrosamiento y la irregularidad de la piel, que luego fué sucedida de la mortificación.

“E. P., de edad de treinta y tres años; en septiembre de 1925 se le aplicaron 3,000 horas de miligramo de radium para el tratamiento del carcinoma de células escamosas del cuello uterino perteneciente a la Clase Clínica III, así como la roentgenoterapia profunda. Los rayos X fueron aplicados a 9 de septiembre de 1925, 4 de noviembre del mismo año, 18 de enero de 1926, 23 de marzo, 7 de mayo, 25 de

Julio y 26 de noviembre del mismo año 1926. Cada dosis (aplicada en dos áreas: una anterior y una posterior) fué de 30 miliamperios; tiempo, 13 minutos; 200 kilovoltios; filtro, 1 milímetro de cobre, 1 milímetro de aluminio; área de aplicación, 20 centímetros; distancia, 50 centímetros.

"En los exámenes subsecuentes que se hicieron periódicamente, no se halló ningún signo de recurrencia de la neoplasia, pero desde fines de 1926 se notó que había engrosamiento ("infiltración") de la piel en un área de unos seis o siete centímetros, en la porción inferior del abdomen, inmediatamente arriba de la sínfisis del pubis, la cual área además de estar sumamente pigmentada presentaba edema del tejido cutáneo y engrosamiento ("infiltración") profundo y duro. Había además un área más pequeña en la región sacra, de aspecto semejante. En octubre de 1927 se había acrecentado el engrosamiento subcutáneo, y empezaba a hacerse manifiesta la telangiectasia en dichas áreas (Fig. 375). En marzo de 1928 se presentó una úlcera en la vejiga (véase la observación N° 2, "ulceración de la vejiga"), la cual cedió al tratamiento según queda dicho. Continuó acrecentándose la telangiectasia de la pared abdominal, y la irritación cutánea (Fig. 376).

"Dejamos de ver a la paciente, por no haberse presentado a los exámenes, hasta octubre de 1932, cuando dijo que la razón de por qué no había vuelto, era que se había esfacelado y desprendido la piel de la porción inferior del abdomen, lo cual la obligó a guardar cama por dieciocho meses. En efecto, al parecer se había mortifi-

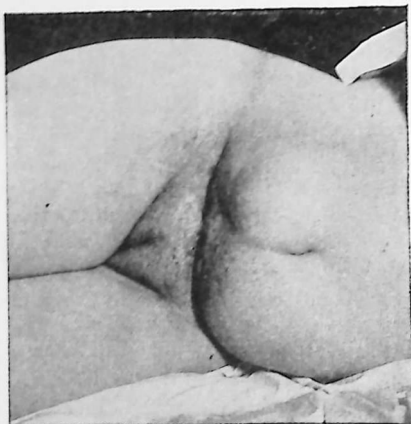


Fig. 377

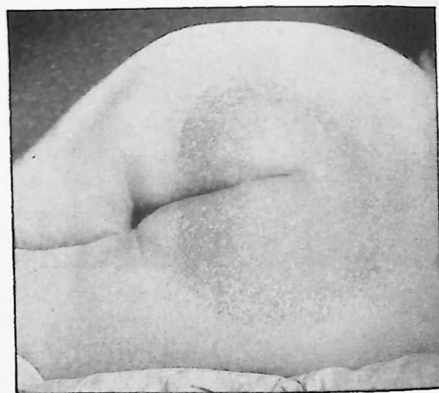


Fig. 378

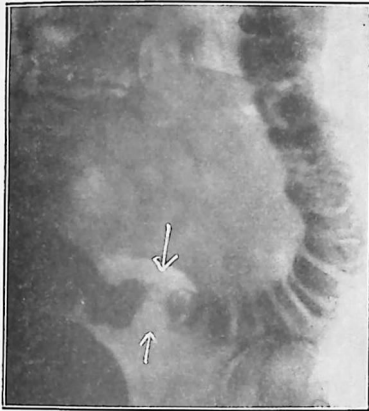
Fig. 377.—Fotografía del abdomen de la misma paciente de la lámina 376, cinco años después; hubo mortificación y desprendimiento de una porción de tejido del tamaño de la mano, que llegó hasta el tejido subcutáneo. El examen microscópico de los cortes indicó que no había malignidad. (Newell y Crossen: *Surg., Gynec. and Obst.*)

Fig. 378.—La misma paciente del grabado anterior, vista de nalgas; adviértase la descoloración de la piel, donde hubo considerable "infiltración" (?) y vascularización, pero sin necrosis. (Newell y Crossen: *Surg., Gynec. and Obst.*)

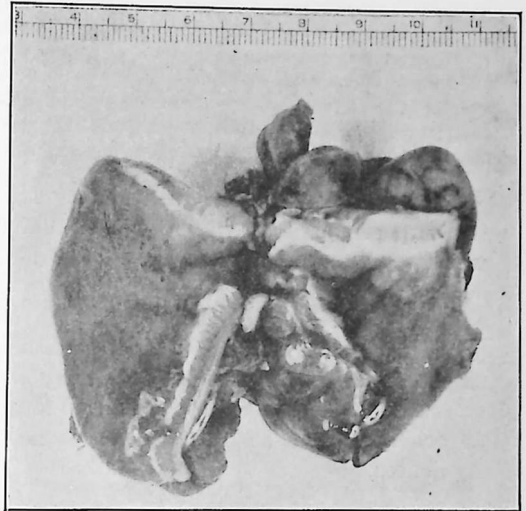
cado un área poco más o menos del tamaño de la mano en la antedicha región y desprendiéndose la piel mortificada hasta el tejido subcutáneo, dejando una gran superficie de tejido de granulación. La paciente era muy gorda, tenía paredes abdominales colgantes, y estando en contacto las superficies granulantes se habían adherido al cicatrizar. En el examen que le hicimos en octubre de 1932, el proceso de cicatrización sólo era parcial, y quedaba aún una pequeña área de tejido de granulación en el lado derecho, y la porción cicatrizada era dolorosa al tacto. Cuando volvimos a verla el 11 de septiembre de 1933, estaba totalmente cicatrizada la pared abdominal (Fig. 377). En el lado derecho de la cicatriz quedaba un área engrosada de impregnación que formaba un pequeño nódulo, el cual se extirpó para su examen micros-

cópico y sólo se halló inflamación crónica sin signos de malignidad. En el área sacra había mucho engrosamiento, era muy vascular, pero no había mortificación (Fig. 378). Como es de suponer, estuvimos observando la pared abdominal por si acaso se presentaban signos de neoplasia maligna, pero hasta la hora presente no ha habido ningún indicio de ello. Cuando hicimos el último examen, en junio de 1934, gozaba la paciente de buena salud y estaba dedicada a sus ocupaciones usuales, sin padecer ninguna molestia notable. En ningún tiempo ha habido signos de recurrencia del carcinoma que fué tratado en 1925.

“En los exámenes subsecuentes que hicimos a las pacientes, observamos dos grados de menos cuantía, de lo que al parecer era el mismo proceso morboso. En una de ellas se presentaron mudanzas cutáneas y subcutáneas muy leves.



A



B

Fig. 379 A.—Estrechez benigna del colon sigmoideo que se asemeja a un carcinoma anular. (Collins y Jones: *Surg., Gynec. and Obst.*)

Fig. 379 B.—Ejemplar de tejidos extirpados al hacer la operación, en el cual se ve la estrechez benigna del colon sigmoideo. (Collins y Jones: *Surg., Gynec. and Obst.*)

“Esta paciente, de edad de cuarenta y cinco años, recibió aplicaciones de radium y de roentgenoterapia profunda en febrero de 1932, a consecuencia de lo cual padeció proctitis bastante grave, con alguna ulceración y subsecuentemente de estrechez rectal, de que dimos cuenta en la Observación 5, al hablar de las estrecheces del recto. La roentgenoterapia consistió en 1,030 r (roentgenes¹), en la porción inferior del abdomen, el 16 de febrero de 1932, y 850 r a la porción inferior de la espalda, el 17 de febrero de 1932. A 19 de mayo de 1932 se quejó la paciente de dolor en la porción inferior del abdomen, en la vulva y en los muslos, y al efectuar el examen del abdomen hallamos que estaba sumamente pigmentado debajo del ombligo y que

¹ El roentgen es la unidad internacional de radiación roentgenoterápica. Un roentgen es la cantidad de radiación que, cuando se utilizan totalmente los electrones secundarios y se evita el efecto de la pared de la cámara, produce en un centímetro cúbico de aire atmosférico a 0° C. y 760 milímetros de mercurio de presión, tal grado de conductibilidad que se mide en la corriente de saturación una unidad electrostática de carga (Dorland). (N. del T.)

no había vellos púbicos, pero no se notó perceptible vascularidad, aunque sí alguna impregnación profunda que causaba el engrosamiento y la irregularidad de la piel. En junio de 1934 el estado de la piel continuaba poco más o menos inalterado.

“En otra paciente se presentó lo que podría designarse “segundo período” del proceso morbozo, en el cual hubo manifiestas mudanzas vasculares, que se hicieron patentes en forma de telangiectasia.

“Esta paciente, de cuarenta y seis años de edad, recibió aplicaciones de radium y de rayos X en octubre de 1930, y padeció estrechez rectal leve (Observación 2, de estrecheces rectales). La roentgenoterapia consistió en 900 r a la porción inferior del abdomen, el 30 de septiembre de 1930, y 1,000 r a la porción inferior de la espalda, el 1º de octubre de 1930.

“Al examinarla en junio de 1932, se notó que había inflamación crónica de la pared abdominal y alguna vascularidad superficial. Para diciembre de 1932 se había empeorado en gran manera el estado de la piel, la cual se hallaba levantada y formaba elevaciones paralelas. En septiembre de 1933 no había progresado el estado morbozo, y al parecer se hallaba en su intensidad máxima. En junio de 1934 era más perceptible la telangiectasia, estaba acrecentándose el dolor de la pared abdominal y empeorándose el estado de la piel.”

Ulceración y estrechez intestinales.—Las grandes dosis de rayos X que se requieren para el tratamiento del carcinoma pélvico suelen causar leves trastornos gastrointestinales, que por lo común se presentan al cabo de algunas horas y se mitigan después de unos cuantos días, por más que en ocasiones persisten por varias semanas la náusea, los vómitos y la propensión a la diarrea. Excepcionalmente, cuando se propaga el carcinoma a la pared intestinal o hay algún gran tumor carcinomatoso que comprime el intestino, la reacción local ocasiona tanta inflamación que da origen a la oclusión intestinal parcial, pasajera, y a los síntomas consiguientes.

Caso que se presentaren síntomas de obstrucción causada por el estado inflamatorio agudo poco después de aplicar los rayos X, conviene agotar todas las disposiciones conservadoras (incluso la succión con la sonda gástrica que se introduzca por la nariz), antes de recurrir a la operación quirúrgica. Esto se hizo muy evidente en tres enfermas, en las cuales se diagnosticó la oclusión intestinal, y en una de ellas se comprobó la estrechez con la radiografía gastrointestinal; todas estas pacientes fueron tratadas por métodos conservadores y se recuperaron totalmente; en una de ellas no se halló ninguna estrechez cuando se hizo la segunda radiografía.

Por otra parte, los efectos tardíos que dan origen a la mortificación y la úlcera, y subsecuentemente a la formación de tejido cicatrizal, pueden ocasionar constricción circular del intestino que con el decurso del tiempo resulte en oclusión total. Collins y Jones dieron cuenta en un artículo (*Surg., Gynec. and Obst.*, Vol. 59, pág. 644, 1934) de varias estrecheces tardías subsecuentes al tratamiento radioterápico del carcinoma del cuello, y que requirieron la resección quirúrgica de una parte del intestino (Figs. 379, A y B).

Para precaverse de tales efectos dañosos en el intestino, se ha propuesto la posición moderada de Trendelenburg de la paciente mientras se haga la aplicación de rayos X, así como la administración de medicamentos que estimulen la peristalsis, a fin de que estén en movimiento los intestinos, y la introducción de una sonda rectal para evitar que se acumulen gases. Además, cuando se aplica el radium conviene que la paciente mude continuamente de postura, a fin de evitar que alguna asa intestinal permanezca mucho tiempo en la misma posición sobre el útero.

Lesiones óseas.—Dalby, Jacox y Miller (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 32, pág. 50, 1936) dieron cuenta de catorce fracturas del cuello del fémur después de la radiación para el tratamiento de neoplasmas malignos en 471 pacientes. Creen dichos autores que la radiación previa fué la circunstancia causal de las fracturas, las cuales podrían evitarse con el mayor perfeccionamiento de la técnica.

De cuando en cuando se presenta la invasión metastática de los huesos, y en tal virtud conviene hacer radiografías de la pelvis, o de otras regiones dolorosas sin causa manifiesta, con el fin de hacer el diagnóstico. Caso que se presentare el carcinoma metastático en los huesos, puede ser muy útil la roentgenoterapia. Una de nuestras pacientes padeció metástasis en las vértebras, la articulación escapulohumeral y el cráneo, que causaba dolor intenso, el cual se alivió en gran manera luego de aplicar la roentgenoterapia y hacer la inmovilización por medios ortopédicos.

Dolor causado por la recidiva del neoplasma.—El dolor causado por la recidiva del carcinoma luego de extinguirse los efectos de la radiación, ofrece graves dificultades. El dolor puede ser causado por la presión que causa el neoplasma en los nervios contiguos, o por invasión directa del tejido nervioso, y para aliviarlo se administrarán sedantes, según sea necesario, y se regularizarán el régimen alimenticio y las evacuaciones intestinales, con el fin de evitar la presión que ocasionarían los gases y las materias fecales acumulados.

Cuando esto fuere insuficiente, se pondrán por obra disposiciones más radicales. Hasta hoy sólo se han logrado efectos medianamente buenos con la simpaticectomía (resección del plexo hipogástrico) y en tiempo más reciente ha sido más eficaz la inyección intraespinal baja. Greenhill y Schmitz emplearon este método en cuarenta pacientes y lograron aliviar el dolor en el ochenta y cinco por ciento de las veces, habiendo llegado a la conclusión de que dicho método es preferible a la simpaticectomía, no tan sólo porque es más sencillo y acarrea menores peligros, sino también porque es más eficaz. En el capítulo XV, al hablar del tratamiento del dolor pélvico ("Perturbaciones de la función"), describiremos la técnica para efectuar tales inyecciones, así como otros métodos quirúrgicos.

Pronóstico

No es por demás dedicar breves líneas al asunto del pronóstico, tal como ha de presentarse a la familia de la paciente, la cual tiene dere-

cho a saber cuáles sean las predicciones respecto de la enfermedad, para los fines consiguientes, asunto del cual ya tratamos en el capítulo I al hablar del pronóstico, adonde remitimos al lector.

Cuando las circunstancias sean favorables estará ajustado a razón el poner muy de manifiesto las esperanzas fundadas de que se cure la paciente, a condición de que los familiares entiendan claramente que es imposible pronosticar nada seguro, dadas las variaciones que presenta la enfermedad en cada particular enferma. Los casos desesperados que no ofrecen la menor esperanza de curación del carcinoma, obligan al facultativo a tener más tino y discreción al suministrar los informes necesarios a la paciente o a sus familiares, y se procurará ante todas cosas poner de manifiesto el alivio temporal que puede lograrse con el tratamiento, sin detenerse a considerar el fin inevitable, pues en hecho de verdad la experiencia nos ha enseñado que este fin no es siempre tan inevitable como parece, y que de cuando en cuando algún tumor al parecer maligno, coincidente con el carcinoma del cuello uterino y que invade tejidos donde sería imposible curar la neoplasia maligna, no es a la postre sino un neoplasma benigno. Sucede en tales casos que luego de hacer la radiación paliativa de tanteo se hace evidente la naturaleza benigna de la complicación, mejoran así ésta como el estado de la paciente, cuyo mejoramiento hace posible el aplicar dosis curativas de radium y de rayos X, con lo cual se cura la enferma con gran sorpresa de todos.

No obstante el ser tan raro este inesperado suceso que apenas entra en la cuenta del médico al hacer el pronóstico en esta clase de pacientes, pone de manifiesto la incertidumbre que hay en tales predicciones; de ahí el que no deba nunca desampararse a la paciente, pues como bien dice el proverbio inglés, "mientras haya vida queda siempre alguna esperanza". Y no hay que olvidar que aun la más leve esperanza confortará a los miembros de la familia en tan duro trance, y dará ocasión para alentar a la enferma y sin faltar a la verdad darle a entender el que aun es posible lograr su curación, aunque, claro está, sin extenderse en pormenores. En tales casos solemos decir a los familiares lo siguiente: "la enfermedad es grave, tan grave que no ha de esperarse mucho del tratamiento; éste por lo común mejora en gran manera la enfermedad, disminuye los padecimientos, prolonga la vida y ocasiona relativo bienestar. De cuando en cuando, el efecto del tratamiento es tan notable, que excede toda expectación, y con el tiempo puede hasta efectuar la curación, lo cual nos hace alentar alguna esperanza".

Cuando sea interrogado el médico respecto de la duración de la enfermedad y el tiempo aproximado cuando suele acaecer la muerte, conviene aprovechar la oportunidad y preparar a la familia, a fin de que esté prevenida para las diversas eventualidades, a saber: el rápido progreso de la enfermedad a pesar del más diligente tratamiento, la muerte repentina causada por hemorragia o por alguna otra complicación, la mejoría y la detención del mal por algunas semanas, o quizás algunos

meses, o aun la mejoría tan señalada que justifique el tratamiento intenso, con la esperanza de lograr la curación. Con estos conocimientos, la familia de la enferma podrá hacer las necesarias disposiciones para el cuidado de ésta y cooperar con el médico al poner por obra el tratamiento. La pregunta que haga el esposo, o algún otro familiar allegado, dará ocasión al facultativo para hacer las siguientes aclaraciones: "puede decirse que no hay dos pacientes iguales: algunas declinan rápidamente y fallecen en poco tiempo; otras mejoran y gozan de relativo bienestar por varias semanas, y aun por algunos meses; en cambio hay otras, si bien raras, que mejoran inesperadamente, según queda dicho. Por tanto, no hay sino tener paciencia y no perder las esperanzas".

PREVENCIÓN DEL CARCINOMA DEL CUELLO UTERINO

La manera más eficaz de reducir el número de fallecimientos a causa de esta variedad de carcinoma radica en evitar la enfermedad, lo cual es factible y puede reducir en gran manera la mortandad. El médico y el cirujano tienen con más frecuencia oportunidad de prevenir el carcinoma del cuello uterino, que de curarlo cuando ya se presentó, en virtud de lo cual ha de prestarse la debida atención a este asunto.

En un artículo titulado *Prevention of Cancer of the Cervix Uteri* (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 26, pág. 686), pusimos de manifiesto la circunstancia de que la curabilidad del carcinoma del cuello continúa siendo exigua a pesar del gran perfeccionamiento de los métodos terapéuticos, y que para salvar de la muerte a mayor número de pacientes es menester se generalicen los métodos preventivos. Tocante a esto, hay dos circunstancias muy dignas de nota: la causa de la exigua curabilidad y el remedio.

Causa de la exigua curabilidad

Si se estudia detenidamente el asunto, se hace evidente la causa de que continúe siendo tan exiguo el tanto por ciento general de pacientes curadas. Si bien es cierto que esta proporción general es de veinte a veinticinco por ciento, cuando se pone por obra el tratamiento eficaz, también lo es que en determinada clase de enfermas esta proporción alcanza el ochenta o el noventa por ciento, lo cual demuestra que los métodos terapéuticos empleados en el día de hoy son suficientes para curar totalmente la enfermedad, en casi todas las pacientes de esa clase. Por otra parte, las estadísticas nos dicen que hay otra clase de enfermas en quienes la proporción de curas no pasa del veinte por ciento, proporción que varía un tanto en las diferentes estadísticas, pero que en general no pasa de dicho guarismo, aun cuando se ponga en ejecución el tratamiento más enérgico y eficaz conocido.

Cabe ahora el preguntar cuál sea la verdadera causa de que se efectúen tantas curas en determinada clase de pacientes, en quienes es posible arrancar de raíz la enfermedad casi con certeza, y cuál pueda ser la razón de que en otro grupo fallezca irremisiblemente una de cada cinco pacientes. ¿Es acaso alguna circunstancia racial, el estado de la salud, o alguna inmunidad, o resistencia peculiar de la persona? No, no

es ninguna de estas circunstancias ignotas, sino algo inteligible y fácil de reconocer: la duración del proceso carcinomatoso, que si se descubre en su período incipiente se puede curar casi con certeza, y en cambio, si se diagnostica cuando ya está muy avanzado, su curación es problemática, e inevitable el que fracase muchas veces el tratamiento.

Si es posible curar el noventa por ciento de los carcinomas incipientes, y el veinte por ciento de los neoplasmas avanzados, ¿por qué, entonces, la proporción general de curas es tan sólo en término medio de veintitrés por ciento? ¿Cuál es la razón de por qué no asciende esa proporción al sesenta, o al setenta por ciento, como sería lógico suponer, dados los esfuerzos persistentes que se hacen por efectuar el diagnóstico en el comienzo de la enfermedad? La razón es, porque el médico ve muy pocos carcinomas del cuello uterino en sus períodos incipientes, circunstancia que se pone muy de manifiesto al hacer la suma total de las estadísticas de todos los países. Tal cosa se patentiza de manera sorprendente en nuestras estadísticas del Hospital Barnes, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington: al hacer el estudio de los efectos logrados en cinco años en el tratamiento del carcinoma cervical (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 22, pág. 559, 1931, y *Surg., Gynec. and Obst.*, Vol. 58, pág. 450, 1934), en el período de 1921 a 1926, pusimos en claro que se trataron 121 pacientes de carcinoma cervical, de las cuales, en sólo tres se hallaba la neoplasia en su período incipiente y todas las demás padecían invasión carcinomatosa del parametrio, las más de ellas hasta la pared pélvica. Como suele suceder, los tres carcinomas incipientes curaron por entero, lo cual dió el ciento por ciento de curas en esta clase de enfermas; con todo, la gran preponderancia de carcinomas avanzados (en proporción de 118 a 3), hizo que el tanto por ciento general de curaciones fuese tan sólo de 23.9.

De lo que es consiguiente inferir que el diagnóstico temprano del carcinoma del cuello es la circunstancia decisiva que acrecentaría el tanto por ciento de curaciones. Esto, al parecer, sería el tuáutem del asunto y daría la solución al problema, puesto que la eficacia de noventa a ciento por ciento de los métodos terapéuticos actuales, cuando se aplican al tratamiento del carcinoma incipiente, daría al traste con la mayor dificultad que ofrece la evitación de la muerte ocasionada por el carcinoma del cuello uterino. Mas por desgracia no es tal cosa lo que sucede: fácil es hablar del diagnóstico de la neoplasia cuando apenas empieza, pero es imposible lograr ese diagnóstico cuando el médico no ve a las pacientes sino hasta que la enfermedad está ya muy avanzada. Tal es, en pocas palabras, en lo que se cifra tan grave dificultad.

Ni tampoco es este un nuevo descubrimiento, pues por muchos y muchos años ha dado esta dificultad multitud de desvelos a la clase médica, la cual de mucho tiempo atrás ha reconocido la importancia del diagnóstico temprano y ha hecho innúmeros esfuerzos por lograrlo. Ello es así, que de continuo se hace patente la necesidad de diagnosticar el carcinoma en sus períodos incipientes, tanto en los trabajos clínicos, como en las escuelas de medicina, mediante libros de texto y revistas médicas locales, nacionales e internacionales. Algunas corporaciones se han ocupado en suministrar utilísimos informes al público con ayuda de la prensa diaria, de revistas y de publicaciones especiales. Hanse dedicado determinados días en los cuales se procura instruir a la gente, y hacerles ver la importancia de que consulten con el médico tan presto como se presente algún trastorno sospechoso.

Todo lo cual, no cabe duda, ha sido sobremodo beneficioso, por cuanto se han logrado grandes progresos en el diagnóstico temprano y en el

tratamiento oportuno de los neoplasmas malignos externos, así como de los internos que ocasionan síntomas desde sus primeros períodos, en virtud de lo cual muchas pacientes acuden al médico cuando empiezan a padecer ciertos trastornos, siendo que de otra suerte les habrían dado muy poca importancia. Tal cosa sucede con el carcinoma del cuerpo uterino, que suele ocasionar hemorragia desde que empieza la enfermedad, y ha servido también para hacer que las enfermas de carcinoma cervical soliciten consejo médico en períodos un tanto menos avanzados de la neoplasia, lo que permite al facultativo diagnosticar en vez de los carcinomas muy avanzados los de mediana intensidad. Mas aun en tales casos, el proceso canceroso está ya bastante extendido en el parametrio y llega a veces hasta la pared pélvica.

LA FALTA DE SÍNTOMAS EN LOS PERÍODOS INCIPIENTES

Viene ahora a cuento el indagar la razón de por qué algunas mujeres inteligentes consultan al médico cuando su enfermedad está ya moderadamente extendida, en lugar de consultarlo desde que comienza el mal, y cuál pueda ser la causa de que, a pesar de la vasta difusión entre los

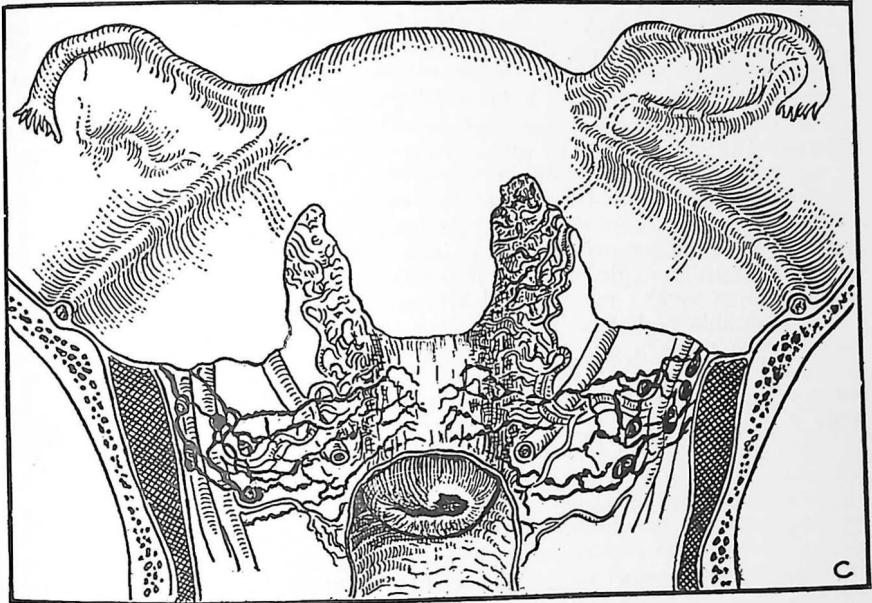


Fig. 380.—Propagación incipiente del carcinoma a los tejidos profundos, antes de que la paciente experimente ninguna molestia, lo cual es causa de que se curen pocas enfermas. (Crossen: *Enfermedades de la Mujer*, publicado en español por UTEHA.)

profesionales como entre el vulgo, de conocimientos acerca del cáncer, la máxima parte de las enfermas acuden en busca de tratamiento cuando ya el neoplasma maligno está muy extendido.

La razón es una circunstancia que hemos tardado en aceptar, pero que se hace cada vez más evidente al paso que se acrecientan nuestros conocimientos, es a saber, que el carcinoma del cuello uterino no da origen a ningún síntoma en sus primeros períodos. O por mejor decir, que en lo

que respecta a esta variedad de carcinoma, los llamados "primeros" síntomas, sólo lo son de manera muy relativa, pues no son sino los primeros síntomas que advierte la enferma, pero no significan que la enfermedad se halle en su primer período. Las mudanzas microscópicas que se efectúan al empezar el carcinoma no causan hemorragia ni flujo, y no hay nada en ese período que dé indicios a la paciente ni al médico de que se empiece a formar el carcinoma. Por manera que cuando se presentan los "primeros síntomas" de esta neoplasia maligna, el mal ha estado desenvolviéndose por mucho tiempo, y se ha propagado ocultamente a vastas regiones contiguas (Fig. 380).

Esta circunstancia tan desalentadora, pero tan verdadera, es lo que hace tan dudoso el futuro progreso cuando se mira el asunto a la luz del tratamiento y del diagnóstico tempranos, pues no obstante el adelantamiento que se ha logrado al hacer posible el diagnóstico en períodos un tanto cuanto más incipientes que se hacía en épocas pasadas, no ha sido posible el que las enfermas sean examinadas desde el comienzo de la enfermedad, que, como queda dicho, no origina ningún síntoma en los primeros períodos.

El remedio

El relativo fracaso de los antedichos esfuerzos ha sido causa de que se analicen con más detenimiento las diversas circunstancias relacionadas con el carcinoma del cuello uterino, y en la hora presente hay muchas cuestiones tocantes a las mudanzas microscópicas, según se ven en los tejidos extirpados, que representan los primeros períodos del carcinoma. Además de esto, se están ensayando nuevos métodos, tales como el examen con el colposcopio que permite ver amplificados los tejidos vaginales, y la reacción química que ocasiona el yodo, según el método de Schiller, con el fin de distinguir las primeras mudanzas carcinomatosas en el epitelio cervical. Nadie niega la importancia de estos métodos, que son muy dignos de encomio, mas hay que reconocer que se requieren disposiciones mucho más radicales para lograr disminuir la mortandad de tan temible mal. Preciso es buscar la solución a este difícil problema de otra manera que no explicando los signos y síntomas del carcinoma a los médicos y a las pacientes. **Lo que hemos de hacer, es pensar en la causa del carcinoma y suprimir cualquier estado anormal que lo preceda y lo ocasione.**

No es por demás traer a la memoria el que la irritación continua y prolongada, cuya causa es la cervicitis crónica que suele acompañarse de desgarraduras, ectropión, impregnación celular y alteraciones quísticas, es circunstancia por demás propicia al desenvolvimiento del carcinoma, y según se ha dicho muchas veces esas lesiones son muy perceptibles; nadie desconoce el papel causal que tienen respecto del carcinoma, y, ello no obstante, se permite el que continúen hasta que la paciente llega a la "edad del cáncer". Se toman grandes trabajos para descubrir los primeros signos del carcinoma en el cuello uterino dañado por la cervicitis crónica, a fin de poner presto en ejecución el tratamiento anticanceroso, cuando que sería mucho más seguro suprimir la cervicitis crónica, antes de que se convirtiera en carcinoma.

Con la simple escisión de los tejidos dañados del cuello puede curarse la cervicitis crónica, y de esa manera evitar el carcinoma; mas luego que éste se empieza a formar en el área irritada, es incierta la curación aun cuando se ponga por obra el tratamiento más radical.

De lo que va dicho se sigue que lo más principal en la prevención de la muerte causada por el carcinoma del cuello uterino, es la extir-

pación metódica inoportuna de los tejidos dañados del cuello, que son causa de continua irritación y dan origen a la neoplasia. Aun más, no tan sólo es esto de suma importancia, sino al parecer el único medio con que se puede lograr la mayor reducción de la mortandad que ocasiona este neoplasma maligno.

Tal cosa ha sido reconocida desde hace mucho por los ginecólogos más eminentes, quienes han puesto de manifiesto la importancia de suprimir lesiones crónicas irritantes, y al insistir sobre este punto nosotros guía el deseo de añadir a tales amonestaciones, un plan metódico que solucione eficazmente esta grave dificultad.

PROYECTO GENERAL DE TRATAMIENTO

Al presentar un plan metódico que sirva de norma al tratamiento, ha de tenerse cuenta con las siguientes circunstancias:

1ª Millares de pacientes que padecen lesiones crónicas irritantes del cuello uterino, tales como la cervicitis, las "úlceras" cervicales, las desgarraduras, el ectropión de la membrana mucosa cervical, la erosión y los pólipos. están siendo tratadas por medios paliativos que si bien suministran bastante alivio a las enfermas, no suprimen del todo la irritación crónica profunda, tan propicia al desenvolvimiento del carcinoma.

2ª Otras muchas pacientes se tratan ellas mismas de su "leucorrea leve", con medios paliativos, que no atajan el desenvolvimiento del carcinoma en el cuello uterino irritado.

3ª Hay otras mujeres cuya irritación crónica del cuello no da origen a síntomas que las hagan sospechar en alguna perturbación local.

Para suprimir esas lesiones crónicas irritantes que suelen acarrear la muerte a multitud de pacientes de resultados del carcinoma cervical, es preciso hallar algún medio de tratar eficazmente a las pacientes incluidas en las tres clases arriba mencionadas, lo cual requiere acción enérgica de la siguiente manera:

A. La labor del médico en particular, respecto de sus pacientes, encaminada a suprimir la irritación crónica del cuello uterino, antes que dé origen al carcinoma.

B. La expansión de la magnífica labor educativa que se está llevando a efecto en el día de hoy, a fin de que incluya las disposiciones necesarias para hacer patente al público la circunstancia de que el carcinoma del cuello se presenta sin dar indicio alguno de la enfermedad, y de ahí la importancia de los exámenes médicos, cuyo fin sea el suprimir cualquiera irritación del cuello uterino antes de que se convierta en carcinoma.

Este plan resolverá teóricamente el problema, pero no bastan la teoría ni los principios especulativos para hallar la solución de un asunto de tanta trascendencia, antes debemos trazar y ensayar todos los medios posibles para alcanzar el fin deseado. La enunciación de ciertos postulados es tan sólo la mínima parte en la solución de este gran problema que envuelve multitud de pormenores, en los cuales ha de ponerse la debida consideración. En este discurso tocaremos principalmente lo que concierne a la labor del médico respecto de sus pacientes.

LA TAREA DEL MÉDICO

El médico ha de ser el norte y la guía en esta batida contra la muerte. Cada facultativo tiene el ineludible deber de cooperar en la noble ta-

rea de reducir la mortandad del carcinoma del cuello uterino y de librar a sus pacientes de una muerte inevitable. En tan vasto e intrincado asunto como es el del cáncer, que ha puesto a prueba el ingenio de tan grandes hombres y en cuya solución trabajan incesantemente tan ilustres corporaciones, creemos que la principal tarea ha de ser por entero la prerrogativa y la incumbencia de aquellos cuyo particular adestramiento los capacite para ello, lo cual no excluye al médico general, quien puede y debe prestar su ayuda en esta noble cruzada que se está llevando a efecto en todo el mundo contra el carcinoma del útero, que tántas muertes ocasiona por doquier. La labor eficaz del médico en este respecto incluye lo siguiente:

1º No permitir nunca que persista la irritación crónica en las mujeres que padecen inflamación, o irritación del cuello uterino, en particular si son mayores de treinta y cinco años, por más que el carcinoma acometa a mujeres de menor edad. Luego de suprimir por medio de irrigaciones vaginales y de medicamentos aplicados directamente a los tejidos, el período agudo del estado morboso que cause la irritación, se pondrá por obra la escisión de los tejidos, o cualquiera otra disposición enérgica, para excluir la irritación crónica que quede. No es mi intención discurrir aquí en pro o en contra de los diversos métodos empleados para tratar las lesiones de menor cuantía del cuello uterino, y baste decir que el tratamiento debe suprimir del todo la causa de la irritación, y que al contemporizar con medios paliativos no se aleja el peligro.

Viene muy a propósito el traer a la memoria que determinado número de carcinomas cervicales (en algunas estadísticas, tanto como el diez por ciento) acaecen antes de la edad de treinta y cinco años, lo cual hace evidente lo desacertado y peligroso que es el diferir, de acuerdo con las antiguas doctrinas, la reparación del cuello hasta el final del período prolífico de la vida de la mujer, puesto que la experiencia nos enseña que la irritación crónica puede dar origen al carcinoma cervical, en mujeres más jóvenes, según demuestran los informes publicados acerca de algunos carcinomas en pacientes menores de treinta. De lo que es consiguiente inferir el peligro que acarrea el dejar que persista la irritación aun en el período prolífico.

La supresión total de la irritación crónica es, pues, el único medio seguro, lo cual si se efectúa con cuidado y discernimiento, procurando no destruir innecesariamente los tejidos normales ni provocar formación excesiva de tejido cicatrizal, debe de propiciar antes que impedir las subsecuentes preñeces. Y aun cuando en los partos futuros hubiere alguna desgarradura del cuello, la reparación de ésta sería tortas y pan pintado, en comparación con el peligro del carcinoma.

2º Efectuar exámenes subsecuentes a las pacientes curadas por el tratamiento, para cerciorarse de que no vuelve la irritación.

3º Interrogar a las pacientes aquejadas de cualquiera otra enfermedad, acerca de si padecen leucorrea o han notado algún otro síntoma de trastorno de los órganos pélvicos, con el propósito de hacer el examen necesario y poner por obra el tratamiento.

4º Las pacientes arriba referidas, a saber, las que consultan al médico sobre alguna otra enfermedad que no presenta ningún síntoma pélvico, ofrecen grandes dificultades a la prevención del carcinoma, pues cosa averiguada es, según va dicho, que aun cuando no haya ningún signo subjetivo, puede haber suficiente irritación crónica en el cuello que sea propicia al desenvolvimiento celular aberrante que resulte en carcinoma. Por otra parte, al llevar a la práctica cualesquier métodos preventivos, ha de tenerse cuenta con la natural renuencia a dejarse examinar, siendo que no padecen ningún síntoma que lo justifique.

Es entonces cuando ha de hacerse patente el ingenio y la influencia del médico, quien con mesura y discreción, sin insinuar nada que pueda inquietar a la

pacienta, llega a convencerla de la conveniencia de que el examen vaginal sea parte de la exploración general en que ha de fundarse el tratamiento. La edad de la paciente a que debe insistirse acerca de este examen, aun cuando no haya ningún indicio de perturbación en los órganos genitales, varía un tanto según las circunstancias y según la amnesia, pero en general conviene efectuarlo a la edad de treinta y cinco años, o menos.

En lo que respecta al médico, es indispensable que efectúe el examen vaginal al poner por obra la exploración general, puesto que en su carácter de consejero médico está obligado a averiguar sin género de duda si hay comienzo de carcinoma cervical, o alguna irritación crónica que pueda originarlo. Así, pues, tanto el internista como el médico general que asume la responsabilidad de aconsejar a sus pacientes respecto de su salud, debe tener siempre en la memoria la posible irritación crónica asintomática del cuello uterino, que con el decurso del tiempo pudiera dar origen y principio al carcinoma.

5º Sucede a veces que la paciente interroga al médico acerca de la frecuencia con que debe hacerse el examen vaginal, y para ello debe estar prevenido el médico, a fin de aconsejarlo, aunque no lo pregunte la enferma.

Los exámenes vaginales deben efectuarse con la necesaria frecuencia para excluir razonablemente la posibilidad de lesiones irritantes, pero al mismo tiempo se dejarán transcurrir intervalos seguros de tiempo, a fin de evitarle molestias y gastos innecesarios a la paciente, procurando siempre que dichos intervalos parezcan ajustados a razón a las más de las pacientes, luego de haberles explicado el asunto. Así, los largos intervalos serán, en opinión de la interesada, tan razonables que no les pondrán ningún reparo y volverá regularmente a ver al médico, con lo cual hará éste labor preventiva del carcinoma, más eficaz que si pretendiere hacer dichos exámenes con mayor frecuencia, dada la probabilidad de que éstos resulten enfadosos y se desechen a la postre. En mi opinión, han de aconsejarse los reconocimientos una vez al año, de los treinta y cinco a los cincuenta y cinco años de edad.

Es más probable que se obtenga la cooperación de las pacientes en este respecto, si se les informa que en estos veinte años de la vida es cuando se efectúan señaladas mudanzas en la estructura del cuerpo y en la función de diversos órganos, y que muchos médicos de reconocida autoridad aconsejan estos reconocimientos anuales, de los que ha de ser parte integrante el examen vaginal.

Antes de los treinta y cinco años, no cabe duda, conviene efectuar de cuando en cuando dichos exámenes, pero en la hora presente parece es acertado poner la mayor atención en el antedicho período de veinte años, y hacer patente a nuestras pacientes la gran importancia de que se hagan tales reconocimientos médicos una vez al año en el citado período.

DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTOS ENTRE EL PÚBLICO

Es menester que se suministren al público informes fidedignos, por dos razones: primero, para hacer que tales informes lleguen a conocimiento de aquellas pacientes que no suelen consultar al médico, y segundo, para hacer patente la importancia de que las pacientes acaten y pongan por obra los consejos del médico.

El médico diseminará indirectamente tales informes, por medio de la conversación que sus pacientes tengan con las amigas.

El otro importante medio de difundir la información entre el público, incluye las sociedades médicas locales y nacionales, y las corporaciones constituídas por médicos y personas no profesionales, que han prestado tan altos servicios y difundido informaciones tan útiles entre el público, tocante a la salud, como lo ha hecho hasta aquí la *American Society for the Control of Cancer*.

Precauciones en la histerectomía supravaginal

Las precauciones que se tengan en caso que se requiera la histerectomía supravaginal, cooperan también en la prevención del carcinoma del cuello uterino, ya que de esa manera se descubre y se suprime el carcinoma incipiente, así en el cuello como en el cuerpo uterino, y cualquiera irritación crónica que haya en el primero cuya consecuencia puede ser el neoplasma maligno. En el capítulo V, al hablar de la histerectomía, tratamos por menudo de estas precauciones, que han de tenerse siempre en la memoria.

CARCINOMA DEL CUERPO UTERINO

Es bien considerar el carcinoma como el prototipo de los neoplasmas malignos del cuerpo del útero, que en ese sitio es, claro está, de células columnares o de la variedad glandular (adenocarcinoma), ya que rara vez se presenta el carcinoma de células epiteliales escamosas; esta variedad es en ese sitio una verdadera rareza, que pone en duda el origen y la naturaleza morbosa del neoplasma y hace pensar en la posibilidad de la neoplasia y de la "epidermización" proveniente del cuello uterino. Así, pues, el carcinoma del cuerpo del útero está representado por el adenocarcinoma, si bien muchos neoplasmas anaplásicos de crecimiento rápido no llegan al período de madurez lo bastante para presentar la estructura adeniforme. Estudiaremos a continuación lo concerniente al carcinoma del cuerpo uterino, de la siguiente manera:

Pormenores del diagnóstico.

Clasificación patológica.

Clasificación clínica.

PRINCIPIOS EN QUE SE FUNDA EL TRATAMIENTO.

PORMENORES DE LOS DIVERSOS MÉTODOS TERAPÉUTICOS.

CUIDADO SUBSECUENTE.

PREVENCIÓN DEL CARCINOMA DEL CUERPO UTERINO.

Pormenores del diagnóstico

El carcinoma del cuerpo uterino principia en el endometrio y, por tanto, desde sus períodos incipientes da origen a excesivo flujo menstrual o a escurrimiento sanguíneo en los intervalos, razón por la cual es más probable que las pacientes consulten con el médico desde que comienza la enfermedad, y si el médico reconoce los signos de ésta, es consiguiente que haga el diagnóstico bastante oportunamente, el cual depende del examen microscópico de los tejidos que se obtengan al efectuar el legrado uterino. De ahí la importancia de poner por obra esta operación quirúrgica siempre que haya propensión a la hemorragia, que no ceda al tratamiento medicamentoso, en particular si la enferma es

mayor de treinta y cinco años. Sucede a menudo en tales casos que hay además cervicitis crónica, que es otra razón de por qué ha de efectuarse la raspadura uterina, que da oportunidad a que se haga al mismo tiempo la escisión cónica del cuello. El legrado es el tratamiento eficaz de la hemorragia endometrial, y con la escisión cónica se suprime la amenaza de la irritación crónica en el cuello. Después de la operación ha de hacerse el examen microscópico de todos los tejidos, con lo cual se tendrán informes seguros acerca de cualquier proceso morboso que se esté efectuando en alguna porción del órgano, y se sabrá a ciencia cierta si hay neoplasia maligna.

Clasificación patológica

En la hora presente está bien reconocida la clasificación patológica del carcinoma del cuerpo uterino, según la variedad de células de que conste y la distribución de éstas, la cual clasificación es muy útil, no tan sólo porque facilita los estudios patológicos, mas también porque sirve de ayuda en la selección del tratamiento, particularmente en las pacientes que se hallan cerca de los linderos de la operabilidad. La clasificación según la variedad de células ha probado ser más útil en el carcinoma del cuerpo que en el del cuello uterino, pues los carcinomas endometriales son más variables tocante a su malignidad, y los hay desde los muy poco malignos, que apenas pasan de la hiperplasia benigna, hasta los neoplasmas sólidos de células embrionarias, que son sumamente malignos. Esta clasificación patológica comprende cuatro grados, o clases, cuyo significado clínico es el siguiente:

Grado I. En esta clase de neoplasmas la estructura microscópica se asemeja en general a la hiperplasia del endometrio, pero puede distinguirse de ella por la característica acumulación de las células y el aspecto de cada una de éstas. El neoplasma suele ser superficial y su naturaleza es de todo en todo papilar. Es esta variedad de carcinoma el que algunas veces se extirpa totalmente al efectuar el mero legrado uterino, según demuestran la histerectomía subsecuente y el estudio microscópico de los tejidos. Esta variedad se designa también con el nombre de "adenoma papilar maligno".

Grado II. En esta clase de neoplasmas se notan signos más claros de malignidad, pero su estructura conserva aún señalada disposición adeniforme. Se le denomina también "adenoma maligno".

Grado III. La estructura de estos carcinomas indica que las células malignas en su crecimiento errático se han apartado en gran manera de la disposición adeniforme, y se multiplican formando conjuntos bastante sólidos que, ello no obstante, contienen multitud de pequeños agujeros separados, que representan rudimentos glandulares. Hay además de estas mudanzas en forma, que dan a la estructura carácter antes embrionario que adulto, aumento en la malignidad. A estos neoplasmas en particular se les ha dado el nombre de "adenocarcinoma", por más

que todos los diversos grados no sean sino diferentes variedades de adenocarcinomas.

Grado IV. En estos neoplasmas se hace evidente la multiplicación desordenada y sin restricciones de las células embrionarias, que forman sólidos conglomerados, en los que no hay la más leve huella de distribución adeniforme. Esta variedad es la más maligna y sigue curso rápido. Se designa también con el nombre de "carcinoma difuso" (anaplásico embrionario).

Clasificación clínica

No obstante el haberse consolidado la clasificación patológica del carcinoma del cuerpo uterino, según queda dicho, no ha sido posible hacer definitivamente la clasificación clínica que sea de práctica utilidad general, por razón de que, aunque a primer aspecto parezca fácil, es asunto por demás complicado y ofrece dificultades que no se hallan en el carcinoma del cuello, ya que en este último es posible determinar por medio de la palpación la magnitud de la impregnación neoplásica, puesto que son del todo visibles las úlceras vaginales y cervicales. Por el contrario, el carcinoma del cuerpo se desenvuelve en sus diversos períodos en la espesa pared uterina, donde no se puede efectuar su palpación ni su inspección, y donde sólo es posible determinar su magnitud luego de extirpado el útero.

No embargante tales dificultades, debe persistirse con tesón en los intentos de lograr alguna clasificación clínica adecuada, que es de todo punto necesaria para justipreciar los efectos del tratamiento, cuya comparación demanda el que se equiparen neoplasmas que sean con poca diferencia de la misma magnitud (carcinomas incipientes con carcinomas incipientes, etc.). De otra suerte, fácil es hacer interpretaciones erróneas respecto de la eficacia de los diversos métodos terapéuticos, según se puso muy de manifiesto en nuestras estadísticas del Hospital Barnes, que incluyeron las observaciones hechas por cinco años de los efectos del tratamiento (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 29, pág. 326, 1935). Casi todas las cincuenta y seis pacientes tratadas por medio de la radioterapia antes de 1929, fallecieron, lo cual parecería indicar que la radiación tiene muy poco efecto curativo; mas si se pone la consideración en la magnitud de la enfermedad, hallaremos que casi todas las pacientes que ofrecían razonables esperanzas de curarse fueron operadas, y que la radiación sólo se aplicó a los neoplasmas incurables. Por consiguiente, los resultados generales no indican la eficacia relativa de la radiación, ni aun en aquella época, y mucho menos en la hora presente, cuando tantos adelantos se han logrado en la radioterapia.

Es sumamente necesario el tener un método uniforme de clasificación clínica, según la magnitud de la neoplasia, no tan sólo para justipreciar los efectos del tratamiento, según recen los informes publicados, sino también que sirva de guía para escoger el mejor tratamiento de las pacientes según se van presentando. Una clasificación de esta índole re-

quiere el examen detenido y el registro minucioso de los hallazgos antes de la operación, así como de los hallazgos al ejecutar la operación y del aspecto macroscópico de los ejemplares extirpados. Claro, esta división en períodos que representen la magnitud del neoplasma, ha de tener firmes fundamentos *patológicos*, o por mejor decir, no es posible determinar los linderos de los períodos clínicos tan sólo por los síntomas, sino dichos períodos han de representar la magnitud exacta del neoplasma, según se determine al efectuar el examen, al ejecutar la operación y al examinar los ejemplares en el laboratorio. En consecuencia, los períodos de que conste la clasificación que se haga antes de poner por obra el acto quirúrgico y que ha de servir de guía en el tratamiento, han de fundarse en la magnitud que haya alcanzado el proceso morbozo, lo cual sólo es posible averiguar después de la operación. Esta paradoja muestra a las claras el círculo vicioso de las dificultades, y la razón de por qué se ha tardado tanto en hallar la solución de este importante problema.

Habiendo penetrado las antedichas dificultades, nos hallamos en circunstancias más propicias para estudiar el asunto. En primer lugar, indubitable verdad es que la clasificación clínica antes de la operación no puede ser exacta, sino apenas aproximada, pero si nos valemos de todos los medios conocidos, es posible lograr que dicha clasificación preoperatoria se aproxime tanto al verdadero estado del neoplasma, que sea de gran ayuda y sirva de guía al escoger el tratamiento. Para ello, lo primero que ha de hacerse es definir los períodos según la magnitud macroscópica del neoplasma, y lo segundo, que es lo más difícil, es descubrir el medio de reconocer aproximadamente los períodos antes de la operación.

Clasificación por períodos.—La división en períodos de un proceso morbozo continuo, necesariamente ha de tener cuenta con áreas imprecisas, respecto de las cuales quizás haya diferencias de opiniones acerca de la designación que más convenga. Con todo, no es tan importante el determinar con exactitud dónde ha de hacerse la división, como lo es el fijar cierta línea divisoria invariable, sea cual fuere, y emplear esta clasificación en todos los trabajos clínicos y en todos los informes que se publiquen. La clasificación que vamos a proponer es terminante y práctica, y su utilidad consiste en que es aplicable tanto al efectuar la exploración de la paciente como al poner por obra la operación quirúrgica y al examinar los ejemplares en el laboratorio. La selección de cada período se hizo con dos fines: primero, hacer que sus linderos concuerden en lo posible con las relaciones anatómicas, de manera que esté bien circunscrito y sea fácil de describir, y segundo, hacer posible su reconocimiento práctico antes de la operación, valido de los diversos medios de que dispone el médico. Los seis períodos de esta clasificación, son los siguientes:

Período I. Invasión de sólo el endometrio (Fig. 381).

Período II. Invasión de la pared muscular, pero sin que el neoplasma traspase la porción media de ésta (Fig. 382).

Período III. Invasión de la mitad externa de la pared uterina, pero sin traspasar los bordes del útero (Fig. 383). Esto incluye la propagación de la neoplasia hasta el revestimiento peritoneal del útero, quizás con algunas áreas de peritonitis adhesiva, pero sin invasión carcinomatosa de las adherencias (Fig. 383).

Período IV. Extensión de la neoplasia hasta los tejidos contiguos, pero sin traspasar los órganos o tejidos extirpables, tales como los anexos uterinos y las porciones contiguas de los ligamentos anchos (Fig. 384). En estos casos puede haber vastas adherencias intestinales, o peritoneales de otra índole, pero las células carcinomatosas no invaden tales adherencias.

Período V. Propagación de la neoplasia a tejidos u órganos que no conviene extirpar, pero que, ello no obstante, es aún factible la extirpación del neoplasma primitivo. La invasión carcinomatosa se efectúa ora hacia alguna porción contigua de intestino, hacia alguna porción adherida de la pared vesical, o bien por los vasos linfáticos de los ligamentos anchos, hacia los tejidos profundos de la pared pélvica (Fig. 385).

Período VI. Cuando es tan extensa la invasión carcinomatosa en los tejidos y órganos contiguos, que ni siquiera es posible extirpar con seguridad el neoplasma primitivo (Fig. 386).

Distinción de los períodos clínicos.—En la práctica, es de utilidad el reconocimiento de los diversos períodos clínicos, por dos razones, a saber: para hacer el registro exacto de cada enferma, y para escoger el tratamiento que más convenga. Es relativamente fácil el distinguir el período de la enfermedad para hacer el registro, dado que los informes se publican después del tratamiento y, por tanto, las más de las veces se ha extirpado ya el útero y hecho el examen microscópico de los cortes. En cambio, es mucho más difícil la antedicha identificación cuando ésta ha de servir de guía para el tratamiento, ya que entonces ha de efectuarse antes de extirpar el útero, asunto de que trataremos por menudo y en particular.

Hay multitud de circunstancias concernientes a la identificación de los períodos incipientes, lo bastante oportunamente para servir de ayuda al escoger el tratamiento; tales son: la anamnesia, la exploración pélvica, el legrado uterino con fines diagnósticos y la exploración de la cavidad endometrial, así como la palpación pélvica profunda con la paciente anestesiada, el examen microscópico de las raspaduras y los exámenes especiales, incluso la radiografía gastrointestinal y el examen cistoscópico.

Anamnesia.—La anamnesia da indicios respecto del comienzo de los síntomas, su gravedad y el curso que haya seguido el mal; en términos generales, suministra informes acerca del tiempo que ha durado la neoplasia y la magnitud de las perturbaciones que ha causado en los tejidos, si bien no han de echarse al olvido los posibles errores de interpretación, ya que los primeros síntomas bien pudieron ser ocasionados por algún otro estado morbozo, después del cual se presentó el carcinoma del endometrio; de igual manera es posible que la gravedad de los síntomas sea causada por alguna complicación. Aun cuando la hemorragia provenga por entero del carcinoma, su intensidad da tan sólo idea general de los

progresos alcanzados por el neoplasma en los tejidos, ya que en ocasiones hay lesiones leves que causan hemorragias copiosas.

Ha de inquirir el médico respecto de los exámenes y del tratamiento previos. Sucede a veces que al efectuar la exploración años atrás, se



Fig. 381



Fig. 382



Fig. 383

Fig. 381 a 385.—Períodos clínicos del carcinoma del cuerpo uterino.

Fig. 381.—Primer período. Invasión de sólo el endometrio.

Fig. 382.—Segundo período. Invasión del miometrio, pero sin pasar de la porción central de éste.

Fig. 383.—Tercer período. Invasión del miometrio hasta traspasar su porción central.

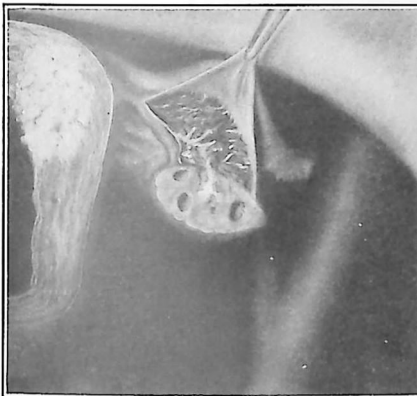


Fig. 384

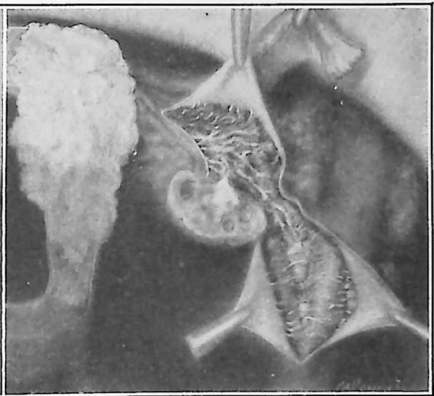


Fig. 385

Fig. 384.—Cuarto período. Invasión de tejidos contiguos extirpables (en este caso, el ovario).

Fig. 385.—Quinto período. Invasión de tejidos inextirpables (en este caso, los linfoganglios. pélvicos profundos), siquiera sea extirpable el neoplasma primitivo.

descubrió algún mioma uterino que bien puede ser la causa de la dilatación del órgano, por lo cual en tales casos no ha de colegirse que el carcinoma

sea la única causa de dicha dilatación. Otras veces se llevó a efecto el legrado uterino algunos meses antes, y en tal caso el informe del examen microscópico de las raspaduras servirá para determinar si en aquel entonces hubo alteraciones malignas incipientes.

Exploración pélvica.—El medio más útil para determinar la magnitud del neoplasma en los Períodos III y IV, es la cuidadosa palpación bimanual de los órganos y tejidos pélvicos. En los Períodos I y II es apenas posible distinguir algún abultamiento, a no ser que haya alguna complicación; por consiguiente, la falta de tumor palpable, o induración, restringe el diagnóstico en estos períodos. Así, pues, en una paciente

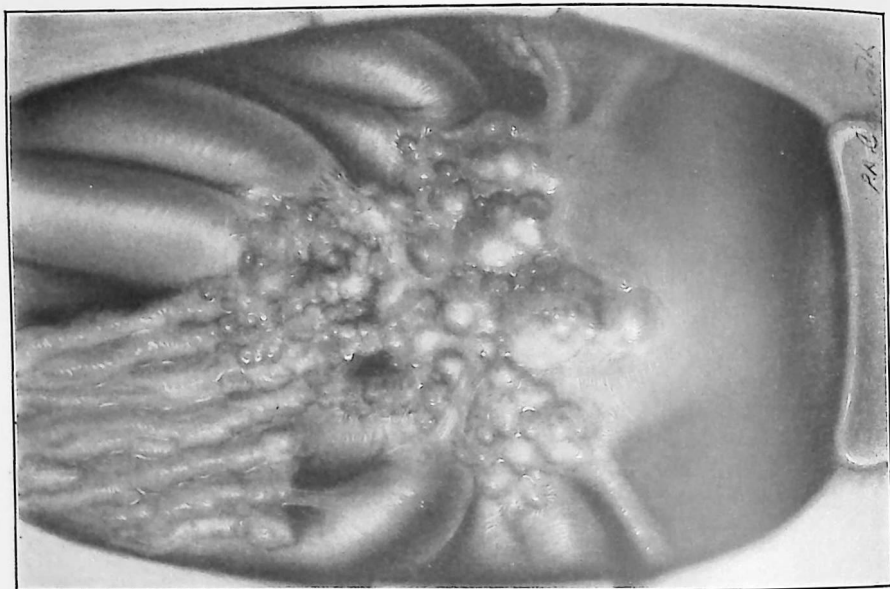


Fig. 386.—Sexto período. Invasión de los tejidos contiguos hasta el grado de hacer imposible la extirpación del neoplasma primitivo, siquiera sea con fines paliativos.

que no padezca inflamación pélvica concomitante, el dolor al hacer la palpación superficial en el cuerpo uterino indicaría invasión peritoneal (Período III), y en cambio, el dolor al efectuar la palpación profunda sería indicación de que la neoplasia maligna está aún circunscrita en la pared muscular (comienzo del Período III, o Período II).

El dolor al hacer la palpación superficial en la porción superior del útero coincidente con la palpación de algún abultamiento irregular, da indicios de que la invasión neoplásica ha cundido a alguna porción intestinal adherida, o bien a alguna porción de la pared vesical (Período IV), pero no hace seguro el diagnóstico, ya que el abultamiento y el dolor bien pudieran ser causados por algún tumor sobresaliente de la pared uterina y por la irritación ocasionada por la peritonitis local. La invasión de la pared intestinal, o vesical (adherencia plástica, o penetración car-

cinomatosa), se puede elucidar por medio de la radiografía gastrointestinal, o del examen cistoscópico, según más abajo se dirá. La diferenciación entre los Períodos V (neoplasma extirpable) y VI (tumor neoplásico inextirpable), sólo se puede hacer con certeza al ejecutar la operación. Aunque al efectuar el examen preoperatorio de algún gran tumor neoplásico sumamente adherido e inmóvil, parezca que éste es inextirpable, sólo se sabrá con certeza luego de abrir el abdomen.

Legrado uterino.—El examen microscópico de las raspaduras confirma el diagnóstico de carcinoma del cuerpo uterino, y la palpación pélvica profunda que se hace con la paciente anestesiada suministra informes más exactos, que ayudan a determinar el período del neoplasma. Demás de esto, el legrado suministra informes acerca del tamaño y la forma de la cavidad uterina, y a veces da claras indicaciones de algún tumor sobresaliente, grande o pequeño. A las veces es posible averiguar la situación aproximada de algún neoplasma circunscrito, si se pone atención a la porción del órgano de donde se extirpan las porciones gruesas de tejido al hacer la raspadura, y de igual manera puede obtenerse alguna idea de la anchura y la longitud superficial del neoplasma. El espesor de las raspaduras y la distinción de alguna cavidad que se percibe con la cucharilla luego de efectuar el legrado, da a veces indicios de la profundidad del neoplasma, pero, claro está, ha de tenerse presente que la induración se extiende en algún trecho debajo del tejido blando extirpado. Haciendo manipulaciones cuidadosas con la punta de la cucharilla, antes y después del legrado, se obtendrán algunos informes útiles.

Examen microscópico.—Además de confirmar el diagnóstico de carcinoma, el examen microscópico de las raspaduras ayuda a identificar el período de invasión neoplásica de dos diversas maneras: en primer lugar, bien puede suceder que se halle tejido muscular en los ejemplares microscópicos, y cuando hay porciones gruesas sirven de indicación respecto de la profundidad a que ha penetrado el proceso morbozo, puesto caso que debajo del tejido blando extirpado con la cucharilla hay una zona espesa de impregnación.

En segundo lugar, el diagnóstico microscópico pone en claro la variedad de células de que está compuesto el neoplasma y su distribución (Grados patológicos I, II, III o IV), lo cual puede servir para averiguar la duración aproximada del neoplasma y, por consiguiente, su magnitud. Algunos se inclinan a creer que la variedad celular del neoplasma es en cada caso una variedad invariable y continua, lo cual no es así, ya que a veces sólo representan cierto período en el desenvolvimiento del carcinoma, y si supiéramos el significado que respecto de la duración de la enfermedad tiene cada grado microscópico que se halla al hacer el legrado diagnóstico, sabríamos cuánto tiempo ha estado el carcinoma desenvolviéndose en el útero.

Ocioso es el decir que a nadie se le ocurriría, luego de descubrir el carcinoma, dejarlo que continúe creciendo en el útero de una paciente tan sólo para averiguar las mudanzas de la variedad celular, pero de esto

nos dan algún indicio, siquiera leve, las enfermas en quienes al hacer el legrado se descubre que hay hiperplasia del endometrio, y uno o dos años después, al efectuar otra raspadura y examinar los tejidos, se hace el diagnóstico de carcinoma endometrial. Otra insinuación de ello es el hallazgo de diversas variedades de células en el mismo neoplasma, las cuales quizás representen diferentes períodos (más recientes, o más antiguos) del crecimiento neoplásico. Así, por ejemplo, en uno de nuestros ejemplares hallamos variaciones que incluían los Grados patológicos del I al IV; en otro, un útero doble, había en un cuerno hiperplasia del endometrio y en la otra porción uterina carcinoma endometrial. Es posible que haciendo el estudio del carcinoma implantado experimentalmente en animales de laboratorio, se lograra obtener algunos informes respecto de las alteraciones progresivas, consistentes en las diversas variedades y la diferente distribución de las células.

Métodos especiales de exploración.—Las radiografías gastrointestinales en serie suministran a veces útiles informes que sirven para confirmar o rectificar el diagnóstico de invasión carcinomatosa de los intestinos, y para ello conviene hacer una radiografía testigo antes de ingerir la sustancia opaca, ya que a las veces hay calcificación linfoglandular, o de otra índole, que pudiera dar origen a confusiones. Además, esta radiografía simple puede dar algunos indicios del contorno, o de la densidad del neoplasma. Conviene la *cistoscopia* cuando se sospecha hay invasión de la vejiga, o de los uréteres, y sirve para discernir entre la invasión carcinomatosa y la presión causada por el neoplasma. Se ha empleado la *úteroscopia* con tubos endoscópicos especiales, pero el estado del útero hace que este método sea muy restringido, además de que el legrado uterino suministra cualquier informe que se obtendría con la úteroscopia, por lo cual es innecesario este método. La introducción en la cavidad uterina de sustancias opacas para hacerla visible en la radiografía, sirve para mostrar el desfiguramiento y las irregularidades de la cavidad, así como los neoplasmas sobresalientes que hay en ella, pero con ello se corre el riesgo de diseminar el carcinoma a la cavidad peritoneal, por medio de las trompas uterinas; de ahí que no sea conveniente valerse de este método para investigar el carcinoma, por más que sea sumamente útil en algunas enfermedades benignas, en especial para determinar el sitio de la oclusión tubaria en mujeres estériles.

La inyección intrauterina de sustancias opacas y la radiografía de la cavidad endometrial que muestre ciertas irregularidades, así como el empleo combinado de instrumentos especiales con qué extirpar ejemplares de tejidos para hacer el diagnóstico microscópico del carcinoma, es en efecto un método muy atractivo para el principiante, tanto así que sus ventajas aparentes, quizás hagan que se echen al olvido sus inconveniencias y peligros. Así, pues, no es por demás el tratar por extenso de algunos pormenores de este asunto. Es de todo punto inconveniente y debe estar *proscrito*, a causa del *peligro* que ofrece, así como también por razón de la *inexactitud* o de la manera inadecuada cómo trata de resolver el problema

del diagnóstico. Ya antes mencionamos el peligro de inyectar algún líquido que transporte las células carcinomatosas a la cavidad peritoneal. Sampson demostró la transposición de células del endometrio por entre las trompas uterinas, por causas más leves que la inyección, y cuando hay carcinoma bien puede ser de muy graves consecuencias esa transposición efectuada por el líquido que se inyecta.

Tocante a la inexactitud, este método es al parecer la regresión al antiguo e ineficaz procedimiento que se empleaba cuando se tenía sospecha de que hubiese carcinoma en el cuello uterino, consistente en extirpar una pequeña porción de tejido, y si no se hallaban signos de carcinoma, esperar y quizás obtener luego otro ejemplar de tejidos cervicales, según lo requirieren las circunstancias. Según queda dicho al hablar del carcinoma del cuello uterino, este método ha sido reemplazado por otro más conveniente, que consiste en extirpar toda la porción dañada, de manera que se obtengan todos los tejidos viciados para hacer el examen microscópico de ellos; de esta suerte, al no hallarse signos de carcinoma, se puede con certeza excluir del diagnóstico esta neoplasia maligna, y al mismo tiempo se trata de manera eficaz el estado morbozo benigno y se suprime la causa de la irritación crónica. Felizmente, los ginecólogos al tratar el carcinoma del cuerpo uterino optaron el método de extirpar totalmente el endometrio dañado, por medio de legrado uterino, y hacer el examen microscópico de las raspaduras, de manera que en el día de hoy se consideraría impropio y anticuado cualquier método que no cumpliera con este requisito. Aun más, la hemorragia uterina no tan sólo ha menester la investigación, sino también el tratamiento, el cual se ejecuta de manera eficaz al efectuar el legrado uterino y extirpar el endometrio viciado.

Sumario.—Hemos presentado aquí una clasificación clínica precisa y comprensiva del carcinoma del cuerpo uterino, cada uno de cuyos períodos representa cierto grado de invasión neoplásica, incluido dentro de linderos anatómicos bastante precisos, los cuales se pueden reconocer y designar fácilmente luego de efectuar los exámenes respectivos, en el momento de ejecutar la operación quirúrgica y al estudiar los tejidos en el laboratorio. En el estudio de laboratorio es posible indentificar aún el Período V, haciendo el examen crítico de los ejemplares macroscópicos y la selección de las porciones de tejido de los bordes, donde, al ejecutar la operación, se cortó la zona de invasión carcinomatosa a tejidos inextirpables.

Además de lo antes dicho, cada período tiene su propio significado clínico de consecuencia para el tratamiento o el pronóstico, según abajo se dirá más por menudo, al hablar del tratamiento en los diversos períodos.

El porqué de la clasificación en seis períodos.—A primer aspecto parecería este un número excesivo de períodos y, en efecto, así nos ha parecido y hemos procurado cuanto es en sí reducir el número. Mas luego de considerar detenidamente el asunto a la luz de la claridad y exactitud que ha de tener la definición de cada período, y de la utilidad que debe

prestar la clasificación en el trabajo clínico y de laboratorio, creímos necesario optar los dichos seis períodos, pues nos pareció inconveniente juntar dos de ellos para reducir su número. Así, por ejemplo, si el Período I incluyese el I y el II, y el cirujano recibiera el informe del laboratorio en los siguientes términos: "Carcinoma del cuerpo uterino, Período clínico I", se le ofrecería al punto averiguar si la neoplasia había cundido hasta la pared muscular (miometrio), a causa de la diferencia del significado clínico. Si el Período II abarcara todas las invasiones neoplásicas del miometrio, ni el médico ni el patólogo hallarían satisfacción en una clasificación tan vasta, ya que cada uno de ellos habría deseado especificar claramente si el carcinoma cundió a sola una pequeña parte de la pared muscular, o si llegó hasta la mitad externa de ella. Este mismo reparo puede ponerse a cualquiera combinación de dos períodos, y aun más a la combinación de tres. El estudio minucioso de estos seis períodos y de su aplicación práctica, nos ha demostrado que cada uno de ellos representa un tiempo preciso en el curso de la impregnación carcinomatosa, y es de importancia para el médico así en el tratamiento como en el pronóstico.

Exactitud en el registro.—Los registros exactos y terminantes son de suma trascendencia para llevar estadísticas fidedignas. Dicho registro ha de comenzar en la historia de la paciente y abarcará todos los diversos tiempos de la observación y el tratamiento, pues sólo de esta manera ayudará al médico a decidir cuál es el tratamiento que más conviene a sus futuras pacientes, y servirá para hacer las estadísticas que han de publicarse y de las cuales puedan llegar los médicos a seguras conclusiones. Un pormenor de mucha entidad en esta clase de pacientes es el registro minucioso de las circunstancias que indicaron el período, o la magnitud del neoplasma, y para ello ha de prestarse atención al examen cuidadoso y al registro de los hallazgos antes de la operación, al aspecto macroscópico del neoplasma en el momento de ejecutar el acto quirúrgico (incluso cualquiera perturbación de los tejidos contiguos, fuere o no fuere causada por el neoplasma uterino), al aspecto macroscópico del ejemplar después de la operación al ser examinado en la sala de operaciones, y últimamente a los hallazgos macroscópicos en el laboratorio, donde el ejemplar se divide metódicamente y se dispone para su estudio microscópico.

La falta de observancia de los antedichos pormenores hace que se pierdan valiosísimos informes; esto es en parte a causa de que muchos cirujanos se inclinan a confiar en los informes del laboratorio para obtener la necesaria información acerca del neoplasma extirpado, siendo que son también de suma importancia la situación de éste, sus relaciones, sus adherencias y vinculaciones, según se determinan al ejecutar la operación, así como el tamaño, la forma, el color y la consistencia, antes de que éstos se muden a causa de las manipulaciones quirúrgicas, o de los cortes que se hagan para su estudio.

Tenemos a nuestro cuidado la delicada y difícil misión de velar por la salud de nuestras pacientes, y para ello es menester que hagamos uso de todas nuestras facultades y de todos los medios posibles. Ello no obstante, dejamos muchas veces que se nos pasen por alto multitud de oportunidades, por inadvertencia o por falta de observación minuciosa de importantísimos y útiles pormenores.

(Luego de escribir para esta edición el antecedente artículo acerca de la clasificación clínica de los carcinomas del cuerpo uterino, fué presentado en una junta de la Sociedad Ginecológica de San Luis, y publicado en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 33, pág. 587, 1937.)

PRINCIPIOS EN QUE SE FUNDA EL TRATAMIENTO

El tratamiento del carcinoma del cuerpo uterino se diferencia del tratamiento del mismo neoplasma en el cuello del útero, en que la operación radical sigue siendo parte importante del primero; en ambos casos se emplea la radioterapia, que es el único medio de tratamiento de las pacientes inoperables, si bien en circunstancias ordinarias, se agrega la operación quirúrgica al tratamiento radioterápico. Hay determinadas circunstancias relacionadas con el carcinoma del cuerpo uterino que hacen sea más eficaz la operación que en el carcinoma del cuello. Por ejemplo, en el primero el neoplasma comienza en el endometrio, y de ahí que se presente la hemorragia desde los primeros períodos y, por tanto, la paciente advierte presto su enfermedad, consulta con el médico y al ejecutarse el legrado uterino se hace el diagnóstico desde el período incipiente de la neoplasia maligna. Por otra parte, no se efectúa la profunda penetración de las células carcinomatosas en tejidos inextirpables antes de que se presenten los signos subjetivos de la enfermedad, como tan a menudo sucede en el carcinoma del cuello. Además de esto, las relaciones anatómicas del cuerpo del órgano son de tal índole, que es a veces fácil suprimir las primeras extensiones linfáticas del neoplasma, si se extirpan los anexos y las porciones contiguas de los ligamentos anchos, junto con los vasos que contienen; en cambio, para suprimir esas extensiones linfáticas en el carcinoma del cuello, se requeriría la "dissección" profunda y la extirpación del parametrio más allá de los uréteres, operación sobremodo tediosa, larga y complicada, que acarrea gran mortandad.

En recambio de las circunstancias que hacen sea el carcinoma del cuerpo uterino más propicio a la operación quirúrgica que el del cuello, hay algunas cosas que hacen sea el primero menos favorable a la radiumterapia. En primer lugar, la situación del neoplasma en la porción superior del útero, lo cual imposibilita su palpación directa y acrecienta las dificultades que se presentan al averiguar el sitio exacto de la neoplasia maligna, su magnitud y la dirección en que se propaga; las cuales dificultades impiden por su parte la aplicación exacta del radium, de manera que se logre sin peligro su efecto máximo. En tal virtud, conviene siempre valerse de la operación quirúrgica como coad-

yuvante de la radioterapia, a no ser que haya algún estado grave que contraindique la conveniencia del acto quirúrgico.

Otro principio en que se funda el tratamiento, es destruir por medio de la radiación las células carcinomatosas, **antes** de que se perturben los tejidos en general con la operación quirúrgica. Tales efectos amortiguadores de la radiación reducen las actividades malignas y disminuyen las probabilidades de que la operación provoque la metástasis o la implantación de las células carcinomatosas. La radiación preoperatoria suele incluir la radiumterapia y por lo menos una parte de la roentgenoterapia profunda.

PORMENORES DE LOS DIVERSOS MÉTODOS DE TRATAMIENTO

Estudiaremos a continuación los pormenores de los diversos métodos de tratamiento del carcinoma del cuerpo uterino, de la siguiente manera:

Radioterapia

Radiumterapia

Roentgenoterapia

Tratamiento quirúrgico

Radical

Paliativo

Tratamiento de los diversos períodos

Radioterapia

La radioterapia del carcinoma del cuerpo uterino consiste en la aplicación de radium en el interior del órgano, con el fin de obtener efectos locales intensos, y en la aplicación externa de los rayos X, cuyo fin es producir efectos generales en la pelvis y la porción inferior del abdomen.

Radiumterapia.—Ésta se efectúa en el carcinoma del cuerpo uterino de manera muy semejante a como se lleva a efecto en el tratamiento del mioma del útero, sino que se aplican mayores dosis y en determinadas ocasiones se hace la distribución especial del radium. En hecho de verdad, no pocas veces se pone por obra el legrado uterino y la radiumterapia con el propósito de tratar algún mioma, y se descubre el carcinoma concomitante al examinar las raspaduras. Al proyectar la radiumterapia para ser aplicada a alguna paciente de mioma que padezca hemorragias intermenstruales, o algún otro síntoma sospechoso, conviene siempre tener cuenta con la posibilidad de que haya carcinoma del endometrio, y si el examen macroscópico de las raspaduras no suministrare suficientes informes para hacer el diagnóstico definitivo, se buscará algún fragmento de tejido lo bastante grueso para hacer cortes congelados, y poder confirmar el diagnóstico. En tales casos se coloca el radium de la manera acostumbrada y se efectúa el examen microscópico del corte por congelación lo más pronto posible; caso que éste indicare carcinoma, se dejará el radium el tiempo que corresponda al tratamiento de esta neoplasia maligna, y de lo contrario se quitará al finalizar la dosis que conviene al mioma.

Lo más importante en el tratamiento del carcinoma del cuerpo uterino por medio del radio, es el *tandem* que se emplea en todo caso. Para las lesiones pequeñas o de tamaño mediano, cuando no hay gran dilatación de la cavidad por úlceras o desfiguramiento, es adecuado el *tandem* ordinario.

Las tres cuartas, o las dos terceras partes del radium se colocan en la cavidad uterina, y sólo se deja de esta manera una pequeña parte en el cuello. Por ejemplo, al aplicar 100 miligramos de radium en cuatro cápsulas de 25 miligramos, se colocan tres en la cavidad y una en la porción superior del cuello (Fig. 387). El *tandem* se fija en su sitio de

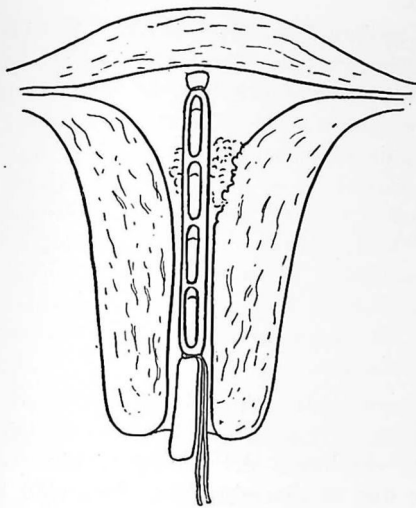


Fig. 387

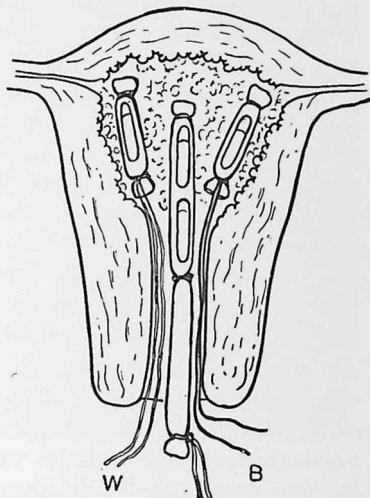


Fig. 388

Figs. 387 y 388.—Implantación de radium para el tratamiento del carcinoma del cuerpo uterino.

Fig. 387.—*Tandem* regular de radium, con la mayor parte de éste en la cavidad uterina. Si se aplican cuatro cápsulas de 25 miligramos de radium cada una, según se indica en este grabado, tres de ellas han de quedar dentro de la cavidad uterina, y la que queda en el cuello está bastante retirada del orificio externo, con el fin de evitar la irritación de la bóveda vaginal y la consiguiente contracción. Estos trastornos de la bóveda vaginal apenas pueden ser evitados cuando se aplican grandes dosis al cuello, las cuales son necesarias para el tratamiento eficaz del carcinoma cervical, pero cuando el carcinoma está en el cuerpo de la matriz, por lo común este método logra evitarlos.

Fig. 388.—Distribución especial del radium dentro del útero, a causa de la gran cavidad formada por la desintegración del tejido neoplásico. Se distribuyen dos o más cápsulas de radium en la cavidad, según se ve en la lámina, con las precauciones que se mencionan en el texto. W, hilo blanco. B, hilo negro. El hilo grueso con que está atado el *tandem* es de diferente clase.

manera que quede sostenido firmemente y, ello no obstante, que se pueda extraer fácilmente, según queda dicho al hablar del mioma en el capítulo V (Figs. 255 a 260). La dosis común varía entre 2,500 y 4,000 horas de miligramo, lo cual depende del estado de los tejidos y de los peligros de causar esfacelación en la cavidad peritoneal.

Cuando la desintegración del neoplasma haya ocasionado el agrandamiento de la cavidad uterina, según se averigüe al hacer la exploración cuidadosa con pinzas uterinas y con la cucharilla, convendrá a veces hacer la distribución especial del radium, con el fin de obtener radiación más uniforme en todo el gran neoplasma. Esto se logra colocando pequeñas cápsulas de radium en distintos tubos de goma, a los lados de la cavidad, y poniendo luego el *tandem* en el centro. Estas cápsulas laterales pueden servir de suplemento al *tandem* ordinario, esto es, bien se agregan a la cantidad de radium colocada dentro de la cavidad, o bien se dividen las cápsulas de radium de que consta la dosis original, para mejor distribuir la radiación, según convenga.

Por ejemplo, si la dosis total de radium consta de cuatro cápsulas de 25 miligramos cada una, pueden colocarse dos por separado, una a cada lado de la cavidad dilatada, y las otras dos servirán de *tandem* en el centro (Fig. 388). Cuando se apliquen cápsulas separadas a la cavidad, pondráse cuidado en extraerlas siguiendo el orden contrario al en que se colocaron, pues de otra suerte podrían atorarse en el orificio interno y ser difícil su extracción. Por tal motivo, es acertado marcar cada cápsula con diferente clase de hilo (Fig. 388), y anotar en la hoja correspondiente el orden en que fueron introducidas, de manera que se extraigan en el orden contrario. Además, cuando se empleen varias cápsulas, importa colocar primero la más alta y poner sucesivamente las otras en el orden que corresponda al sitio de cada una.

Roentgenoterapia.—Ésta es muy semejante a la del carcinoma cervical, y conviene aplicarla siempre, a pesar y despecho de la circunstancia de que las más pacientes que padecen carcinoma del cuerpo uterino se presentan para ser tratadas antes de que se disemine la enfermedad a las porciones laterales del parametrio, dada la posibilidad de que pueda haberse efectuado ya dicha propagación.

Tratamiento quirúrgico

Éste es ora radical (curativo), o paliativo, y la operación quirúrgica ha de comenzarse siempre con la mira puesta en ejecutar el tratamiento radical, si bien hay ocasiones en que sólo es posible llevar a efecto la operación paliativa.

Operación radical.—Ésta se diferencia de la histerectomía total común y corriente, cuando se ejecuta para el tratamiento de estados morbosos benignos, en los siguientes pormenores:

1º En la preparación vaginal especial, cuando hay flujo uterino, y que se hace antes de empezar la operación abdominal con el fin de evitar la contaminación bacteriana o la diseminación de células carcinomatosas por medio del flujo. Consiste en taponar la cavidad uterina con una delgada tira de gasa humedecida con solución de yodo, después de lo cual se cierra con una sutura el cuello (Fig. 196). Demás de esto, la aplicación preoperatoria del radium, en especial cuando hay tiempo su-

ficiente para aplicar también los rayos X, suele suprimir totalmente el flujo infeccioso, en el cual caso no es menester esta preparación intrauterina.

2º En la escisión, en conjunto y en una sola pieza, del útero y de los vasos linfáticos de la porción superior de los ligamentos anchos, lo cual se logra extirpando los anexos y las porciones contiguas de los ligamentos anchos de cada lado; para ello, principiase la incisión fuera de los anexos, y se extirpan junto con el útero los ovarios, las trompas y la porción superior de cada ligamento ancho, junto con los vasos linfáticos que contengan (Figs. 389 y 390).

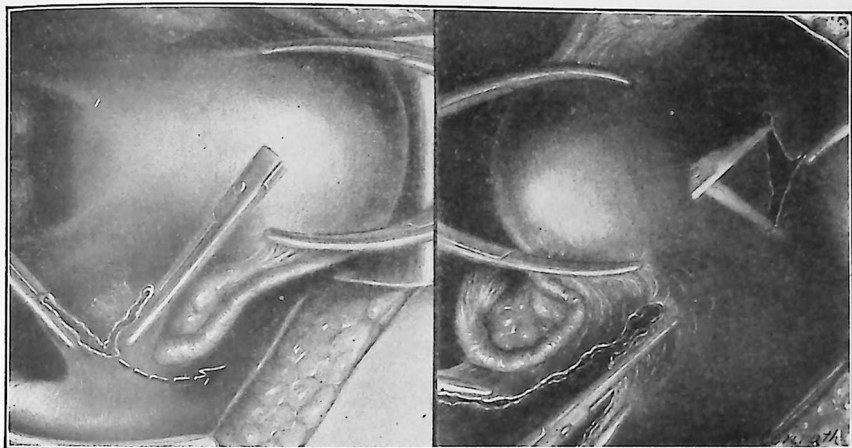


Fig. 389

Fig. 390

Fig. 389.—Comienzo de la histerectomía para el tratamiento del carcinoma del cuerpo uterino. Después de comprimir con pinzas los tejidos de cada cuerno de la matriz, con el fin de evitar escurrimientos por las trompas, se empieza la extirpación fuera de los anexos, lo cual se hace para efectuar la escisión en conjunto de los tejidos contiguos que tengan más probabilidades de haber sido invadidos por el neoplasma (anexos y vasos linfáticos de la porción superior del ligamento ancho) junto con el útero carcinomatoso.

Fig. 390.—Se continúa hacia abajo a los lados de la matriz y se abre también el repliegue vésicouterino de peritoneo; este corte peritoneal y su despegamiento del útero en las porciones laterales se pueden hacer al principio de la operación, o bien en el período que indica el grabado, según se prefiera. Los siguientes tiempos de la operación son semejantes a los de la histerectomía total para el tratamiento del mioma (Figs. 129 y 155 a la 172).

El resto de la operación se ejecuta de igual manera que la histerectomía total para el tratamiento del mioma (Figs. 155 a 166), sino que, a causa de la extirpación de las porciones superiores de los ligamentos anchos, los cabos, o "pedículos", son demasiado cortos y no es posible llevarlos hacia abajo, hasta la bóveda vaginal y, por tanto, han de ser tratados en su posición lateral. Se vuelven hacia dentro las superficies cruentas y se cubren con peritoneo según lo permitan las circunstancias, teniendo cuidado de evitar la tensión indebida.

Operación paliativa.—Aun cuando no fuere posible extirpar totalmente los tejidos carcinomatosos, es posible dar algún alivio y prolongar la

vida de la paciente con sólo extirpar el principal neoplasma, o primitivo. Esta operación paliativa suele consistir en la histerectomía supravaginal y en la salpingo-ooforectomía doble, con lo cual se suprimen el tumor y las prolongaciones inmediatas, y se alivian los síntomas causados por la presión en las porciones centrales de la pelvis.

Por lo común las prolongaciones inextirpables del neoplasma se hallan en los vasos linfáticos profundos de la pared pélvica y de la porción inferior del abdomen, y cuando esto sucede no suele haber mucha dificultad para extirpar el útero y los anexos, con tal que se preste la debida atención a la fragilidad de los tejidos y a la minuciosa hemostasis que se requiere. Cuando hay adherencias en la vejiga urinaria, o en el intestino, se debe hacer el examen detenido de ellas, para averiguar si son adherencias simples, o de índole carcinomatosa, ya que en este último caso al intentar su separación se correría el riesgo de provocar la ruptura del órgano adherido, o alguna hemorragia copiosa que fuera difícil de contener.

Sólo se podrá llegar a la determinación de si ha de extirparse el tumor neoplásico, luego de estudiarlo lo bastante para convencerse de que es posible su extirpación sin cortar adherencias peligrosas. De otra suerte, se dejará intacto el neoplasma, se cerrará el abdomen y se aplicará la roentgenoterapia, para procurar su reducción. Inútil es decir que en tales casos conviene extirpar alguna buena porción del carcinoma para su examen microscópico, siempre que no se cause con ello demasiada hemorragia.

Tratamiento de los diversos períodos

Según queda dicho, cada período del neoplasma tiene su propio significado clínico, de mucha entidad para el tratamiento o el pronóstico. Así, el pronóstico de los neoplasmas que se hallan en el Período I, es muy favorable, pues suele curarse casi el ciento por ciento de ellos; tan superficial es el neoplasma, que de cuando en cuando se extirpa al efectuar el legrado uterino con fines diagnósticos, y casi con certeza se cura totalmente con la radiumterapia, si bien, claro está, han de aplicarse también los rayos X, dada la posibilidad de que haya células carcinomatosas dispersas en la pelvis. Puesto caso que el radium destruya los restos del carcinoma que queden después del legrado uterino que se haga con fines diagnósticos, en el Período I, sería innecesaria la extirpación quirúrgica del útero si lográramos diagnosticar con certeza este período. Ello no obstante, no es posible distinguirlo del Período II, sino hasta después de extirpar el útero y hacer los cortes microscópicos. De lo que es consiguiente que el tratamiento que se aplique ha de ser también adecuado para el Período II, esto es, ha de tener cuenta con la invasión de la pared muscular, lo cual requiere la extirpación quirúrgica del útero, además de la radiación.

El pronóstico del Período II es también excelente cuando se pone en ejecución el tratamiento radical, que se cifra en la radiación diseminada, además de la operación radical. Si al efectuar la exploración pre-

operatoria no se hallare dilatación discernible del útero ni dolor a la palpación superficial, será lícito inferir que el neoplasma está aún en el segundo período.

En el Período III debe de haber dilatación perceptible e irregularidad del útero, que se distinguen claramente al hacer la exploración. Si el proceso morboso se ha propagado hasta el peritoneo, hay dolor a la palpación superficial en el cuerpo del órgano y algunas veces dolor espontáneo en la zona de peritonitis local; además de esto, quizás haya alguna fijación de los tejidos a causa del exudado peritoneal, que invada la pared del intestino o de la vejiga. El pronóstico en este período es favorable con tal que se ejecute presto el tratamiento radical, antes de que las células carcinomatosas penetren en las adherencias y lleguen hasta la pared intestinal, o vesical.

En el Período IV la invasión carcinomatosa se extiende fuera del útero, pero tan sólo en las áreas de los ligamentos anchos, y tal vez hasta los ovarios o las trompas uterinas, y, puesto que al ejecutar la operación radical se extirpan dichos órganos, el pronóstico es aún bastante favorable, por más que cuando es muy extensa la invasión de los ligamentos anchos, lógico es pensar en la posibilidad de que haya distantes prolongaciones carcinomatosas impalpables en los conductos linfáticos. Las adherencias intestinales no son de tan grave consecuencia, a no ser que las células carcinomatosas hayan penetrado en ellas, y en este caso el neoplasma queda incluido en el siguiente período.

En el Período V bien puede haber prolongaciones carcinomatosas hacia alguna porción intestinal o vesical adherente, o bien por medio de los vasos linfáticos hacia los tejidos profundos de la pared pélvica. En tales casos, claro está, es posible efectuar la resección del asa intestinal dañada, o de la porción de la pared vesical invadida por la neoplasia, pero dadas las circunstancias, no suele ser acertado el intentarlo. De ordinario la prolongación carcinomatosa palpable indica que hay prolongaciones profundas impalpables, para cuya irradiación hemos de fiarnos en la roentgenoterapia profunda, y será bien valerse de la radiación para suprimir asimismo las prolongaciones palpables de las paredes viscerales, ya que las pocas probabilidades de curación que se añadan al hacer la resección (lo cual es dudoso), no justifican los mayores riesgos que se corran al agregar otra operación quirúrgica, que acreciente la mortandad y la morbilidad.

El tratamiento en el Período V consiste en extirpar el principal tumor neoplásico, para lo cual se extirpan el útero y los anexos; con esto se suprimen los síntomas causados por la presión y se da mejor oportunidad de que cure la paciente, o por lo menos de que tenga alivio prolongado con la roentgenoterapia, ya que sólo quedarán restos diseminados de tejidos carcinomatosos. En este período, cuando es preciso dejar en la pelvis prolongaciones carcinomatosas, suele ser preferible la histerectomía vaginal, en lugar de la histerectomía total, dado que rara vez está invadido el cuello uterino, y cuando lo está no es mayor la invasión que

en los tejidos inextirpables. Ello no obstante, en algunas ocasiones es conveniente extirpar el cuello.

En el Período VI, sólo es posible hacer la diferenciación entre éste y el período antecedente luego de abrir la cavidad abdominal, cuando al efectuar la palpación cuidadosa del tumor e intentar el despegamiento de las adherencias, se advierte que éstas son carcinomatosas, y no simples adherencias inflamatorias, y se llega a la conclusión de que es imposible extirpar el neoplasma dada su gran magnitud. En tales circunstancias fácil sería provocar hemorragia incontenible si se intentase la enucleación, y sólo se conformará el cirujano con obtener uno o más ejemplares de tejidos, de regiones carcinomatosas características, procurando no provocar hemorragia que no pueda cohibir fácilmente. Como es de suponer, el pronóstico es en este período muy grave respecto de la curación, si bien la roentgenoterapia profunda puede refrenar el crecimiento del neoplasma, lo bastante para dar alivio por algún tiempo a la paciente.

En todos los períodos es acertado hermanar la radioterapia con la operación quirúrgica, con tal que la paciente esté en buen estado y se pueda ejecutar esta última. De lo contrario se aplicará tan sólo la radioterapia, y antes de decidir la operación se pesarán debidamente los peligros de ésta, cotejándolos con las probabilidades de que se efectúe la cura con la sola radiación. En los Períodos I, II, III y IV, cuando hay aún buenas probabilidades de extirpar totalmente el tejido carcinomatoso, es ajustado a razón el correr riesgos considerables al llevar a efecto la operación quirúrgica. Si fuese posible identificar con suma precisión los primeros períodos antes de la operación quirúrgica, quizás fuera acertado valerse tan sólo del radium y de los rayos X para efectuar el tratamiento curativo; mas, según queda dicho, no es hacendera tal diferenciación sino hasta después de extirpar el útero y hacer los cortes, en cuya virtud ha de ser el tratamiento de tal índole que se tenga cuenta con las prolongaciones carcinomatosas en el miometrio. Puesto caso que no sea factible el diagnóstico del Período V, sino hasta después de abierto el abdomen, es de todo punto necesaria la operación, dada la posibilidad de que se pueda efectuar la total extirpación. El diagnóstico preoperatorio no puede excluir en el Período VI la posibilidad de arrancar de raíz el tumor neoplásico primitivo y, por consiguiente, bien valido lo vale el correr el riesgo de la operación quirúrgica, con la esperanza de suministrar alivio a la paciente.

En algunas pacientes el menoscabo de la salud en general es principalmente a causa de la anemia ocasionada por la hemorragia uterina, y cuando se cohibe ésta luego de efectuar el legrado y aplicar el radium, bien puede suceder que mejore el estado general lo bastante para poder ejecutar la operación quirúrgica; por manera que las circunstancias que contraindiquen la operación no son necesariamente permanentes, ya que es posible mejorar el estado de la enferma y ser factible después la operación.

Cuando el tratamiento quirúrgico está contraindicado por alguna grave enfermedad concomitante, no es en la hora presente tan desesperado el pronóstico como solía ser en tiempos pasados, según lo demuestran las pacientes tratadas por medio del radium y los rayos X, en quienes algunas veces se logra curar el carcinoma, y cuya proporción se acrecienta al paso que se aumenta la eficacia de la radioterapia profunda y su exactitud en la aplicación al carcinoma del cuerpo del útero.

PREVENCIÓN DEL CARCINOMA DEL CUERPO UTERINO

Hay al parecer alguna circunstancia relacionada con la menopausia tardía, que tiene parte causal en el carcinoma del cuerpo uterino (carcinoma endometrial), y que se puede modificar con el tratamiento. Empleamos aquí el término "menopausia tardía", para designar la suspensión permanente de la función menstrual que se presenta después de la edad a que suele acaecer la menopausia. Esta dilación es causada por la prolongación de las actividades erráticas del ovario, y a menudo se acompaña de hiperplasia del endometrio.

Es asunto por demás importante la relación que tiene esta actividad anormal del endometrio en la edad en que declinan las funciones con el origen del carcinoma endometrial. R. J. Crossen y J. E. Hobbs hicieron el análisis de nuestras pacientes de carcinoma endometrial y están investigando el asunto a diferentes luces. En un informe preliminar (*Jour. Missouri Med. Ass.*, Vol. 32, pág. 361, 1935), presentaron suficientes pruebas que indican que la hiperplasia del endometrio en la menopausia tardía puede ser considerada como signo de propensión al carcinoma endometrial.

Al estudiar en la clínica la hemorragia en la edad de la menopausia, es necesario poner la consideración en todas las pacientes que padezcan hemorragia uterina tardía, aun cuando no tenga ésta el carácter rítmico de la menstruación. Al relatar su padecimiento, las enfermas suelen tomar cualquiera hemorragia recurrente por flujo menstrual, y creen por lo común que la sangre que se presenta luego de suspenderse la función menstrual, es el retorno de la menstruación. Al investigar este grupo mixto de pacientes y efectuar la exploración pélvica, se distinguirán aquellas en quienes la hemorragia tardía es causada por alguna enfermedad local, v. gr., el carcinoma del cuello o del cuerpo uterino, el mioma del útero, los neoplasmas del ovario, los neoplasmas o los estados inflamatorios de algún tejido contiguo, y al continuar la investigación se diferenciarán las pacientes que padecen alguna enfermedad extrapélvica que pueda ser la causa de la hemorragia, tales como las discrasias sanguíneas, la hipertensión de origen cardiorrenovascular, o las perturbaciones de la glándula tiroides.

Mas después de esto quedará un pequeño grupo de enfermas sin ninguna enfermedad de los órganos genitales ni extragenital evidente, a qué atribuir la hemorragia, y en quienes el flujo sanguíneo se asemeja

más o menos al ritmo menstrual. Este interesantísimo grupo de pacientes ofrece difíciles problemas respecto de la función y las enfermedades de los órganos pélvicos, que aun no han sido resueltos. Tales son las mujeres que han cumplido sobradamente la edad a que se suele suspender la función normal del ovario y, ello no obstante, presentan signos de actividad del endometrio, dependiente de la actividad ovárica.

Hace al caso preguntar si tales pacientes son tan sólo ejemplos de inusual disparidad, o desconcordancia entre la edad de la persona, representada por sus años, y la edad según se manifiesta en las mudanzas físicas, y en quienes, por consiguiente, sería normal la menopausia tardía; o si, por otra parte, representan alguna irregularidad en la declinación de la función que produce efecto morbozo en la actividad celular del endometrio en proceso de involución. Hemos estudiado con gran detenimiento tan interesante asunto tratando de hallar su significado práctico, y nuestras conclusiones, reducidas a breve suma, son las siguientes:

1^ª La menopausia tardía, en especial cuando se dilata hasta la edad de cincuenta años, indica algún estado morbozo, ora respecto de las mudanzas en la estructura de los tejidos, ora tocante a la actividad celular. El efecto que la función ovárica irregular y persistente produce en las células del endometrio en involución, propende a causar la actividad celular errática y, por tanto, a propiciar el desenvolvimiento del carcinoma. En nuestras ochenta y nueve pacientes de carcinoma del cuerpo uterino, hubo treinta en quienes se presentó claramente cierto intervalo entre la menopausia y las primeras manifestaciones subjetivas del carcinoma del endometrio; de estas treinta pacientes veintidós tuvieron su menopausia de edad de cincuenta años, o aun después, esto es, el setenta por ciento, y en tres de ellas se presentó el climaterio a los cuarenta y ocho.

2^ª La hiperplasia del endometrio en la edad de la involución representa al parecer cierto período en la mudanza morboza del endometrio normal en endometrio carcinomatoso. La hiperplasia es hallazgo muy frecuente del examen microscópico de las raspaduras obtenidas al efectuar el legrado uterino motivado por la hemorragia, en este período de la vida cuando es más frecuente el carcinoma. A algunas de nuestras pacientes de carcinoma endometrial se les hizo el legrado del útero uno o dos años antes, y en tres ocasiones pudimos obtener los cortes microscópicos, en cada uno de los cuales era manifiesta la hiperplasia. En este particular grupo de pacientes hubo tres cuyas raspaduras uterinas mostraron hiperplasia benigna, y en cambio, en las raspaduras que se obtuvieron del legrado uno o dos años después, se halló carcinoma del endometrio. Hubo además un interesante ejemplar de útero doble cuyo un cuerno padecía hiperplasia endometrial y el otro carcinoma del endometrio.

3^ª La menopausia tardía indica actividad endometrial aberrante, particularmente cuando se dilata hasta la edad de cincuenta años, y

ha de tomarse por indicio de propensión a la neoplasia maligna del endometrio y, por consiguiente, se pondrá por obra el tratamiento adecuado para suprimir dicha actividad.

4ª Por lo común el tratamiento adecuado consiste en la raspadura uterina (para contener temporalmente la hemorragia y suministrar tejidos para el examen microscópico), en la escisión cónica cuando haya cervicitis crónica, y en la radioterapia, con el fin de dar al traste con las actividades anormales del endometrio y del ovario. Caso que no hubiere signos de neoplasia maligna en las raspaduras ni en el tejido cervical, el antedicho tratamiento bastará para prevenir futuras perturbaciones; en cambio, si hay signos de carcinoma, se pondrá por obra el tratamiento radical.

SARCOMA Y CORIOEPITELIOMA

El tratamiento quirúrgico de estos dos neoplasmas malignos es muy semejante al del carcinoma, y de ahí que sólo sea menester el estudio de algunos pormenores especiales relacionados con el tratamiento quirúrgico.

SARCOMA

El sarcoma del cuerpo uterino principia de ordinario en algún mioma que empieza a degenerarse, si bien hay ocasiones en que tiene su principio y origen en el tejido conjuntivo del endometrio. Las perturbaciones circulatorias cuya consecuencia es la degeneración de diversas clases, se efectúa en los nódulos miomatosos de mayor tamaño y, según parece, la actividad celular aberrante que acaece en las mudanzas degenerativas ordinarias, cuando se continúan por mucho tiempo, son propicias al desenvolvimiento del sarcoma. Por esta razón, al examinar el útero inmediatamente después de extirpado para cerciorarse de si hay neoplasia maligna, han de abrirse todos los grandes nódulos del mioma, y caso que la haya, se extirparán las porciones superiores de ambos ligamentos anchos y se aplicará después la roentgenoterapia profunda.

CORIOEPITELIOMA

La prueba de Aschheim-Zondek (con sus variaciones) es de suma importancia en el diagnóstico del corioepitelioma, y cuando es fuertemente positiva, lo cual indica que hay tejidos fetales en alguna parte del cuerpo, si se puede excluir del diagnóstico la preñez intrauterina y extrauterina, así como la mola hidatidiforme, ha de ponerse la sospecha en el corioepitelioma; esta sospecha se acrecienta al hacerse más perceptible el exceso de hormonas y, por tanto, es útil la determinación cuantitativa.

El Dr. José A. Hardy, Jr., presentó hace poco a la Sociedad Ginecológica de San Luis el relato de un caso interesante, en el cual hubo de fundarse casi totalmente el diagnóstico y la decisión respecto de la histerectomía, en el análisis cuantitativo.

La paciente, a quien se extirpó por medio del legrado uterino una mola hidatidiforme, por varias semanas continuó teniendo unas 100 unidades de rata de prolán, al cabo de las cuales se presentó el ascenso sorprendente a 40,000 unidades de rata. Al efectuar un segundo legrado se halló despejada la cavidad uterina y sin ningún signo de corioepitelioma. Al continuar la excesiva excreción de prolán, se decidió ejecutar la operación exploradora (Fig. 391).

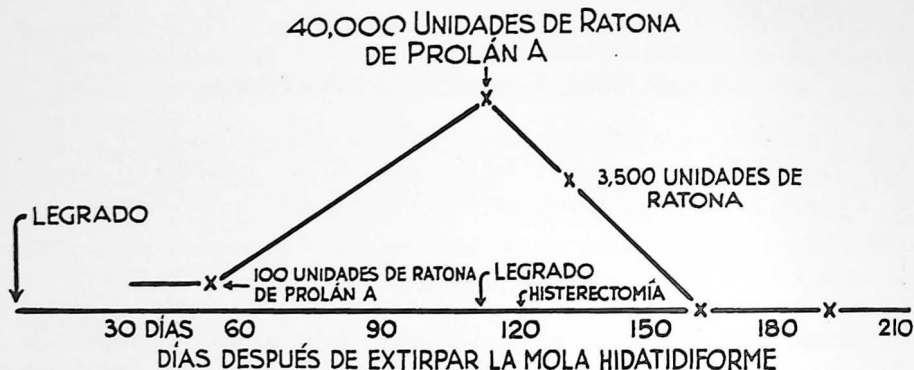


Fig. 391.—Dibujo que representa los pormenores de la paciente en la que hubo acrecentamiento de prolán hasta 40,000 unidades, lo cual hizo que se efectuara la histerectomía y se descubriera en la pared uterina un pequeño corioepitelioma, el cual aun no había formado metástasis. (Paciente del Dr. José A. Hardy, jr., quien tuvo la fineza de suministrarnos este diseño.)

Mas aun al hacer la inspección y la palpación directa del útero por entre la herida abdominal, no se hizo discernible ningún signo de neoplasma uterino. Ello no obstante, el gran acrecentamiento del prolán indicaba alguna grave perturbación subsecuente a la mola hidatidiforme, y el sitio más probable de ella era la pared uterina. Consiguientemente, extirpóse el útero y al dividirlo para hacer cortes microscópicos, se halló un pequeño corioepitelioma situado profundamente en el endometrio. Indudablemente el diagnóstico y la operación tan oportunos impidieron la metástasis, ya que la excreción de prolán se normalizó al cabo de un mes, y así continuó hasta el último análisis que se hizo, ocho meses después de la operación.

CAPÍTULO VII

INFLAMACIÓN Y PERTURBACIONES DEL METABOLISMO EN EL ÚTERO

Hay un grupo de estados morbosos conexos del útero, algunos de los cuales son de origen inflamatorio y otros causados por trastornos de la nutrición, que conviene estudiar juntos en un capítulo. La inflamación es ocasionada por la invasión bacteriana, que origina impregnación celular característica. Las perturbaciones de la nutrición son esencialmente trastornos del metabolismo local, ora de origen endocrino, como sucede en la hiperplasia del endometrio, o bien de origen circulatorio y causadas por las consiguientes mudanzas, como sucede en la subinvolución. En este libro sólo estudiaremos aquellos estados que requieran tratamiento quirúrgico, en el orden siguiente:

- Cervicitis crónica (ectropión, erosión, quistes, pólipos, leucoplasia y secuelas del desgarro cervical).
- Hipertrofia del cuello uterino.
- Hiperplasia del endometrio y endometritis crónica.
- Legrado uterino, histerectomía, resección del útero.
- Histerotomía, radiumterapia.

CERVICITIS CRÓNICA

Hay ciertas cosas relacionadas con la cervicitis crónica que requieren particular atención, a saber: el ectropión, la erosión, la formación quística, los pólipos, la leucoplasia y las secuelas del desgarro cervical.

Ectropión (“*eversión*”) ¹.—El estado inflamatorio (cervicitis) ocasiona notable engrosamiento de la membrana mucosa y los tejidos submucosos, que al acrecentarse más y más empuja hacia fuera a los tejidos en la dirección donde hay menor resistencia, que es el orificio externo. Esta inversión hacia fuera causada por el estado inflamatorio es más notable cuando el cuello ha padecido desgarradura, pero se presenta también en la cervicitis crónica de las nulíparas.

¹ Doy preferencia en esta traducción al término *ectropión*, que denota el estado anormal consistente en volverse hacia fuera algún borde, en lugar del término “*eversión*”, que se da en inglés a dicho estado morbo, en los labios del cuello uterino. La palabra *eversión* significa en castellano destrucción, ruina, desolación (Dic. de la Acad.). (N. del T.)

Erosión.—El período de la cervicitis crónica que se designa con el nombre de “erosión” es muy interesante en varios aspectos. Este término es bastante confuso, pues de ordinario se cree que una superficie corroída es aquella que ha perdido su revestimiento epitelial, siendo que cuando se examina algún corte microscópico de “erosión” cervical, se ve que está cubierta de epitelio columnar, que ha substituído al epitelio pavimentoso normal de esa región.

El epitelio columnar monoestratificado que cubre el área, permite que se vea por entre él el tejido vascular subyacente, que le da color rojizo; este revestimiento de epitelio columnar es el primer período de la cicatrización de la erosión. Dicha capa de epitelio nuevo se prolifera tan rápidamente que forma pliegues, algunas veces muy perceptibles, los cuales dan a la superficie aspecto papilar irregular. La capa de epitelio penetra también hacia abajo y forma excrecencias adeniformes en el estroma subyacente.

En los dos períodos siguientes de la cicatrización, el epitelio columnar temporal es substituído por epitelio escamoso, que es el revestimiento protector normal de esa región. Este proceso de substitución se efectúa al crecer el epitelio escamoso debajo del epitelio columnar, empujarlo hacia fuera y ocasionar gradualmente su desintegración, lo cual no tan sólo se efectúa en la superficie, sino también en las excrecencias o depresiones adeniformes.

Formación quística.—La formación de pequeños quistes de retención en el cuello uterino es causada por la obstrucción que el estado inflamatorio ocasiona en los conductos de las glándulas situadas normalmente, así como por la formación de cavidades adeniformes en las áreas de la erosión, según queda dicho. Cuando el cuello uterino padece desgarradura, el tejido cicatrizal que se forma puede obstruir los conductos, lo cual coopera a la formación de quistes.

Estos quistes de retención se palpan a manera de pequeños nódulos endurecidos, como perdigones de varios tamaños situados en el cuello uterino, que a veces dan origen al diagnóstico erróneo de carcinoma. En ocasiones el cuello contiene multitud de estos pequeños quistes, y entonces el estado morbosos se designa con el nombre de “degeneración quística” del cuello. El moco que contienen estos quistes suele ser claro, de consistencia tenaz y “hebrosa” característica. En algunos casos los quistes contienen pus y se ven como puntos amarillos.

Formación de pólipos.—La formación de pólipos en el cuello uterino es a causa de la irritación crónica, proveniente de algún estado inflamatorio pertinaz que ocasiona exudado. Las más de las veces el pólipo es meramente una excrecencia local y sobresaliente de la membrana mucosa engrosada (pólipo mucoso), si bien en ocasiones puede ser la porción sobresaliente de algún carcinoma, y puesto que sólo es posible hacer la diferenciación en el examen microscópico, es menester enviar al laboratorio para su examen todos los pólipos extirpados.

Leucoplasia.—Con este término se designan ciertas áreas pequeñas y blanquizcas que se ven algunas veces en el cuello uterino, las cuales son lisas y de diversos tamaños y formas. Tienen la propensión a recurrir cuando se las arranca, y dado que ocasionan irritación crónica en los tejidos cervicales, tienen importante relación causal con el carcinoma. El color blanquizco es causado por la proliferación anormal de ciertas células de la capa epitelial, la cual proliferación es un tanto variable, y en algunos casos es muy semejante a la proliferación maligna.

Es necesario suprimir presto las áreas de leucoplasia del cuello uterino, lo cual se puede lograr por medio de la escisión cónica con el alambre endotérmico, o bien por medio de la escisión cónica con el bisturí, y se hará en todo caso el examen microscópico de los tejidos extirpados; mas no se ha de perder de la memoria que al extirpar los tejidos es muy probable que se desvanezca el color blanquizco, y por ello antes de cortar los tejidos conviene señalar con una o dos puntadas pequeñas los linderos del área leucoplásica, a fin de poderla identificar en el laboratorio.

Desgarradura.—La desgarradura, o laceración que en el parto padece el cuello del útero, da origen a infecciones y a la cervicitis crónica, y tiene mucho qué ver con el aspecto y la forma del cuello cuando padece inflamación crónica, puesto que la desgarradura permite más fácilmente la exteriorización de la membrana mucosa inflamada. En algunas ocasiones el ectropión que se efectúa por entre el desgarro llega hasta el grado de obliterar el cuello, el cual adquiere la forma y el aspecto de una bola.

Las perturbaciones y las molestias que ocasiona la desgarradura del cuello y que requieren tratamiento, son causadas principalmente por el estado inflamatorio, y cuando éste no se presenta, bien puede suceder que se junten y cicatricen las porciones desgarradas, dejando tan sólo una leve hendidura; otras veces cicatrizan por granulación y formación de tejido cicatrizal, lo cual deja dos labios; séase como se fuere, en tales casos el desgarro no ocasiona ninguna molestia y no requiere tratamiento. En cambio, si se presenta la inflamación, se efectúan entonces mudanzas progresivas cuya consecuencia es la cervicitis crónica.

Breves consideraciones acerca del diagnóstico

La principal dificultad que se presenta al hacer el diagnóstico de la cervicitis crónica, es el indagar si hay comienzos de degeneración maligna, pues ya hemos visto cómo dicha inflamación crónica es causa importante del carcinoma en esa región, lo cual se advertirá fácilmente si se pone la consideración en la irritación persistente que ocasionan la erosión, el ectropión y los quistes, lo cual da origen a mudanzas proliferativas celulares en esa área peligrosa donde se unen dos clases de epitelio.

El carcinoma del cuerpo uterino suele tener su principio y origen en el tejido cervical dañado por la inflamación crónica, y no es posible

antecedir cuándo han de comenzar la degeneración maligna, ya que las alteraciones microscópicas que se efectúan en los tejidos no dan de sí ningún síntoma ni signo en sus períodos muy incipientes, y cuando se presenta la induración o la ulceración perceptible, las células carcinomatosas han penetrado ya profundamente, de ordinario hasta las porciones distantes de la pelvis. De este asunto tratamos pormenorizadamente en el capítulo VI, y baste decir aquí que no ha de gastarse tiempo en observar el curso de la cervicitis crónica para ver si se descubren signos de carcinoma, sino poner por obra el tratamiento curativo antes de que comience a formarse el carcinoma.

Tratamiento

El tratamiento de la cervicitis crónica varía según la magnitud de la enfermedad, y a continuación damos los métodos convenientes para tratar los diversos períodos de ésta:

- 1º Punción del quiste y aplicación de medicamentos astringentes.
- 2º Cauterización lineal.
- 3º Escisión cónica en el consultorio.
- 4º Escisión cónica en el hospital, y sutura en algunos casos.
- 5º Escisión cónica con el bisturí, y sutura de toda el área.

1º **Punción del quiste y aplicación de medicamentos astringentes.**—Cuando la cervicitis invade tan sólo un área muy pequeña cerca del orificio externo, y al parecer persiste el ectropión a causa de haber uno o dos quistes, la punción de éstos y la aplicación de algún medicamento astringente con el que se frota la cavidad quística, ocasiona a veces la cura y la retracción de los tejidos, a lo cual ayudan también las irrigaciones vaginales astringentes; éstas se harán tan a menudo como sea necesario para evitar se acumulen exudados irritantes.

2º **Cauterización lineal.**—Si no surtiere buen efecto el antecedente tratamiento, o si éste no fuere adecuado para la particular variedad de cervicitis, convendrá la cauterización lineal. Probablemente sea más provechosa dicha cauterización en el ectropión leve, cuando la inflamación crónica es provocada por él y deja expuesta la membrana mucosa monoestratificada a la irritación vaginal.

La cauterización se efectúa con el cauterio pequeño común, y se emplea un punto delgado semejante al que se usa para cauterizaciones nasales. Se hacen de dos a cinco incisiones en forma radiada, según se crea es necesario para volver hacia dentro los tejidos sobresalientes (Fig. 392, A). Ha de ponerse cuidado en hacer las incisiones cauterizantes de manera, que la contracción cicatrizal sea suficiente para contrarrestar la inversión hacia fuera de los tejidos. Para lograr esto, la porción interna de la incisión empezará en un punto bastante profundo en el conducto cervical (Fig. 392, B), y la porción externa se limitará al área enferma, de suerte que la contracción se efectúe dentro del con-

ducto (Fig. 392, C). Si las incisiones llegaran demasiado hacia fuera, en la porción vaginal del cuello, la contracción externa impediría la retracción hacia dentro. Ocioso es el decir que si hay quistes se efectuará la punción de ellos con el cauterio.

De ordinario estas pequeñas incisiones cauterizantes no ocasionan dolor, y si surten buen efecto se harán nuevos cortes en la porción restante del área invertida hacia fuera. Al hacer estas nuevas incisiones, se evitarán las cicatrices recién formadas, que son a veces hipersensibles.

3º **Escisión cónica en el consultorio.**—Si las pequeñas lesiones de la variedad mencionada no ceden al antedicho tratamiento, será bien suprimirlas por medio de la escisión cónica en el consultorio. Este sencillo y eficaz método fué ideado por Hyams (*New York State Jour. Med.*, 28: 646, 1928) y descrito por su autor en varios artículos.

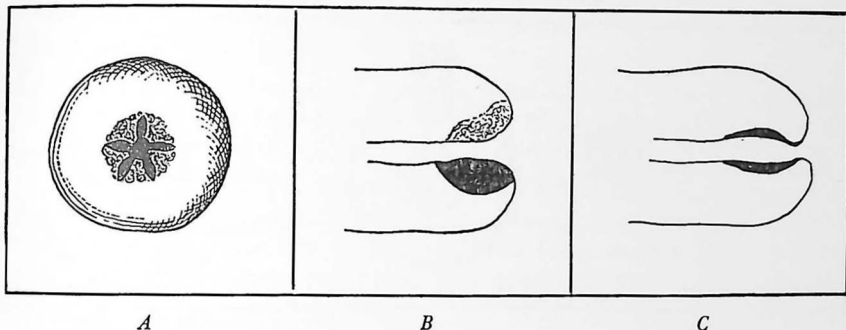


Fig. 392.—Cauterización lineal del cuello. *A*, incisiones que se hacen con el cauterio, y variedad de lesión adecuada para este tratamiento; *B*, dibujo que representa la profundidad de las incisiones hechas con el cauterio, con el fin de que se vuelvan hacia dentro los tejidos al efectuarse la contracción cicatrizal; *C*, dibujo que representa la manera eficaz de contrarrestar la inversión hacia fuera de los tejidos, por medio de la contracción hacia dentro de la cicatriz.

Uno de nosotros (R. J. C.), luego de hacer el estudio de las pacientes en quienes se empleó el electrodo de Hyams, quedó convencido de que sería más provechosa la mayor escisión de tejidos, e ideó un electrodo que sirviera para tal fin (*Jour. Missouri Med. Ass.*, 32: 125, 1935). En el artículo del cual copiamos las siguientes citas, describimos pormenorizadamente el electrodo y su acción, así como la aplicación que de él hemos hecho y nuestra experiencia en el consultorio y en el hospital:

“Aun cuando el electrodo de Hyams sea eficaz en mujeres nulíparas, no lo fué en el ectropión con erosión de una gran área y formación quística. El alambre cortante de dicho electrodo estaba demasiado cerca del tubo de silicio y no permitía el extirpar un cono de tejido de buen tamaño, que incluyera toda el área infecta. Para vencer esta dificultad era menester otra clase de electrodo, y con este fin hice algunos diseños de la clase que deseaba y escribí a varios fabricantes de aparatos de diatermia, los cuales no lo tenían. Últimamente uno de ellos

ofreció construir uno para su ensayo, de acuerdo con mis especificaciones. Después de experimentar diversos electrodos, acepté el que se muestra en la figura 393, con el cual se logra mejor la escisión deseada.

“En general, el método es semejante al que describió Hyams en sus diversos artículos, conviene a saber: se coloca a la paciente en la mesa, tal como si se fuese a efectuar la exploración vaginal, con el electrodo indiferente humedecido en contacto con el muslo; introdúcese en la vagina el espéculo bivalvo y se pone a la vista el cuello uterino, el cual se limpia con jabón blando, y se inserta en el conducto cervical un rollito de algodón humedecido con alguna solución antiséptica adecuada. Mídese la longitud del conducto cervical y se escoge el electrodo de tamaño conveniente.

“Cuando se emplea la anestesia tópica, colócase el anestésico en el conducto cervical y se deja ahí por cinco minutos antes de proceder

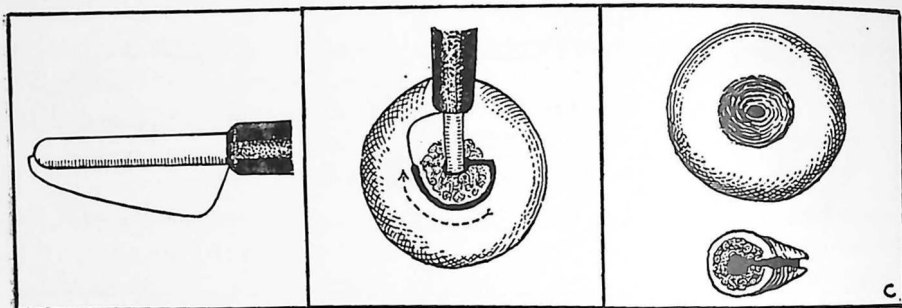


Fig. 393

Fig. 394

Fig. 395

Fig. 393.—El nuevo electrodo para hacer la escisión cónica más amplia.

Fig. 394.—Manera de usar el electrodo, con el cual se hace la escisión de todo el tejido variado.

Fig. 395.—Grabado que representa la porción cónica de tejido extirpado, así como la cavidad en forma de embudo que queda en el cuello, la que cicatriza rápidamente y vuelve hacia dentro los tejidos. (R. J. Crossen: *Jour. Missouri Med. Ass.*)

a la escisión; para ello se emplea una unidad cortante de corriente uniforme. No todos los aparatos son adecuados para esta operación. El electrodo se coloca en el extremo distal del mango universal ordinario, que está provisto en su extremo proximal de una acopladura giratoria. El conmutador de pedal se emplea para poner la corriente en el momento oportuno.

“La punta del electrodo activo se pone en contacto con el cuello uterino, de manera que el tubo de silicio penetre en el conducto cervical según se va haciendo el corte. Interrúmpese entonces la corriente con el pedal conmutador y se introduce el electrodo en el conducto cervical, hasta la profundidad que convenga. Debe detenerse el extremo interno del electrodo poco antes de llegar al orificio uterino interno; en este momento conviene soltar el pedal conmutador y disponerse para girar el electrodo en un círculo completo.

“Con la mano izquierda se sostiene la porción fija del mango, y se hace girar la porción distal movable (Fig. 394), estando puesta la corriente cortante. Puesto que estos electrodos se rompen con facilidad cuando se emplean indebidamente, debe el operador cerciorarse de que está puesta la corriente y de que el electrodo está cortando, antes de empezar la rotación. Luego de efectuar la rotación total, saldrá junto con el electrodo un tapón cónico de tejido (Fig. 385), y si fuere menester extirpar una porción mayor de tejido, o algún quiste, se hará fácilmente con el mismo electrodo.

“En terminando este procedimiento, se introduce en el área cónica un pedacito de gasa impregnada de solución al uno por ciento de acriflavina neutra y glicerina. El tratamiento postoperatorio consiste en hacer irrigaciones vaginales con alguna solución antiséptica débil; la paciente ha de limitar sus actividades por una semana, y al cabo de cuatro semanas el cuello uterino estará totalmente cicatrizado.

“Las ventajas de este electrodo y de la técnica arriba descrita, son las siguientes:

“A. Permite al cirujano extirpar todo el tejido infecto alrededor del orificio externo, incluso los tejidos que se extienden hacia fuera de la superficie.

“B. Suministra una mayor porción de tejido para su examen microscópico, el cual ejemplar incluye también el área donde el epitelio columnar de la erosión que se extiende hacia fuera se une con el epitelio escamoso, que es el área donde hay más probabilidades de que principie el carcinoma.

“C. Empleando esta clase de electrodo, es posible aplicar la escisión con la corriente cortante hemostática a un grupo mayor de estados morbosos que antes se consideraban demasiado extensos para ser tratados por este método.”

Este mayor grupo comprende dos clases de enfermas: 1ª, aquellas en quienes la extensión moderada de la cervicitis, desde el orificio externo hacia fuera, puede ser tratada por la sola rotación del electrodo más ancho, al efectuar la escisión cónica en el consultorio, y 2ª, los estados morbosos más extensos donde conviene un corto período de permanencia en el hospital.

La escisión cónica en el consultorio se ciñe a aquellas pacientes en quienes el área de cervicitis está dentro de un radio poco más o menos de un centímetro y cuarto del orificio externo, y no hay complicaciones que requieren el legrado uterino, las reparaciones del suelo pélvico, ni ninguna otra operación quirúrgica. Al efectuar la escisión cónica, evítese el pasar el alambre cortante directamente por entre alguna región sospechosa que requiera el examen microscópico; la línea de escisión ha de hacerse, claro está, muy afuera del área dañada.

4º **Escisión cónica en el hospital.**—Conviene la permanencia en el hospital, cuando sea menester el legrado uterino simultáneo, o alguna

operación plástica, así como cuando hay estados más graves de cervicitis, y los cuales comprenden dos grupos:

A. El primer grupo incluye las enfermas que padecen desgarro moderado y ectropión, en las cuales, después de extirpar el tejido enfermo distante por medio de alguna rotación más del alambre cortante, se conserva aún la cavidad cónica, que cicatrizará rápidamente y ocasionará buena inversión hacia dentro de los tejidos. En tales casos, el principal tiempo suplementario de la técnica es la escisión del tejido enfermo distante por medio de alguna rotación más, según queda dicho (Fig. 396). A causa de la inflamación crónica que abarca una zona más vasta, se aumenta la vascularidad de los tejidos, a veces en sumo grado. En estos estados muy vasculares, conviene retroceder unos cuantos puntos el indicador de la corriente (v. gr., de cuarenta y cinco a cuarenta) y efectuar más lentamente el corte. Cuanto más débil sea la corriente cortante, tanto más eficaz será el efecto hemostático. Si luego de terminar la escisión cónica hubiere algunos vasos sangrantes, se tocarán con el alambre, y si por acaso continuaren sangrando, como sucede algunas veces cuando es muy señalada la vascularidad, se quitará el electrodo de alambre y se substituirá por el electrodo de aguja, conmutaráse la corriente, poniendo el indicador en el sitio marcado "coagulación", y se tocarán levemente los vasos sangrantes.

Estos toques hemostáticos sólo han de hacerse en los sitios donde haya copiosa hemorragia, ya que la hemorragia capilar moderada se contiene por sí sola, o bien se cohibe al aplicar el taponcito de gasa impregnado de acriflavina, según queda dicho. El propósito de esto es evitar la destrucción de tejidos en la angosta zona donde se hace el corte, ya que los demás toques que se hicieren con la aguja coagulante, ocasionarán pequeños esfacelos que harán sea más lenta la cicatrización. La hemorragia varía en gran manera y depende no tan sólo de la magnitud del estado morbosos y de la vascularidad que él ocasione, sino también al parecer del estado de la sangre.

Esta variedad de escisión cónica es muy útil para suprimir la irritación pertinaz del cuello uterino, cuando se ejecute la histerectomía supravaginal. Luego de cerrar la incisión abdominal se dispone a la paciente para la operación vaginal y se efectúa la escisión cónica del área de irritación alrededor del orificio externo, teniendo cuidado de evitar se penetre profundamente en el muñón cervical. Hemos visto que es también útil cuando se hace simultáneamente con otras operaciones, tales como la raspadura uterina, el tratamiento quirúrgico del cistocele y la reparación del suelo pélvico.

B. El segundo grupo incluye las enfermas que padecen grandes desgarros, tumefacción y ectropión. En tales pacientes, las demás incisiones que se hacen con el asa de alambre llegan tan hacia fuera, que se ocasiona el aplanamiento de los lados del cono, hasta el grado de que sea dudoso se efectúe una buena retracción hacia dentro. En estados morbosos tan extensos se creyó que volviendo hacia dentro los labios

anterior y posterior, por medio de la sutura de Sturmdorf (Fig. 396), se facilitará no tan sólo la inversión hacia dentro de los tejidos, mas también la rápida cicatrización. Esto no lleva puesta la mira en efectuar la coaptación exacta de las superficies cruentas, tal como se hace en la escisión cónica con el bisturí y la sutura, sino tan sólo dar comienzo a la retracción hacia dentro de los tejidos, volviendo hacia el conducto cervical el borde externo de la herida, por medio de una sola puntada de Sturmdorf con catgut crómico en cada labio.

Esta operación deja suficiente espacio para efectuar el entubamiento para desagüe. Cuando se emplea la sola corriente cortante, bien puede suceder que se unan las superficies, como sucede en las incisiones cutáneas hechas por la corriente cortante. Si para efectuar la hemostasis fué preciso electrocoagular algunos puntos superficiales, queda suficiente espacio de desagüe para la cicatrización por granulación.

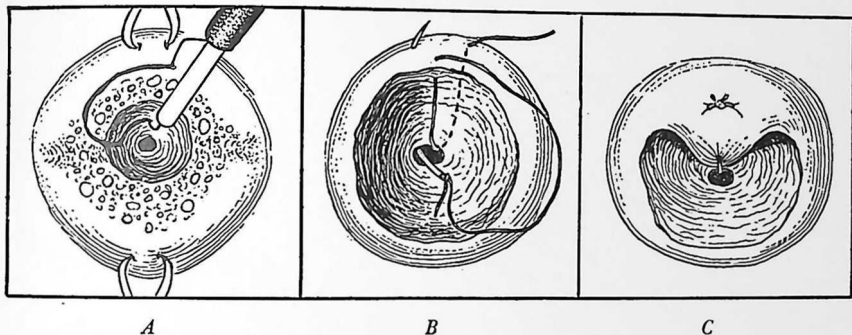


Fig. 396.—Escisión cónica muy extensa y aplicación de la puntada de Sturmdorf al labio anterior para facilitar la inversión hacia dentro al efectuarse la cicatrización. A, se pasa por segunda vez el electrodo, después de haber hecho la escisión cónica común y corriente; B, puntada de Sturmdorf en el labio anterior; C, luego de anudar la primera puntada.

Cuando se efectúa esta escisión cónica de grandes porciones de tejido, de ordinario bastan dos puntadas de Sturmdorf (una en cada labio), para causar suficiente inversión hacia dentro y contener cualquiera hemorragia. Para efectuar la hemostasis, es necesario que la entrada y la salida de la aguja queden bien separadas (Fig. 396, B), y se puede además hacer alguna otra puntada de Sturmdorf dondequiera se necesite.

Luego de poner por obra la escisión cónica simple ha de evitarse por varios días toda perturbación mecánica de las superficies, ya que ellas podrían desalojar los coágulos diminutos que ocasionan la hemostasis y dar ocasión a la hemorragia. En tal virtud, cuando se efectúe simultáneamente algún tratamiento intrauterino, la escisión cónica de grandes porciones de tejido requiere las puntadas anterior y posterior de Sturmdorf, como sucede cuando hay que extraer el radium o el tapón uterino.

5º **Escisión cónica con el bisturí y la sutura.**—Este es un método seguro de tratar la cervicitis crónica extensa, que suele ir acompañada de desgarró, tumefacción, ectropión y quistes. El método fué ideado por Sturmdorf y sacó grandes ventajas a los métodos que entonces se empleaban, ya que con esta operación no tan sólo se extirpa toda el área quística, mas también se cubre por medio de la sutura especial de Sturmdorf toda la superficie cruenta de la manera más eficaz. A causa del perfeccionamiento del material de sutura y del progreso que ha alcanzado la técnica, los pormenores de la operación se diferencian hoy día en gran manera de la técnica primitiva, si bien no se han alterado los principios en que se funda la operación, conviene a saber: primero, extirpar todo el tejido enfermo mediante la escisión cónica (Figs. 397 a 399), y segundo, volver hacia dentro los colgajos anterior y posterior,

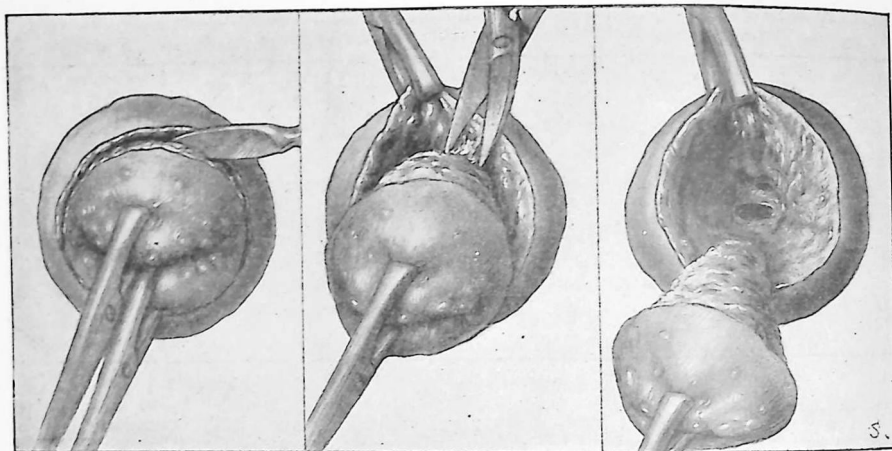


Fig. 397

Fig. 398

Fig. 399

Fig. 397.—Escisión cónica del cuello (Sturmdorf). Se delinea con el bisturí la porción que ha de ser extirpada.

Fig. 398.—Se corta la porción profunda del cono.

Fig. 399.—Escisión del cono; la cavidad cruenta que se deja sangra abundantemente.

por medio de la artificiosa sutura de Sturmdorf (Figs. 403 a 405). Con las láminas 397 a 411 se ilustran los diversos tiempos del acto quirúrgico. Sea cual fuere el método que se emplee para extirpar los tejidos dañados y reconstruir el cuello uterino, debe tenerse en la memoria el peligro de la estenosis subsecuente del conducto cervical, que se efectúa en la región del orificio interno. Felizmente, puesto que el desgarró está en la porción inferior del cuello, la subsecuente inflamación crónica y la mudanza quística suele invadir tan sólo la mitad, o los dos tercios inferiores de la membrana mucosa cervical. Es muy raro hallar alteraciones quísticas en el tercio superior y, por consiguiente, es fácil hacer que la línea de escisión quede muy distante del antedicho orificio interno. De igual suerte, la escisión lateral de los tejidos ha de circunscribirse al área necesaria para excluir la irritación continua. La escisión excesiva en

cualquiera dirección acrecentaría la hemorragia y la probabilidad de que hubiese estenosis subsecuente. Al ejecutar la operación, la escisión cónica incluirá la mitad inferior o los dos tercios inferiores de la membrana

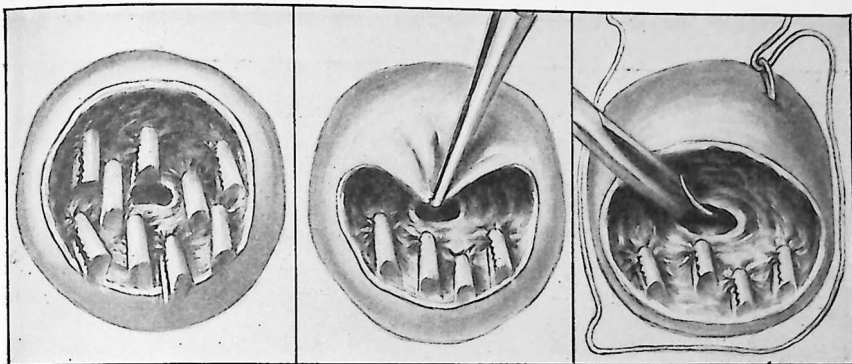


Fig. 400

Fig. 401

Fig. 402

Fig. 400.—Con pinzas hemostáticas se comprimen los vasos sangrantes, y se dejan los instrumentos unos cuantos minutos para lograr la hemostasis por presión.

Fig. 401.—Se quitaron las pinzas de la porción superior de la herida y se está viendo si el borde puede servir de colgajo para cubrir la superficie cruenta.

Fig. 402.—Se empieza la primera puntada; si se introduce y se saca la aguja con bastante separación entre el sitio de entrada y el de salida, la puntada logra eficazmente la hemostasis.

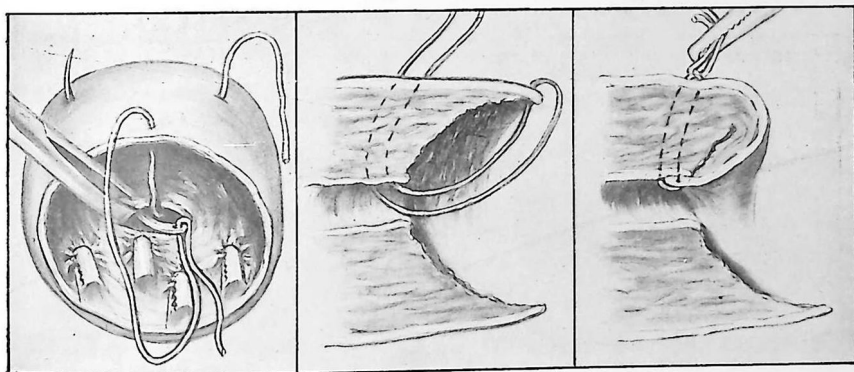


Fig. 403

Fig. 404

Fig. 405

Fig. 403.—Con la puntada anterior se cogió ya el borde anterior que se ha de volver hacia dentro, y se está pasando la aguja por entre el conducto cervical para sacarla otra vez en la superficie vaginal del cuello.

Fig. 404.—Corte longitudinal que muestra el curso que sigue la puntada de Sturmdorf.

Fig. 405.—Después de anudar la puntada se cubre con el borde adelgazado del cuello la superficie cruenta.

mucosa, según las circunstancias, y en los lados sólo se extirpará la porción necesaria para suprimir el tejido quístico. Luego de extraer la porción cónica de tejido, examinaráse la superficie sobrante, y si hubiere algún quiste se extirpará.

Otro pormenor importante de la operación es la hemorragia enfa-dosa que impide o estorba el trabajo del cirujano. Los autores de este libro buscando el mejor medio de cohibir la hemorragia, hicieron diver-sas experiencias y observaron que la ligadura preliminar del cuello ute-rino, así como otras variedades de ligaduras circulares semejantes o la

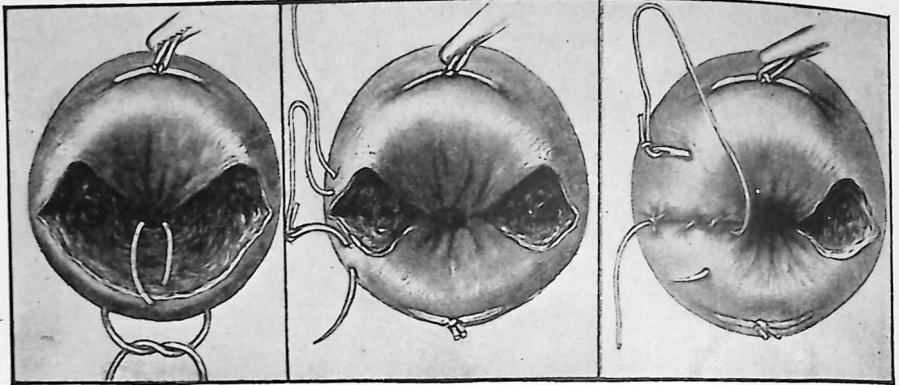


Fig. 406

Fig. 407

Fig. 408

Fig. 406.—Después de anudar la puntada anterior se hace la posterior.

Fig. 407.—Luego de anudar las dos puntadas se empieza la sutura lateral que vuelve hacia dentro los tejidos.

Fig. 408.—En terminando la sutura con que se vuelven hacia dentro los tejidos, se da una puntada profunda para asegurar la hemostasis en esa porción lateral.

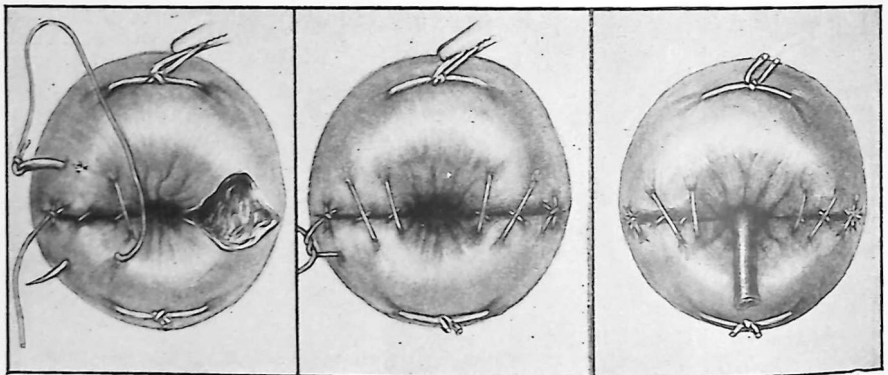


Fig. 409

Fig. 410

Fig. 411

Fig. 409.—Se hace otra puntada hemostática profunda en el lado derecho.

Fig. 410.—La sutura ya terminada.

Fig. 411.—Conviene conservar bien abierto el conducto cervical por varios días, por medio de un tubo de goma. En otro tiempo empleaban los autores un tallo rígido, pero a veces se dificultaba su extracción y causaba hemorragia.

forcipresión lateral impedían en mayor o menor grado la escisión y la su-tura, y a la postre aceptaron la hemostasis por presión de los vasos san-grantes, método sencillo y eficaz, que si bien no cohibe por entero la hemorragia, por lo menos la minora lo bastante para ejecutar con

exactitud la operación y evitar indebida pérdida de sangre. Tan presto como se extrae el cono de tejido extirpado, se cogen rápidamente los principales vasos sangrantes con fuertes pinzas hemostáticas provistas de dientes de ratón. Colocando convenientemente las pinzas (por lo común seis u ocho) se logra contener la mayor parte de la hemorragia (Fig. 400), y se dejan los instrumentos sin tocarlos uno o dos minutos, a fin de producir los efectos de la forcipresión, antes de emprender los siguientes tiempos quirúrgicos que se muestran en las láminas.

En algunos casos, en especial cuando el cuello uterino está fijo por tejido cicatrizal, se tropieza con algunas dificultades al insertar las principales puntadas de la manera usual, singularmente la puntada posterior. Enhebrando una aguja en cada extremo del hilo e insertando cada aguja de dentro afuera por entre el conducto cervical, se vencerá

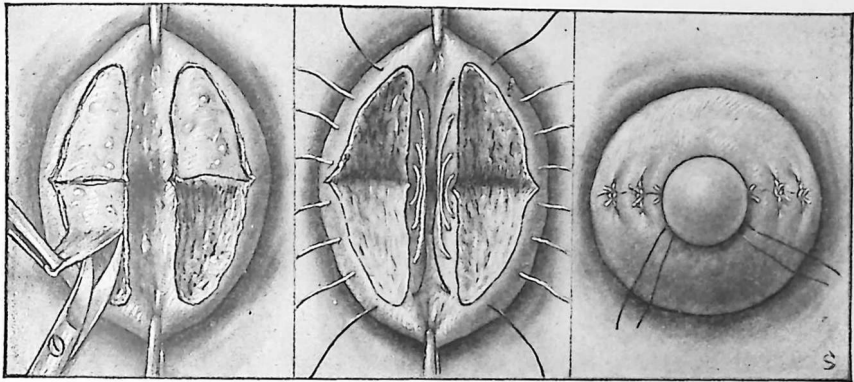


Fig. 412.—Traquelorrafia: *A*, denudación de ambas porciones laterales y escisión del tejido quístico y dañado, para lo cual se puede emplear el bisturí o las tijeras; es muy conveniente comenzar la escisión con el primero y terminarla con las segundas. *B*, después de hacer todas las puntadas, están dispuestas para ser anudadas. *C*, puntos anudados con el tallo en su sitio. Adviértase que se dejan largos los cabos de las puntadas de crin de Florencia en cada lado, pues si se dejaran cortos, se hincarian en los tejidos como alambre. El tallo se deja unas dos semanas y al extraerlo se quitan los puntos de crin de Florencia.

la dificultad; otro medio de lograr el mismo fin es sacar la aguja en el centro de la superficie cruenta, y reintroducirla para llevar la puntada hacia dentro del conducto cervical.

El mayor uso que se ha dado a la escisión cónica con el electrodo de alta frecuencia, según queda dicho, ha obviado la necesidad de efectuar esta escisión con el bisturí y la sutura subsecuente, salvo en casos excepcionales. De cuando en cuando es tan extenso el estado inflamatorio, o está tan deformado el cuello uterino por el tejido cicatrizal, que es preferible la antedicha escisión con el bisturí, en vez de intentar la escisión irregular con el electrodo endotérmico. En determinadas circunstancias, el área sospechosa que ofrece particular interés está situada en el conducto cervical, donde no sería posible arrancarla de raíz con

el pequeño extremo profundo del electrodo. Si no se dispone del aparato necesario para efectuar la escisión endotérmica, habrá que hacerla con el bisturí.

Traquelorrafia.—La operación de traquelorrafia que se ejecutaba en otro tiempo para reparar el cuello uterino, ha sido reemplazada por los métodos más eficaces arriba descritos. Cuando haya mudanzas morbosas e irritación crónica que requieran la reparación del cuello, es preferible extirpar todo el tejido dañado, en vez de dejar una tira de él en cada lado, como se hacía con el antiguo método de la traquelorrafia. Quizás haya algunos excepcionales desgarros unilaterales o bilaterales sin mucha inflamación, a que convenga la denudación lateral y la sutura. Sin embargo de ello, esta operación es principalmente en el día de hoy de interés histórico, ya que fué un paso importante en el perfeccionamiento gradual del tratamiento eficaz de tales estados morbosos.

Electrocoagulación.—Otro método para extirpar la porción de tejido dañado del cuello uterino es la electrocoagulación, después de la cual se mortifican y desprenden los tejidos coagulados y la herida cicatriza subsecuentemente por granulación. Este método ha tenido la aceptación general un tanto semejante a la popularidad de que hace algunos años gozó la cauterización destructora del cuello uterino, procedimiento que a la postre fué desechado a causa de los graves efectos tardíos que ocasionaba la gran cantidad de tejido cicatrizal. Aun queda por demostrar si la electrocoagulación y la mortificación de tejido inherente a ella, tendrán efectos semejantes. En la hora presente, al parecer dicha técnica es contraria a un importante principio en que ha de fundarse el tratamiento de tejido sospechoso en esta área, a saber: el que prescribe que tales tejidos deben ser siempre extirpados de cierta manera que permita su examen microscópico. Indubitable verdad es que antes de electrocoagular el área se puede extirpar una porción de tejido para su examen, pero bien pudiera suceder que el carcinoma empezara a desarrollarse en otra parte de ella. El método que ofrece mayor seguridad, es extirpar toda el área en una sola pieza y examinarla microscópicamente en su totalidad, según se hace en los métodos arriba descritos. Otras desventajas de la electrocoagulación son el desprendimiento de grandes porciones de tejido esfacelado, la peligrosa diseminación del estado infeccioso que algunas veces ocasiona, y el largo período de cicatrización.

Así la electrocoagulación como la experiencia adquirida con las investigaciones efectuadas en relación con ella, han sido de gran ayuda en los estudios emprendidos con el fin de hallar el mejor tratamiento de la cervicitis, y no cabe duda de que la ciencia debe mucho a los investigadores que han tomado a su cargo estos trabajos y han publicado minuciosamente el resultado de ellos. Con todo, creemos que la juiciosa consideración de los informes hasta hoy publicados indica la conveniencia y la indudable superioridad de los métodos descritos, cuyos méritos hemos ponderado en páginas antecedentes.

Escisión del muñón cervical

Cuando hay inflamación persistente en el muñón cervical que requiera el tratamiento quirúrgico, suele ser preferible la extirpación de aquél, en lugar de efectuar la escisión cónica, para lo cual ha de procurarse lo siguiente: 1º, que se extirpe totalmente la membrana mucosa cervical; 2º, que no se retraiga ningún vaso sangrante antes de que pueda ser cogido con las pinzas, y 3º, que se haga la incisión dentro del tejido cervical, o cerca de él, con el fin de no lesionar la vejiga ni los "pedículos", o cabos vasculares que se fijaron al cuello uterino al ejecutar la histerectomía supravaginal.

Se hace una incisión alrededor del cuello, que permita separar de él la vejiga, primero en la porción anterior y luego en los lados y atrás; apártase entonces la vejiga con un separador pequeño, descubriendo así la pared anterior del cuello, la cual se divide (Fig. 413); continúaase luego la separación hacia arriba; al hacer esto, se cogerá el

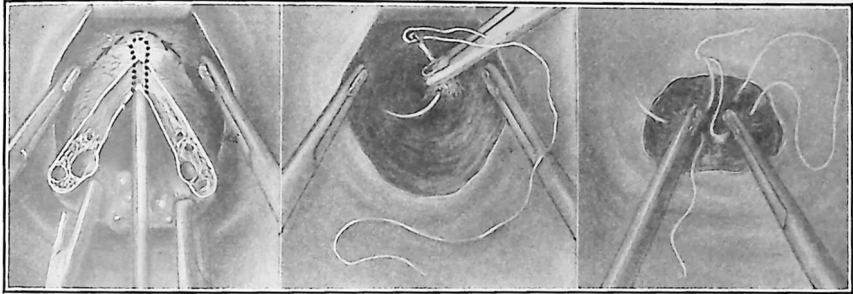


Fig. 413

Fig. 414

Fig. 415

Figs. 413 a 415.—Escisión del cabo cervical cuando hay cervicitis crónica.

Fig. 413.—Incisión circular alrededor del cabo cervical, después de levantar la vejiga, despegar la pared vaginal y dividir longitudinalmente el cuello (véase el texto).

Fig. 414.—Después de extirpar el cabo cervical, se suturan los pedículos y la cavidad, para cerrar ésta y efectuar la hemostasis. Ha de tenerse cuidado de que las puntadas no sean más profundas que lo necesario.

Fig. 415.—Se termina la hemostasis y se cierra la cavidad.

tejido vascular con pinzas dentadas antes de dividirlo, de manera que no pueda retraerse fuera del alcance de las pinzas. Al llegar a la porción superior del cuello, donde se suturaron a él los cabos o "pedículos", se hace la incisión hacia el tejido cervical. Sin embargo de ser importante la extirpación de toda la membrana mucosa cervical, conviene dejar suficiente tejido de la pared en la porción superior, para evitar así se lesionen los tejidos adheridos.

Al aproximarse a la porción superior del cuello, se identifica el extremo del conducto cervical con una sonda, o con la punta de unas pinzas (Fig. 413), se pone entonces a la vista y se efectúa su escisión total. Para lograr la hemostasis y cerrar la herida conviene ejecutar una sutura continua cuyos cabos se dejan largos, y dar puntadas

a uno y otro lado, que incluyan los tejidos de los "pedículos" (Figs. 414 y 415), para lo cual se entrelazan dichas puntadas, o bien se anudan los cabos de cuando en cuando, según sea necesario para lograr la hemostasis. La última porción de la sutura cierra la herida vaginal sin canalización.

HIPERTROFIA DEL CUELLO UTERINO

La hipertrofia del cuello es una variedad rara de acrecentamiento de éste que no es causado por la desgarradura, la inflamación, ni la neoplasia, y puesto que su principal efecto es el de alargar el cuello, se denomina a veces "elongación" cervical.

Amputación.—Cuando es muy notable el alargamiento y el útero está de otra suerte en buen estado, es bien ejecutar la amputación cunei-

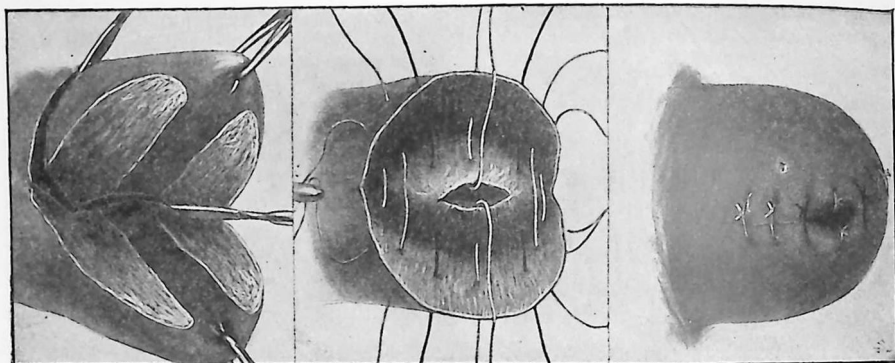


Fig. 416

Fig. 417

Fig. 418

Fig. 416.—Amputación ordinaria del cuello, para lo cual se divide éste longitudinalmente hasta donde sea necesario; nótese la manera de extirpar porciones cuneiformes de tejido excesivo; en la porción superior se está haciendo con el bisturí la incisión externa, y en el centro se ve el bisturí haciendo la incisión interna. El labio inferior ha de ser extirpado de la misma manera.

Fig. 417.—Puntadas listas para anudarlas; éstas pueden ser todas de crin de Florencia, o bien de catgut y una que otra de crin de Florencia a los lados, o si se prefiere, todas de catgut cromado para cuarenta días.

Fig. 418.—Operación ya terminada. Es preferible dejar los cabos de las puntadas de crin de Florencia, de unos 2 centímetros de largo, y no tan cortos como se ven en el grabado.

forme ordinaria, que consiste en la extirpación de toda una porción transversal del cuello, y es totalmente distinta a la amputación parcial o escisión cónica que se efectúa en el tratamiento de la cervicitis.

Dividese primero longitudinalmente el cuello alargado, hasta el sitio donde haya de efectuarse la amputación (Fig. 416), después de lo cual se hacen dos incisiones para extirpar entrambas mitades; una de ellas se hace desde la superficie vaginal y la otra desde dentro del cuello, según indican los dos bisturíes en la figura 416; dichas dos incisiones de cada labio se llevan hacia atrás y se encuentran en el tejido cervical, formando una cuña. Ha de tenerse cuidado de extirpar tan sólo la porción

excesiva del cuello, y la zona donde se haga la amputación quedará por lo menos un centímetro y cuarto debajo del orificio interno.

En extirpando la porción necesaria de tejidos se cierran las heridas cuneiformes con puntadas que se dan según se ve en las figuras 417 y 418, que se hacen con catgut para cuarenta días, y si fuere necesario se darán algunos puntos más para efectuar la unión superficial exacta de los tejidos.

HIPERPLASIA DEL ENDOMETRIO

La hiperplasia del endometrio es causada por alguna perturbación de las mudanzas normales que se efectúan en el endometrio, que por su parte dependen del efecto de los hormones ovariopituitáricos relacionados con la ovulación y la formación del cuerpo amarillo. Las circunstancias causales más importantes son al parecer el exceso de estrina (hormón del crecimiento endometrial) y la insuficiente formación de progestina (hormón del cuerpo amarillo). La particular enfermedad ovárica que probablemente esté más relacionada con la hiperplasia del endometrio, es el "ovario quístico", cuya causa es la falta de ruptura de los folículos, conviene a saber, en el folículo donde no acaece la ruptura muere el óvulo, pero continúa funcionando la zona granulosa, de lo cual resulta el exceso de estrina y el crecimiento anormal del endometrio.

El diagnóstico preciso de la hiperplasia del endometrio depende del examen microscópico de las raspaduras uterinas, si bien es posible el diagnóstico provisional a vista de la hemorragia persistente en las muchachas que empiezan a menstruar, o en las mujeres que están entrando en el período de la menopausia. La diferenciación clínica de ésta y otras variedades de hemorragias uterinas ha de fundarse en los síntomas y en la observación. Cuando a pesar del tratamiento medicinal persiste la hemorragia, es necesario hacer el legrado uterino.

ENDOMETRITIS CRÓNICA

La endometritis crónica es el proceso inflamatorio en el endometrio de resultas de algún estado infeccioso agudo y presenta los caracteres comunes de la inflamación crónica. Dado que el endometrio padece en su mayor parte exfoliación todos los meses, es bastante raro que quede algún estado inflamatorio, y de ahí que la hiperplasia sea causa mucho más frecuente del engrosamiento y la hemorragia crónica. En nuestro libro de texto *Enfermedades de la Mujer* estudiamos por menudo el tratamiento medicinal y endocrino de la hemorragia uterina, así como el diagnóstico diferencial. Cuando a pesar de este tratamiento continúa la hemorragia, conviene entonces el legrado uterino.

LEGRADO UTERINO

PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA DEL ENDOMETRIO, DE LA ENDOMETRITIS CRÓNICA, DE LA HEMORRAGIA UTERINA, Y PARA EFECTUAR EL DIAGNÓSTICO INTRAUTERINO

En el capítulo XXII, al hablar de la preparación para las operaciones vaginales, describiremos los instrumentos y las disposiciones necesarias para esta operación.

PELIGROS

Es preciso ponderar los peligros del legrado uterino, que no es una operación tan sencilla e inofensiva como muchos se creen. En primer lugar, es fácil perforar la pared uterina con la cucharilla, la sonda uterina, o las pinzas, la cual perforación pudiera acarrear la peritonitis mortal. La raspadura del útero ocasiona a las veces el agravamiento de la enfermedad cuando hay ciertas variedades de inflamación pélvica o preñez tubaria; por mejor decir, el legrado uterino acarrea ciertos peligros inherentes a toda operación quirúrgica en cualquier órgano vulnerable situado en la cavidad peritoneal y, por tanto, ha de ejecutarse con la debida diligencia y tan sólo cuando lo demanden las circunstancias. Su ejecución sin tino ni miramiento ha causado grandes daños, por falta de habilidad en la técnica y de juicio en la selección de las enfermas.

TÉCNICA

Luego de disponer a la paciente en la mesa de operaciones y de arroparla convenientemente, es bien **efectuar la palpación bimanual** y anotar por escrito los hallazgos, ya que esta exploración hecha con la paciente anestesiada sirve a veces para aclarar ciertas dudas respecto del estado de los órganos pélvicos. Después de lo cual se procede a efectuar la raspadura de la siguiente manera:

1º *Sostenimiento del cuello uterino*.—Con pinzas erinas para cuello (pinzas-tenáculo) se coge el cuello, y un ayudante se encarga de sostener el instrumento mientras el cirujano ejecuta la operación, mas ha de ponerse cuidado en no tirar exageradamente del cuello hasta el orificio vaginal, ya que es fácil causar el estiramiento excesivo de los ligamentos úterosacros y anchos, los cuales luego de estirados permanecen laxos, permiten que descienda indebidamente el cuello del órgano y predisponen a la retrodesviación y al prolapso subsecuente. Así, pues, no ha de perderse de la memoria el que es muy fácil estirar y alargar dichos ligamentos, cuya corrección puede requerir alguna operación quirúrgica de consecuencia. No es raro observar en algunas enfermas que la retrodesviación comenzó indubitablemente cuando se hizo la raspadura, pues el médico que la ejecutó para facilitar la operación tiró fuertemente del cuello hasta el orificio vaginal (Fig. 419).

Para evitar esa tracción innecesaria hacia abajo, que probablemente se haga involuntariamente, a no ser que la mano que sostiene las pinzas

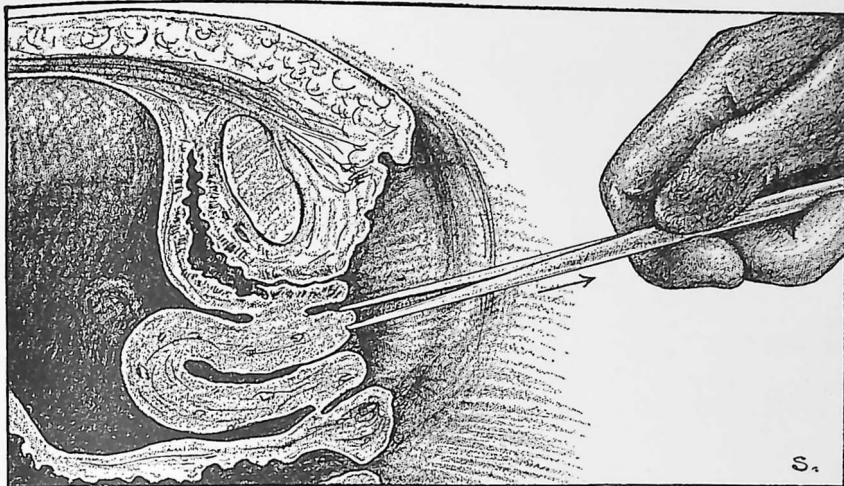


Fig. 419.—Técnica errónea para hacer el legrado uterino, consistente en tirar del cuello hasta el orificio vaginal para facilitar aún más esta sencilla operación, con lo cual se estiran los ligamentos del útero y se deja a la paciente predispuesta al prolapso.

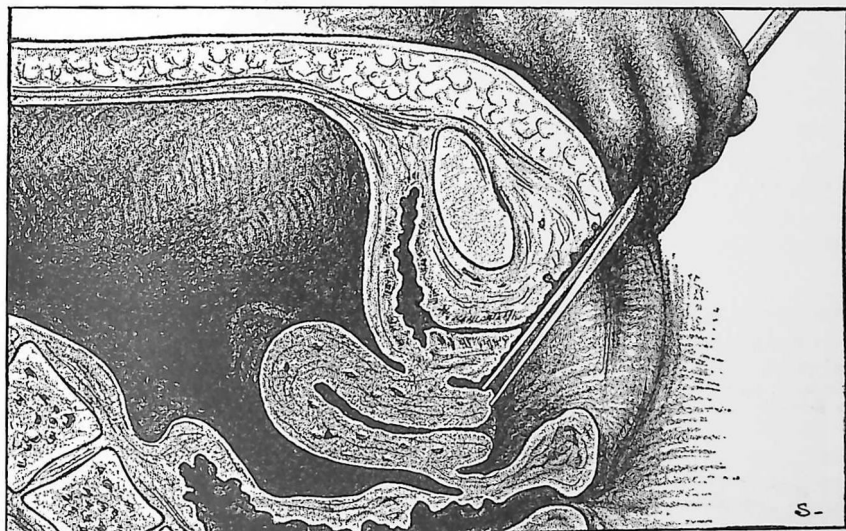


Fig. 420.—Manera segura de lograr la necesaria inmovilidad del cuello al efectuar el legrado: la mano que sostiene las pinzas erinas se apoya sobre el pubis y de esta manera queda el conducto cervical paralelo a la vagina, lo que facilita en gran manera la operación y no causa estiramiento de los tejidos de sostén.

tenga algún punto de apoyo, el ayudante ha de descansar firmemente la mano sobre el pubis (Fig. 420), con lo cual puede sostenerse el cuello

con las pinzas erinas, sin tirar indebidamente de él hacia abajo. A menos que los ligamentos estén de sí relajados, nunca se ha de llevar el cuello uterino más cerca del orificio vaginal que se muestra en la figura 420.

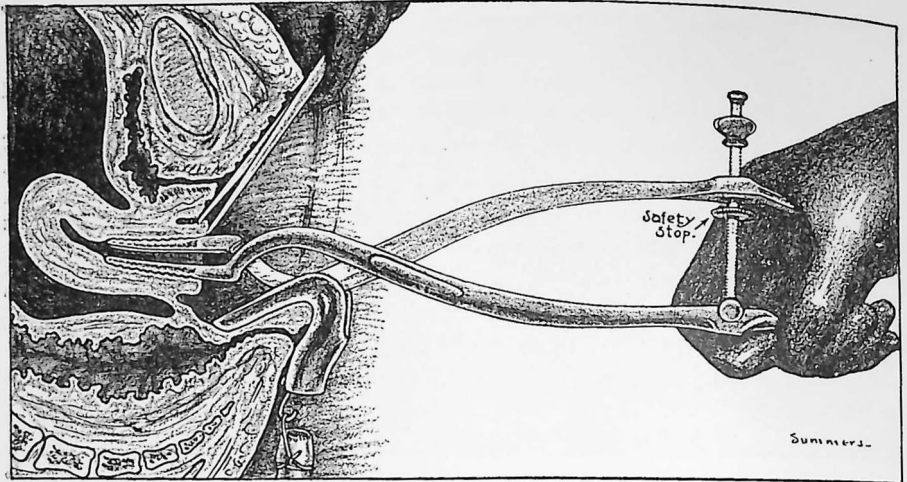


Fig. 421.—Dilatación del cuello uterino: después de empezar la dilatación con pinzas curvas para curaciones uterinas, se introduce el dilatador grande y se dilata el cuello en varias direcciones (véanse en el texto los pormenores de la operación).

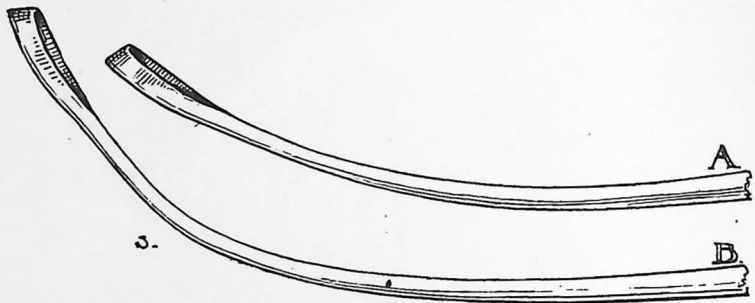


Fig. 422.—Cucharillas afiladas para raspar y extirpar la membrana mucosa del interior del cuerpo uterino (véase el texto). Las cucharillas que se ven en el grabado tienen ya la forma adecuada para raspar la pared uterina anterior. *A*, con poca curva. *B*, muy curva, tal como se necesita cuando hay un ángulo bastante agudo en el orificio interno.

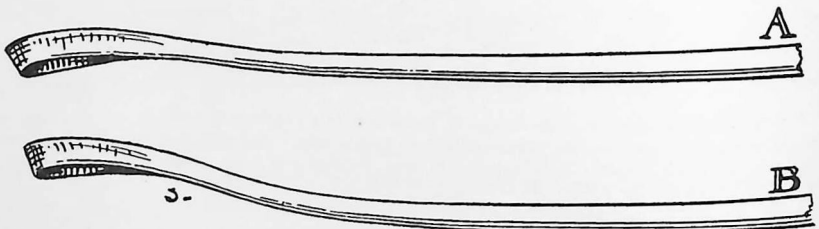


Fig. 423.—*A* y *B*, cucharillas encorvadas hacia atrás para raspar la pared uterina posterior, según se ve en la figura 424.

2º *Dilatación*.—Luego de poner a la vista el cuello uterino, previa introducción de separadores y después de asirlo con las pinzas erinas, se limpia el conducto cervical con alguna solución antiséptica; dilátase entonces el conducto antedicho con pinzas para curación, hasta que sea posible introducir la rama del dilatador, con el cual se continúa la dilatación. En estando suficientemente dilatado el cuello, se embadurna la cavidad endometrial con alguna solución antiséptica, valido para ello de un pedazo de algodón sostenido con las pinzas uterinas; al hacer esto, se mide la **longitud de la cavidad uterina**, de la siguiente manera: introducense hasta el fondo las pinzas cuya punta está cubierta de algodón, y con el dedo se marca la altura a que quede el orificio externo, después de lo cual, al extraer el instrumento, se mide con la sonda uterina graduada la distancia que haya entre el sitio marcado con el dedo y la punta de las pinzas. Este método es mucho más seguro que introducir la sonda en el útero, atento que la punta pudiera perforar la pared del órgano al hacer la más leve presión, grave accidente que ha acaecido muchas veces.

La dilatación del cuello (Fig. 421) ha de efectuarse lenta y cuidadosamente y se mudará varias veces la dirección de la dilatación, con el fin de que ésta se haga poco a poco en todas direcciones, evitando así el desgarrar del cuello. De esta suerte continuáse la dilatación hasta que se pueda introducir fácilmente la cucharilla de tamaño mediano. Las más de las veces se requiere considerable fuerza para dilatar el cuello, y de cuando en cuando al aplicar dicha fuerza ceden súbitamente los tejidos cervicales y permiten que se abran en gran manera las hojas del dilatador, y desgarran así la pared cervical hasta el parametrio. Para evitar este accidente, conviene disponer el tornillo de fijación que tienen la mayor parte de los dilatadores grandes (Fig. 421), y que se puede atornillar hacia arriba, o hacia abajo en la barra situada entre los dos mangos, de manera que dicho tornillo quede a corta distancia delante del mango del instrumento al paso que procede la dilatación. De esta suerte se evita toda probabilidad de desgarrar el cuello según queda dicho.

Algunos cirujanos prefieren las sondas dilatadoras graduadas que se introducen principiando con la más delgada, hasta insertar la más gruesa; con todo, es de preferir el instrumento dilatador, ya que efectúa la abertura del cuello sin aumentar la presión intrauterina, además de que se hace mucho mayor dilatación. Indubitable verdad es que al dilatar el cuello con las sondas sólidas que se fuerzan en la cavidad, se acrecienta la presión intrauterina y es fácil con ello impeler substancias infecciosas por entre las trompas uterinas hasta la cavidad peritoneal. Según Sampson, esta es una de las causas de la endometriosis pélvica.

3º *Raspadura*.—En logrando la necesaria dilatación, inyectaráse en la vagina una poca cantidad de solución de citrato de sodio (solución al dos por ciento, para evitar se formen coágulos en los tejidos raspados, que han de servir para el examen microscópico, los cuales coágulos son enfadosos al efectuar el examen) de manera, que una parte de ella sea

transportada por la cucharilla a la cavidad uterina. Introdúcese entonces la cucharilla de tamaño mediano, y se efectúa el raspado del endometrio.

La única cucharilla que sirve eficazmente para hacer la raspadura de toda la superficie interna, es la de tallo flexible al que se puede dar la curva necesaria, puesto que ha de adaptarse el instrumento al útero y no pretender que el órgano se adapte a la cucharilla. De esta manera es posible hacer con mayor exactitud el legrado de la membrana mucosa y causar menor traumatismo al útero. Cuando éste se halla en su posición normal, es preciso encorvar el tallo de la cucharilla hacia delante (Fig. 422), para raspar la cara interna anterior, y hacia atrás (Figs. 423 y 424), para raspar la superficie posterior. Luego de doblar repetidas veces el tallo de la cucharilla se quiebra éste fácilmente y, por tanto, conviene tener siempre una cucharilla doblada hacia delante y otra hacia atrás, para hacer el legrado de las superficies anterior y posterior, respectiva-

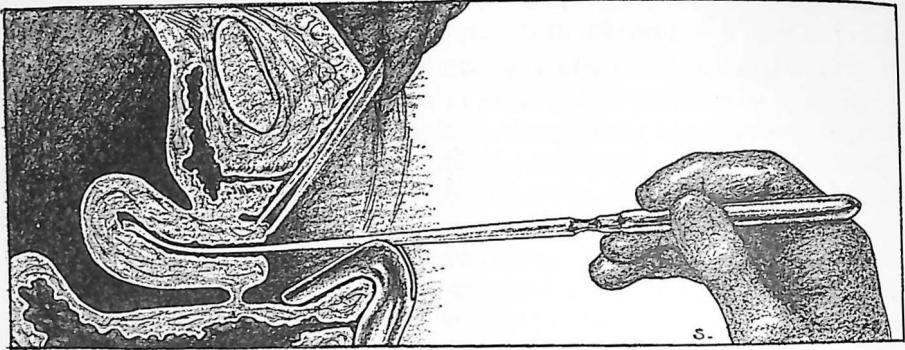


Fig. 424.—Manera más conveniente de sostener con los dedos la cucharilla: sosténgase el instrumento con la porción sensible de los dedos, de manera que se pueda advertir cualquiera irregularidad de la cavidad uterina y graduar convenientemente la fuerza necesaria para el legrado.

mente. Ello no obstante, la encorvadura del tallo varía según la posición del útero (Figs. 422 a 424), y de ahí que sea necesario adaptar la curva según se requiera.

Para hacer eficazmente el legrado ha de sostenerse el instrumento con la porción sensible de los dedos, de manera que se pueda advertir cualquiera irregularidad de la cavidad uterina. El método más conveniente es sostener la cucharilla entre el pulgar y el índice, tal como se toma una pluma de escribir (Fig. 424), y se hará siempre muy poca fuerza, ya que es fácil forzar el instrumento por entre la pared uterina. Así, pues, para lograr el legrado eficaz ha de fiarse el cirujano antes en la adaptación exacta de la porción cortante del instrumento a la pared del órgano, que a la fuerza del legrado. Cuando la cucharilla hace cierto sonido como de rechinar, es indicio de que se ha llegado hasta el tejido firme subyacente.

4º *Extracción de las raspaduras.*—Después de raspar muy bien toda la cavidad con la cucharilla afilada, se sacan con la misma las raspaduras,

hasta depositarlas en la vagina, de la cual se sacan y se recogen en recipiente adecuado, inyectando para ello con fuerza solución de citrato de sodio con la punta de la jeringa en el fórnix vaginal posterior. Límpiase entonces la cavidad uterina con algodón seco, o gasa, a fin de recoger cualquier fragmento suelto que haya quedado en ella.

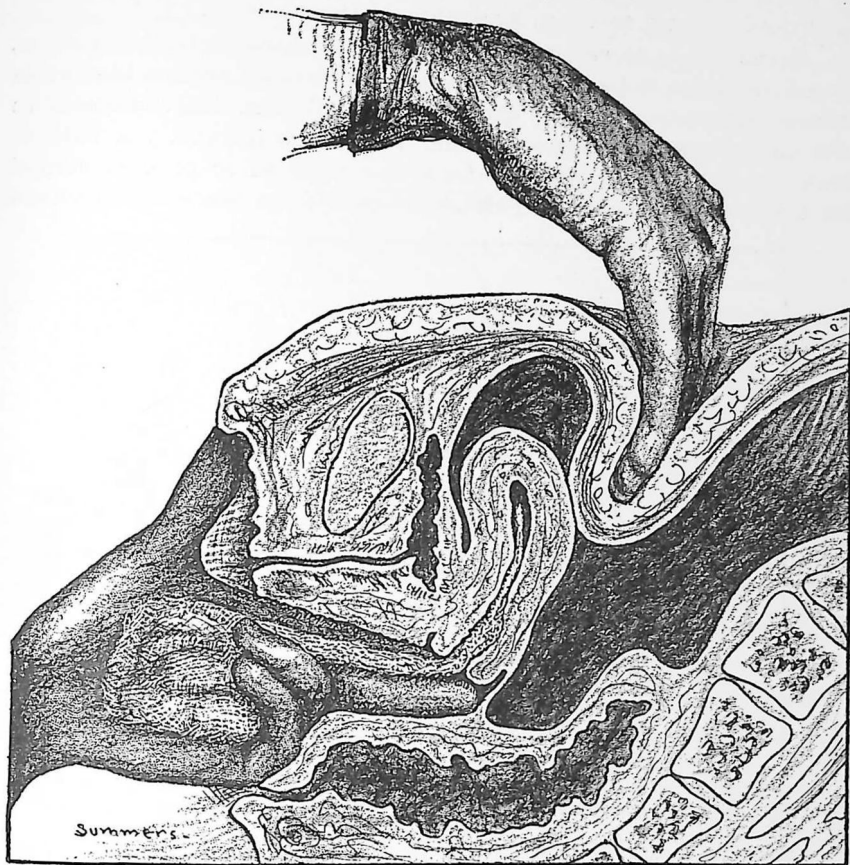


Fig. 425.—Reposición de la matriz en su sitio normal después del legrado uterino, tiempo importante que con frecuencia se echa al olvido.

Cuando se tenga por cosa cierta que está bien limpia la cavidad, bien será introducir las pinzas uterinas, abrirlas muy bien dentro de la cavidad, darles alguna vuelta, cerrarlas y sacarlas; de esta suerte se coge a veces alguna partícula, o fragmento suelto que no se haya sacado antes. Esta sencilla maniobra nos ha evitado en varias ocasiones la circunstancia embarazosa de dejar restos de tejido en la cavidad: en una ocasión la mayor parte del óvulo en un aborto incompleto.

Luego de desembarazar la cavidad uterina, conviene aplicar alguna solución astringente y antiséptica para contener la hemorragia, destruir

las bacterias introducidas desde el cuello uterino, o células carcinoma-tosas en actividad, así como para cerrar espacios linfáticos y sanguíneos, y evitar la metástasis. Para ello es muy a propósito el fenol al noventa y cinco por ciento, seguido inmediatamente de la aplicación de alcohol de 96°. Si hubiere hemorragia indebida y persistente, taponaráse con gasa la cavidad; de otra suerte es innecesario el taponamiento.

Terminada la operación, límpiase la vagina, quítanse los separadores, introdúcense dos dedos en el cuello y llévase el fondo uterino bien hacia delante por medio de la manipulación bimanual (Fig. 425). Mientras se efectúa el legrado, se desvía un tanto hacia abajo el útero, y a veces el fondo cae hacia atrás, y a no ser que se coloque en su posición normal hacia delante al terminar la operación, es posible que quede retrodesviado

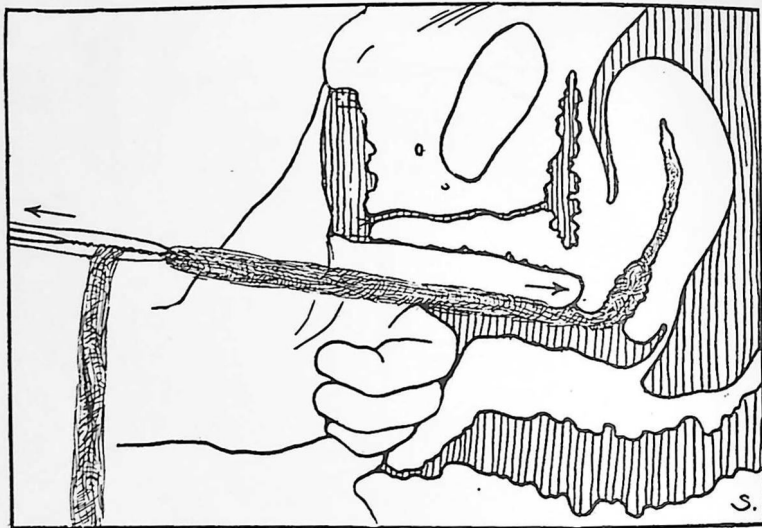


Fig. 426.—Pormenor importante en el tratamiento postoperatorio después del legrado: al extraer el tapón de gasa que se dejó en el cuello, debe sostenerse éste con el dedo, pues de lo contrario se tirará de él hacia delante y se volverá hacia atrás el cuerpo uterino.

y ocasione trastornos. Cuando se hace el taponamiento intrauterino es bien sostener en la palma de la mano la porción vaginal de la gasa (Fig. 425), al efectuar la reposición del útero.

Tratamiento postoperatorio.—Al cabo de veinticuatro a cuarenta y ocho horas se extrae el tapón vaginal y uterino y se hace una irrigación vaginal antiséptica diaria. El apósito vulvar se sigue aplicando por una semana, y por lo común puede levantarse la paciente de dos a cuatro días después del legrado, a no ser que haya alguna otra enfermedad que requiera mayor reposo en cama, por ejemplo, la salpingitis crónica concomitante con la endometritis de igual naturaleza, en el cual caso permanecerá encamada la enferma por diez días a dos semanas, lo que le será muy provechoso. No ha de olvidarse que al extraer el tapón uterino

se sostendrá hacia atrás el cuello (Fig. 426), pues de lo contrario, la tracción de la gasa podría ocasionar la retrodesviación.

El legrado uterino es tan sólo una parte del tratamiento, y después de él han de seguirse las demás disposiciones terapéuticas adecuadas: con lo primero corregiránse cuanto sea posible otros estados morbosos coincidentes, tales como la posición defectuosa del útero, el desgarro cervical, la desgarradura y la inflamación pélvica, ya que si continuasen, la congestión uterina por ellos causada retardaría el restablecimiento, cuya consecuencia quizás fuera la reformación del endometrio engrosado y sangrante.

HISTERECTOMÍA

La histerectomía para el tratamiento quirúrgico de otras enfermedades que no son neoplasias malignas se ejecuta principalmente con motivo de los miomas uterinos, cuya técnica abdominal y vaginal se relató en el capítulo V. Conviene la histerectomía cuando hay perturbaciones inflamatorias, o de la nutrición (nefritis crónica, fibrosis general, cirrosis uterina, miopatía hemorrágica, "útero irritable", etc.), cuando hay hemorragia copiosa, flujo, dolor a la palpación del útero que no se alivia con el legrado ni con otras disposiciones terapéuticas conservadoras.

RESECCIÓN DEL ÚTERO

Ejecútase la extirpación de la porción superior del útero, o de alguna otra parte de dicho órgano conservando el resto, principalmente en el tratamiento de los miomas (véase el capítulo V). Se ha efectuado con buen éxito la escisión de una porción cuneiforme que incluya gran parte del fondo y del cuerpo, para el tratamiento de hemorragias persistentes causadas por perturbaciones inflamatorias crónicas, trastornos de la nutrición de la pared uterina, y aun para corregir la menstruación excesiva. Sin embargo de ello, ha de tenerse mucha cautela al poner por obra tan difíciles operaciones, siendo que sus efectos son tan sólo parcialmente eficaces.

HISTEROTOMÍA

Es necesaria la histerotomía (corte, o incisión en el útero) para hacer la exploración en algunos casos raros, cuando no es posible determinar la índole de la enfermedad por otros medios, y puede ser vaginal o abdominal.

Histerotomía vaginal.—Se hace la incisión en la bóveda vaginal anterior, despégase del útero la vejiga y divídese longitudinalmente el cuello en su cara anterior, hasta arriba del orificio interno, después de lo cual se cogen con pinzas los lados de la herida uterina, cerca del orificio interno, y se tira de ella hacia abajo, con lo cual es posible efectuar la exploración digital de la cavidad uterina, o bien se hace la inspección

visual si hay buena luz y están bien separadas las paredes. Luego de extirpar el estado morbosos que haya en el interior del útero, se cierra la herida.

Histerotomía abdominal.—Se abre el útero haciendo una incisión desde la superficie peritoneal. En casos muy excepcionales conviene este procedimiento para cerciorarse de si hay algún mioma pediculado, o submucoso que requiera su extirpación. Otras veces sirve para averiguar con certeza el número y la situación de nódulos miomatosos, llevando puesta la mira en conservar el útero cuando sea posible.

Antes de abrir el útero desde la superficie serosa, es preciso excluir todo exudado infeccioso que haya en la cavidad. En cualquier caso la histerotomía acarrea ciertos peligros, y sólo debe recurrirse a ella cuando sea de todo punto necesaria.

Por lo común la incisión se hace en la línea media, con el fin de provocar la menor hemorragia posible, y después de la exploración se cierra la herida con una sutura profunda que junte la mayor parte del miometrio, y con otra sutura superficial que vuelva hacia dentro y una los bordes peritoneales de la herida.

RADIUMTERAPIA

La radiumterapia es eficaz en el tratamiento de ciertas enfermedades de la nutrición del útero, cuyo principal síntoma sea la hemorragia. Por medio del legrado uterino puede excluirse la neoplasia maligna, pero es preciso que no haya ninguna perturbación concomitante de los anexos, que requiera la extirpación quirúrgica. De ordinario los estados morbosos del útero no son modificados favorablemente por la radiumterapia, la cual está proscrita en las pacientes en quienes conviene conservar la función ovárica. La dosis es la misma que se aplica a los miomas pequeños.

La roentgenoterapia para el tratamiento de las perturbaciones de la nutrición tiene poco más o menos las mismas indicaciones y contraindicaciones que la radiumterapia, sino que esta última le lleva la ventaja a la primera por cuanto se puede aplicar directamente al órgano enfermo, y en cambio los rayos X han de ser aplicados por entre la pared abdominal y las asas intestinales, lo cual ocasiona trastornos gastrointestinales. Está proscrita en las pacientes en quienes conviene conservar la función ovárica.

CAPÍTULO VIII

RETRODESVIACIÓN DEL ÚTERO

La aplicación del tratamiento quirúrgico a las desviaciones del útero pone muy de manifiesto la novedad y la eficacia de este método terapéutico, pues no obstante el que la mujer había padecido por muchos siglos esta enfadosa enfermedad, no fué sino hasta el siglo pasado cuando se pusieron por obra los métodos curativos de las desviaciones uterinas graves.

Según parece, fué Alquié, de Montpellier, Francia, el primero que en un memorial presentado a la Academia de Medicina, en noviembre de 1840, propuso el tratamiento quirúrgico de la retrodesviación del útero, método consistente en acortar ambos ligamentos redondos tirando de ellos por entre el conducto inguinal. Alquié había practicado esta operación en animales y en el cadáver, pero no la había ejecutado en la mujer viva.

La proposición de Alquié pasó al estudio de una comisión compuesta por Baudelocque, Bérard y Villeneuve, quienes después de cuatro años y tras de muchas discusiones presentaron su dictamen a la Academia, el cual condenaba la proposición así en lo tocante a la posibilidad de que se corrigiese permanentemente la desviación uterina con el acortamiento de los ligamentos redondos, como respecto de la practicabilidad del procedimiento quirúrgico, y se dió voto de aprobación a Alquié por su prudencia en no haber intentado nunca ejecutar la operación en ninguna paciente.

En 1850, Amussat procuró corregir permanentemente la retrodesviación cauterizando con potasa cáustica y con el cauterio la bóveda vaginal posterior, con el fin de formar adherencias que sostuviesen hacia atrás el cuello uterino, y de esa manera se inclinase el fondo hacia delante.

En 1858, Aran al parecer cayó en la cuenta de la importancia de la proposición hecha por Alquié, respecto de que el acortamiento de los ligamentos redondos lograría devolver al útero desviado hacia atrás, o hacia abajo, su posición normal, pero, ello no obstante, se horrorizó de pensar en las dificultades de la operación y consideró casi imposible el que pudiera ser ejecutada con buen éxito.

En 1859, Marion Sims propuso la fijación hacia delante del útero retrodesviado, por medio de un alambre de plata que pasaba por entre la pared abdominal y por entre el fondo uterino, para lo cual se construyó una aguja hueca especial. Sims comenzó la operación, pero no la llevó a término, evidentemente por haber advertido sus peligros.

Deneffe, de Ghent, Bélgica, intentó en 1864 el acortamiento quirúrgico de los ligamentos redondos. "En sus días de estudiante con frecuencia practicó con buen éxito la operación en el cadáver, e inmediatamente después de graduarse solicitó de Burggraeve y de Soupart la oportunidad de ejecutar el antedicho acortamiento de los ligamentos redondos en la mujer viva, asegurándoles que tenía la firme confianza de llevar a feliz término la operación. Se le concedió esta oportunidad y puso por obra la operación en presencia de sus maestros, en una paciente que padecía prolapso; mas Deneffe no logró hallar ninguno de los dos ligamentos redondos, no obstante el haber abierto totalmente ambos conductos inguinales por consejo del gran Burggraeve. Se restableció la paciente de la operación, pero pronto la *Commission des Hospices* le pidió cuenta a Burggraeve por haber permitido que se experimentara en las pacientes confiadas a su cuidado."¹

En 1869, Koeberlé efectuó la suspensión del útero cosiendo un "pedículo" ovárico en el ángulo inferior de la incisión abdominal, pues había observado que al suturar el pedículo del neoplasma en la incisión, después de ejecutar una celiotomía, se alteraba la posición del útero, y tuvo entonces la idea de fijar una porción del útero, o de sus anexos, a la incisión abdominal que, en su opinión, sería el mejor método de corregir las retrodesviaciones. Schroeder puso en ejecución casi el mismo procedimiento en 1879. En 1880, Lawson Tait en una ocasión en que hubo de extirpar los apéndices uterinos, incluyó el útero en las suturas con que cerró la cavidad abdominal, con el fin de suspender dicho órgano, y Henning, en 1881, llevó a efecto el mismo método.

Kaltenbach al operar a varias pacientes cortó la pared abdominal hasta el peritoneo y pasó por entre dicha membrana serosa un hilo de plata que insertó luego por entre el fondo del útero, mientras se sostenía firmemente el órgano sobre el fondo de la herida, durante la operación (sic.).

En diciembre de 1881, Guillermo Alexander, de Liverpool, llevó a feliz término el primer acortamiento de los ligamentos redondos en la mujer viva, y en 1882, James A. Adams, de Glasgow, ejecutó la misma operación, pero no surtió buen efecto a causa de que el útero estaba adherido a la pared pélvica posterior. Adams publicó el relato de su operación en 1882, y en cambio Alexander no la dió a la luz pública sino unos seis meses después, en enero de 1883.

En 1883, Herrick suturó el cuello uterino a la pared vaginal posterior, con el fin de corregir la retrodesviación.

Olshausen, de Berlín, y Kelly, de Baltimore, en 1885 idearon y ejecutaron independientemente la fijación ventral del útero. El primero publicó el relato de ella en 1886, y en cambio Kelly, aun cuando puso por

¹ Geo. W. Edebohls, *Am. Gynec. and Obst. Jour.*, diciembre, 1896. Debemos estos informes históricos a la magnífica monografía de Edebohls, así como a un excelente artículo de Franklin H. Martin (*Am. Jour. Obst.*, abril, 1904). (Nota de los autores.)

obra la suya en 1885, no la dió a la publicidad sino hasta 1887. En el informe de este último refirió operaciones semejantes que no habían sido publicadas, y que ejecutaron Brennecke, de Magdeburgo; Werth, de Kiel, y Sanger, de Leipsic.

Wylie, en 1886, efectuó el doblamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos, y Bode, en 1888, de manera independiente describió la misma operación.

En 1888, Kelly acertó los ligamentos úterosacros por la vía vaginal, y en el mismo año Byford publicó el relato de dos pacientes tratadas de manera semejante.

Sanger propuso en 1888 la fijación hacia delante del fondo uterino, por medio de una puntada que se hiciese por entre la pared vaginal anterior (fijación vaginal), y poco después, Schucking puso por obra la proposición, y con tal fin ideó una aguja con mango especial. Sin embargo de ello, se hizo evidente el que era casi inevitable el traumatizar la vejiga urinaria y se desechó la fijación vaginal.

Mackenrodt (1892) suprimió el peligro de la fijación vaginal, y la hizo más eficaz, al dividir la pared vaginal y despegar del útero la vejiga. Poco después, en el mismo año, Duhrssen publicó la técnica de una operación semejante, sino que hacía un poco más arriba las puntadas de fijación.

Winter (1893) varió la operación de Mackenrodt, haciendo en todas las pacientes la colporrafia anterior, con el fin de lograr mejores puntos de fijación.

Kustner (1894) hizo nuevas reformas a la operación de Mackenrodt, al introducir el tiempo muy importante de abrir la cavidad peritoneal en todos los casos, en la excavación vésicouterina.

En 1896, Vineberg, Wertheim y Bode, de manera independiente, acortaron los ligamentos redondos por medio de la colpotomía anterior.

Goldspohn (1897) amplió la utilidad de la operación de Alexander al abrir la cavidad peritoneal en el anillo inguinal abdominal (interno), en uno o en ambos lados, permitiendo así la introducción del dedo para despegar leves adherencias.

Gilliam (1900) describió su método consistente en tirar de la porción proximal de cada ligamento redondo, por entre el músculo recto del abdomen y la aponeurosis, cerca de la incisión de la línea media. Le indujo a ejecutar esta operación la proposición de Ferguson de cortar el ligamento redondo y pasarlo por entre la hoja posterior de la vaina del músculo recto del abdomen.

Webster (1901) describió un método para acortar los ligamentos redondos, consistente en pasarlos hacia atrás del útero por entre una aberturita que hacía en el ligamento ancho, precisamente abajo del ligamento úteroovárico.

Bovée (1902) describió el acortamiento de los ligamentos úterosacros por medio de la celiotomía.

En 1903, Alexandroff dió a conocer un método para efectuar la coaptación anterior de los ligamentos anchos delante del cuello uterino, que ejecutaba por vía vaginal.

Lo que va dicho representa el principio y origen de los más principales métodos quirúrgicos que se emplean hoy día en el tratamiento de la retrodesviación del útero, cuya eficacia actual se ha alcanzado gracias a multitud de alteraciones y perfeccionamientos.

La experiencia ha hecho que se desechen algunas operaciones que se empleaban en tiempos pasados, y que se hayan dado por aceptas otras más eficaces. Por ejemplo, en la hora presente se ejecuta rara vez el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos (operación de Alexander-Adams y sus variaciones), pues con el adelantamiento alcanzado por la técnica aséptica se ha suprimido el peligro que antiguamente acarrea el penetrar en la cavidad peritoneal, y que era una de las razones de mayor peso en que se apoyaba la operación extraperitoneal. Este método tenía dos grandes inconveniencias, a saber: no permitía el que se trataran las complicaciones intraperitoneales, y los ligamentos acortados no tiraban hacia delante del útero, cosas que se logran fácilmente ejecutando la celiotomía, que fué reemplazando poco a poco a la operación inguinal.

Se ha visto que casi todas las pacientes cuya retrodesviación uterina requiere el tratamiento quirúrgico, padecen también complicaciones intrapélvicas que cooperan a los síntomas, y que, por otra parte, hacen variar en gran manera el acto quirúrgico. Por ejemplo, hay complicaciones cuyo tratamiento requiere la operación abdominal, en el cual caso se corrige la retrodesviación acortando los ligamentos redondos por algún medio que suministre tracción eficaz hacia delante; además, hay ciertas complicaciones, tales como la relajación del suelo pélvico y el cistocele, con retrodesviación del útero movable, que en la hora presente se corrigen mediante la operación vaginal, para lo cual, al elevar sobre el útero la fascia úteropúbica para suprimir el cistocele, se continúa la elevación hasta un poco más arriba, con el fin de corregir asimismo la retrodesviación movable (Figs. 477 a 486), después de lo cual se repara el suelo pélvico.

Damos a continuación la tabla cronológica del desenvolvimiento de la operación quirúrgica para curar la retrodesviación del útero:

TABLA CRONOLÓGICA

Apuntaciones históricas hasta 1840	}	No se tiene noticia alguna de ningún esfuerzo que se haya hecho para corregir por medios quirúrgicos la retrodesviación ni sus complicaciones.
1840 a 1864		Estudio anatómico de las dificultades del acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos.
1864 a 1865	}	Ensayos para efectuar el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos anchos, que alcanzaron feliz éxito en 1881.
		Fijación del cabo, o "pedículo" de los anexos, en la incisión abdominal, que probablemente se haya efectuado primero incidentalmente y sin premeditación, pero que luego se llevó a efecto deliberadamente y con el expreso propósito de corregir la retrodesviación.

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| 1885 a 1900 | } | <p>Fijación ventral del fondo uterino, a la pared abdominal.
 Plegadura intraperitoneal de los ligamentos redondos.
 Acortamiento vaginal de los ligamentos úterosacros.
 Fijación vaginal del cuerpo uterino.
 Acortamiento vaginal de los ligamentos redondos.
 Celiotomía inguinal con acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos.</p> |
| 1900, a la hora presente | } | <p>Trasplatación de los ligamentos redondos a la pared abdominal, ejecutada primero dejando fajas o tiras de tejidos en la cavidad peritoneal, y después sin dejarlas.
 Trasplatación de los ligamentos redondos por entre la porción superior de los ligamentos anchos, a la cara posterior del útero.
 Acortamiento abdominal de los ligamentos úterosacros.
 Acortamiento vaginal de los ligamentos anchos, delante del cuello uterino.
 Elevación vaginal de la fascia úteropúbica.</p> |

CUADRO SINÓPTICO DE LAS DIVERSAS VARIEDADES DE OPERACIONES

- | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|---|
| A. Por entre los conductos inguinales | } | <p>I. Acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos.
 II. Celiotomía inguinal con acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos.
 III. Trasplatación extraperitoneal de los ligamentos redondos, para efectuar tracción hacia delante.</p> | | | | |
| B. Por medio de la celiotomía en la línea media | } | <p>I. Ventro fijación.
 II. Ventrosuspensión.
 III. Acortamiento intraabdominal de los ligamentos redondos. <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td> <p>A. Plegadura de los ligamentos.
 B. Fijación a la pared abdominal, de los ligamentos plegados.
 C. Pásanse los ligamentos por entre los ligamentos anchos, y fijanse a la pared uterina posterior.</p> </td> </tr> </table> <p>IV. Trasplatación de los ligamentos redondos a la pared abdominal. <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td> <p>A. Transperitoneal, dejando "banda libre" (sic.).
 B. Transperitoneal, sin "banda libre" (sic.).
 C. Subperitoneal, con tracción lateral.
 D. Subperitoneal, con tracción hacia delante.</p> </td> </tr> </table> <p>V. Plegadura ("plicación") de los ligamentos anchos.
 VI. Acortamiento de los ligamentos úterosacros.
 VII. Procedimientos varios.</p> </p></p> | } | <p>A. Plegadura de los ligamentos.
 B. Fijación a la pared abdominal, de los ligamentos plegados.
 C. Pásanse los ligamentos por entre los ligamentos anchos, y fijanse a la pared uterina posterior.</p> | } | <p>A. Transperitoneal, dejando "banda libre" (sic.).
 B. Transperitoneal, sin "banda libre" (sic.).
 C. Subperitoneal, con tracción lateral.
 D. Subperitoneal, con tracción hacia delante.</p> |
| } | <p>A. Plegadura de los ligamentos.
 B. Fijación a la pared abdominal, de los ligamentos plegados.
 C. Pásanse los ligamentos por entre los ligamentos anchos, y fijanse a la pared uterina posterior.</p> | | | | | |
| } | <p>A. Transperitoneal, dejando "banda libre" (sic.).
 B. Transperitoneal, sin "banda libre" (sic.).
 C. Subperitoneal, con tracción lateral.
 D. Subperitoneal, con tracción hacia delante.</p> | | | | | |
| C. Por vía vaginal | } | <p>I. Fijación posterior del cuello <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td> <p>Cauterio.
 Incisión y sutura.
 Incisión y taponamiento.</p> </td> </tr> </table> <p>II. Vaginofijación del cuerpo <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td> <p>Antigua "vaginofijación", peligrosa para las futuras preñeces.
 Moderna "vaginoelevación de la fascia úteropúbica", adecuada para las futuras preñeces.</p> </td> </tr> </table> <p>III. Vésicofijación del cuerpo uterino.
 IV. Acortamiento de los ligamentos redondos.
 V. Ventrosuspensión del cuerpo uterino.
 VI. Acortamiento de la porción inferior de los ligamentos anchos, delante del cuello uterino.
 VII. Acortamiento de los ligamentos úterosacros.
 VIII. Alargamiento de la pared vaginal anterior.</p> </p></p> | } | <p>Cauterio.
 Incisión y sutura.
 Incisión y taponamiento.</p> | } | <p>Antigua "vaginofijación", peligrosa para las futuras preñeces.
 Moderna "vaginoelevación de la fascia úteropúbica", adecuada para las futuras preñeces.</p> |
| } | <p>Cauterio.
 Incisión y sutura.
 Incisión y taponamiento.</p> | | | | | |
| } | <p>Antigua "vaginofijación", peligrosa para las futuras preñeces.
 Moderna "vaginoelevación de la fascia úteropúbica", adecuada para las futuras preñeces.</p> | | | | | |

CLASIFICACIÓN DE LAS OPERACIONES

Son muy numerosas las operaciones quirúrgicas propuestas y ejecutadas con el fin de sostener hacia delante el útero, pues su número pasa con ventaja de la centena. Sin embargo de ello, hay ciertos pormenores característicos que merecen ser mencionados, para dar idea clara respecto de los diversos caminos o vías de entrada que se utilizan, los cuales, según queda dicho en el antecedente cuadro sinóptico, son: A, por entre los conductos inguinales; B, por medio de la celiotomía en la línea media, y C, por la vía vaginal.

A. Por entre los conductos inguinales.

- I. ACORTAMIENTO EXTRAPERITONEAL DE LOS LIGAMENTOS REDONDOS (Alquié, estudios anatómicos, 1840; Alexander, 1881; Adams, 1882). Se hace una incisión sobre el conducto inguinal de cada lado, sepárase el ligamento redondo y se tira de él lo bastante para suprimir la relajación y llevar hacia delante el útero. No se abre la cavidad peritoneal.
 - a. Utilízase la porción proximal resistente de los ligamentos redondos, para que sostengan el útero.
 - b. La operación es totalmente extraperitoneal y, por tanto, acarrea poco peligro de provocar peritonitis.
 - c. No permite el que se despeguen las adherencias, ni el tratamiento de cualquier estado morbooso que haya en los anexos.
 - d. No permite la exploración directa de la pelvis para cerciorarse de si hay algún estado anormal o de si el útero puede ser llevado hacia delante y causar complicaciones.
 - e. Se tira de los ligamentos hacia los lados, en lugar de hacer tracción hacia delante y, por consiguiente, hace posible el que vuelva la desviación, cuando el útero propende en gran manera a irse hacia atrás.
1. Se trató de hallar los ligamentos redondos en el anillo inguinal subcutáneo (externo) (Alquié, estudios anatómicos, 1840; Alexander, 1881; Adams, 1882).
2. Operación ejecutada por entre una incisión muy pequeña, o puntura en el centro del conducto, o un poco más arriba (Alquié, estudios anatómicos, 1840; Kellogg, 1888).
3. Búscanse los ligamentos en el anillo inguinal abdominal en todos los casos (Neuman, 1888).
4. Ábrese todo el conducto inguinal en todas las pacientes, para hallar y acortar los ligamentos redondos (Edebohls, 1890).

5. Incisión cutánea larga, desde la espina del pubis hasta la espina ilíaca ánterosuperior, con fijación del exceso de ligamento de cada lado, arriba del conducto y hacia la espina ilíaca (Kocher, 1893).
6. Incisión cutánea transversal, desde un anillo inguinal subcutáneo (externo) hasta el otro (Duret, 1893).
7. Córtase el ligamento de cada lado, divídese longitudinalmente el cabo proximal, poco más o menos en un trecho de 2.5 centímetros, y cada mitad se cose a la fascia externa (Carpenter).
8. Pásase el ligamento de cada lado debajo de la piel, por entre el tejido adiposo de la región púbica, hasta el lado contrario, donde se liga con el otro ligamento (Abbe, 1888; Doleris, 1889; Bachelor, 1894; Martin, 1896).
9. Exteriorízase por medio de una puntura el ligamento de cada lado y se sutura a la piel, a cierta distancia de la incisión (Cleveland, 1894).
10. Operación en dos actos: acortamiento de un ligamento redondo en el primer acto, y del otro unos cuantos días después (Blake, Doleris).
11. Déjase abierta la herida para que cicatrice por granulación, se forme tejido cicatrizal y se evite así la hernia (Fry).
12. Sutura de los bordes inferiores de los músculos oblicuo interno y transversal, al ligamento inguinal (ligamento de Poupart, o arco crural), con el fin de evitar la hernia (Fabricus, Edebohls).
13. Acortamiento de sólo un ligamento, en lo cual se confía para que se sostenga el útero hacia delante (Küstner, 1909).

II. CELIOTOMÍA INGUINAL CON ACORTAMIENTO DE LOS LIGAMENTOS REDONDOS (Goldspohn, 1897). Los tiempos son semejantes a los del acortamiento extraperitoneal de los antedichos ligamentos, sino que se abre la "bocamanga" peritoneal y se introduce un dedo en la cavidad, en uno o en ambos lados.

- a. Utilízase la fuerte porción proximal de los ligamentos, para que sirvan de sostén al útero.
- b. Permite la exploración lateral de la cavidad pélvica y el despegamiento de leves adherencias.
- c. Se abre la cavidad peritoneal y, por consiguiente, se corre el peligro de la peritonitis.
- d. No permite la total exploración de la cavidad pélvica, ni el tratamiento de densas adherencias ni de otros

estados morbosos, como lo permite la incisión en la línea media.

- e. Se hace tracción lateral en los ligamentos, en lugar de hacerla hacia delante.

III. TRASPLANTACIÓN EXTRAPERITONEAL DE LOS LIGAMENTOS REDONDOS (Figuroa, México, 1913). Múdase el orificio de salida de cada ligamento redondo por entre la pared músculoaponeurótica, hacia la línea media, y de esta manera se logra que los ligamentos acortados hagan tracción hacia delante; toda la operación se ejecuta por medio de incisiones laterales, y sin abrir la cavidad peritoneal.

- a. Aprovechase la fuerte porción proximal de los ligamentos, que sirven de sostén al útero.
- b. La operación es totalmente extraperitoneal.
- c. Los ligamentos hacen eficaz tracción hacia delante, lo cual no sucede cuando se ejecuta la operación ordinaria de Alexander.
- d. No se abre la cavidad peritoneal y, por consiguiente, no es posible despegar sin peligro las adherencias, ni tratar los estados morbosos de los anexos uterinos, tan frecuentes en estas pacientes.

B. Operación por medio de la celiotomía en la línea media. Todas las operaciones de esta clase ofrecen las ventajas de permitir la eficaz exploración de la cavidad pélvica y la porción inferior del abdomen, así como la extirpación de tejidos enfermos, incluso el apéndice, cuando ello fuera menester. El abrir la cavidad peritoneal acarrea cierto peligro de peritonitis. A continuación se especifican las ventajas y las inconveniencias de cada método perteneciente a este grupo.

I. VENTROFIJACIÓN. Se fija firmemente el fondo uterino a la pared abdominal, por medio de una porción ("pedículo") de tejido inelástico, o por medio de la escarificación de una vasta zona y la sutura, o bien por medio de la separación del peritoneo, después de lo cual se fija el útero directamente al tejido aponeurótico de la pared abdominal.

- a. Se fija muy firmemente hacia delante el fondo uterino, de suerte, que apenas haya posibilidad de que vuelva a retrodesviarse.
- b. La técnica es sencilla y de fácil ejecución.
- c. La firme fijación del órgano ocasiona grave impedimento al crecimiento del órgano en la preñez, y de ahí que no convenga esta operación cuando haya probabilidades de futuras preñeces.

1. Ventro fijación del útero por medio de un pedículo: fijación del pedículo ovárico en el ángulo inferior de la incisión abdominal (Koeberlé, 1869; Schroeder, 1879).
2. Ventro fijación por medio de puntadas en el fondo uterino, de manera incidental al ejecutar alguna otra operación: al cerrar la herida abdominal, se hace que las puntadas incluyan el útero (Tait, 1880; Henning, 1881).
3. Ventro fijación ejecutada por separado y premeditadamente (Kelly, 1885; Olshausen, 1885). Estas fueron fijaciones firmes. Se proyectaron y ejecutaron las operaciones en pacientes que padecían estados inflamatorios que hacían necesaria la extirpación de los anexos; por consiguiente, no había ninguna posibilidad de que se presentase la preñez subsecuente y causase dificultades. Olshausen pasó las puntadas por entre el ligamento redondo, en el cuerno uterino, y Kelly las hizo por entre el pedículo tuboovárico. El primero empleó alambre de plata, y el segundo crin de Florencia.

Poco después se ejecutó la operación en pacientes a quienes no era menester extirpar los anexos uterinos, y entonces se hicieron las puntadas por entre la porción uterina de cada ligamento redondo, o bien por entre los ligamentos úteroováricos. Los méritos de esta última técnica fueron recomendados por Kelly, quien alegó que con ella se daba al fondo uterino mejor inclinación hacia delante. Boldt (1890) y Leopold (1890) aconsejaron y ejecutaron las puntadas pasándolas directamente por el fondo de la matriz. Todas estas fueron "fijaciones inmovilizantes", ya que las puntadas abarcaban grandes porciones de tejido y se formaban vastas y densas adherencias entre el útero y la pared abdominal. Puesto que la operación fué ejecutada en muchas pacientes a quienes no se extirparon los anexos uterinos, pronto se hicieron manifiestas las graves consecuencias, al presentarse la preñez.

4. Ventro fijación por medio de suturas que se hacían por entre el fondo uterino y la porción contigua de los ligamentos redondos (Vineberg, 1911).
5. Vuelve a emplearse el método consistente en suturar la cara anterior, en lugar de la posterior, del fondo uterino a la pared abdominal, caso que no se extirpasen los anexos, con el fin de permitir la mayor dilatación de la matriz si por acaso se empreñare la paciente. Con esto no se logra hacer la fijación del útero hacia delante tan firme ni tan duraderamente como cuando se hace la su-

tura en la cara posterior. Disminuye los peligros que acarrea la preñez, pero no los suprime del todo. (Algunos cirujanos emplean aún la ventro fijación por este método, en el período fecundo de la vida, entre otros, Giles, Briggs, Griffith, etc., 1913.)

- II. VENTROSUSPENSIÓN. Fíjase levemente el útero a la pared abdominal, con el propósito de formar una faja de tejido que sostenga hacia delante el fondo (suspendido de la pared), pero que no impida el crecimiento del órgano en la gestación. Algunos cirujanos prefieren pasar las puntadas de suspensión por entre los ligamentos úteroováricos, y no directamente por entre el tejido uterino.
- a. Se hace tracción directa hacia delante, con lo cual se sostiene el útero en la misma dirección.
 - b. La técnica es sencilla y de fácil ejecución.
 - c. Es incierto el buen éxito de la operación, ya que bien puede suceder que se estire tanto la faja suspensoria de tejido, que permita el retorno de la retrodesviación, o bien, sucede a veces que se forma tejido cicatrizal excesivo, que da origen a la firme fijación del útero a la pared abdominal, lo cual perturba en gran manera la gestación.
 - d. Se deja en la cavidad abdominal una tira independiente de tejido, que a veces ocasiona la oclusión intestinal.
1. Ventrosuspensión por medio de puntadas que abarcan algún tejido más que el peritoneo, y que se dan en la cara posterior del fondo uterino, en lugar de la cara anterior (Kelly, 1893).
 2. Ventrosuspensión del útero, utilizando el ligamento umbilical medio (restos del uraco) a manera de ligamento suspensorio (Fowler, 1895).
 3. Ventrosuspensión por medio de tiras de peritoneo, que se cortan de los lados de la herida abdominal y se pasan por debajo de la membrana serosa del fondo uterino (Martin, 1896; Foster, 1911).
 4. Sutura ventral del fondo uterino y de los ligamentos redondos, con la cual se vincula la matriz y ambos ligamentos redondos con la cara inferior de la pared abdominal (Sinclair, 1907).
- III. ACORTAMIENTO INTRAABDOMINAL DE LOS LIGAMENTOS REDONDOS.
- A. *Pliegue de los ligamentos redondos, de diversas maneras.*
 - a. No estorba la gestación, puesto que en la preñez se dilatan también los ligamentos redondos y

- subsecuentemente se efectúa en ellos la involución.
- b. No se deja ninguna tira independiente de tejido en la cavidad abdominal.
 - c. La porción más débil del ligamento, cerca del anillo inguinal, es la que sobrelleva el mayor esfuerzo y bien pudiera estirarse demasiado y dar nuevamente ocasión a la retrodesviación.
 - d. Los ligamentos hacen tracción lateral.
1. Plegadura de cada ligamento redondo sobre sí mismo y sutura de él con la porción plegada mirando hacia fuera (lateralmente) (Wylie, 1886; Bode, 1888).
 2. Cruzamiento de los ligamentos redondos plegados, los cuales se juntan con puntadas (Polk, 1888).
 3. Pliegue de cada ligamento sobre sí propio, de manera que se formen tres capas, después de lo cual se cosen los pliegues y se suturan luego al útero en un extremo, y al peritoneo parietal en el otro (Mann, 1895; Langes, 1913).
 4. Se apañusca el ligamento redondo de cada lado, por medio de una costura que se hace a lo largo de la porción superior del ligamento, y que al ser anudados los cabos del hilo, junta todos los tejidos incluidos en las puntadas y acorta el ligamento (E. C. Dudley, 1906).
 5. Se saca cuanto sea posible del conducto inguinal el ligamento redondo de cada lado; se da una puntada de lino por entre él, en el sitio de salida, y se pasa luego varias veces el hilo por entre el ligamento, hasta cerca del útero, después de lo cual se anuda; con esto se "riza", o "frunce" el ligamento (Long, 1916; Beessesen, 1917).
 6. Pliéganse los ligamentos redondos sobre la cara anterior del útero, donde se cosen, haciendo previamente la denudación de las superficies que se ponen en contacto, o no haciéndola (A. P. Dudley, 1900; Latzco, 1908).
 7. Se saca el ligamento de cada lado de su cubierta peritoneal por entre un pequeño orificio, dóblase la porción denudada, únense con puntadas los lados de los pliegues, y se mete nuevamente la porción plegada debajo del peritoneo, por entre el pequeño orificio (Morris, 1901).

8. Sácase de su cubierta peritoneal el ligamento de cada lado, únense con puntadas entrambas asas y se suturan luego a la cara anterior del útero (Sperling, 1904).
9. Despégase de su revestimiento peritoneal una asa de ligamento redondo de cada lado, y se sutura sobre el cuerno del útero (Jerie, 1909).
10. Implántase el ligamento redondo dividido de cada lado, en una incisión que se hace en el fondo del útero; esta operación se ideó principalmente para ser ejecutada cuando se extirpaban los anexos (Liepmann, 1912).

B. Sutura de los ligamentos plegados a la pared abdominal.

- a. Suministra fijación anterior más firme.
 - b. Algunos métodos mudan la tracción lateral en tracción hacia delante.
 - c. Es posible que se estiren con el decurso del tiempo las adherencias peritoneales, y que vuelva la retrodesviación.
 - d. Se dejan en la cavidad abdominal tiras independientes de tejidos, que tienen el peligro de causar oclusión intestinal.
1. Se fijan los pliegues de los ligamentos redondos al ángulo inferior de la herida abdominal (Richelot, 1900).
 2. El pliegue del ligamento de cada lado se cose a la pared abdominal anterior enfrente del anillo inguinal subcutáneo (externo) (Byford, 1903).
 3. Sutúranse los ligamentos plegados a la cara anterior del fondo uterino, y después se fija el útero a la pared abdominal, por medio de puntadas que se hacen por entre los ligamentos suturados, en lugar de pasarlas por la pared uterina (Freund, 1906).
 4. Sutúrase el ligamento redondo de cada lado a la pared abdominal anterior, desde el anillo inguinal abdominal (interno) hasta poca distancia de él, en la línea media (Neuhof, 1913).

C. Fijación del ligamento redondo a la cara posterior del útero.

- a. Múdase la dirección de los ligamentos de manera, que hacen tracción un tanto hacia delante.
- b. No se dejan tiras independientes de tejido en la cavidad.
- c. La pequeña porción débil (porción distal) de los ligamentos, tiene de sobrellevar el mayor es-

fuerzo. Wardlow, en sus experimentos que hizo suspendiendo pesos de los ligamentos, descubrió que éstos solían romperse en la porción muscular, y de ahí llegó a la conclusión de que la porción tendinosa lateral suministra mayor soporte (*Surg., Gynec. and Obst.*, Vol. 29, pág. 603). Sin embargo de ello, la experiencia parece indicar que se presentan más a menudo las recurrencias cuando se fía el cirujano en esa porción lateral atenuada. La recidiva puede ser causada en parte por la circunstancia de que el ligamento al hacer tracción, se sale fuera del conducto inguinal después de la operación. Para evitar esto, ha de tirarse del ligamento tan afuera del conducto inguinal como sea posible, antes de que sea acortado.

1. Se tira hacia atrás de cada ligamento redondo, por entre el ligamento ancho, inmediatamente abajo del ligamento úterosacro, y se suturan ambos ligamentos redondos a la cara posterior del útero (Andrews, Webster, 1901).
2. Divídese cada ligamento redondo a unos 2.5 centímetros del útero, se ligan los cabos y se pasan hacia atrás las porciones distales, por entre el ligamento ancho, después de lo cual se suturan a la cara posterior del fondo uterino (Baldy, 1902). Después Baldy optó la técnica consistente en no dividir los ligamentos (Webster) y cooperó con sus escritos a generalizar este método.
3. Divídese cada ligamento redondo por entre una pequeña incisión que se hace en el peritoneo, encima de él, se pasa por entre el ligamento ancho la porción distal de cada ligamento redondo, sin su revestimiento peritoneal, y se entierra en un corte que se hace en el peritoneo, en la cara posterior del útero (Alfieri).
4. Se divide cada ligamento redondo por entre una pequeña incisión peritoneal, se pasa cada porción distal por entre el ligamento ancho y después se mete por debajo del peritoneo de la cara posterior del útero, hasta la línea media de éste, donde se fija al ligamento del lado contrario (Schmitz, 1913).
5. Cuando se extirpan los anexos uterinos de un lado, se pliega el ligamento redondo del lado correspondiente, sobre el pedículo, y se sutura a la cara posterolateral del útero (Crossen, 1915).

cicatrizal (variación de Graves a la fijación de Olshausen).

B. Trasplatación transperitoneal, sin dejar ninguna tira independiente de tejido.

- a. Se aprovecha la fuerte porción proximal del ligamento.
 - b. Se hace tracción hacia delante.
 - c. No se deja ninguna faja independiente de tejido en la cavidad peritoneal.
1. Se añade a la técnica de Gilliam una sutura lateral que cierra el espacio que hay entre la porción distal del ligamento y la pared abdominal (Ferguson).
 2. Se saca el ligamento por entre el peritoneo, cerca del anillo inguinal abdominal (interno), se pasa luego a lo largo del tejido subperitoneal, hasta el músculo recto, se saca por entre dicho músculo y se fija a la cara inferior de la aponeurosis anterior del antedicho músculo recto. Se ejecutó primero esta operación con ayuda de pinzas (tenáculo) perforantes especiales, y después con pinzas curvas ordinarias, que se introducen en la incisión de la línea media, poco abajo de la aponeurosis superior del músculo recto; se pasan luego oblicuamente por entre dicho músculo, hasta el espacio subperitoneal y luego a lo largo de este espacio, hasta cerca del orificio inguinal abdominal (interno), donde se perfora el peritoneo y se coge luego con las pinzas el ligamento redondo, a unos cuatro centímetros del útero, después de lo cual se saca el ligamento por entre el conducto formado con las pinzas (Crossen, 1907; Caballero, 1919; Adeodato, 1919).

C. Trasplatación subperitoneal, con tracción lateral.

- a. Se aprovecha la fuerte porción proximal del ligamento.
 - b. No se dejan tiras independientes de tejido en la cavidad peritoneal.
 - c. Se hace tracción lateral, y no hacia delante; por tanto, es probable que recurra la desviación cuando hay mucha propensión a volverse hacia atrás el útero
 - d. El ligamento ha de tener una larga porción muy movable para que pueda efectuarse trasplatación tan extensa.
1. Desde la incisión longitudinal central se rechazan hacia un lado la piel y los tejidos superficiales, hasta

- el orificio inguinal subcutáneo (externo) donde se halla el ligamento redondo y se saca hasta donde sea necesario, después de lo cual se fija a la cara superior de la aponeurosis (Sandberg, 1905).
2. Se pasa el ligamento redondo por entre las hojas del ligamento ancho y se saca luego de la cavidad abdominal por entre el anillo inguinal abdominal (interno), y se lleva sobre la pared, hasta la incisión de la línea media, donde se fija debajo de la vaina anterior de la aponeurosis del músculo recto; se pasa una ligadura alrededor del ligamento redondo a unos dos centímetros del útero; pásanse luego unas pinzas curvas especiales para ligadura desde la incisión en la línea media, por debajo de la vaina anterior del músculo recto, hasta sacarlas de la pared abdominal por entre el anillo inguinal abdominal (interno); llévanse luego entre las hojas del ligamento ancho, se perfora con ellas el peritoneo, en el sitio donde se hizo la ligadura temporal del ligamento redondo, la cual ligadura se coge con las pinzas y se exterioriza, y tirando del hilo se saca el ligamento ancho por entre el túnel así formado (Barrett, 1905). Algún tiempo después el Dr. Barrett creyó era preferible perforar el peritoneo en el anillo inguinal abdominal, o interno.
 3. Efectúase la celiotomía transversal, y desde los extremos de la incisión se sacan los ligamentos redondos por entre los conductos inguinales (Peterson, 1906; Sweetnam, 1917).
 4. Se llevan los ligamentos hasta la pared aponeurótica, en el anillo abdominal (interno), luego a lo largo de la pared, en un corto trecho, después de lo cual se introducen de nuevo en la cavidad peritoneal, a un lado de la incisión en la línea media, donde se fijan. Esto se logra pasando una ligadura alrededor del ligamento redondo, que se pasa por entre el túnel formado con una aguja grande, curva, de punta roma (Dudley, 1906).
 5. Desde la incisión central (celiotomía transversal, si se prefiere) se despegan la piel y los tejidos superficiales, hasta un punto situado sobre el anillo inguinal abdominal (interno); ahí se introducen unas pinzas curvas por entre la pared aponeurótica y se llevan entre las hojas del ligamento ancho, hacia el útero; cógese entonces el ligamento redondo, por debajo del peritoneo, a unos cuatro centímetros del

útero, se saca por entre la aponeurosis y se fija a su cara anterior (Benjamin, 1909).

D. Trasplatación subperitoneal, con tracción hacia delante.

- a. Se aprovecha la fuerte porción proximal del ligamento.
 - b. No se deja ninguna tira independiente de tejido en la cavidad peritoneal.
 - c. Se hace tracción parcial hacia delante, la cual no es tan vigorosa como la que se hace en la trasplatación transperitoneal.
 - d. Se efectúa el despegamiento de los tejidos en una extensa área de la pared abdominal, con sus correspondientes inconveniencias, en aquellos métodos consistentes en fijar firmemente el ligamento a la pared músculoaponeurótica.
1. Se lleva el ligamento redondo por debajo del peritoneo del ligamento ancho y de la pared abdominal, hasta la incisión en la línea media, por medio de una aguja larga para pedículo (de Reverdin) que se pasa debajo del peritoneo, desde la incisión en la línea media hasta el ligamento redondo, y se lleva luego entre las hojas del ligamento ancho, hasta sacarla por una incisioncita que se hace en el peritoneo, a la altura del ligamento redondo, a unos cuatro centímetros del útero; ahí se enhebra en la aguja un hilo que se ata previamente al ligamento redondo, el cual se ha despegado de su peritoneo, de la cual ligadura se tira hasta sacar el ligamento redondo hasta la incisión en la línea media, donde se fija (MacGannon, 1902).
 2. Incisión transversal en la piel y la aponeurosis hasta los músculos rectos del abdomen, los cuales se separan verticalmente y se abre el peritoneo para ejecutar la operación intraabdominal. Ábrese la vaina aponeurótica del recto en cada extremo lateral de la incisión transversal, introdúcese un dedo por entre la abertura, hasta el espacio subperitoneal, para hallar el ligamento redondo debajo del peritoneo, y exteriorizarlo sobre el músculo recto, donde se fija debajo de la incisión transversal, a la aponeurosis (Noble, 1903).
 3. Se hace una ligadura en el ligamento redondo a unos 2.5 centímetros del útero, dejándose largos ambos cabos. Se hace luego una incisioncita en el peritoneo, cerca de la ligadura, y por medio de una aguja gran-

de de Reverdin, se lleva la ligadura hacia la incisioncita peritoneal y lateralmente entre las hojas del ligamento ancho, a lo largo de la pared abdominal inmediatamente por debajo del peritoneo, después de lo cual se lleva hacia la cavidad peritoneal a unos cuatro centímetros de la incisión en la línea media; en ese sitio se saca el ligamento redondo por debajo del peritoneo y se enhebra luego un cabo de la ligadura en una aguja curva común y corriente, con la que se da una buena puntada que abarque el peritoneo, el músculo y la fascia, y se vuelve a la cavidad peritoneal; hecho esto se anudan los dos cabos de la ligadura, con lo cual se fija en ese sitio el ligamento redondo (Simpson, 1903).

4. Se hace una ligadura temporal en el ligamento redondo, cuyos cabos se enhebran en una aguja grande de Reverdin, y se llevan, como en la operación de Simpson, por debajo del peritoneo del ligamento ancho y de la pared abdominal, hasta el borde lateral del músculo recto del abdomen, donde se hace que la aguja penetre la pared aponeurótica, se extrae el ligamento y se fija a la cara anterior de la aponeurosis. Para ejecutar esta operación se hace la celiotomía transversal o longitudinal, según se prefiera (Montgomery, 1905).
5. Se trasplanta el ligamento de igual manera que en la operación de Montgomery, sino que se saca aquél con ayuda de unas pinzas curvas que se introducen por entre la aponeurosis y entre las hojas del ligamento ancho (C. H. Mayo, 1906).
6. Se hace una ligadura temporal con el ligamento redondo, y una incisioncita en el peritoneo cerca de la ligadura. Desde la incisión de la línea media se introduce una aguja de Reverdin, inmediatamente por debajo de la hoja anterior de la aponeurosis del músculo; se lleva oblicuamente hasta el espacio subperitoneal y luego por debajo del peritoneo parietal y de la membrana serosa del ligamento ancho, hasta sacarla por la incisioncita que se hizo cerca de la ligadura, después de lo cual se enhebran los cabos de ésta a la aguja de Reverdin, se tira de ellos hasta sacar el ligamento, el cual se fija a la cara posterior de la aponeurosis (Dicken, 1910).

V. PLEGADURA ("PLICACIÓN") DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS. Este método consiste en acortar los ligamentos anchos junto con

los ligamentos redondos inclusos, por medio de la escisión del doblez lateral, o del doblez que se hace sobre la cara anterior o posterior del útero.

- a. Este método no deja ninguna faja independiente de tejido en la cavidad.
 - b. Toda la operación se ejecuta dentro del abdomen y, por tanto, no se perturba la pared abdominal.
 - c. Se confía principalmente en el peritoneo, y sólo la porción débil de los ligamentos redondos ayuda a dar sostén. El peritoneo es frágil y no está muy firmemente adherido a las paredes abdominales; de ahí que no se tenga certeza de que surta buen efecto cuando el útero propende en gran manera a volverse hacia atrás y hacia abajo.
 - d. La tracción es principalmente lateral (ligamentos ancho y redondo plegados); por consiguiente no se logra la fuerte tracción hacia delante y hacia arriba que se obtiene con el trasplante transperitoneal de los ligamentos redondos (y anchos).
1. Acortamiento de cada ligamento redondo por medio de la escisión de una porción angular, cuando se extirpan los anexos, o por medio de la incisión y la imbricación, cuando no se extirpan aquéllos (Bissell, Slocum, 1903).
 2. Plegadura lateral de cada ligamento redondo, y luego sutura circular corrediza ("en bolsa de tabaco") para suprimir la flojedad del ligamento ancho (Harvie, 1910).
 3. Plegadura repetida de los ligamentos anchos y redondo de cada lado, delante del útero: sutúranse dos o tres pliegues superpuestos, a la cara anterior del útero (Coffey, 1904).
 4. Técnica semejante a la de Coffey, sino que se excluyen de las suturas los ligamentos redondos, y sólo se incluye el peritoneo (Abbott, 1910).
 5. Se lleva un solo pliegue de ambos ligamentos redondos y anchos hasta la línea media de la cara anterior del fondo uterino, donde se suturan cerca de su vértice, y se continúa luego la sutura hacia abajo de manera, que se unan los pliegues y al mismo tiempo se fijan a la cara anterior del útero (Willis, 1912).
 6. Llévase un solo pliegue de los ligamentos redondos y anchos, sobre la porción superior del fondo uterino, y se suturan a la cara posterior de éste, al mismo tiempo que

se hace la sutura hacia abajo sobre la porción anterior del fondo (Kime).

7. Plegadura de los ligamentos anchos sobre la cara posterior del útero, donde se suturan (Venable, 1910).
8. Acortamiento de los ligamentos redondos, haciendo la ligadura y la escisión del plexo pampiniforme, y plegando el ligamento infundibulopélvico (Kuhn, 1913).

VI. ACORTAMIENTO DE LOS LIGAMENTOS ÚTEROSACROS POR ENTRE LA INCISIÓN ABDOMINAL.

- a. Con este método se lleva muy hacia atrás y hacia arriba el cuello uterino, lo cual es de mucha trascendencia cuando el cuello está muy desviado hacia delante.
 - b. Si se ejecuta esta operación por sí sola, no eleva suficientemente el fondo ni los anexos uterinos. Cuando es necesaria, se ejecuta junto con alguna operación en virtud de la cual se sostenga el fondo hacia delante.
1. Despéganse del peritoneo los ligamentos úterosacros, y se acortan (Bové, 1902; Stoner, 1903).
 2. Plegadura simple de los ligamentos úterosacros por medio de puntadas, luego de hacer la escarificación (Noble, 1912).
 3. Fijación de los ligamentos úterosacros plegados, en el tejido subperitoneal de la pared uterina (Young, 1919).
 4. Acortamiento de los ligamentos úterosacros por entre una incisión abdominal, además de suturar el cuello uterino a la pared posterior de la excavación rectouterina ("fondo de saco" de Douglas) (Bishop, 1903).

VII. PROCEDIMIENTOS VARIOS.

1. Marion Sims decidió en 1859 ensayar la sutura del útero a la pared abdominal, sin hacer ninguna incisión en ésta, y para ello construyó una aguja hueca especial que conducía un alambre de plata. Principió la operación, pero no la llevó a término, sin duda alguna porque advirtió el peligro que ello acarrearía.
2. Incisión en la pared abdominal, hasta el peritoneo, después de lo cual se pasaba un hilo de plata por el fondo uterino, el cual se empujaba firmemente sobre el peritoneo no dividido. Esta peligrosa operación fué llevada a efecto con feliz éxito en varias ocasiones (Kaltenbach).

3. Ventrosuspensión temporal por medio de una puntada con catgut doble para diez días, que incluía una porción de la parte posterior del fondo uterino, el peritoneo, el músculo y la fascia de la pared abdominal, a unos 2.5 centímetros debajo del ángulo inferior de la incisión abdominal; al anudar el catgut sólo se apretaba lo bastante para efectuar la coaptación, pero sin que causase adherencia de las superficies serosas puestas en contacto (Ochsner, 1909).
4. Fijación hacia delante del fondo uterino, suturando a él un colgajo de peritoneo que se hacía en la unión vésico-uterina (Pestalozzi, 1910).
5. Suspensión del útero por medio de una puntada subperitoneal que se hacía a lo largo de los ligamentos redondos y atrás del útero (Buteau, 1913). Se hacía una puntada separada en cada lado. El extremo distal se fijaba firmemente al músculo y la fascia, en el anillo inguinal abdominal (interno); se pasaba la sutura, principalmente debajo del peritoneo, a lo largo del ligamento redondo, hasta cerca del útero; llevábase luego por entre el ligamento ancho, inmediatamente abajo del ligamento ovárico, y luego por debajo del peritoneo de la cara posterior del útero, hasta la línea media, donde se anudaban los cabos de ambas suturas, después de colocar el útero en su posición normal.
6. Reforzamiento de los ligamentos redondos debilitados, con puntadas de catgut o con tiras de fascia (Coughlin, 1913; Du Bose, 1920). En una ocasión se pasó un hilo doble de catgut crómico desde la incisión abdominal, a lo largo del conducto inguinal, y luego entre las hojas del ligamento ancho, a lo largo del ligamento redondo, hasta el útero; después hacia atrás del útero, por debajo del peritoneo; a continuación entre las hojas del otro ligamento ancho y hacia fuera por entre el otro conducto inguinal. Al acortarse los ligamentos redondos, se anudó esta hebra doble de catgut, que sirvió para sostener bien hacia delante el útero. En otro caso se hizo que siguiese el mismo curso que la hebra doble de catgut una tira de fascia de cada lado, que se cortó de la aponeurosis, en el borde de la incisión abdominal, y cuyo extremo inferior se dejó adherido a la pared abdominal; hecho esto, se fijaron ambos cabos de las tiras aponeuróticas a la cara posterior del útero, luego de acortar los ligamentos redondos.
7. Se cortaron y desligaron de la porción sobrante de los ligamentos anchos, las trompas uterinas y una porción

proximal de cinco centímetros de longitud de ambos ligamentos redondos, los cuales tejidos divididos se llevaron por entre una incisión perforante que se hizo por entre los músculos rectos del abdomen y su aponeurosis, donde se fijaron. La operación fué ideada para corregir la retrodesviación uterina, y causaba irremediablemente la esterilidad (Stetten, 1913).

- C. **Operaciones por la vía vaginal.** En general, las operaciones vaginales son convenientes por cuanto pueden hermanarse fácilmente con otras operaciones vaginales, que, según queda dicho, son menester en multitud de pacientes que padecen retrodesviación; además de esto, se efectúan menos manipulaciones en el peritoneo y, por consiguiente, hay menos choque y menor peligro de provocar la peritonitis.

Por otra parte, tienen en su desabono el que no elevan suficientemente el fondo uterino ni los anexos, ni suministran la firme tracción hacia delante y hacia arriba que es necesaria cuando el órgano tiene notable propensión a volverse hacia atrás. Aun más, no es posible con estas operaciones investigar con exactitud ni tratar debidamente los estados morbosos que haya en los tejidos pélvicos, y con particularidad en la porción inferior del abdomen.

I. INTENTOS DE EFECTUAR LA FIJACIÓN DEL CUELLO UTERINO EN LA PARTE POSTERIOR DE LA PELVIS.

1. Cauterización (con potasa cáustica, o con el cauterio) de la bóveda vaginal posterior y de la cara contigua del cuello, con el fin de formar firmes adherencias entre dichas superficies y de esa manera sostener muy hacia atrás el cuello (Amussat, 1850).
2. Sutura del cuello a la bóveda vaginal posterior (Herrick, 1883; Nicoletus).
3. Acortamiento de la bóveda vaginal posterior por medio de una incisión longitudinal, que se cierra transversalmente, y alargamiento del fórnix, o bóveda vaginal anterior, haciendo una incisión transversal que se cierra longitudinalmente (Schücking, 1900).
4. Denudación del fórnix (bóveda) vaginal posterior y de la superficie contigua del cuello uterino y unión de ellos con una sutura (Goelet, 1903).
5. Incisión en el fórnix vaginal posterior, abertura de la excavación rectouterina, reavivación de las superficies peritoneales y mecha de gasa que se deja con el fin de provocar adherencias y sostener de esa manera el cuello uterino hacia atrás (Pryor).

- II. VAGINOFIJACIÓN DEL CUERPO UTERINO. Se dan puntadas por entre la pared vaginal anterior y la porción anterior del cuerpo uterino, con lo cual se fijan ambas superficies y se sostiene hacia delante el útero.
- a. Se fija el fondo uterino muy hacia delante, tirando hacia atrás el cuello.
 - b. Acarrea ciertos peligros en caso de presentarse la preñez. La antigua "vaginofijación" ocasionaba graves dificultades en las preñeces subsecuentes. La moderna "elevación vaginal de la fascia úteropúbica" suprime este peligro, y en cambio produce el mismo efecto beneficioso (véase su descripción en la parte correspondiente a la técnica de las operaciones).
1. Sutura del cuerpo uterino a la pared vaginal anterior, sin hacer ninguna incisión (Sänger, 1888; Schücking, 1889, aguja especial). Pronto se desechó este método, a causa del peligro de traumatizar la vejiga.
 2. Incisión longitudinal en el fórnix vaginal anterior; se párase del cuello uterino la vejiga y se dan puntadas de fijación inmediatamente arriba del sitio correspondiente al orificio interno, uniendo así la pared uterina con la vaginal (Mackenrodt, Mayo, 1892).
 3. Incisión transversal en el fórnix (bóveda) vaginal anterior, separación de la vejiga y el cuello uterino y puntadas de fijación más arriba del sitio correspondiente al orificio interno (Dührssen, julio, 1892).
 4. Añadidura a la técnica de Mackenrodt, de (a) puntadas de fijación en un sitio más arriba, y (b) colpografía anterior, para construir una pared vaginal anterior más fuerte y dar así mejor punto de apoyo a las puntadas de fijación uterina (Winter, 1893).
 5. Ampliación de la operación de Mackenrodt haciendo en todo caso la abertura de la excavación vésicouterina y fijando el útero a la vagina, de diversas maneras (Küstner, 1894; Dührssen, 1894; Vineberg, 1894; MacCann, 1902).
 6. Elevación de la inserción uterina de la fascia úteropúbica, con el fin de que dicha inserción quede bien arriba del área del "eje" uterino (Bové, 1897).
- III. VÉSICOFIJACIÓN. Se abre la cavidad peritoneal por medio de la colpotomía anterior, se lleva hacia delante el fondo uterino y se sutura al peritoneo vesical.

- a. Se lleva muy hacia delante el fondo uterino.
- b. No eleva suficientemente el útero ni los anexos.
- c. Es probable que se estiren las adherencias peritoneales y recurra la retrodesviación.

IV. ACORTAMIENTO DE LOS LIGAMENTOS REDONDOS POR ENTRE LA INCISIÓN VAGINAL.

- a. Se lleva hacia delante el fondo uterino.
 - b. No eleva suficientemente el útero ni los anexos.
 - c. Se suspende el útero de la porción débil (porción distal) de los ligamentos.
 - d. Se hace tracción lateral, en lugar de hacia delante.
1. Acortamiento por vía vaginal de los ligamentos redondos, haciendo diversas clases de plegaduras (Godinho, 1896; Vineberg, 1896; Wertheim, 1896; Bode, 1896; Byford, 1896; Goffe, 1897).
 2. Se entierra la porción plegada de cada ligamento redondo en un túnel que se hace en la pared anterior del fondo uterino (Ries, 1901).
 3. Llévase hacia abajo el fondo del útero, por medio de la colpotomía anterior; llévase hacia atrás, por entre los ligamentos anchos, el ligamento redondo de cada lado, y se hace la fijación posterior de ellos (Webster, 1901).

V. SUSPENSIÓN VENTRAL DEL ÚTERO POR VÍA VAGINAL.

- a. Se lleva hacia delante el fondo uterino.
 - b. Eleva suficientemente el órgano, al hacer tracción hacia arriba y hacia delante.
 - c. Tiene las mismas inconveniencias que la ventro fijación por vía abdominal.
 - d. No permite el examen ni el tratamiento de los estados morbosos situados en las porciones superiores de la pelvis.
1. Fijación ventral del útero suturando los ligamentos redondos a la pared vaginal anterior, por medio de la incisión vaginal anterior (Wertheim, 1896).
 2. Ventro fijación del útero suturando el fondo a la pared abdominal anterior, por entre una incisión vaginal anterior (Ferguson, 1902).

VI. ACORTAMIENTO DE LOS LIGAMENTOS ANCHOS POR VÍA VAGINAL.

Se separa del útero la vejiga, tal como se hace en la colpo-

tomía anterior y se unen luego en la línea media, delante del cuello, los tejidos fuertes de la porción inferior de ambos ligamentos anchos, donde se suturan. Conviene esta operación principalmente para el tratamiento del prolapso uterino, y su técnica será descrita en el lugar correspondiente (véase el capítulo IX).

- a. Elévase el cuello y sostiénese hacia arriba el útero.
 - b. No se efectúa la fijación hacia delante del fondo.
 - c. Lo mismo que las otras operaciones vaginales, no permite la exploración ni el tratamiento adecuado de los estados morbosos que haya en la pelvis o en la porción inferior del abdomen.
1. Se pliega la porción inferior de cada ligamento ancho, delante del cuello uterino, y se unen con puntadas (Alexandroff, 1903).
 2. Desvincúlase del cuello uterino la porción inferior de cada ligamento ancho, y se suturan juntas delante del cuello (Hertzler, 1906; E. C. Dudley, 1906).

VII. ACORTAMIENTO DE LOS LIGAMENTOS ÚTEROSACROS, POR VÍA VAGINAL.

- a. Se lleva muy hacia atrás y hacia arriba el cuello uterino, y se tira hacia delante el fondo.
 - b. No eleva suficientemente el fondo uterino ni los anexos.
 - c. No es posible determinar con certeza ni hacer el tratamiento adecuado de las complicaciones tubarias ni apendiculares.
1. Acortamiento de los ligamentos úterosacros por medio de la sutura submucosa. Se tiraba hacia delante del cuello, hasta que pudieran palpase los ligamentos, y se hacía con ayuda del tacto la sutura con que se efectuaba el acortamiento, sin hacer ninguna incisión (Byford, 1888).
 2. Acortamiento de los ligamentos úterosacros por medio de la incisión vaginal posterior (Kelly, 1888; Herrick, 1891; Sänger, 1891; Gottschalk, 1896; Bovée, 1897).
 3. Acortamiento de los ligamentos úterosacros y luego obliteración de la excavación rectouterina ("fondo de sacco" de Douglas), por medio de adherencias inflamatorias que se provocaban con el taponamiento de gasa yodoformada (Freund, 1889).

4. Separación de adherencias y ánteroversión del útero por medio de la incisión vaginal posterior, después de lo cual se hacía el acortamiento de los ligamentos úterosacos (Frömmel).
5. Acortamiento de los ligamentos úterosacos y de los ligamentos redondos, por vía vaginal (Godino, 1896).
6. División posterior de los ligamentos úterosacos, los cuales se llevaban hacia delante, por debajo de los ligamentos anchos, y se suturaban juntos en la porción anterior del cuello uterino, por entre una incisión circular que se hacía en éste (Jellett, 1911).
7. Se llevan hacia delante los ligamentos úterosacos, por entre los ligamentos anchos, y se suturan delante del cuello. Wagner hacía la división posterior de los ligamentos antes de llevarlos hacia delante; Martin los cogía tan sólo con pinzas y los llevaba hacia delante, sin cortarlos.
8. Acortamiento de los ligamentos úterosacos por entre la incisión vaginal anterior (Goffe). Este método puede emplearse como añadidura a la operación por interposición para el tratamiento del prolapso; al tratar de este asunto en el lugar correspondiente, describiremos su técnica.

VIII. ALARGAMIENTO DE LA PARED VAGINAL ANTERIOR. Cuando es corta la pared abdominal anterior hasta el grado de impedir que el cuello uterino sea empujado muy hacia atrás, es bien efectuar su alargamiento, y para ello se hace una incisión transversal por entre los tejidos limítrofes, delante del cuello, se sostiene entonces éste muy hacia atrás, y se cierra la incisión en dirección contraria.

EL PORQUÉ DE ESTA RESEÑA HISTÓRICA

Al poner la consideración en los diversos métodos quirúrgicos que pueden emplearse en el tratamiento de determinada enfermedad, y hacer la exposición autorizada de todos ellos, conviene hacer patentes las diversas épocas en el desenvolvimiento de los métodos actuales, pues el debido entendimiento de las diferentes operaciones quirúrgicas y de sus variaciones múltiples, facilitará la comprensión de los difíciles problemas y servirá para poner de manifiesto los intensos estudios efectuados en ese respecto, y el ingenio de nuestros predecesores. Aun más, con ello se contrastará un tanto la humana condición que con excesiva frecuencia conduce al hombre a darle precipitadamente a alguna cosa el calificativo de novedad y presentarla como tal, siendo que desde mucho tiempo atrás fué ensayada y desechada por inútil o inconveniente.

TÉCNICA DE LAS OPERACIONES

En páginas antecedentes hicimos mención general de las diversas operaciones quirúrgicas y de sus variaciones, y a continuación describiremos tan sólo aquellos métodos que se consideren de utilidad práctica hoy en día, o bien que sirvieron de fundamento a conceptos actuales y a las técnicas perfeccionadas de la hora presente. Al describir cada procedimiento escogimos para prototipo la operación que nos pareció más útil en el día de hoy, o de mayor interés histórico, de cada una de las cuales relataremos sus variaciones.

La mayor parte de las retrodesviaciones se acompañan de algún estado morbozo que requiere tratamiento intraperitoneal, y de ahí que estudiemos primero las operaciones que se ejecutan mediante la celiotomía, o incisión abdominal. Los diversos métodos quirúrgicos serán descritos en el siguiente orden:

A. POR MEDIO DE LA CELIOTOMÍA EN LA LÍNEA MEDIA.

- I. Trasplantación transperitoneal de los ligamentos redondos, dejando tiras independientes de tejidos en la cavidad peritoneal.
- II. Trasplantación transperitoneal de los ligamentos redondos, sin dejar tiras independientes de tejidos en la cavidad peritoneal.
- III. Trasplantación subperitoneal de los ligamentos redondos con tracción hacia delante.
- IV. Implantación posterior de los ligamentos redondos.
- V. Plegadura lateral de los ligamentos redondos.
- VI. Plegadura, o "plicación" anterior de los ligamentos redondos.
- VII. Sutura ventral de los ligamentos redondos.
- VIII. Ventro fijación del fondo uterino.
- IX. Acortamiento de los ligamentos úterosacros por vía abdominal.

B. POR ENTRE LOS CONDUCTOS INGUINALES.

- X. Acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos.

C. POR VÍA VAGINAL.

- XI. Vaginofijación del útero.
- XII. Elevación del plano úteropúbico por vía vaginal.
- XIII. Acortamiento de los ligamentos redondos por vía vaginal.
- XIV. Acortamiento de los ligamentos úterosacros por la misma vía.
- XV. Alargamiento de la pared vaginal anterior.

A. POR MEDIO DE LA CELIOTOMÍA EN LA LÍNEA MEDIA

I. Trasplatación transperitoneal de los ligamentos redondos, dejando tiras independientes de tejido en la cavidad peritoneal

(TÉCNICA DE GILLIAM)

Luego de terminar cualesquiera otras manipulaciones intraperitoneales que se requieran, se fija hacia delante el útero, de la siguiente manera:

1º Con pinzas sacabalas se coge el ligamento redondo de cada lado, se pasa alrededor de él una ligadura temporal, a unos cuatro centímetros de distancia del útero, y se comprimen con pinzas los cabos de la ligadura (Fig. 427).

2º Se cogen y se sostienen firmemente con pinzas erinas (pinzas-tenáculo), el peritoneo, el músculo y la aponeurosis subyacente, en un lado de la incisión abdominal, en un sitio a unos cuatro centímetros arriba del hueso púbico. Despéganse y apártanse luego la piel y el tejido adiposo, valiéndose para ello, si fuere menester, del bisturí, para denudar la aponeurosis.

3º Con un bisturí de hoja angosta se hace una pequeña herida penetrante por entre la aponeurosis, el músculo y el peritoneo, hasta penetrar en la cavidad, en un punto situado a unos 2.5 centímetros del borde de la incisión y unos cuatro centímetros arriba del hueso púbico. Introdúcense por entre la herida penetrante unas pinzas de forcipresión, con las cuales se coge el hilo que rodea el ligamento redondo, se tira de él, hasta sacar por el otro lado el ligamento. Si se prefiere, pueden usarse pinzas puntiagudas para hacer la herida perforante y asir la ligadura (Fig. 427).

4º Luego de exteriorizar ambos ligamentos se tira de ellos (Fig. 428), hasta que el fondo uterino quede muy hacia delante, después de lo cual se sutura el asa de cada ligamento a la aponeurosis, haciendo puntadas de catgut (Fig. 429). Los cabos se pueden fijar según se desee. En la Fig. 430 se muestran las pinzas perforantes de Gilliam, y en la 431, el instrumento inventado por W. M. Goodwin, para ejecutar la operación de Gilliam.

5º Se cierra la incisión abdominal de la manera acostumbrada.

Con esta operación se sostiene el útero hacia delante, por medio de fuertes tejidos, a saber: la porción resistente de los ligamentos redondos, cuya tracción se muda de lateral en anterior, de manera que se contrarresta toda propensión del órgano a volverse hacia atrás. Además de esto, se suspenden las trompas uterinas y los ovarios; este efecto se acrecienta por la circunstancia de que una porción mayor o menor del ligamento ancho pasa por entre la pared abdominal junto con cada ligamento redondo. Con la preñez se hipertrofian los ligamentos redondos al

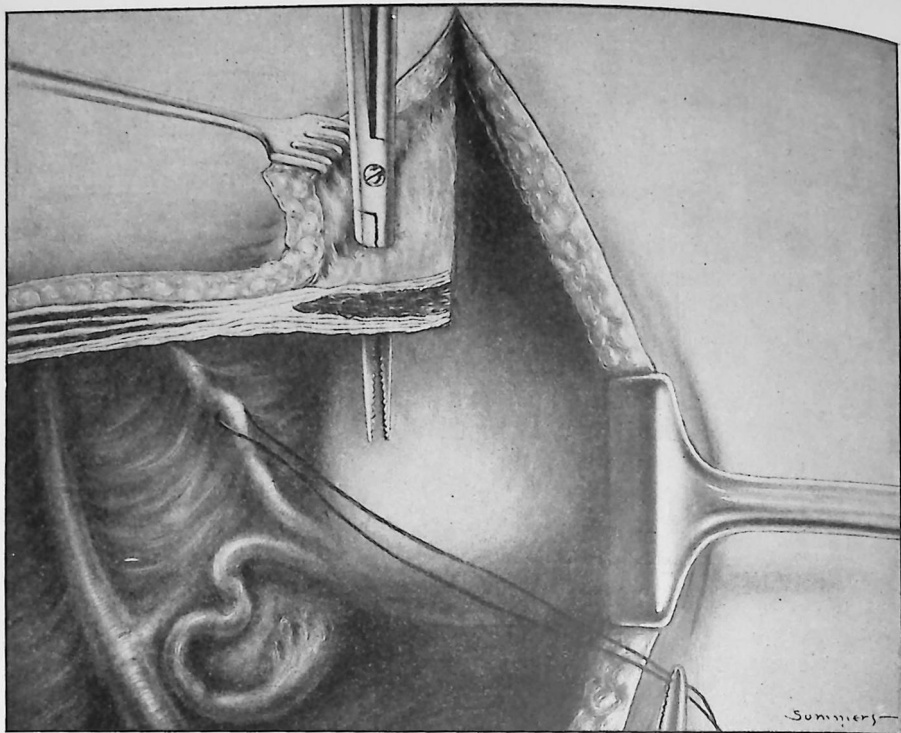


Fig. 427.—Trasplatación transperitoneal de los ligamentos redondos, en la cual se dejan algunas tiras de tejido (técnica de Gilliam). Se pasó ya la ligadura temporal por el ligamento izquierdo, a unos 4 centímetros de la matriz; se hizo la perforación con las pinzas que se introdujeron por entre la aponeurosis, el músculo y el peritoneo parietal, unos 4 centímetros arriba del hueso púbico, y está a punto el instrumento de agarrar la ligadura temporal.

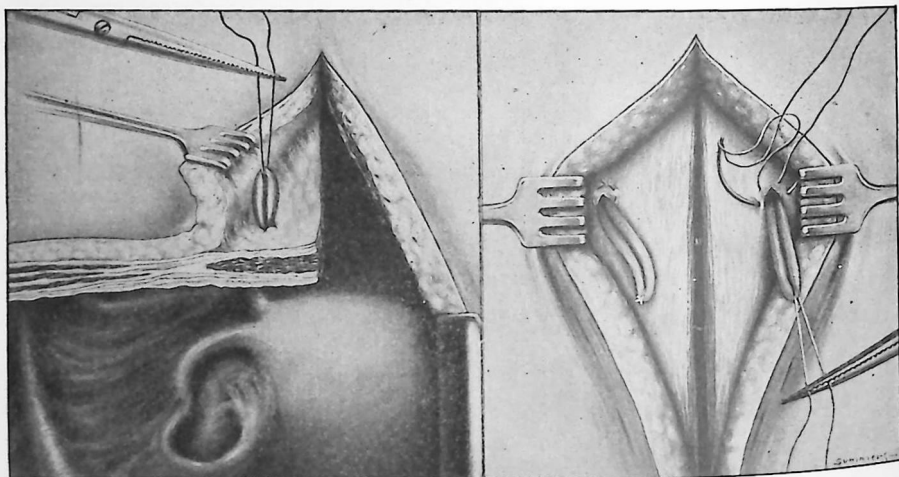


Fig. 428

Fig. 429

Fig. 428.—Después de coger con las pinzas la ligadura se tiró de ella y se pasó por la perforación el ligamento redondo, con lo cual se trasplantó éste en la pared abdominal. De igual manera se implanta el otro ligamento, y luego se fijan ambos a la pared abdominal, con catgut crómico.

Fig. 429.—Fijación de los ligamentos en la cara superior de la aponeurosis; la puntada de fijación ha de incluir tan sólo la mitad del espesor del ligamento, para no obstruir su circulación sanguínea; además, no ha de quedar tan apretado en la perforación de la pared abdominal, que se ocasione la mortificación.

paso que se hipertrofia el útero y después del parto se efectúa en ellos la involución.

En virtud de algunas inconveniencias, que han sido remediadas con algunos perfeccionamientos de la técnica, la operación original de Gilliam es principalmente de interés histórico. A continuación se describe la variación de la técnica que remedia sus desventajas.

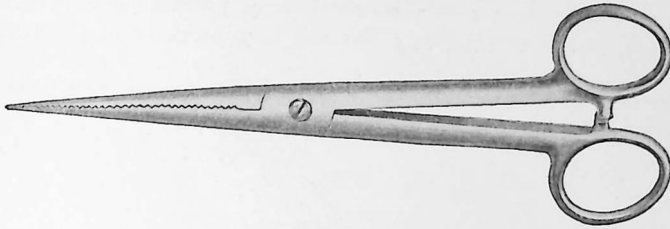


Fig. 430.—Pinzas perforadoras (Gilliam) para coger la ligadura.

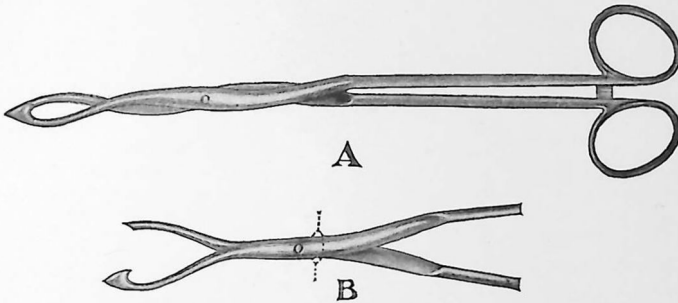


Fig. 431.—Pinzas perforadoras (Goodwin) para tomar el ligamento redondo al hacer la operación de Gilliam. *A*, las pinzas cerradas; *B*, la mismas abiertas.

II. Trasplatación transperitoneal de los ligamentos redondos, sin dejar tiras independientes de tejidos en la cavidad peritoneal

(TÉCNICA DE CROSSEN-GILLIAM)

Con esta técnica modificada se conservan las dos notables ventajas de la operación de Gilliam, a saber: la tracción perceptible hacia delante y el eficaz aprovechamiento de las porciones resistentes (extremos uterinos) de los ligamentos; ambos a dos cooperan a corregir permanentemente la retrodesviación, aun cuando haya notable propensión del útero a volverse hacia atrás y se presenten las vicisitudes del parto. Por otra parte, suprime dos inconveniencias: (a) la abertura entre la porción lateral del ligamento y la pared abdominal, con lo cual se forma una tira independiente de tejido en la cavidad peritoneal, y (b) la tracción que se hace de los ligamentos por entre la firme aponeurosis abdominal.

a. El peligro de la abertura que se deja entre la porción lateral de los ligamentos redondos y la pared abdominal, consiste en que pue-

de ocasionar oclusión intestinal, de las dos siguientes maneras: bien puede suceder que alguna porción de intestino sea forzada por entre la abertura intraperitoneal y quede constreñida por los lados de ésta, o bien, el intestino puede enredarse alrededor de la tira independiente e intraperitoneal de tejido, formada por la porción del ligamento que da sostén al útero, al pasar por su nuevo orificio de salida.

b. Al tirar del ligamento por entre la firme aponeurosis abdominal, el asa ligamentosa queda constreñida y padece pérdida parcial de su vitalidad, lo que estorba la cicatrización y propicia la infección. Aun

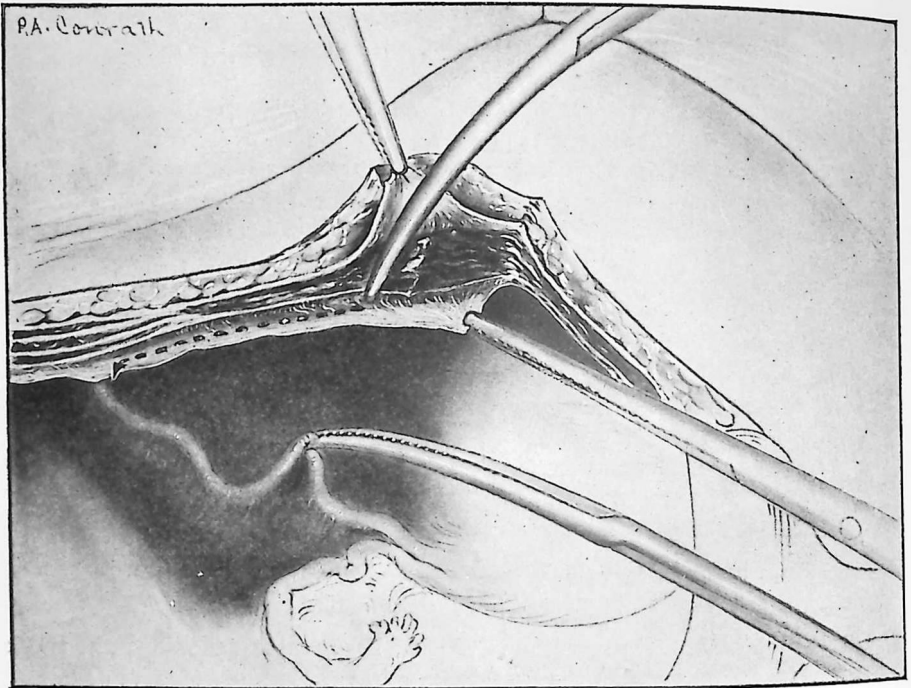


Fig. 432.—Trasplatación transperitoneal de los ligamentos redondos, sin dejar ninguna tira de tejido (técnica de Crossen-Gilliam). Con unas pinzas se coge el ligamento redondo poco más o menos en su centro, antes de pasar alrededor de él la ligadura temporal. Las pinzas se ven por entre el músculo recto del abdomen y la línea punteada con la flecha indican el curso que ha de seguir el túnel por donde pasa el ligamento redondo que va a ser transportado.

más, el asa del ligamento redondo que queda sobre la cara anterior de la aponeurosis e inmediatamente debajo de la piel, forma un pequeño abultamiento que no pocas veces es doloroso y que puede dar origen a considerables molestias. El autor *senior* se acuerda de una paciente en quien se fijaron las dos asas ligamentosas sobre la aponeurosis, y que padeció tantas molestias que a la postre hubo necesidad de cortarlas y extirparlas. Con esta variación de la técnica se previenen tales trastornos, puesto que las asas ligamentosas se fijan a la cara posterior (inferior) de la aponeurosis, en lugar de fijarlas sobre la cara anterior.

Esta variación de la técnica de Gilliam fué ideada por uno de nosotros (H. S. C.) en 1907 (*Jour. Am. Med. Ass.*, Vol. 48, pág. 1488), y desde entonces la hemos ejecutado satisfactoriamente y ha dado buenas pruebas

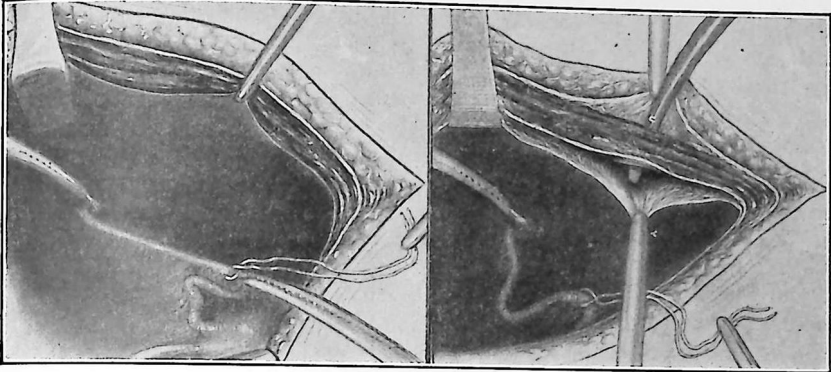


Fig. 433

Fig. 434

Fig. 433.—Después de pasar la ligadura temporal alrededor del ligamento redondo. Las pinzas "marcadoras" señalan el sitio donde se hace la puntura del peritoneo con las pinzas subperitoneales, según se ve en la figura 436.

Fig. 434.—Las pinzas subperitoneales después de pasar por entre el músculo, antes de introducir las por debajo del peritoneo hasta el sitio donde se hace la perforación peritoneal.

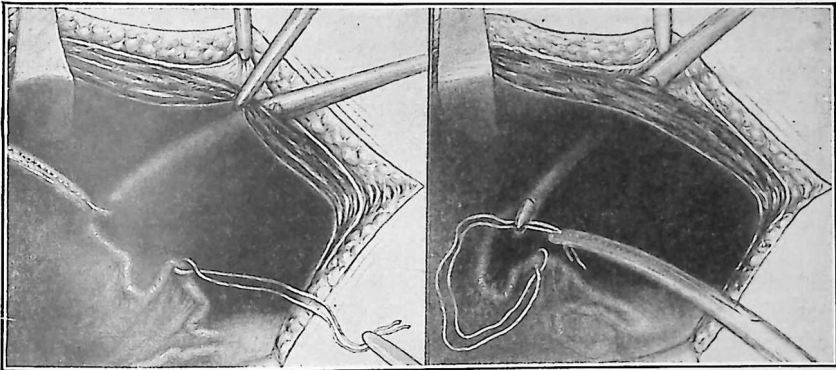


Fig. 435

Fig. 436

Fig. 435.—Se empujan las pinzas y se introducen por debajo del peritoneo hasta el sitio donde se hace la puntura, marcado con las pinzas "marcadoras".

Fig. 436.—Con la punta obtusa de las pinzas se perfora el peritoneo, según se explica en el texto, y con ella se agarra la ligadura temporal, con el fin de pasarla por el túnel recién formado.

de su eficacia en la preñez así como en aquellos casos en que el útero tiene señalada propensión a volverse hacia atrás, a causa de la retrodesviación inveterada. Luego de vaciar la vejiga, tal como se hace en cualquiera otra operación abdominal, se procede de la siguiente manera:

1º En terminando cualesquiera otras manipulaciones intraabdominales y estando dispuesto todo para cerrar el abdomen, se coge poco más o menos en su porción central el ligamento redondo de un lado (Fig. 432), se pone en tensión (Fig. 433), levántase con un separador la pared abdominal, con el fin de poner a la vista el extremo lateral del ligamento, se coge con pinzas el peritoneo lateral, en el sitio donde se une con el extremo lateral del ligamento redondo (Fig. 433); estas pinzas señalan el sitio donde se ha de perforar el peritoneo, y de ahí que las llamemos pinzas "marcadoras". Pásase luego una ligadura temporal debajo del ligamento redondo, según se ve en la lámina correspondiente, y se quitan entonces las pinzas con que se comprimió el antedicho ligamento.

2º Con pinzas dentadas se agarra la aponeurosis situada sobre el músculo recto del abdomen, poco más o menos unos 2.5 centímetros arriba del hueso púbico, y se despega del músculo en corto trecho. Introdúcense entonces unas pinzas curvas ordinarias para pedículo por debajo de la aponeurosis y por entre el músculo (Fig. 434), y se lleva la punta del instrumento por debajo del peritoneo, hasta las pinzas "marcadoras" (Fig. 435).

Para ejecutar este tiempo, es bien poner a la vista los tejidos, o bien se puede llevar a efecto esta manipulación con ayuda del sentido del tacto, y con la guía de los dedos. En palpando la punta de las pinzas subperitoneales en el propio lugar, se quitan las pinzas "marcadoras" y se empuja la punta de las otras pinzas, poniéndole resistencia con los dedos que sirven de guía, hasta atravesar de parte a parte el peritoneo.

3º Ábrense entonces los extremos de las pinzas para dilatar la puntera peritoneal y coger la ligadura (Fig. 436), después de lo cual se saca el instrumento llevando consigo el hilo (Fig. 437), y haciendo tracción de él se saca el ligamento redondo por entre la pared abdominal y por debajo de la aponeurosis. Agárrase entonces con pinzas el asa ligamentosa y se quita la ligadura temporal (Fig. 438).

4º Se pone luego en tensión cada rama del asa ligamentosa (Fig. 438), con el fin de llevar muy hacia delante el fondo uterino, y excluir cualquier espacio que haya entre la porción distal del ligamento y la pared abdominal; hecho esto, se sutura firmemente cada rama del ligamento redondo a la cara posterior (inferior) de la aponeurosis, con catgut para veinte días como el que se usa para efectuar suturas profundas en la pared abdominal.

Al tirar hacia fuera de cada rama del ligamento, ha de procederse con cautela para no desgarrar los tejidos, ya que algunas veces se desgarrará fácilmente el ligamento, y ha de ponerse también cuidado al efectuar la tracción, en lograr lo que se desea, esto es, suprimir la flojedad del tejido ligamentoso y excluir el espacio que queda entre el ligamento y la pared abdominal, lo cual se logra tirando de la rama lateral del ligamento; la tracción de la porción medial (interna) se efectúa con el fin de conseguir la necesaria tracción hacia delante del útero. Haciendo la palpación

digital profunda de la región se graduarán debidamente entrambos efectos, y conviene en cada caso cerciorarse de si se han elevado suficientemente los anexos uterinos.

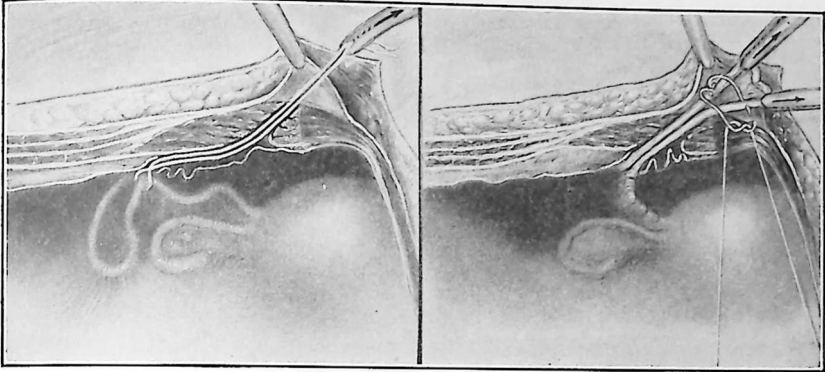


Fig. 437

Fig. 438

Fig. 437.—Se pasa la ligadura temporal por el túnel.

Fig. 438.—Tirando de la ligadura se pasa el ligamento redondo por el túnel y se trasplanta en la cavidad abdominal; adviértase la manera cómo se suprime la flojedad del ligamento, con el fin de llevar bien hacia delante la matriz y obliterar cualquier espacio que quede entre la porción lateral del ligamento y la pared abdominal (véase el texto).

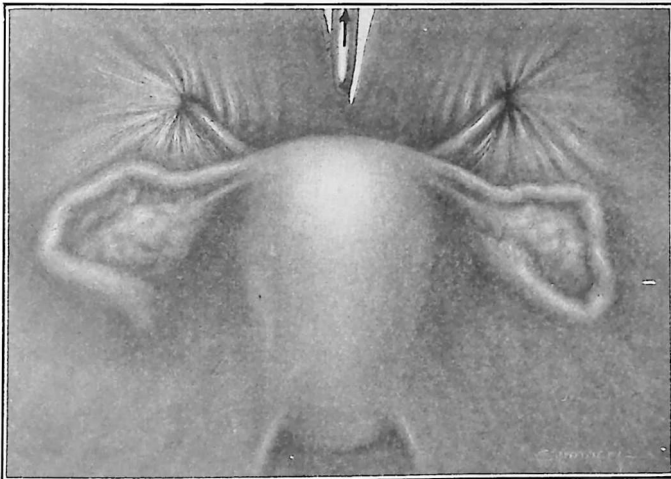


Fig. 439.—Grabado que muestra el nuevo sitio de salida de los ligamentos redondos, según se vería desde la cavidad abdominal.

Quando es corto el pliegue peritoneal entre el ligamento redondo y los anexos, o hay fijación inflamatoria, bien puede suceder que se eleve excesivamente la trompa uterina si se saca una asa larga del ligamento. En tal caso, si es evidente esta elevación excesiva, se acorta el asa liga-

mentosa y se fija a la fascia (sic.) (aponeurosis ?), a cierta distancia de la línea media. Si el antedicho estado anormal fuere manifiesto al efectuar el examen intraabdominal preliminar, es bien valerse de la variación que se pone a la vista en las Figs. 442 a 445, o de algún otro método semejante.

5º A continuación se trasplanta de manera idéntica el ligamento redondo del otro lado, con lo cual se logra elevar firmemente el útero y los anexos (Fig. 439).

6º Al cerrar la celiotomía se fijan ambas asas ligamentosas al través de la línea media (Fig. 440), regulando la superposición de ellas de acuerdo con su longitud, y si se desea se puede incluir cada asa en la sutura de la aponeurosis (Fig. 441).

Valiéndose de este método es posible trasplantar rápida y convenientemente los ligamentos en la pared abdominal, y obtener firme tracción del útero y los anexos hacia delante y hacia arriba, sin dejar en la cavidad

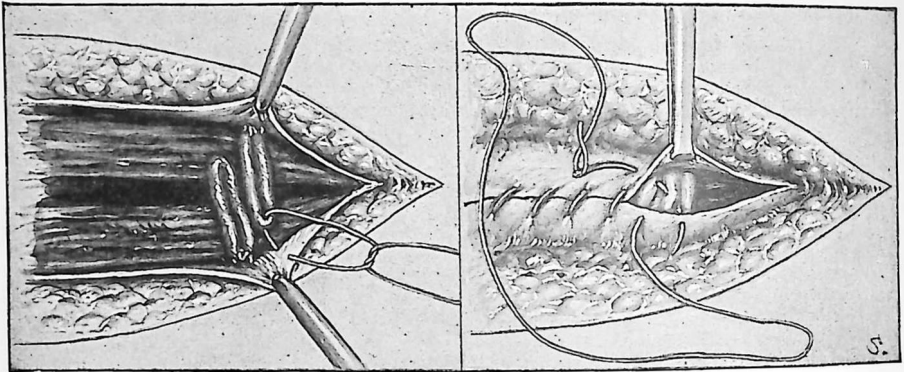


Fig. 440

Fig. 441

Fig. 440.—Cuando es suficientemente larga cada porción exteriorizada del ligamento redondo, conviene después de coser la aponeurosis suturarla al borde de la aponeurosis del otro lado, según se ve en la lámina.

Fig. 441.—Cuando es muy corta la porción exteriorizada del ligamento redondo de cada lado y no se puede fijar al otro lado de la incisión, se puede incluir en una puntada de la sutura aponeurótica.

peritoneal tiras independientes de tejidos y sin el peligro de los espacios, o aberturas adventicias. Siendo muy movable el peritoneo en virtud del laxo tejido subperitoneal, se desliza fácilmente hacia dentro del nuevo orificio muscular de salida, lo cual da buena dirección hacia delante al ligamento acortado. Luego de cerrar la celiotomía, las asas ligamentosas quedan debajo de la aponeurosis, protegidas de la presión exterior. Con esta operación quirúrgica se elevan así los anexos como el fondo uterino y las más de las veces corrige totalmente la retrodesviación. De cuando en cuando queda tan bajo uno de los ovarios, que es conveniente fijarlo con una puntada al ligamento úteroovárico.

Al procurar el perfeccionamiento de la técnica de esta operación, fundados en la experiencia de muchos años, tuvimos en la memoria lo siguiente:

a. Simplificar la operación. La técnica ha de ser lo más sencilla posible, a fin de que se pueda ejecutar rápidamente sin menoscabo de la exactitud y la seguridad. La importancia de esto radica en que muchas veces la corrección del útero retrodesviado es tan sólo uno de los diversos tiempos de la operación motivada por varios estados morbosos, entre otros, la extirpación de neoplasmas pélvicos, de lesiones inflamatorias, la apendicectomía, el legrado uterino, la escisión cónica del cuello, la reparación del suelo pélvico, etc.; en cuya virtud es de todo punto necesario reducir cuanto es en sí la duración total de la operación, lo cual ha menester el ejecutar cada tiempo lo más presto posible.

Por algún tiempo intentamos guiar las pinzas subperitoneales teniendo a la vista, pero últimamente nos convencimos de que era mejor utilizar como guía los dedos colocados debajo del peritoneo parietal, hasta cerca del extremo distal del ligamento redondo, y que era además muy conveniente marcar el sitio de la puntura peritoneal con pinzas (Fig. 433), con lo cual, dos dedos colocados dentro de la cavidad guían la punta de las pinzas por debajo del peritoneo lateral, hasta las pinzas "marcadoras", las cuales se quitan en ese punto de la operación y se meten en ese sitio las pinzas, de manera que la punta pase entre los dos dedos, que suministran la necesaria resistencia.

b. Suprimir los instrumentos especiales. Éstos acrecientan el de sí copioso instrumental que se requiere para estas operaciones combinadas, demás de que no siempre se les tiene a la mano. Al principio empleamos en esta operación modificada de Gilliam pinzas perforadoras especiales, que luego desechamos. La técnica, tal como la ejecutamos en la hora presente, se puede llevar a término con instrumentos comunes y corrientes, empleando pinzas curvas ordinarias para pedículo al hacer el túnel por donde se pasan los hilos de las ligaduras.

Según queda dicho en la tabla de operaciones para el tratamiento de la retrodesviación y sus variaciones, algún tiempo después, Caballero propuso una operación un tanto semejante (*Surg., Gynec. and Obst.*, agosto, 1919), además de haber propuesto Adeodato otro método parecido (*Brasil Médico*, Vol. 33, N° 12, 1919). En ambos dichos métodos se llevan los ligamentos redondos a la pared abdominal a mayor distancia de la línea media que se hace en la operación de Gilliam, con el fin de evitar las probabilidades de que se forme hernia en el espacio comprendido entre la porción lateral del ligamento y la pared abdominal. Ello no obstante, en ambas operaciones se echa menos el importante pormenor de hacer la puntura en el peritoneo muy cerca del anillo inguinal externo, con la cual maniobra se cierra el espacio que da ocasión a que se forme la hernia, y al mismo tiempo se hace fuerte tracción hacia delante, casi de la misma manera que en la operación de Gilliam.

Sucede a las veces que los ligamentos redondos son demasiado cortos, o están demasiado adheridos por la impregnación inflamatoria de los ligamentos anchos y no es posible sacarlos en la forma usual por entre la pared abdominal. En tales casos conviene pasar una porción de cada

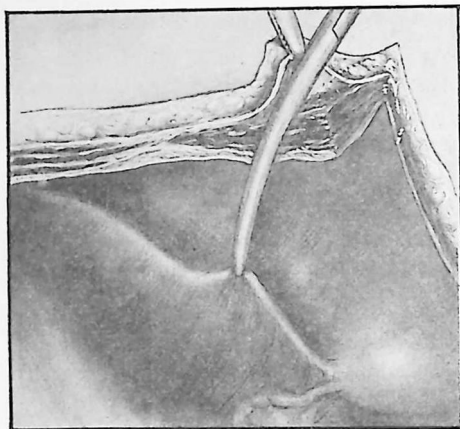


Fig. 442

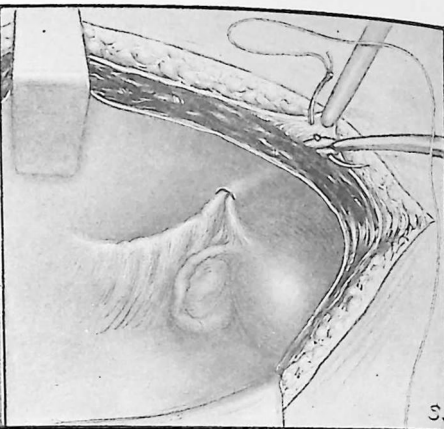


Fig. 443

Fig. 442.—Trasplañtaci3n de ligamentos redondos cortos e inm3viles. Antes de pasar el ligamento por debajo del peritoneo, se coge con las pinzas, o bien, si se prefiere, se pasa una ligadura temporal cuyos cabos se cogen con las pinzas.

Fig. 443.—Despu3s de pasar el ligamento redondo corto por debajo del peritoneo, se sutura la porci3n exteriorizada a la cara inferior de la aponeurosis.

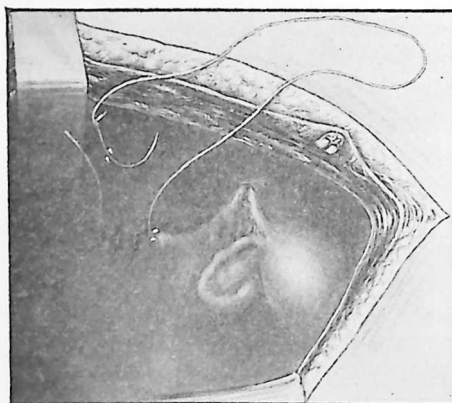


Fig. 444

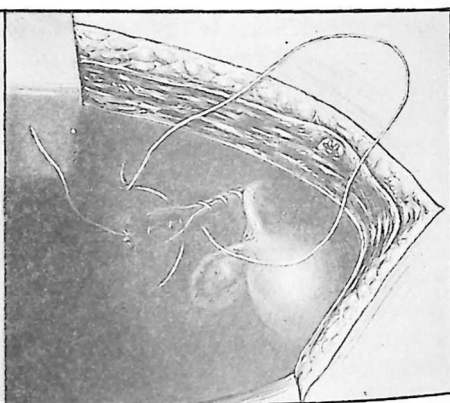


Fig. 445

Fig. 444.—Se principia la sutura con que se oblitera el espacio que queda entre la porci3n distal del ligamento y la pared abdominal.

Fig. 445.—Terminase la sutura con que se oblitera el espacio lateral, y de esta suerte se evita la hernia.

ligamento cercano al 3tero, directamente por entre el peritoneo y el m3sculo (Figs. 442 y 443); cuando se haga esto ha de cerrarse firmemente el espacio que se deja entre el ligamento y la pared abdominal, exte-

riormente, suturando para ello la otra porción del ligamento a la pared (Figs. 444 y 445), según propuso Ferguson. Esta sutura ha de hacerse muy por entero y firmemente, pues de lo contrario la tensión podría separar las superficies y forzar alguna porción intestinal por entre una abertura muy pequeña, lo cual daría origen a la oclusión intestinal.

III. Trasplantación subperitoneal de los ligamentos redondos con tracción hacia delante

(TÉCNICA DE SIMPSON-MONTGOMERY)

1º En terminando cualquiera otra operación intraabdominal que se requiera, por medio de la incisión longitudinal o transversal se pasa una ligadura alrededor de cada ligamento redondo, a unos cuatro centímetros del útero, y se dejan largos los cabos de ambas.

2º Se hace en un lado un pequeño agujero en el peritoneo, delante e inmediatamente abajo del ligamento redondo, en el sitio donde se pusieron las ligaduras; enhébranse entonces los cabos de éstas en el ojo de una aguja grande para pedículo (de Reverdin) (Fig. 446), y con ayuda de la aguja se lleva el hilo de la ligadura adentro del ligamento ancho (por entre el pequeño agujero mencionado); pásase a lo largo del ligamento ancho y luego a lo largo de la pared abdominal, inmediatamente abajo del peritoneo, hasta cerca del borde lateral del músculo recto. Hasta este momento se sigue la técnica de Simpson, descrita en 1903 (véase la Tabla). Montgomery (1904) se valió de la misma técnica, sino que en lugar de volver a la cavidad abdominal, como lo hacía Simpson, llevaba la punta de la aguja de Reverdin por entre la pared músculoaponeurótica de manera, que saliera por la cara externa de la aponeurosis, lo cual se facilita haciendo un pequeño corte en el denso tejido aponeurótico (Fig. 447), después de lo cual se desenhebra y se saca la aguja.

3º Tirando de la ligadura, se saca el ligamento redondo por el conducto formado (Fig. 448), hasta que salga por el orificio aponeurótico, donde se sutura con catgut crómico (Fig. 449).

4º—Ejecútase la misma operación en el otro lado y se cierra la celiotomía.

Si se prefiere, se lleva la ligadura temporal que se hace en el ligamento redondo por entre la pared del abdomen con ayuda de pinzas que se introducen de fuera a dentro, en lugar de la aguja de Reverdin, que se introduce de dentro a fuera. Esta manera de utilizar las pinzas fué ideada por C. H. Mayo y fué muy usada en la clínica de éste. Se puede hacer que las pinzas cojan la ligadura del ligamento (Fig. 450) y exteriorizar primero el hilo, o bien se coge el propio ligamento por entre el agujero peritoneal (Fig. 451), o se agarra directamente el ligamento sin hacer ningún agujero en el peritoneo.

Con la operación de Simpson-Montgomery (Figs. 446 a 449), así como con la variación de Mayo (Figs. 450 y 451), se causa mayores perturbaciones a los tejidos profundos de la pared músculoaponeurótica y a la

región del anillo inguinal abdominal (interno), donde se hallan la importante arteria epigástrica inferior (arteria epigástrica profunda, A. T.), y la vena homónima; de lo que es consiguiente inferir que se acrecienta

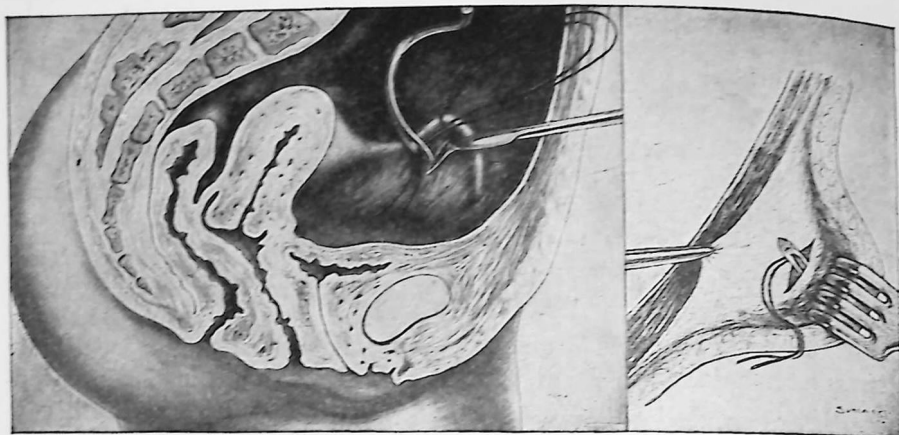


Fig. 446

Fig. 447

Fig. 446.—Trasplante subperitoneal de los ligamentos redondos, con tracción hacia delante (técnica de Simpson-Montgomery). Se enhebra la ligadura temporal en la aguja de Reverdin, antes de pasarla por entre las dos capas del ligamento ancho y por entre la pared abdominal.

Fig. 447.—Adviértase la punta de la aguja de Reverdin al salir por la pequeña incisión que se hizo en la aponeurosis cerca del borde lateral del músculo recto; hecho esto, se desenhebra la ligadura y se saca la aguja.

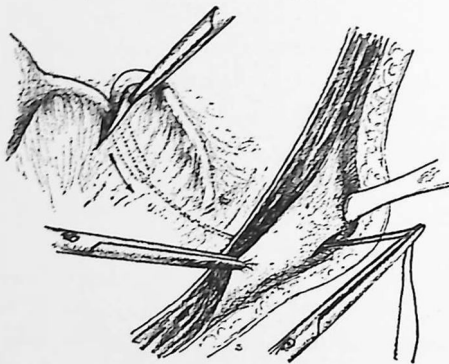


Fig. 448

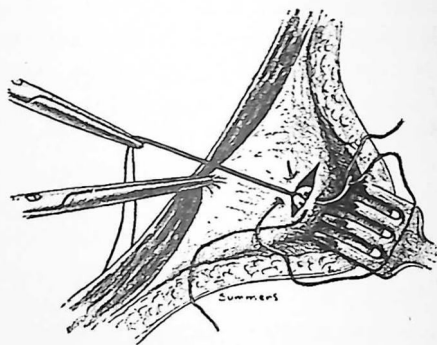


Fig. 449

Fig. 448.—Se coge con las pinzas la ligadura, y por medio de ella se pasa el ligamento redondo hasta sacarlo por la pared abdominal.

Fig. 449.—Se fija la porción exteriorizada del ligamento redondo a los bordes de la incisión que se hizo en la aponeurosis; ha de tenerse cuidado de hacer con firmeza esta fijación, para la cual se emplea catgut cromado o seda.

el peligro de dañar dichos vasos y causar hematoma. La penetración de la pared músculoaponeurótica se efectúa en una porción más lateral, y de ahí que no se haga tan eficaz tracción hacia delante.

En todas estas operaciones es comparativamente pequeño el orificio de la pared aponeurótica por donde se pasa y se saca el ligamento, y

en este respecto se diferencian en gran manera de la técnica de G. H. Noble, quien hacía un gran agujero en la aponeurosis, por el cual introducía un dedo para hallar el ligamento debajo del peritoneo y exteriorizarlo, con ayuda de pinzas o sin ellas.

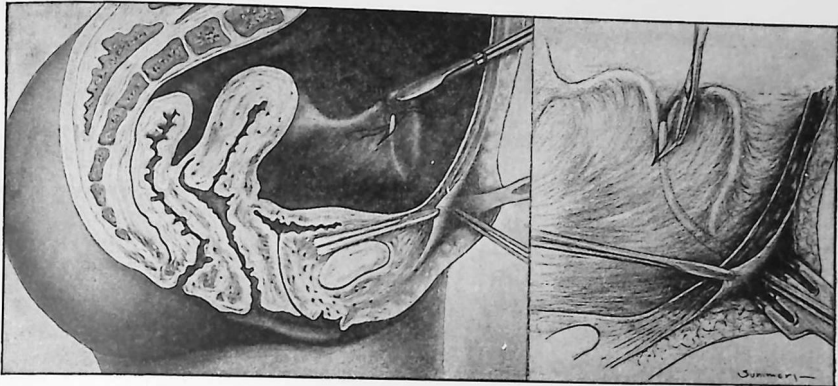


Fig. 450

Fig. 451

Fig. 450.—Técnica de Mayo (con ayuda de pinzas) para efectuar el trasplante subperitoneal con tracción hacia delante: se ven las pinzas cogiendo la ligadura temporal, después de pasarlas por entre la pared del abdomen.

Fig. 451.—Si se deseara, se podrá coger con las pinzas el ligamento, que luego se fija según queda dicho en la figura 549.

IV. Implantación posterior de los ligamentos redondos

(TÉCNICA DE WEBSTER-BALDY)

1º Levántanse en un lado la trompa uterina y el ligamento útero-ovárico, y se meten de atrás a delante unas pinzas curvas de forcipresión por entre la porción delgada del ligamento ancho, que se comprime entre el pulgar y el índice. Las pinzas penetran inmediatamente debajo del ligamento útero-ovárico, y salen entre la trompa uterina y el ligamento redondo, o bien delante de éste, según se prefiera.

2º Agárrase entonces con las pinzas el ligamento redondo (Fig. 452), y se pasa por entre el ligamento ancho (Fig. 453), después de lo cual se hace lo mismo con el ligamento redondo del otro lado, y se agarran entrambos a una distancia de 2.5 a cinco centímetros del útero, según sea necesario para suprimir la flojedad. Las más de las veces, pasando una ligadura temporal alrededor de los ligamentos y cogiendo los hilos con las pinzas, en lugar de agarrar el ligamento, se facilita este tiempo de la operación.

3º Fíjanse entonces los ligamentos a la cara posterior del útero con unas cuantas puntadas (Fig. 454).

Al suturar los ligamentos ha de tenerse cuidado de que no queden torcidos, y se procurará además volver hacia dentro todas las superficies cruentas, a fin de evitar adherencias. Tocante a esto, será bien hacer una puntada en el sitio donde el asa del ligamento redondo pasa por entre

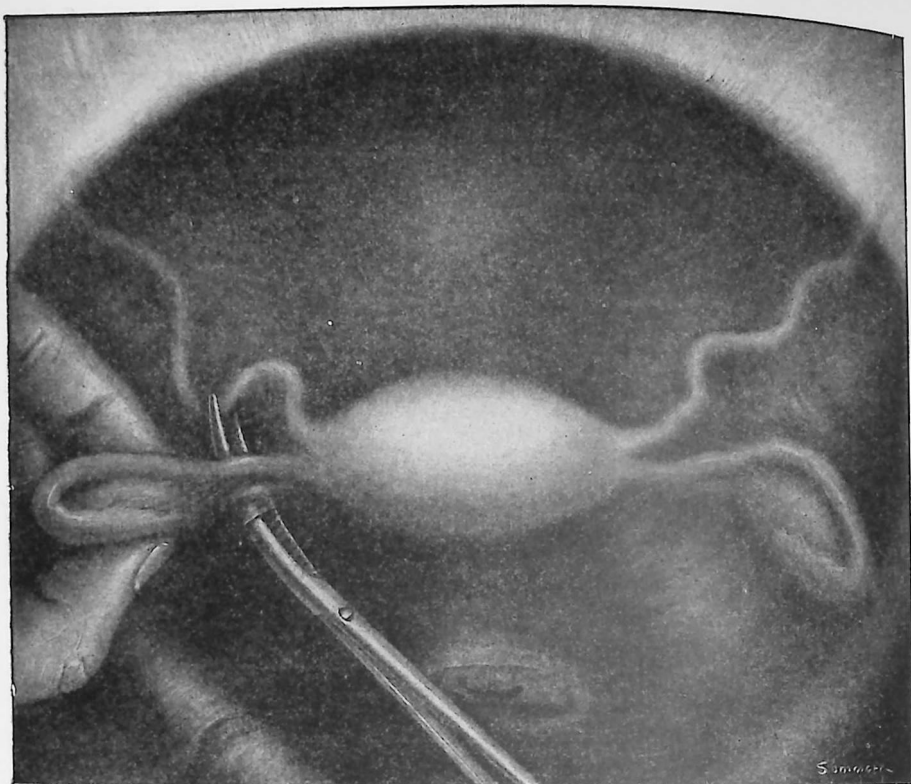


Fig. 452.—Implantación posterior de los ligamentos redondos (técnica de Webster-Baldy). Se toma el ligamento entre las ramas de las pinzas con las cuales se perforó el ligamento ancho de atrás adelante, debajo del ligamento úteroovárico. Si se prefiere, se puede pasar por el ligamento redondo una ligadura temporal que se coge luego con las pinzas y haciendo tracción de ella se pasa el ligamento redondo por entre el ancho.

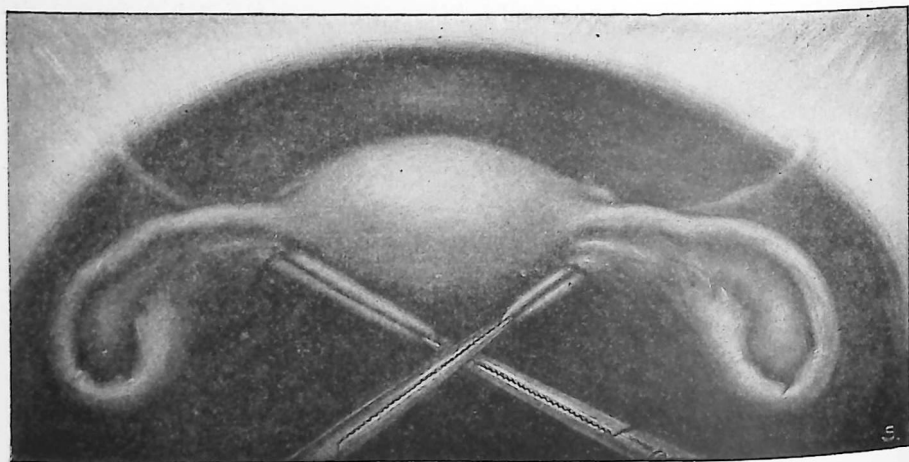


Fig. 453.—Ambos ligamentos redondos cogidos con pinzas y llevados hacia atrás por entre los ligamentos anchos; el izquierdo está en el sitio donde se hace la implantación en la cara posterior del útero, y el derecho sólo ha pasado parcialmente por entre el ligamento ancho.

la cara posterior del ligamento ancho, en cada lado, con el fin de evitar que se forme hernia, suceso del cual se tienen noticias.

Con esta operación se llevan muy hacia delante y hacia arriba el útero y los anexos; con todo, se deja que sirvan de sostén las porciones débiles de los ligamentos, además de que no es hacedera la operación cuan-

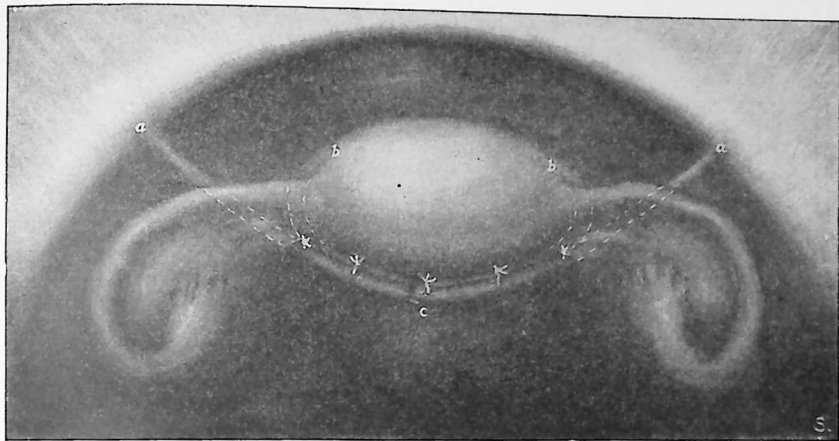


Fig. 454.—Ambos ligamentos implantados en la cara posterior del útero; adviértase que el sitio donde se inserta la porción activa del sobredicho ligamento está vuelta hacia atrás de la matriz, con lo cual se muda la dirección de la tracción, de *b-a* (lateral) en *c-a* (hacia delante).

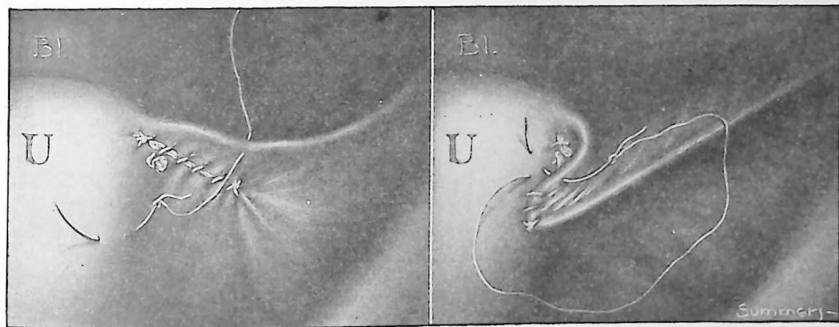


Fig. 455

Fig. 456

Fig. 455.—Implantación posterior de los ligamentos redondos cuando se extirpan los anexos uterinos: se está haciendo la primera puntada en el sitio donde se ha de implantar la porción del ligamento redondo cogida con el hilo.

Fig. 456.—Después de anudar la primera puntada, se cose la porción proximal del ligamento redondo a la pared pósterolateral de la matriz, hasta el ángulo uterino, con lo cual se cubre totalmente la superficie cruenta de los cabos de los anexos.

do hay venas varicosas en el ligamento ancho, o algún estado inflamatorio. Se han dado a conocer multitud de trombosis ilíacas subsecuentes a esta operación, quizás causadas por las perturbaciones de las venas de los ligamentos anchos, en pacientes a quienes no debió hacerse esta operación.

Es sumamente útil una variación a este método de implantar los ligamentos de la cara posterior del útero, cuando se extirpan los anexos de uno o de ambos lados, puesto que en tales casos se doblan tan sólo hacia atrás los ligamentos, sobre los "pedículos de los anexos" (Fig. 455) y se suturan sobre la cara lateral del útero (Fig. 456). La utilidad consiste: en que se cubren eficazmente los cabos cruentos de los tejidos extirpados y al mismo tiempo se sostiene el útero hacia delante y hacia arriba, al acortar los ligamentos redondos y mudar su inserción hacia la parte posterior del útero.

V. Plegadura lateral de los ligamentos redondos

(TÉCNICA DE MANN)

(TÉCNICA DE DUDLEY)

(TÉCNICA DE LONG)

Al tenor de la técnica de Mann, se pliega sobre sí mismo cada ligamento ancho, de manera que se forme un pliegue compuesto de tres

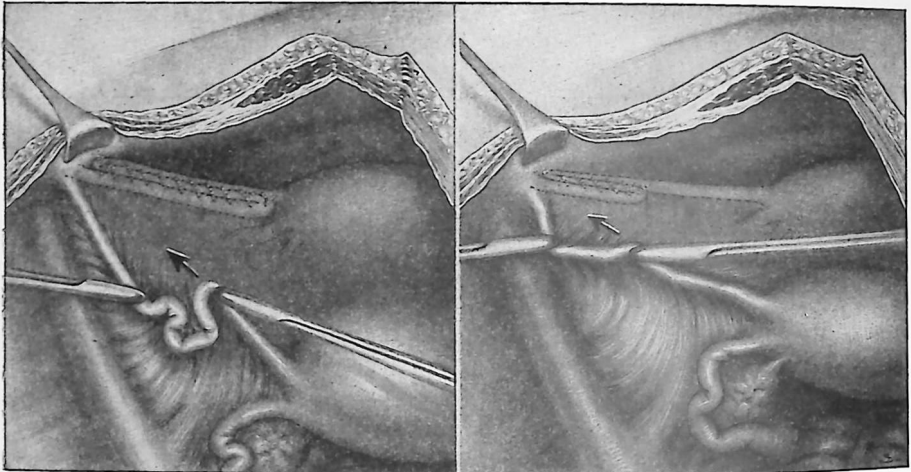


Fig. 457

Fig. 458

Fig. 457.—Plegadura lateral de los ligamentos redondos (técnica de Mann). Las pinzas en la porción proximal del ligamento se llevan hacia el extremo distal del mismo, en el sitio donde se unen con la pared abdominal, mientras se llevan las pinzas colocadas en la porción distal del sobredicho ligamento, hacia el útero, después de lo cual se cose el pliegue para dejarlo según se ve en el diseño punteado.

Fig. 458.—Cuando sólo es preciso plegar una porción del ligamento, conviene hacer el pliegue en el extremo lateral, con el fin de robustecer la parte débil del ligamento, que es la lateral. Para hacer la sutura se emplea catgut cromado o seda delgada, y los puntos de la sutura no deben incluir todo el espesor del ligamento.

capas, las cuales se suturan entre sí, y se cosen también al peritoneo parietal y al útero, en el otro extremo, si es que éste llega hasta dicho órgano.

1º Se coge con pinzas en un lado el ligamento redondo, en un punto situado en la tercera parte de su longitud desde el útero, y con otras pin-

zas se coge en un punto situado a la tercera parte de su longitud desde la pared abdominal (Fig. 457).

2º El primer sitio comprimido por las pinzas se lleva hacia el extremo distal del ligamento, sobre la pared abdominal, y ahí se sutura. Se lleva entonces la segunda porción comprimida con las pinzas, hacia el extremo proximal del ligamento, sobre el útero, donde se sutura. Además de esto, se unen con puntadas las porciones del ligamento puestas en contacto, según indica el contorno punteado de la figura 457.

3º Trátase de igual manera el otro ligamento redondo, con lo cual queda terminada la operación.

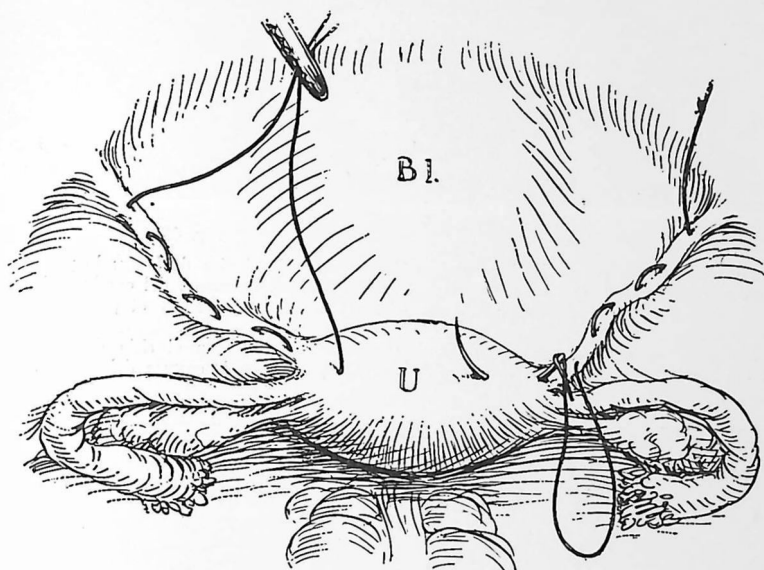


Fig. 459.—Plegadura del ligamento redondo según la técnica de Dudley. Las suturas son de hilo de lino, seda o catgut cromado. *Bl.*, vejiga; *U.*, útero.

Cuando no está lo bastante laxo el ligamento redondo para poderlo acortar en una tercera parte de su primitiva longitud, se hace el doblez tan largo como sea necesario, en el extremo lateral del ligamento (Fig. 458), con lo cual se refuerza la porción débil de éste.

Dudley hacía una costura en la porción superior del ligamento redondo (Fig. 459), que al ser anudada apañuscaba los tejidos incluidos en las puntadas, y de esa manera acortaba el ligamento.

Long (*Ann. Surg.*, junio, 1916) ideó un método muy eficaz de “fruncir” los ligamentos redondos, el cual es sencillo y se puede ejecutar rápidamente, lo que es de mucha entidad, por las razones que ya quedan dichas.

1º Se agarra con pinzas el ligamento redondo de un lado (Fig. 460) y se tira de él hasta sacarlo todo lo más posible del conducto inguinal (Fig. 461).

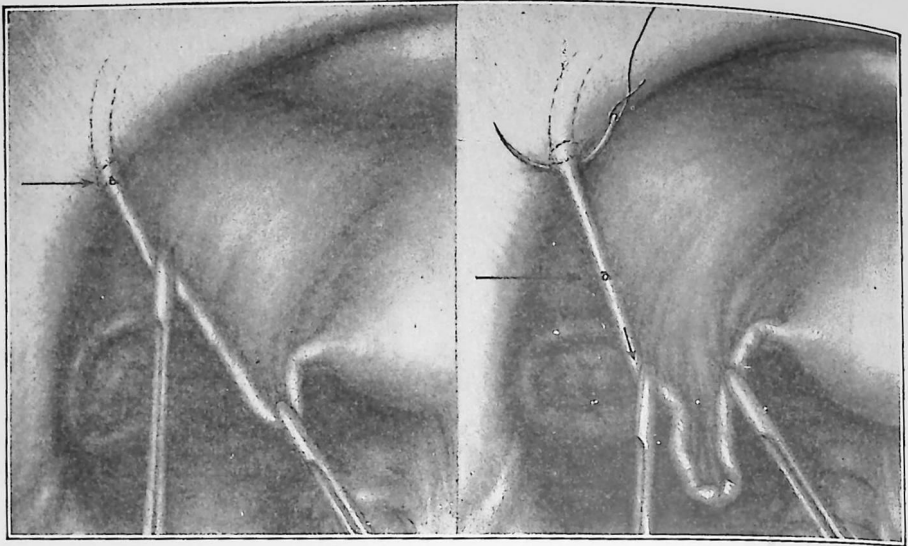


Fig. 460

Fig. 461

Fig. 460.—Plegadura de los ligamentos redondos según la técnica de Long: lo primero que se hace es sacar, tirando con las pinzas, todo lo más posible el ligamento del conducto inguinal; de esta manera se saca la porción "a" que se ve en este grabado hasta el punto "a" de la siguiente lámina.

Fig. 461.—Se pasa la aguja por entre el ligamento derecho en el sitio donde sale del conducto inguinal, con lo cual se obtiene un punto fijo para hacer la costura del pliegue.

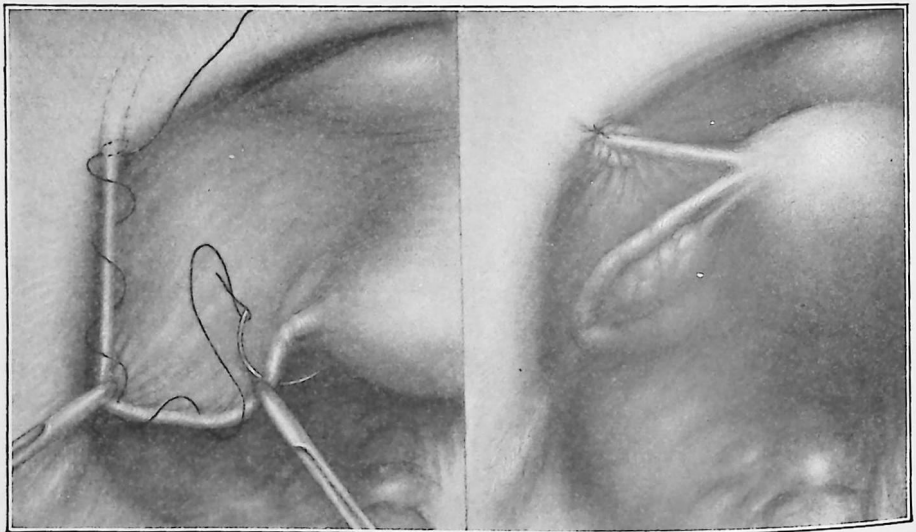


Fig. 462

Fig. 463

Fig. 462.—Para esta sutura se emplea hilo fuerte de lino o seda delgada, y se pasa la aguja por *entre* el ligamento y no debajo de él, de manera que no se interrumpa la irrigación sanguínea.

Fig. 463.—Después de atar los cabos de la sutura, si aun estuviere flojo el ligamento, se dan unas cuantas puntadas más y se anudan.

2º Teniendo en tensión el ligamento, se pasa una aguja enhebrada con hilo delgado de lino, o de seda, por entre el susodicho ligamento, en el sitio donde sale del conducto inguinal (Fig. 461), y pásase luego de parte a parte de él, en diversos sitios, hasta llegar cerca del útero (Fig. 462).

3º Se anudan entonces los cabos de esta costura, acortando así el ligamento (Fig. 463), después de lo cual se hace igual cosa en el del otro lado.

Esta es la manera más sencilla de acortar los ligamentos, si bien se hace con ello tracción lateral, en lugar de hacerla hacia delante, y, por tanto, no es del todo eficaz cuando el útero propende en gran manera a retrodesviarse. Se ejecuta principalmente como disposición profiláctica, cuando al hacer alguna otra operación se hallan relajados los ligamentos, pero aun no se ha efectuado notable retrodesviación. Tiene además la inconveniencia de ser la porción débil de los ligamentos la que suministra el soporte.

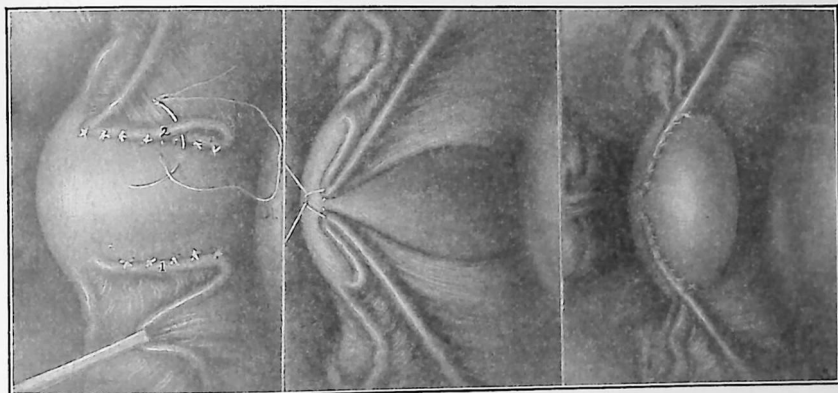


Fig. 464

Fig. 465

Fig. 466

Fig. 464.—Plegadura anterior de los ligamentos redondos según la técnica de Coffey. Se está cosiendo el segundo pliegue del ligamento en el lado izquierdo de la matriz; en el derecho se cosió ya el primer pliegue y se está haciendo el segundo.

Fig. 465.—Técnica de Willis: plegadura por medio de un pliegue en cada lado; una sola puntada une dichos pliegues delante del fondo uterino y los demás puntos fijan los ligamentos hasta los ángulos de la matriz y fijan los ligamentos anchos delante del útero.

Fig. 466.—Técnica de Kime: se fija una porción de cada ligamento redondo a la cara posterior del fondo uterino y después se cose sobre la porción superior del mismo; al hacer esto ha de tenerse cuidado de que queden los ligamentos hacia dentro (esto es, delante) del origen de las trompas, para que no se obstruyan éstas.

VI. Plegadura, o "plicación" anterior de los ligamentos redondos

Coffey efectuaba la "plicación" de una gran parte de los ligamentos redondos y anchos, delante del útero (Fig. 464), para lo cual hacía varios pliegues en cada lado, lo bastante grandes para suprimir la relajación.

Al parecer se puede poner algún reparo de orden mecánico a este método, ya que se pliegan los ligamentos delante del útero, y a causa

de estar la salida de aquéllos situada hacia un lado, hacen tracción lateral y un tanto hacia atrás en comparación con la posición normal del útero, en vez de hacerla hacia delante, demás de que el sostén depende de las porciones débiles de los ligamentos.

Willis ideó un método más sencillo para efectuar la "plicación", consistente en hacer un pliegue en cada lado lo bastante largo para suprimir la flojedad, el cual se fija a la cara anterior del fondo con una sola puntada que abarca entrambos ligamentos y los junta según se ve en la figura 465, después de lo cual se hacen las demás puntadas necesarias para fijar firmemente las porciones dobladas.

Kime describió otro método, es a saber: fijar el pliegue ligamentoso de cada lado en la cara posterior del fondo uterino así como sobre la porción superior de éste (Fig. 466). Esta operación al parecer surtiría mejor efecto que cualquiera de las otras dos, ya que se suturan los ligamentos a la cara uterina posterior y, por tanto, ayuda más eficazmente a llevar el órgano hacia delante.

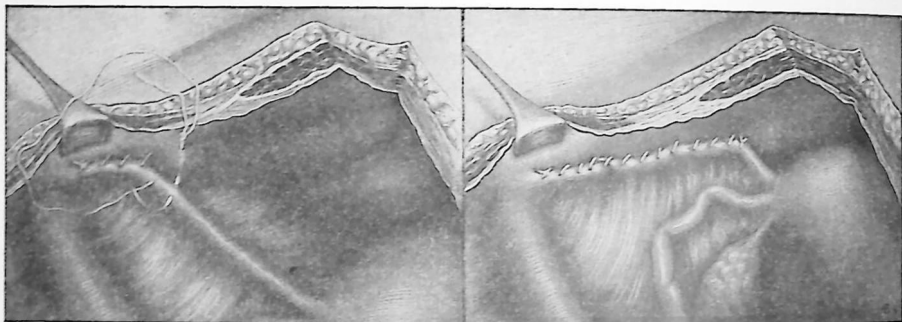


Fig. 467

Fig. 468

Fig. 467.—Ventrofixación de los ligamentos redondos según la técnica de Neuhof: la sutura incluye poco más o menos la mitad del espesor de los ligamentos y debe abarcar cada puntada una buena porción de la pared abdominal. Conviene hacer áspera la superficie del ligamento antes de unirlos con la pared.

Fig. 468.—La sutura ya terminada. Para hacer más firme la fijación, se puede añadir en cada lado una sola puntada de seda, en el sitio donde sale el ligamento de la pared abdominal.

VII. Sutura ventral de los ligamentos redondos

(TÉCNICA DE NEUHOF)

Consiste esta operación en suturar firmemente los ligamentos redondos a la pared abdominal anterior, desde sus extremos distales hasta corta distancia del útero (Figs. 467 y 468). Se principia la sutura en el anillo inguinal abdominal (interno) y se continúa hacia dentro (hacia la línea media), dejando firmemente unidos los ligamentos a la pared abdominal. Las asas ligamentosas suturadas deben quedar bastante cercanas para que queden bien unidos los ligamentos en la pared abdominal. Al insertarse la aguja sólo abarcará la mitad de la circunferencia de

los ligamentos, a fin de no obstruir su irrigación sanguínea, pero abarcará una buena porción del peritoneo parietal y de la aponeurosis supra-yacente.

Cuando el ligamento es muy largo, conviene a veces hacerle algún pliegue al ejecutar la sutura, y es acertado reavivar la porción de aquel que ha de ponerse en contacto con el peritoneo parietal. El fin de esta operación es suspender un tanto el fondo uterino en estas pacientes en quienes hay tanta impregnación inflamatoria de los tejidos, que no sería factible ningún otro método para el acortamiento de los ligamentos redondos, y cuando ha de evitarse la ventro fijación a causa de la posibilidad de que se presenten futuras preñeces. En tales circunstancias excepcionales se logra suspender el útero lo bastante para aliviar los síntomas que ocasiona la presión hacia atrás, por más que no corrija por entero la retrodesviación.

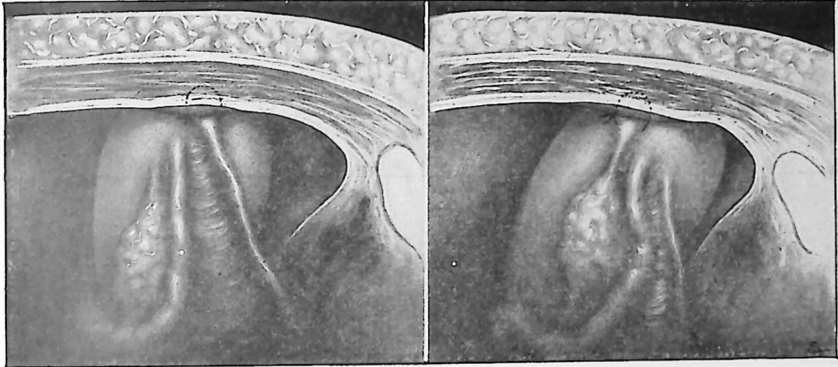


Fig. 469

Fig. 470

Fig. 469.—Ventro fijación del fondo uterino según la técnica de Olshausen. Los puntos de fijación pasan por entre los ligamentos redondos en el sitio donde éstos se unen con el útero.

Fig. 470.—Ventro fijación según la técnica de Kelly. Los puntos de fijación pasan por entre los ligamentos útero-ováricos y suministran mejor inclinación de la matriz hacia delante.

VIII. Ventro fijación del fondo uterino

(TÉCNICA DE OLSHAUSEN)

(TÉCNICA DE KELLY)

(TÉCNICA DE LEOPOLD)

Se fija firmemente el fondo uterino a la pared abdominal anterior, unos cinco centímetros arriba del hueso púbico, pasando las puntadas de fijación profundamente en las capas aponeuróticas y musculares de dicha pared. No es necesario que estas puntadas salgan por entre la piel, a fin de que puedan quitarse subsecuentemente, como se acostumbraba en lo pasado, sino se pueden emplear puntadas enterradas de catgut crómico, o de seda. Dichas puntadas de fijación sostienen ora los ligamentos

redondos, en el sitio donde se unen al útero, según el método de Olshausen, ora los ligamentos úteroováricos, en la porción donde se unen con el útero, según propuso Kelly, o bien sostienen directamente los tejidos del fondo uterino, como lo puso en práctica Leopold. Con las láminas números 469,

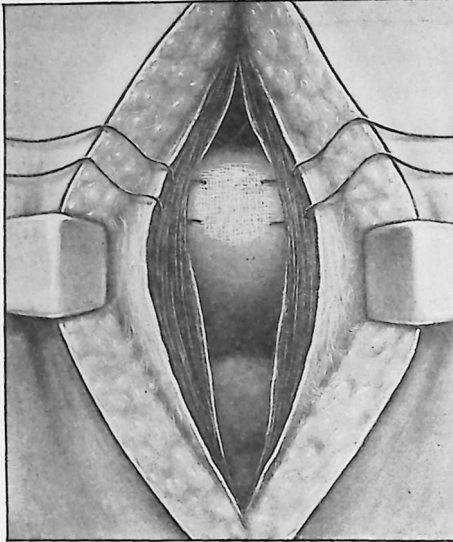


Fig. 471

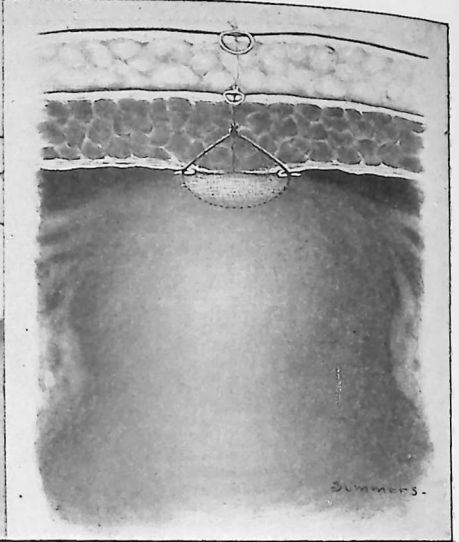


Fig. 472

Fig. 471.—Ventrofixación según la técnica de Leopold. Los puntos de fijación pasan directamente por entre la cara posterior del fondo uterino.

Fig. 472.—Conviene hacer la escarificación de la cara uterina y también apartar el peritoneo, según se indica en el grabado, de manera que se fije la matriz directamente a las capas fasciales de la pared abdominal.

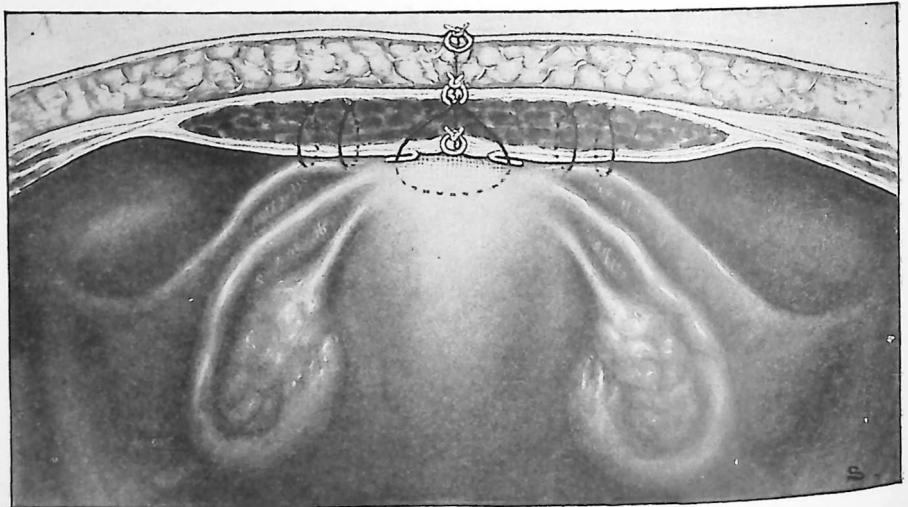


Fig. 473.—Ventrofixación según la técnica de Vineberg. Los puntos de fijación pasan por entre el fondo uterino y por entre los ligamentos redondos.

470 y 471 se ilustran respectivamente el primero, el segundo y el tercer método mencionados, en todos los cuales es menester escarificar con liberalidad la superficie uterina, para lograr se formen firmes adherencias, y al pasar las puntadas de fijación por entre la porción central del fondo uterino, conviene hacer a un lado el peritoneo parietal, a fin de que la pared reavivada del útero quede en contacto directo con el tejido fibroso de la pared abdominal (Fig. 472). La zona de la sutura ha de quedar en la cara posterior del fondo uterino, para que suministre suficiente inclinación hacia delante y firme adherencia. Si se prefiere, se combinan los métodos de Olshausen y Leopold, siguiendo la proposición de Vineberg (Fig. 473).

Claro, la ventro fijación tal como aquí se describe, ha de ejecutarse tan sólo en aquellas pacientes que no tengan ninguna probabilidad de empreñarse en lo futuro. Algunos cirujanos hacen la ventro fijación en mujeres fecundas, para lo cual fijan la cara anterior del fondo uterino a la pared abdominal, atento que la adherencia de dicha cara anterior no ocasiona tantos trastornos en la subsecuente preñez como la fijación de la cara posterior. Séase como se fuere, la fijación efectiva de cualquiera cara uterina es peligrosa en el período gestante, y nos parece del todo inconveniente valerse de este método en mujeres fértiles, siendo que hay tantas otras maneras eficaces de lograr sin peligro el mismo fin.

Graves empleaba casi privativamente la fijación o la suspensión del útero por medio de los ligamentos redondos, valiéndose de la variación del método de Olshausen arriba descrito, conviene a saber: con hilo de seda gruesa se coge el ligamento redondo de cada lado, a cierta distancia del útero, y se une con la pared abdominal.

La "ventrosuspensión" de Kelly consistía en suturar la cara posterior del fondo uterino, con dos o tres puntadas de seda, al peritoneo parietal; este método surtió buenos efectos en multitud de ocasiones, pero, ello no obstante, fracasaba en cierto número de enfermas: 1º, en aquellas en quienes se estiraban los tejidos suspensorios permitiendo que volviese la retrodesviación, y 2º, en aquellas en quienes la suspensión se convertía en verdadera fijación y el fondo uterino quedaba adherido firmemente a la pared abdominal, causando así graves trastornos en la preñez, hasta el grado de que a veces era necesario ejecutar la operación cesárea. Con el decurso del tiempo se idearon otros métodos más eficaces, más duraderos y menos peligrosos tocante a la preñez, que son los que se emplean hoy día en pacientes que se hallan en el período fecundo de la vida.

En la clasificación precedente se refieren algunos otros métodos de ventro fijación y ventrosuspensión y sus variaciones.

IX. Acortamiento de los ligamentos úterosacros por vía abdominal

Al hablar del prolapso uterino describiremos pormenorizadamente esta operación, ya que probablemente sea en el tratamiento de dicho estado morboso donde más se requiera.

B. OPERACIONES POR ENTRE LOS CONDUCTOS INGUINALES

X. Acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos

(TÉCNICA DE ALEXANDER-ADAMS-EDEBOHLS)

El acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos tiene tan sólo interés histórico, pues ejemplifica uno de los primeros esfuerzos que se hicieron por corregir quirúrgicamente la retrodesviación, apeándose a los conocimientos de anatomía. Demás de esto, fué la operación más usual antes que los métodos antisépticos y asépticos dieran al traste con la gran mortandad ocasionada por las operaciones intraperitoneales.

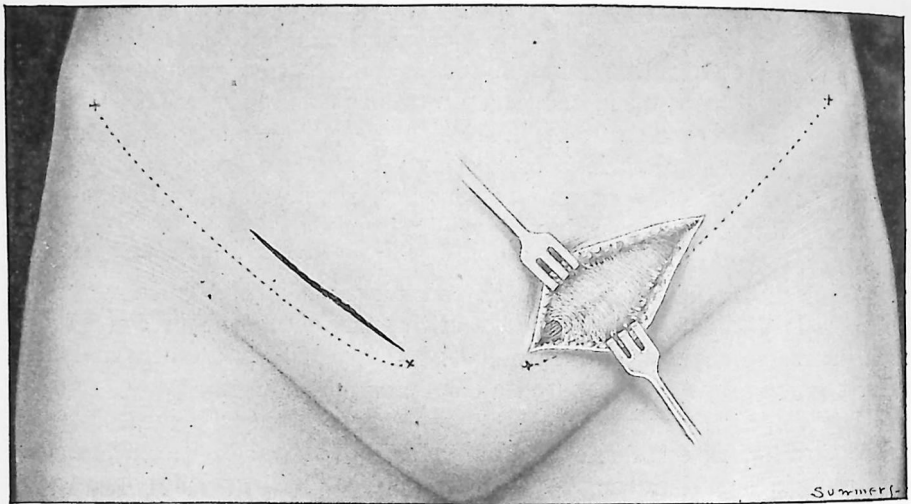


Fig. 474.—Acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos por medio de incisiones largas (técnica de Alexander-Edebohls).

Luego de hacer las incisiones que se ven en la figura 474, poníanse a la vista entrambos conductos inguinales, levantábanse en conjunto las fibras terminales de los ligamentos redondos, y se seguía el curso de éstas hasta hallar el cordón ligamentoso bien formado, del cual se tiraba hacia fuera y se despegaba y apartaba el peritoneo, pero sin cortarlo (Figs. 475 y 476). Efectuábase entonces la exploración vaginal, para cerciorarse de que el cuerpo uterino quedaba bien hacia delante, si es que esto era posible, después de lo cual suturábanse las porciones exteriorizadas de los ligamentos en el conducto inguinal, y extirpábase el exceso de ellos.

Al principio ofreció muchas esperanzas el acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos, ya que con él se podrían corregir simples retrodesviaciones sin penetrar en la cavidad peritoneal; mas la experiencia demostró muy pronto que la sobredicha operación no permitía

el suprimir estados morbosos concomitantes que eran la principal causa de la retrodesviación, y en cambio, cuando había desviaciones de menor cuantía no era menester el tratamiento quirúrgico para aliviar las molestias, las cuales se mitigaban por medios no quirúrgicos. Al paso que se estudió más detenidamente el asunto, se hizo evidente que la mayor parte de las pacientes que padecían trastornos lo bastante intensos para requerir la operación, adolecían también de ciertas complicaciones para requerir el tratamiento peritoneal. Las únicas enfermas que sin padecer complicaciones intraperitoneales requieren la operación quirúrgica, son aquellas cuyo suelo y cincho pélvicos están relajados, y estos estados morbosos se tratan más eficazmente por medio de la operación plástica vaginal, hermanada con alguno de los métodos especiales que se emplean para sostener hacia delante el útero, que relataremos a continuación.

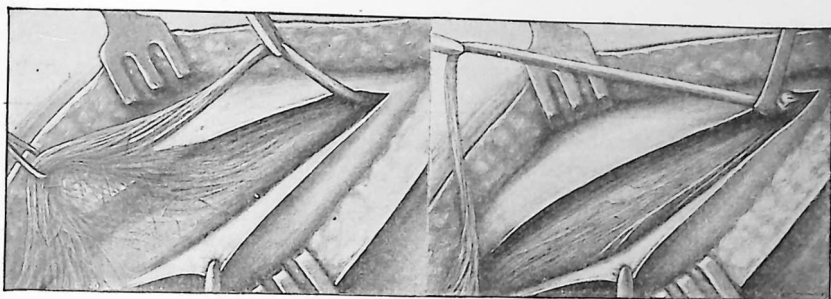


Fig. 475

Fig. 476

Fig. 475.—Ligamento redondo cogido con unas pinzas, antes de sacarlo.

Fig. 476.—Se sacó ya la porción intraabdominal del ligamento y con el mango del bisturí se está despegando el pliegue de peritoneo.

C. OPERACIONES POR VÍA VAGINAL

XI. Vaginofijación del útero

(TÉCNICA DE MACKENRODT-DÜHRSSSEN-WINTER)

En la antigua vaginofijación de Mackenrodt, Dührssen y Winter, separábase la vejiga de la vagina y del útero, y se abría el peritoneo. Hacíanse luego puntadas con hilo de seda, o crin de Florencia, de manera que se fijasen firmemente la pared vaginal y la fascia subyacente al útero, en la porción media de su cara anterior. Dichas puntadas se pasaban desde la superficie vaginal hacia la pared uterina, y se dejaban por mucho tiempo, con lo cual se formaba la unión cicatrizal de una gran porción del útero con la vagina y los tejidos contiguos, tanto así, que muchas veces impedía en gran manera el crecimiento del útero en la preñez subsecuente. Por tanto, se creyó no era acertado emplear la vaginofijación cuando hubiera probabilidades de que se presentase luego la preñez.

En tiempo posterior se ideó la elevación del plano de soporte úteropúbico, según los métodos modernos (Figs. 477 a 486), método que tiene aplicación así en el período fecundo de la vida como después de la menopausia, y que ha suplantado a la vaginofijación primitiva, a la cual le lleva señaladas ventajas.

Es preferible emplear privativamente el término "vaginofijación", para designar la operación antigua, que en la hora presente sólo tiene interés histórico, y aplicar la designación "elevación del plano úteropúbico" a la operación más reciente, cuya técnica permite el que sea ejecutada en el período fecundo de la vida.

XII. Elevación del plano úteropúbico por vía vaginal

Los diseños de las figuras 477 y 478 ponen de manifiesto el fin a que se encamina esta operación, es a saber: la elevación del extremo uterino de la porción activa del soporte úteropúbico lleva a éste hasta arriba de la región del eje uterino. La tracción que dichos tejidos úteropúbicos de sostén hacían cuando el útero estaba desviado hacia abajo, ayu-

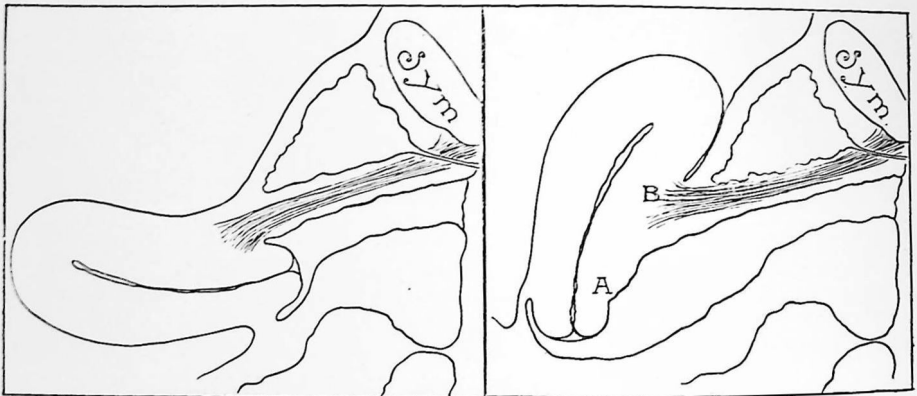


Fig. 477

Fig. 478

Fig. 477.—Diagrama que representa el plano de sostén úteropúbico en la retrodesviación uterina; la inserción uterina está desviada hacia el cuello y esto propende a conservar éste hacia delante y el cuerpo hacia atrás.

Fig. 478.—Después de levantar de *A* a *B* la inserción de la porción activa del plano úteropúbico, con lo cual se conserva hacia delante el cuerpo y hacia atrás el cuello.

daba a conservar el cuello hacia delante y el cuerpo hacia atrás; en cambio, luego de efectuar la elevación tiene efecto contrario, esto es, tira del cuerpo hacia delante y conserva el cuello hacia atrás. Por lo común no es necesario dividir los tejidos úteropúbicos y desunirlos del cuello, sino basta dar algunas puntadas, de manera que tanto el antedicho soporte úteropúbico como la pared vaginal queden insertados más arriba en el útero (Fig. 484). La porción activa es la que va del arco púbico al útero (Fig. 478), la cual ha de ser lo bastante corta para conservar hacia delante el cuerpo uterino. La porción B-A (Fig. 478) es redundante e inactiva.

Caso que el útero retrodesviado sea muy movable y no haya complicaciones, y siempre que la recurrencia de la retrodesviación sea a cau-

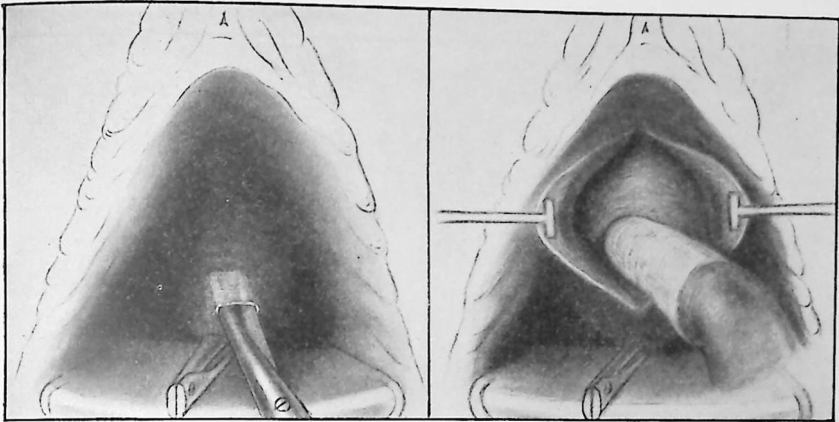


Fig. 479

Fig. 480

Fig. 479.—Principio de la operación de “elevación vaginal del plano úteropúbico” para corregir la retrodesviación; es necesario despegar de la vejiga la pared vaginal y el tejido conjuntivo subyacente en un trecho poco más o menos igual a la tercera parte de la distancia que hay entre el cuello y el orificio vaginal. Conviene empezar de esta manera el despegamiento y continuarlo según se ve en las figuras 511, 512, 585 y 587.

Fig. 480.—Después de despegar de la vejiga la pared abdominal, con el dedo se despega del útero la vejiga.

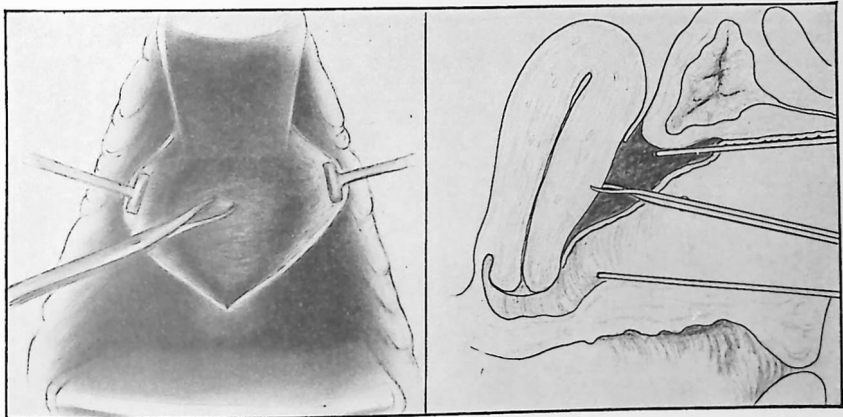


Fig. 481

Fig. 482

Fig. 481.—Se despegó ya del útero la vejiga, que se sostiene con un separador; con pinzas de tenáculo se coge el útero y se sostiene hacia delante mientras se dan las puntadas.

Fig. 482.—Corte longitudinal del útero tal como queda sostenido hacia delante por medio de las pinzas erinas.

sa de la relajación del suelo pélvico y de los tejidos pericervicales, se corregirá eficazmente el defecto elevando el plano úteropúbico y efec-

tuando al mismo tiempo la reparación del suelo pélvico. La operación se puede ejecutar convenientemente junto con alguna operación plástica del suelo pélvico o de la vejiga, cuando sea necesario.

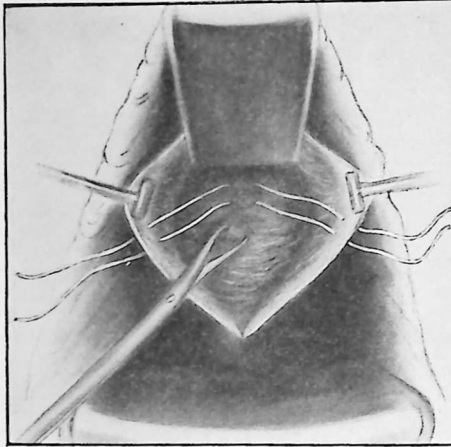


Fig. 483

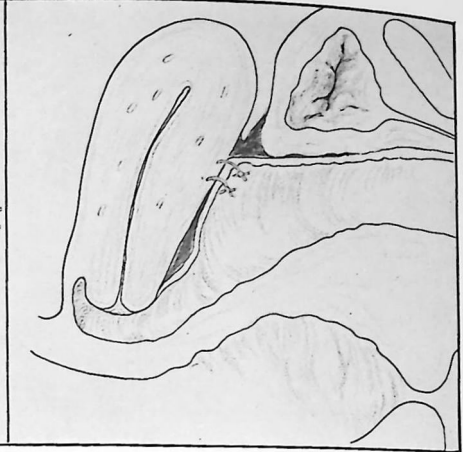


Fig. 484

Fig. 483.—Puntas elevadoras en su sitio. De ordinario pasan por entre la pared vaginal poco más o menos en el sitio donde se unen los tercios posterior y medio; sostienen hacia delante el útero.

Fig. 484.—Corte longitudinal después de anudar las puntadas.

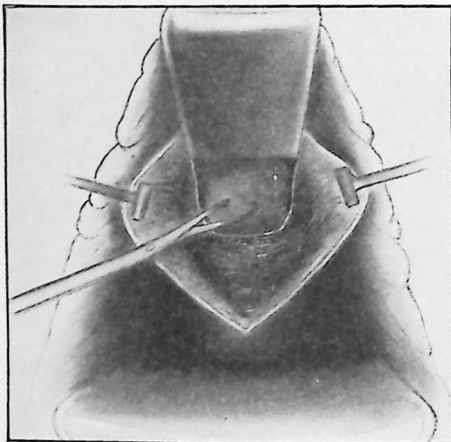


Fig. 485

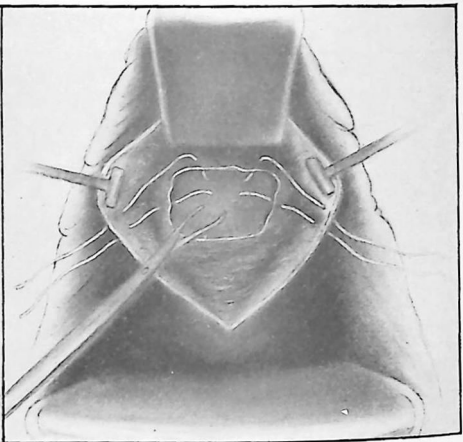


Fig. 486

Fig. 485.—Algunas veces es necesario el peritoneo para poder elevar suficientemente la pared vaginal sobre la matriz, y en tales casos se abre la excavación vésicouterina y se coge el útero con pinzas, según se ve en el grabado.

Fig. 486.—En las antedichas circunstancias conviene pasar la primera puntada elevadora por entre el colgajo peritoneal.

Los tiempos de la operación son los siguientes:

1º Se hace una incisión central en la pared vaginal anterior, desde el cuello uterino y lo bastante hacia delante para poder efectuar el ne-

cesario despegamiento de la vejiga y el útero (Fig. 479). Si no hay cistocele, una incisión en la mitad inferior de la pared vaginal anterior basta por lo común para despegar suficientemente la vejiga y elevar el plano úteropúbico hasta una porción bastante alta de la cara uterina anterior. En cambio, si hay cistocele es necesario recortar los tejidos laterales para suprimir la flojedad de la pared vaginal y los tejidos subyacentes, que están excesivamente alargados, lo cual requiere el alargar la incisión hacia delante para poder despegar la vejiga, tal como se hace en el tratamiento quirúrgico del cistocele (véase el capítulo XI).

Luego de separar suficientemente de la vejiga la pared vaginal y los tejidos subyacentes, se despega ésta del útero (Fig. 480), tan arriba como sea necesario para agarrar el cuerpo uterino con pinzas erinas (Fig. 481), y llevarlo hacia delante (Fig. 482).

2º Cuando hay cistocele, se recortan las porciones excesivas de tejido lateral y se hacen luego las puntadas elevadoras con catgut tánico o cromado (Fig. 483), que al ser anudadas elevan la inserción uterina de la porción activa del plano úteropúbico, y sostienen el cuerpo uterino hacia delante (Fig. 484). Hecho esto, se termina la sutura de la herida vaginal con dos o tres puntos separados de catgut.

Cuando es preciso abrir la excavación véscouterina ("fondo de saco" anterior) para alcanzar alguna porción bastante alta del útero y poder llevar hacia delante el cuerpo (Fig. 485), conviene incluir el peritoneo vesical en la puntada superior de fijación (Fig. 486), lo cual facilita la rápida unión peritoneal, y cualquier trastorno que se presentare será extra-peritoneal.

XIII. Acortamiento de los ligamentos redondos por vía vaginal

(TÉCNICA DE WERTHEIM)

(TÉCNICA DE VINEBERG)

(TÉCNICA DE GOFFE)

De acuerdo con la técnica de Wertheim se fijan las asas de los ligamentos redondos a la pared vaginal (Fig. 487).

Según la técnica Vineberg, se tira hacia abajo de los ligamentos redondos y se fijan más hacia delante, en la pared vaginal; además de esto se dan puntadas para efectuar la vaginofijación (Fig. 488).

Al tenor de la técnica de Goffe, se coge el ligamento redondo de un lado y se lleva hacia abajo (Fig. 489), lo bastante para suprimir la relajación y sostener hacia delante el fondo uterino. Hecho esto, se sutura en ese sitio el asa de ligamento redondo, con catgut crómico o con algún otro material duradero, teniendo cuidado de llevar la sutura hasta la base del asa ligamentosa, con el fin de fijar firmemente al cuerno uterino el extremo proximal del ligamento acortado. Se trata de igual manera

el otro ligamento redondo y se fija de suerte, que se sobreponga al primero (Fig. 490).

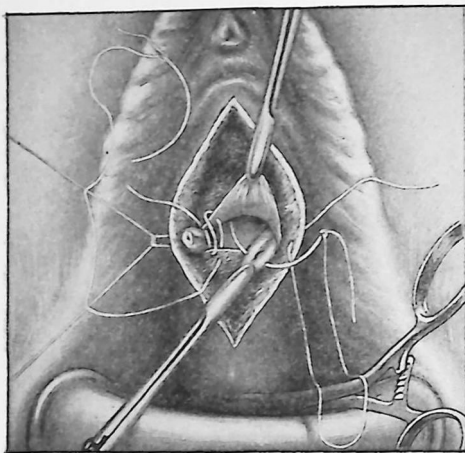


Fig. 487

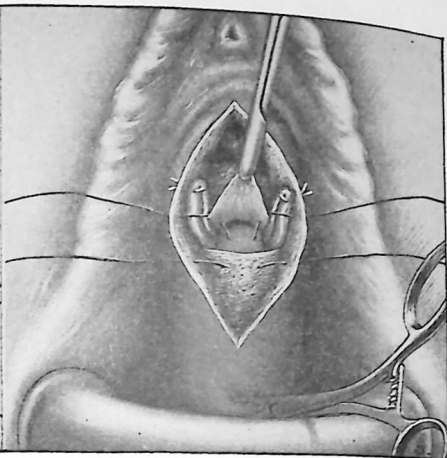


Fig. 488

Fig. 487.—Técnica de Wertheim. La porción exteriorizada del ligamento redondo derecho en su sitio. El izquierdo se puso ya a la vista para ser suturado.

Fig. 488.—Técnica de Vineberg. Ambas porciones exteriorizadas de los ligamentos redondos fijadas bien hacia delante.

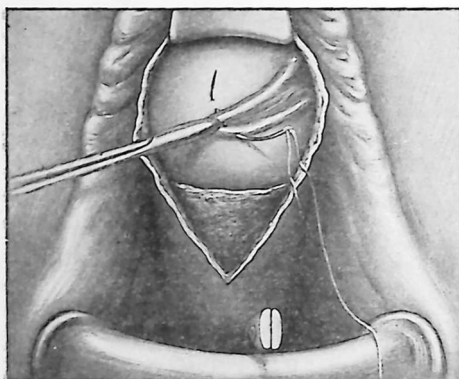


Fig. 489

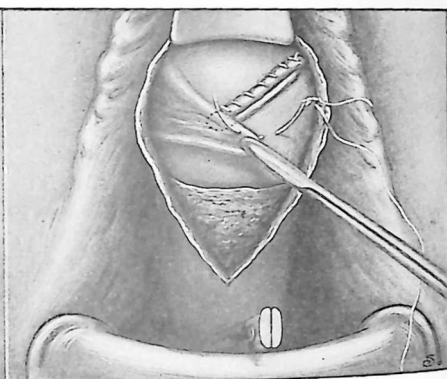


Fig. 490

Fig. 489.—Acortamiento vaginal de los ligamentos redondos, según la técnica de Goffe. Se está empezando la sutura del ligamento redondo izquierdo.

Fig. 490.—Terminada la sutura del ligamento redondo izquierdo, se empieza la del derecho.

XIV. Acortamiento de los ligamentos úterosacros por vía vaginal

Al hablar del tratamiento quirúrgico del prolapso describiremos por menorizadamente la técnica de esta operación.

XV. Alargamiento de la pared vaginal anterior

En ciertas ocasiones está el cuello uterino sostenido muy hacia delante por la pared vaginal anterior corta, o contraída, anomalía que

se corrige haciendo una incisión transversal delante del cuello, por entre la pared vaginal y los demás tejidos viciados (Fig. 491); hecho esto, se empuja hacia atrás el cuello, con lo que se convierte en longitudinal la herida transversal (Fig. 492), la cual se cierra en esa posición con catgut cromado (Fig. 493).

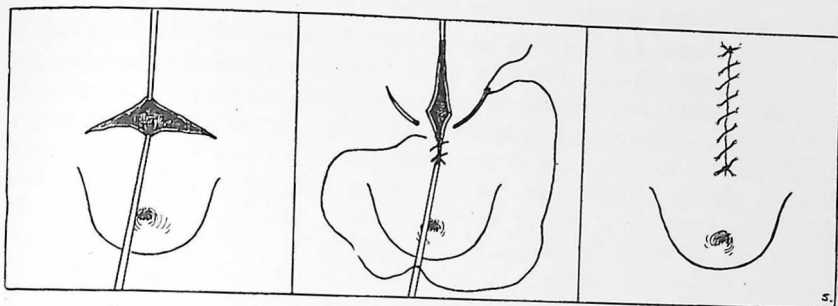


Fig. 491

Fig. 492

Fig. 493

Fig. 491.—Alargamiento de la pared vaginal anterior: se hace una incisión transversal delante del cuello por entre la pared contraída y los demás tejidos viciados.

Fig. 492.—Se convierte la incisión transversal en longitudinal.

Fig. 493.—Mientras se sostiene el cuello se cose con catgut cromado la incisión en dirección longitudinal, con lo cual se alarga la pared vaginal anterior.

CUÁNDO CONVIENE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Es en verdad muy grato y alentador el advertir la cuidadosa atención que se da en el día de hoy a los estudios encaminados a tratar conservadoramente la retrodesviación uterina. Los médicos de experiencia admiten en general que muchas retrodesviaciones son asintomáticas y no requieren tratamiento alguno, además de que en determinadas ocasiones es posible, mediante el tratamiento conservador, aliviar las molestias causadas por dicho estado anormal o sus complicaciones. Ello no obstante, el médico inexperto o cuyos conocimientos son inadecuados, con excesiva frecuencia llega a la conclusión de que el órgano retrodesviado ha de tratarse por medios quirúrgicos. Por consiguiente, no es por demás encarecer las siguientes consideraciones:

1ª Multitud de pacientes cuyo útero está retrodesviado no padecen ninguna molestia en los órganos pélvicos, y no necesitan tratamiento de ningún linaje. Esto sucede particularmente en los dos extremos de la vida de la mujer: antes de la pubertad y después de la menopausia.

2ª En algunas mujeres cuya matriz está retrodesviada y padecen síntomas pélvicos, éstos no son causados totalmente por la retrodesviación, sino por algún otro estado morbo del todo distinto, cuyo tratamiento suprimiría las molestias.

3ª Algunas enfermas que padecen incapacidad causada directamente por la retrodesviación, se curan totalmente por medios no quirúrgicos.

Antes de hacer la decisión respecto del tratamiento quirúrgico de cualquier paciente de retrodesviación, han de volverse los ojos a estas

consideraciones fundamentales. El antedicho tratamiento quirúrgico conviene tan sólo cuando las perturbaciones presentan los siguientes caracteres: (a) que sean tan intensas que justifiquen los riesgos de la operación; (b) que sean causadas por el estado, o los estados morbosos que se trata de suprimir, y (c) que la paciente no experimente suficiente alivio luego de poner por obra las disposiciones no quirúrgicas.

Todo cuanto aquí se diga es el fruto de la experiencia personal, y pues deseamos sea de provecho a quien lo leyere, estudiaremos a las pacientes tal como se presentan en el despacho del médico y en la mesa de operaciones. Tomemos por ejemplo el siguiente caso: al efectuar la exploración pélvica hallamos que el útero está desviado hacia atrás, haya o no hubiere alguna complicación. Lo primero que hacemos es procurar con delicadeza levantar el cuerpo uterino, para lo cual lo empujamos hacia arriba con los dedos introducidos en la vagina. Si sentimos que se puede levantar fácilmente el órgano, lo levantamos aún más, hasta que podamos palpar el fondo con los dedos colocados sobre la pared abdominal y llevarlo hacia delante, hasta su posición normal.

Caso que no sea posible levantar fácilmente el cuerpo del útero con los dedos introducidos en la vagina, cabe el dudar si conviene persistir en el esfuerzo. Por lo común, la debida consideración de los síntomas y de los hallazgos del examen pélvico indican si la retrodesviación es causa de las molestias que padece la enferma. Si fuere probable que no lo es, convendrá evitar el hacer nuevas manipulaciones con el útero desviado y dirigir entonces la atención a algún otro estado morbooso que pudiera ser la causa. En cambio, si los signos subjetivos y objetivos indican la probabilidad de que la retrodesviación del útero y sus anexos sea parte considerable de los padecimientos de la enferma, se persistirá en el esfuerzo por corregir la retrodesviación. Para ello se introducen en la vagina a lo largo de los dedos unas pinzas erinas, con las cuales se coge el cuello y se tira de él hacia delante, llevando así el útero hacia la porción anterior de la pelvis, lo que permite al fondo salir del promontorio del sacro, debajo del cual se queda algunas veces atorado. Además, al llevar hacia abajo el útero, se le acerca a los dedos exploradores y con ello hace posible el que éstos alcancen una porción más alta de su cara posterior y facilita la reposición. Si hecho esto se puede levantar el fondo, se lleva hacia delante, según queda dicho. Cuando es posible llevar muy hacia delante el fondo uterino con ayuda de las pinzas erinas, o sin ella, decimos que el órgano es "muy movable"; cuando no se puede volver hacia delante, se dice que está "fijo", o "parcialmente fijo", según convenga. Teniendo por base esta división, que se funda en la movilidad del útero retrodesviado, es oportuno subdividir a las pacientes de acuerdo con el tratamiento que corresponda.

Útero muy movable

A las pacientes cuyo útero es muy movable y se puede llevar muy hacia delante es bien subclasificarlas de la siguiente manera, según el tratamiento que requieran.

1º *Ningún tratamiento.*—Hay ciertas pacientes a quienes la retrodesviación no causa ningún trastorno y que, por tanto, no necesitan de la menopausia, si bien se hallan algunas pacientes de esta clase que están en el período fecundo de la vida.

a. Con frecuencia está desviado el útero virgen, sin que la anomalía cause ningún trastorno. El examen de estas pacientes suele efectuarse con motivo de la dismenorrea, y si ésta es de la variedad obstructiva, se alivia a menudo luego de efectuar la dilatación del cuello, sin corregir la retrodesviación. Se aplicará además el tratamiento endocrino, según convenga.

b. Cuando la paciente ha pasado desde mucho tiempo antes el período de la menopausia y el útero es pequeño y senil, al parecer importa poco que el órgano atrofiado esté hacia delante o hacia atrás, y por lo común la investigación minuciosa de estas enfermas indica que hay algún otro estado morboso que está causando los síntomas: con frecuencia la vaginitis o la vulvitis senil, que da origen al prurito de la vulva.

2º *Pesario.*—Cuando se puede llevar fácilmente el útero hacia delante, suele ser preferible el tratamiento consistente en la aplicación de un pesario adecuado. Si por algunos meses se conserva el útero en posición normal mediante dicho artificio, se favorece con ello la readaptación de los tejidos intrapélvicos y acaso sea innecesario el tratamiento quirúrgico. En nuestro libro de texto *Enfermedades de la Mujer* tratamos por menudo de este asunto, así como de la posición genupectoral y de otras disposiciones conservadoras.

3º *Posición genupectoral combinada con la aplicación de pesarios.*—Si después de efectuar la reposición del útero, se ve que éste propende a volverse hacia atrás, se añadirá al tratamiento la posición genupectoral, que ha de asumir la paciente uno o dos minutos diariamente, mañana y noche, de preferencia al levantarse y al acostarse. Esta posición ayuda en gran manera a conservar hacia delante el órgano, y mejora la circulación pélvica.

4º *Posición genupectoral por sí sola.*—En determinadas ocasiones es de preferir la posición genupectoral, sin la aplicación de pesarios, v. gr.:

a. Cuando el pesario causa dolor o irritación.

b. En mujeres vírgenes, en quienes ha de evitarse en lo posible el tratamiento local. En algunas de estas pacientes, la posición genupectoral es bastante eficaz en conservar el útero hacia delante y aliviar las molestias.

c. En pacientes neurasténicas o histéricas conviene evitar el tratamiento local, a fin de impedir el que la enferma fije su atención en los órganos genitales. En tales casos es bien prescribir la posición genupectoral como parte de los ejercicios generales, y de esta suerte se conseguirá el efecto deseado, sin que la paciente llegue siquiera a sospechar en que hay alguna perturbación pélvica.

d. Cuando hay preñez incipiente y la presión del cuerpo extraño causaría irritación en la vagina y en el cuello uterino, basta a veces la posición genupectoral. En caso contrario, se ensayará la aplicación del pesario por sí solo o coadyuvado con la posición genupectoral.

5º *Tratamiento quirúrgico.*—Las siguientes pacientes de retrodesviación con útero muy movable, han menester el tratamiento quirúrgico:

a. Cuando la retrodesviación esté complicada con alguna enfermedad de las trompas uterinas, de los ovarios, o del apéndice, que requiera la exploración y el tratamiento intraperitoneales.

b. Cuando haya alguna circunstancia dudosa, con probabilidades de que sea alguna enfermedad grave (neoplasma, inflamación, adherencias), conviene hacer la exploración intraperitoneal, al mismo tiempo que se corrige la retrodesviación.

c. Cuando ni el pesario ni la posición genupectoral bastan a conservar hacia delante el útero y a dar suficiente alivio a la paciente.

d. Cuando persisten los trastornos pélvicos a despecho y pesar de las disposiciones no quirúrgicas encaminadas a conservar hacia delante el útero. En tales casos, antes de recurrir a la operación se harán investigaciones por demás minuciosas, con el fin de cerciorarse de que las molestias que la paciente experimenta en la pelvis son en efecto causadas por algún estado morbozo de los tejidos pélvicos, y no por alguna enfermedad general (nerviosa, endocrina, de origen circulatorio, etc.), o por alguna neuralgia local simple.

Útero fijo

La fijación, que se determina según queda dicho, puede ser parcial o total, y en esta clase se incluyen la mayor parte de las retrodesviaciones. La causa de la fijación es que luego de presentarse la desviación del órgano, o coincidiendo con ella, hubo algún estado inflamatorio cuyas secuelas fueron las adherencias y la impregnación (“infiltración”) de los tejidos, que restringen la movilidad del órgano, por más que en algunas ocasiones esta restricción sea causada tan sólo por el apiñamiento de la matriz retrodesviada y de los anexos, en la estrecha cavidad donde están situados. Séase como se fuere, quedan notablemente restringidos sus movimientos y es imposible colocar el órgano en su posición normal. También esta clase de pacientes tiene subdivisiones que requieren diferente tratamiento.

Sucede a veces que la enferma no experimenta trastornos intrapélvicos de consecuencia y, por tanto, no hay para qué efectuar ningún tratamiento pélvico. Otras veces los síntomas no son causados por la desviación del útero y sus anexos, sino por alguna otra enfermedad. Es esta la razón de por qué ha de estudiar el médico cuidadosamente los diversos síntomas y demás circunstancias del caso, para hacer como es debido el diagnóstico diferencial y determinar si la retrodesviación es causa importante del

complejo sintomático, lo cual requiere a veces el tratamiento diagnóstico-terapéutico.

En general, los síntomas causados por la retrodesviación del útero y sus anexos son aquellos que resultan del *apiñamiento* y de la *tracción*, conviene a saber: sensación de llenura y presión en la pelvis, acompañada a menudo de dolores neurálgicos leves o agudos, que se propagan a la región sacra, y algunas veces en otras direcciones. Hay dos pormenores característicos que ayudan en gran manera a distinguir la molestia pélvica causada por la retrodesviación: (a) su agravamiento cuando la paciente está mucho tiempo en pie y en actividad, a causa de la mayor tracción que en los tejidos ocasionan la postura y el ejercicio, y (b) su agravamiento en los períodos de congestión menstrual, en virtud del mayor amontonamiento que ocasiona la hinchazón menstrual del útero y sus anexos. Cuando no hay ningún estado inflamatorio, tales exacerbaciones indican que la retrodesviación uterina es importante circunstancia causal de las molestias pélvicas. Si la desviación va acompañada de inflamación crónica, ésta agravaría los padecimientos cuando la paciente estuviera en pie y en los períodos menstruales y, por tanto, bien pudiera suceder que fuese la causa de mayor entidad. Ello no obstante, no es menester se haga más precisa diferenciación, ya que las graves perturbaciones pélvicas que entrambos estados morbosos ocasionan por sí propios, o combinados, requerirían necesariamente el tratamiento quirúrgico.

1º *Ningún tratamiento.*—Multitud de pacientes que padecen retrodesviación con útero fijo, no experimentan ningún trastorno que pueda atribuirse directamente a la posición anormal del órgano y, consiguientemente, no requieren tratamiento alguno. Las más de estas pacientes asintomáticas pasaron ya el período de la menopausia, o bien no han sido nunca preñadas.

De cuando en cuando se presenta este estado en el período activo de fecundidad y, aunque parezca extraño, es tanto menos molesto cuanto más firme es la fijación. En el período fecundo, cuando el útero es grande, pesado y está en función activa, su desviación casi siempre da origen a síntomas enfadosos en tanto es movable el órgano. Por otra parte, si está fijo de manera tan firme que impida el que haya tracción, puede no causar ninguna molestia. Tal estado es muy interesante y demuestra que los síntomas de la retrodesviación no son causados tanto por la posición anormal que ocupa el cuerpo uterino, como por la tracción y el estiramiento de los tejidos sensibles. Esa misma circunstancia es también importante respecto del tratamiento quirúrgico, y pone de manifiesto la conveniencia de escoger la operación que no tan sólo sirva para llevar hacia delante el útero, sino también al mismo tiempo sirva para elevar el órgano, y suprima de esa manera la tracción y el prolapso parcial que hay con tanta frecuencia en estos casos.

2º *Estiramiento de las adherencias; posición genupectoral.*—Estas disposiciones terapéuticas suministran gran alivio si se las emplea persistentemente, cuando no conviene la operación quirúrgica. Es acertado el

estiramiento bimanual de los tejidos, así como el empleo de otras disposiciones no quirúrgicas, en particular cuando la fijación es causada por las secuelas de la *celulitis pélvica*, sin que hayan padecido daño las trompas uterinas. Además, son estas las pacientes que no pueden ser tratadas convenientemente por medio de la operación intraperitoneal, ya que el estado morbosos no radica en la cavidad peritoneal, sino en el tejido conectivo.

En tales circunstancias, la manipulación bimanual ha de encaminarse a levantar el cuerpo uterino tanto como sea posible, y estirar luego los tejidos restrictivos, de manera que se pueda levantar aún más el órgano. El *estiramiento* ha de hacerse con *delicadeza*, a fin de no desgarrar los tejidos ni causar dolor intenso. Cada movimiento ha de llevar puesta la mira en estirar algún tejido resistente, y casi todos los movimientos se efectúan con el fin de reponer el útero en su posición normal, ora levantando el fondo y llevándolo hacia delante, o bien empujando el cuello hacia atrás. Muchas veces, cuando es muy antigua la retrodesviación, el cuello es sostenido hacia delante por el acortamiento y la impregnación ("infiltración") de los tejidos anteriores, acortamiento que se puede contrarrestar llevando poco a poco el cuello hacia atrás, y alargando de esa manera los tejidos acortados.

3º *Tratamiento quirúrgico*.—Cuando no es posible aliviar suficientemente con las disposiciones paliativas las graves perturbaciones pélvicas, que se atribuyen directamente a la retrodesviación del útero y de sus anexos, o a las complicaciones de ésta, es menester entonces poner por obra el tratamiento quirúrgico, pues la circunstancia de estar limitados los movimientos del órgano, da indicios de que hay algún estado morbosos concomitante en la pelvis, y un gran número de esas pacientes requieren la operación, bien inmediatamente, o después de ensayar algún tratamiento paliativo; mas antes de ejecutar la operación se ha de tener cuidado de cerciorarse de que la limitación de los movimientos no es causada tan sólo por las secuelas de alguna celulitis inveterada alrededor del útero, ya que no es posible tratar adecuadamente por medio de la operación intraperitoneal la impregnación del tejido conjuntivo que cause poca o mucha fijación del útero y, por tanto, no se ha de tener por indicación de que conviene el tratamiento quirúrgico. Según queda dicho, en esta clase de pacientes es particularmente útil el estiramiento gradual de los tejidos dañados.

SELECCIÓN DE LA OPERACIÓN QUIRÚRGICA

En párrafos anteriores ("Cuándo conviene el tratamiento quirúrgico") pusimos de manifiesto la manera cómo diferenciar las pacientes que requieren operación, de aquellas que pueden ser tratadas por medios conservadores, o que no han menester ningún tratamiento. Luego de cerciorarse de que los síntomas son tan graves que justifican el correr los riesgos de la operación, y que no sería posible dar suficiente alivio a la paciente por otros medios, ha de hacerse la selección del método quirúr-

gico que se pondrá por obra, y en este respecto, se pensará en el mejor tratamiento de la retrodesviación del útero y sus anexos.

Cuando uno de nosotros (H. S. C.) empezó sus estudios sobre el particular hace ya muchos años, se seguía la costumbre de que cada cirujano se ejercitase en una particular operación, y que adaptase las diversas pacientes a dicho método, de lo cual resultaban multitud de recurrencias y otros efectos adversos. Siguiendo esta costumbre, aceptamos lo que nos pareció era entonces la mejor operación, y le hicimos ciertas variaciones con el fin de suprimir algunos defectos, la cual ejecutamos en todas las pacientes que requerían tratamiento quirúrgico. Pronto observamos que eran tan variables los estados morbosos de los tejidos pélvicos en las diversas enfermas, que tales variaciones alteraban en gran manera el método y la eficacia de la operación, y no transcurrió mucho tiempo antes de que empleásemos otras operaciones para tratar determinados estados morbosos. A la postre llevamos a efecto el estudio metódico de este asunto, con el fin de diferenciar las diversas clases de pacientes y las distintas operaciones que fueran más adecuadas para cada una de ellas. En 1907 publicamos nuestras conclusiones (*Jour. Am. Med. Ass.*, Vol. 48, pág. 1488), y ponderamos la conveniencia de hacer la debida selección del tratamiento de la retrodesviación uterina. Desde aquella época hasta la hora presente hemos continuado nuestros estudios de los diversos estados morbosos con que nos encontramos día tras día al ejecutar la operación quirúrgica, y de las relaciones que guardan tales hallazgos con los síntomas y los efectos subsecuentes, procurando de esta manera suministrar el tratamiento más eficaz y de efectos más duraderos, según las distintas variedades de retrodesviación del útero y sus anexos.

El término "tratamiento selecto", que aquí empleamos, denota el método terapéutico que se *escoge*, y que es el que mejor se aviene a la *particular enfermedad*. Ha pasado ya a la historia la costumbre de considerar determinada operación quirúrgica como el *único* tratamiento de todas las retrodesviaciones, y en el día de hoy ha de hacerse la debida selección de acuerdo con las particulares circunstancias que concurran en cada caso, ya que la operación que se lleva a feliz término en una enferma puede ser del todo inútil en otra, no por falta de habilidad en su ejecución, sino porque las circunstancias son del todo distintas. Se han ideado y publicado multitud de operaciones para corregir la retrodesviación, muchas de las cuales han sido propuestas como la panacea de esta anormalidad, y en cambio se ha dado muy poca atención a la tarea de *clasificar* las diversas pacientes según el *estado* morbozo que padezcan.

La clasificación de cualquiera enfermedad según sus diversas variedades clínicas y sus complicaciones, ayuda en gran manera al mejor entendimiento de ella, y la utilidad de dicha clasificación se acrecienta cuando su uso se generaliza entre la clase médica. La clasificación exacta de las retrodesviaciones del útero es un asunto que debiera mirarse con mayor interés, ya que de ella depende la eficacia del tratamiento. En años recientes hemos añadido a nuestros conocimientos respecto de esta enfermedad,

multitud de informes útiles acerca de las alteraciones morbosas que se presentan en cada caso y del efecto de las diversas disposiciones terapéuticas que se emplean, y si sabemos poner en práctica tales informes, sabremos hacer la selección de la operación quirúrgica que deba ejecutarse y que acarree menor peligro a nuestras pacientes.

En la mayor parte de las enfermas que requieren tratamiento intraperitoneal se pueden tratar más convenientemente las complicaciones y la retrodesviación propiamente dicha, por medio de la celiotomía. Esto incluye las pacientes que padecen enfermedades concomitantes de los ovarios, de las trompas, o del apéndice, así como aquellas cuyo padecimiento es dudoso y hay alguna probabilidad de que sea necesaria la investigación intraperitoneal, las que padecen fijación parcial y no es posible llevar hacia delante el útero, y aquellas en que continúan las molestias a pesar de haberse logrado la reposición del útero hacia delante. Luego de abrir la cavidad abdominal y de tratar convenientemente la enfermedad de los anexos uterinos, etc., decidirá el cirujano cuál es la operación que más convenga para corregir la retrodesviación uterina.

Luego de abrir la cavidad abdominal, ¿cuál es el método que ha de ponerse por obra para sostener hacia delante el útero?

Este es asunto de mucha entidad que tiene que resolver el ginecólogo en su trabajo diario, y que varía según las circunstancias.

Antes de poner la consideración en los diversos métodos, conviene aclarar los fines a que ha de encaminarse la operación. Cuando el útero está retrodesviado, se desvía hacia abajo y hacia delante el cuello y se hundén el fondo y los anexos en la concavidad del sacro; de lo que es consiguiente inferir que la corrección de la anormalidad requiere la reposición del fondo y de los anexos hacia arriba y hacia delante, y la colocación del cuello hacia arriba y hacia atrás, en la cual posición se ha de conservar el órgano. Aun más, es preciso tener en la memoria y prevenir futuras contingencias, de las cuales la que mayores dificultades ofrece es la preñez, la cual demanda el que no se ponga en ejecución ningún método que pueda estorbar el curso de la gestación, o el parto. Además de esto, el método que se emplee ha de asegurar razonablemente la conservación del útero en su posición normal durante el período gestante.

Trataremos ahora de los tejidos de que dispone el cirujano para lograr el que se conserven hacia delante el fondo y hacia atrás el cuello, y de entre ellos distinguiremos los que sean más adecuados para tal fin.

Elevación del fondo y de los anexos uterinos.—Se han utilizado muchos tejidos para efectuar con ellos la suspensión del fondo y de los anexos uterinos, entre otros, los ligamentos redondos, el peritoneo, el tejido conjuntivo subperitoneal, las tiras de aponeurosis de la pared abdominal, las tiras de fascia lata, y la unión directa del fondo uterino con la capa muscular de la pared abdominal. De todos ellos, los ligamentos redondos son los que tienen mayor resistencia y estabilidad y los que resisten mejor

las mudanzas inherentes a la preñez. La fijación directa del fondo uterino con los tejidos subperitoneales de la pared abdominal, suministra fuerte fijación anterior, pero ha sido desastrosa en muchas mujeres preñadas, ya que la inmovilidad del órgano y su fijación a un tejido inelástico impide la dilatación simétrica del útero creciente, y de resultas de ello la pared uterina anterior se convierte en grueso conglomerado en la porción anterior de la pelvis, en tanto que la pared posterior sobrelleva toda la dilatación y se adelgaza sobremanera, llegando a veces hasta el grado de efectuarse la ruptura. Desde 1905, Lynch compiló una lista de operaciones cesáreas que fueron ejecutadas por esta causa. Estando, pues, del todo proscrita la ventro fijación en el período fecundo de la vida, se creyó que podrían obviarse tan graves dificultades haciendo la mera fijación peritoneal, a lo que se designó ventrosuspensión, y en efecto, puesto que era menos firme la adherencia del fondo uterino a la pared abdominal, se disminuyeron en gran manera las complicaciones. Ello no obstante, este método no dejó de tener graves inconveniencias: el punto de fijación, que consistía tan sólo en las adherencias peritoneales se estiraba fácilmente, hasta convertirse a veces en una tira larga que daba ocasión a que el órgano volviera a retrodesviarse. Por otra parte, sucedía no pocas veces que el estado infeccioso de la región donde se ejecutaba la operación daba origen a firmes adherencias y a los consiguientes peligros en el período de preñez.

Aprovechando los ligamentos redondos para sostener hacia delante el fondo uterino, se evitan tales dificultades, ya que dichos ligamentos son tejidos bien formados cuya resistencia se hace evidente al ejecutar la operación. Con ello se evita el tener que fiarse en adherencias inciertas que quizá sean demasiado débiles e inaptas para sostener el útero, o tan extensas y firmes que impidan la dilatación del órgano en la preñez. Por otra parte, si se contempla el asunto a la luz de la embriología, los ligamentos redondos son parte del útero; dichos tejidos experimentan hipertrofia en la preñez, y se efectúa en ellos la involución en el puerperio, lo cual es de suma importancia para conservar en su posición el útero en las vicisitudes de la gestación.

Hay diversas maneras de aprovechar los ligamentos redondos para tal fin. Al principio se ponía la confianza en la simple plegadura intraperitoneal, método que tiene la ventaja de causar muy leves perturbaciones en los tejidos, y va muy bien cuando no hay mucha retrodesviación, pues de lo contrario es muy probable la recidiva; tiene la desventaja de que el mayor esfuerzo lo sobrelleva la porción lateral débil de los ligamentos, la cual se estira fácilmente. Para aprovechar la fuerte porción proximal se idearon diversos métodos, consistentes en sacar los ligamentos por entre el anillo inguinal abdominal (interno), con lo cual se aprovechaba la porción fuerte de ellos, pero no se mudaba la dirección desventajosa de la tracción. El orificio normal de salida de los ligamentos queda tan hacia un lado, que no es posible obtener fuerte tracción, aunque se acorten en gran manera. Esta dificultad se venció transplantando los li-

gamentos a un nuevo orificio de salida más cercano a la línea media, y con ello se logró retener el fondo uterino en posición anterior en casi todas las pacientes. Esta variación fué ideada por Gilliam, y es uno de los mayores progresos que se alcanzaron en el tratamiento eficaz de la retrodesviación uterina; el principio en que se funda ha permanecido inalterado, si bien se han hecho diversas variaciones a la técnica. La operación primitiva de Gilliam consistía en llevar directamente los ligamentos por entre el peritoneo, los músculos rectos del abdomen y la aponeurosis, y en fijarlos encima de ésta. Dicho procedimiento dejaba un espacio en cada lado, entre la porción distal del ligamento y la pared abdominal, por el cual podía resbalar alguna asa intestinal y formarse la hernia, lo que sucedió con tanta frecuencia que hizo evidente su peligro. Además de esto, el nudo que formaba el asa ligamentosa situada inmediatamente debajo de la piel y del tejido subcutáneo, sin ninguna otra protección, se volvía a veces doloroso y en ocasiones causaba considerables molestias. La variación que le hicimos al método, y que fué publicada en 1907, dió al traste con tales inconveniencias, a saber: suprimió el peligro de dejar espacios laterales, y colocó las asas ligamentosas debajo de la aponeurosis protectora, en lugar de dejarlas encima de ella (Figs. 432 a 441).

Totalmente distinto es el método consistente en aprovechar los ligamentos redondos llevándolos hacia atrás por entre los ligamentos anchos y fijándolos en la cara posterior del útero. Para ello se introducen unas pinzas que atraviesan de parte a parte la porción delgada de los ligamentos anchos, inmediatamente abajo del ligamento úteropúbico, de atrás hacia adelante, con las cuales se cogen los ligamentos redondos (o la ligadura temporal que se pone alrededor de ellos), y se pasan hacia atrás por entre los ligamentos redondos, donde se suturan a la cara posterior del útero. Con esto se acortan los ligamentos redondos y se acrecienta la tracción hacia delante. Este método, que se denomina *transplatación posterior de los ligamentos redondos*, fué ideado por Webster y generalizado por Badly, razón por la cual se le conoce comúnmente con el nombre de operación de Webster-Baldy (Figs. 452 a 454). Con ello suele causarse suficiente elevación del útero, de bastante duración, por más que el esfuerzo es sobrellevado por la porción delgada de los ligamentos redondos.

Conservación del cuello uterino hacia arriba y hacia atrás.—Para sostener hacia arriba el cuello uterino, en la porción posterior de la pelvis, es sumamente importante hacer la reparación del suelo pélvico, ya que muchas veces la retrodesviación va acompañada de notable relajación de dicho tejido, a consecuencia del parto. Por lo común, cuando son fuertes los ligamentos redondos y se pueden aprovechar para fijar firmemente el fondo uterino hacia delante, haciendo la total reparación del suelo pélvico se puede sostener hacia atrás y hacia arriba el cuello uterino. Cuando sea tan notable la relajación de los tejidos pericervicales que dé lugar a que se forme el prolapso del útero, es necesario entonces tratar el prolapso y no la retrodesviación.

La selección juiciosa del mejor método para sostener hacia delante el fondo uterino, luego de abrir el abdomen, requiere la consideración detenida de las diversas operaciones, así como de las ventajas de cada una de ellas para corregir la particular anomalía. Al hacer esta selección debe el médico despojarse cuanto sea posible de toda preferencia personal, y procurará evitar los juicios apresurados.

Para que sirvieran de guía en la selección del método quirúrgico, creímos sería acertado presentar algunas estadísticas de pacientes operadas según las diversas técnicas, y especificar los efectos inmediatos y mediatos del tratamiento. Ello no obstante, luego de estudiar estas estadísticas llegamos a la conclusión de que no resolvía satisfactoriamente la dificultad, ya que hay notable semejanza en los informes de pacientes operadas según los diversos métodos. La mayor parte de dichos informes se pueden reducir a breve suma de la siguiente manera:

Cien pacientes (poco más o menos) fueron operadas, y de ellas en el noventa por ciento surtió buen efecto la operación; por consiguiente, al efectuar el tratamiento de la retrodesviación ha de darse preferencia al particular método empleado.

El médico ingenuo e inexperto aceptaría de todo en todo este sofisma, apoyado al parecer en innúmeras observaciones, y de resultados de ello se dan a la publicidad nuevos informes de pacientes a quienes se ejecutó la misma operación con idénticos resultados (la mayor parte de ellas fueron curadas), y las mismas dogmáticas conclusiones (que tal operación es el mejor tratamiento de la retrodesviación uterina). Cuanto mayor es el número de enfermas operadas por este método, tanto más se robustecen las pruebas en su abono... en la opinión del principiante, o del inexperto. La argucia de que se valen muchos, es el "ir por el agua más arriba", llegar hasta el origen del asunto, y para ello citan algunos "hechos", o circunstancias imaginarias respecto de anatomía, fisiología o embriología, que sirvan para dar color a la operación que se ha de ponderar más adelante, pero teniendo buen cuidado de dejarse en el tintero otras tantas circunstancias que nulificarían sus argumentos, y que son tan principales y tan bien, o quizás mejor fundadas. Otro ardid que se emplea de cuando en cuando al referir los efectos de la operación, es el alegar que alguna otra operación muy conocida fracasó en el diez por ciento de las pacientes, con lo cual se cierra tan convincente argumento: "¡el noventa por ciento de las pacientes a quienes se ejecutó tal o tal operación fueron curadas, y en cambio, el otro método fracasó en el diez por ciento de las enfermas!"

Con este linaje de razonamientos es imposible sacar nada en claro, y es ni más ni menos lo que le sucede a muchos cirujanos tocante a este asunto y a otros temas de cirugía que han menester maduro estudio y meditación.

No es por demás traer a la memoria el que a pesar de tantos y tan buenos trabajos como se han llevado a feliz término, queda aún mucha incertidumbre acerca de ciertos pormenores concernientes al sostén ute-

rino; por ejemplo, queda aún por averiguar la importancia relativa de los diversos agentes que concurren en circunstancias normales y anormales, en las diversas variedades de pelvis y en los diferentes hábitos relacionados con la postura del cuerpo. Hay además, muchos estados morbosos provenientes de la inflamación, del parto, de los esfuerzos que ocasionan las diferentes ocupaciones, la mala salud en general, las enfermedades nerviosas, etc., así como ciertas circunstancias relacionadas con la estructura, la función y los estados morbosos, acerca de las cuales hay aún alguna duda. Por otra parte, el mecanismo de la presión intraabdominal según la constitución del cuerpo humano, las varias posturas que se adquieren a causa de la ocupación y determinadas circunstancias que se relacionan con el desarrollo, presentan interesantes problemas que aun no han sido resueltos de manera definitiva. Ni tampoco se ha puesto del todo en claro lo concerniente a los diferentes tejidos que se aprovechan en la operación quirúrgica para dar sostén a los órganos pélvicos, ni a la resistencia de cada uno de ellos en la salud y en la enfermedad.

Lo que a continuación se dirá, puede servir de fundamento al hacer la selección del método terapéutico que convenga, y si por acaso nos hubiéramos dejado llevar de las apariencias, agradeceríamos que alguien nos sacara de nuestro error:

1º La mayor parte de los síntomas que experimentan las pacientes de retrodesviación uterina, son causados por enfermedades concomitantes o por complicaciones, las cuales han de ser diagnosticadas y tratadas debidamente para aliviar dichos padecimientos. De tales complicaciones depende en gran manera el tratamiento que haya de ponerse por obra.

2º El útero se conserva en suposición normal por la combinación de diversos tejidos y, por tanto, el tratamiento de la retrodesviación ha de ir encaminado a restaurar uno o más de dichos tejidos, o bien ha de reforzarlos lo bastante para desempeñar no tan sólo el papel que a ellos les corresponda, sino también el de los otros tejidos que hayan padecido menoscabo.

3º Para corregir permanentemente la retrodesviación, es necesaria la integridad del suelo pélvico y, por consiguiente, ha de hacerse la reparación de éste cuando esté relajado.

4º Cuando sea posible el excluir del diagnóstico el prolapso del útero, después de tratar las complicaciones sólo queda por asegurarse del sostenimiento del cuerpo uterino en la porción anterior de la pelvis, y del cuello en la porción posterior, elevando suficientemente el útero y los anexos, para evitar que hagan tracción de los tejidos hipersensibles.

5º Puesto que la dificultad varía según las diversas circunstancias, el cirujano ha de tener algún método bien formado y que se funde en la clasificación de las pacientes de acuerdo con el estado de sus órganos. Si fuera posible apegarse a semejante proyecto, así al ejecutar la operación como al publicar los informes de ella, se lograría notable progreso en dos respectos: en primer lugar, se fomentaría el estudio individual

de cada paciente con el fin de averiguar con certeza cuáles fueron las complicaciones y, por tanto, se haría mejor selección y adaptación de los métodos quirúrgicos a los respectivos estados morbosos; en segundo lugar, se acumularían multitud de informes acerca de los diversos métodos ensayados en las circunstancias más propicias, lo cual haría posible el estudio comparativo del asunto que permitiera llegar a seguras conclusiones.

Clasificación de los diversos estados del útero y sus anexos, y selección del tratamiento

Luego de abrir el abdomen, y de averiguar el estado en que se hallan los órganos y tejido intraperitoneales, se hará la selección del método que convenga. Para ello, es bien hacer la siguiente clasificación:

A. CUANDO ES POSIBLE LA PREÑEZ FUTURA

- I. Anexos uterinos de ambos lados intactos; tejidos muy movibles.
- II. Cuando se extirpan el ovario y la trompa de un lado.
- III. Várices del ligamento ancho.
- IV. Tejidos pélvicos impregnados ("infiltrados") y rígidos.
- V. Pared abdominal relajada.

B. CUANDO NO ES POSIBLE LA FUTURA PREÑEZ

- I. Cuando se conserva el útero activo.
- II. Cuando se conserva el útero senil.

A. Cuando es posible la futura preñez

Cuando sea posible que se efectúe la preñez en lo futuro, no ha de ponerse por obra ningún método de fijación del útero hacia delante, que estorbe en gran manera la gestación o el parto. Por tal motivo, quedan excluidas la ventrofijación y la ventrosuspensión.

I. Anexos uterinos de ambos lados intactos; tejidos muy movibles.—En estas pacientes se pueden ejecutar las siguientes operaciones:

1ª *Transplantación de los ligamentos redondos a la pared abdominal.*—En estos casos es muy conveniente la operación modificada de Gilliam que se describió en el propio lugar e ilustró con las láminas 432 a la 441. Advuértase que las pinzas con que se cogen los ligamentos redondos penetran en el músculo recto del abdomen, cerca de la línea media, hasta el peritoneo y se deslizan luego inmediatamente debajo de éste, hasta el extremo lateral del ligamento redondo, donde se fuerza la punta de las pinzas por entre el peritoneo y se coge con ella la ligadura provisional que se hizo en el ligamento redondo; de esta manera las pinzas penetran la fuerte pared músculoaponeurótica, cerca de la línea media, y perforan el peritoneo en su porción lateral, en el sitio correspondiente al ligamento redondo. De lo que es consiguiente inferir que, al sacar el ligamento por

entre el túnel así formado, el peritoneo movable se desliza hacia el agujero que se hizo en el músculo, cerca de la línea media, y suministra fuerte tracción hacia delante, pero sin dejar ningún espacio lateral peligroso, como se hacía en la primitiva operación de Gilliam. Además, el asa ligamentosa se sutura debajo de la aponeurosis protectora, en lugar de suturarla encima de ésta.

2ª *Implantación posterior de los ligamentos redondos.*—En esta operación (Figs. 452 a 454), se dejan bien situados hacia delante y hacia arriba el cuerpo y los anexos uterinos, y ha surtido muy buenos efectos. Ello no obstante, al ejecutarla se aprovecha la débil porción lateral de cada ligamento redondo, para dar soporte al útero, la cual porción es la más expuesta a estirarse y permitir la recurrencia de la retrodesviación. Otra desventaja consiste en que al hacer tracción de los ligamentos redondos para pasarlos por entre los ligamentos anchos, se causan perturbaciones al plexo venoso de este último y se acrecienta el peligro de provocar trombosis ilíaca, por lo menos cuando las venas del plexo ovárico están dilatadas y varicosas. Por tanto, no se debe hacer esta operación cuando haya várices o impregnación inflamatoria en los ligamentos anchos.

3ª *Plegadura intraperitoneal de los ligamentos redondos.*—Es fácil ejecutar, por medio de cualquiera de los métodos que se ponen de manifiesto en las figuras 457 a 463, la simple plegadura de los ligamentos redondos. Con todo, la tracción que se hace de esta manera, es lateral en vez de ser anterior, y de ahí que no sea eficaz cuando el útero esté muy propenso a volverse hacia atrás. Por otra parte, es probable que se estiren los tejidos acortados al haber tracción moderada, ya que la unión se hace principalmente entre las superficies peritoneales, y además de esto, se aprovecha la débil porción lateral del ligamento. Nosotros sólo empleamos este método cuando hay muy poca propensión a volverse el órgano hacia atrás, particularmente como disposición profiláctica en pacientes a quienes se ejecuta alguna otra operación, y sólo se halla que los ligamentos están bastante relajados.

II. Cuando se extirpan el ovario y la trompa de un lado.—Al extirpar la trompa uterina y el ovario, se hace en mayor o menor grado la fijación de los tejidos de los ligamentos ancho y redondo, la cual fijación depende de la magnitud de la impregnación inflamatoria y de la técnica que se ejecute al extirpar los anexos. Sin embargo de ello, aun cuando se haga dicha extirpación con particular cuidado para evitar el que se fijen con las suturas los tejidos, suele restringirse la movilidad de los ligamentos redondos, o del útero, lo bastante para que ello redunde en desabono de la operación. En tales circunstancias, por lo común hacemos la *plegadura posterior del ligamento redondo, sobre el "pedículo", o cabo de los anexos* (Figs. 455 y 456), de manera que quede este último bien cubierto al efectuar la misma manipulación con que se fija hacia delante el cuerpo uterino. El ligamento se pliega hacia la cara posterior del útero lo bastante, para suprimir la flojedad y llevar hacia delante el órgano. Puesto que se muda suficientemente hacia atrás la inserción de la porción activa del li-

gamento, se obtiene mejor tracción anterior. El ligamento redondo del otro lado se puede llevar hacia atrás por entre el ligamento ancho (Figs. 452 a 454), o bien se trasplanta en la pared abdominal (Figs. 432 a 441). Si sólo hay leve propensión a volverse hacia atrás el órgano, es bien hacer

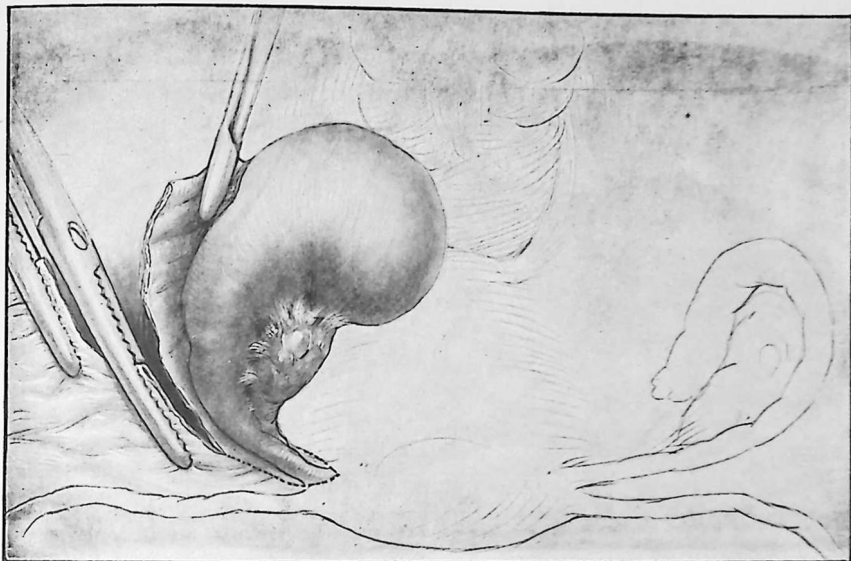


Fig. 494.—Extirpación de la trompa uterina y del ovario enfermos en una paciente que padecía retrodesviación uterina complicada.

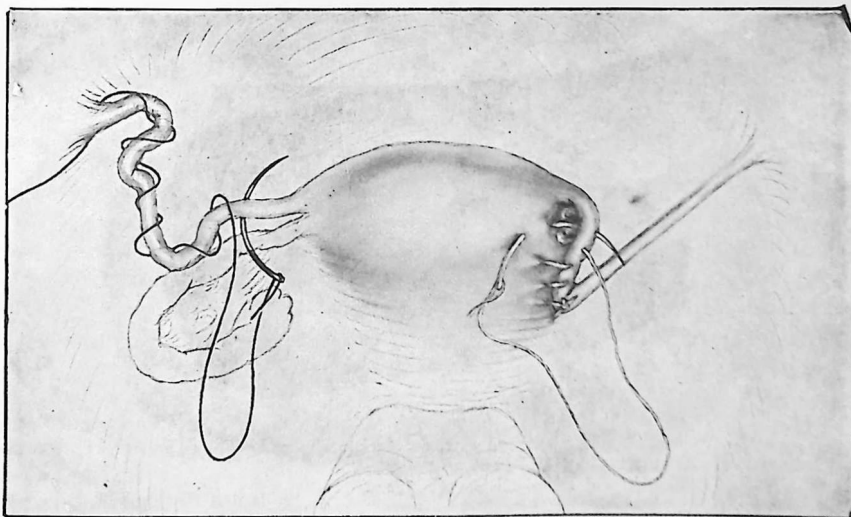


Fig. 495.—Acortamiento del ligamento redondo derecho por medio de la fijación hacia atrás del pedículo. El ligamento izquierdo se está plegando para efectuar su acortamiento.

tan sólo la simple plegadura del otro ligamento redondo sobre sí mismo. (Figs. 457 a 463), o bien se pliega sobre la porción superior del útero.

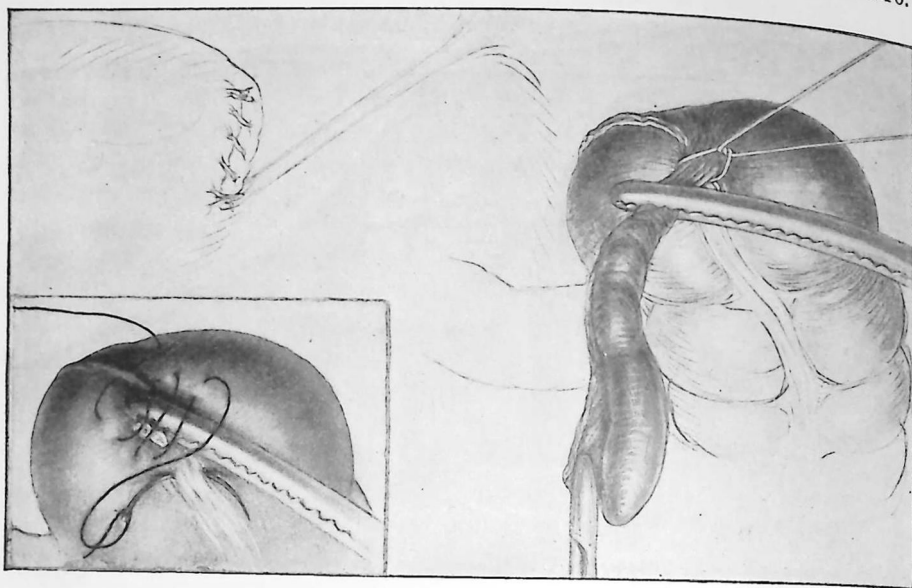


Fig. 496.—Apendicectomía. En la esq. sup. dcha. se muestra la manera conveniente de cubrir el muñón ligado del apéndice.

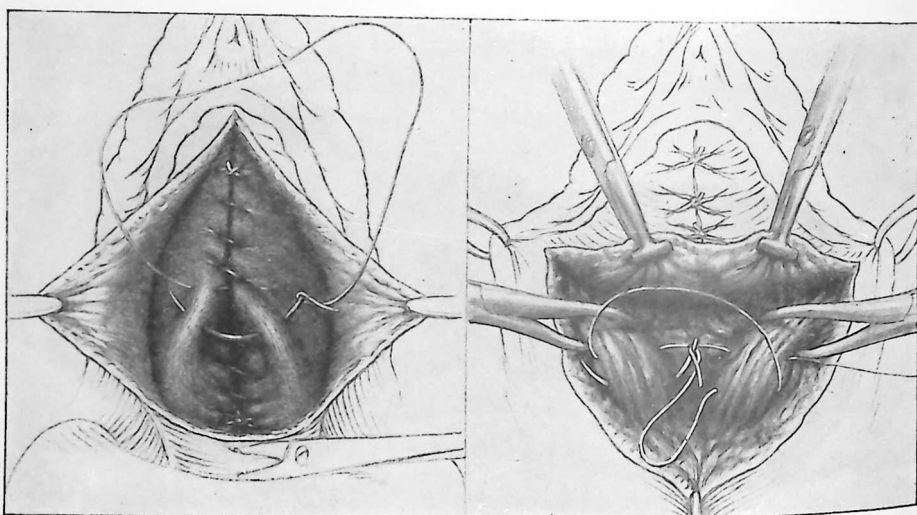


Fig. 497

Fig. 498

Fig. 497.—Operación quirúrgica para corregir el cistocele moderado, complicación frecuente de la retrodesviación uterina.

Fig. 498.—Reparación del suelo pélvico relajado.

(Fig. 466). Sea cual fuere el método que se emplee, el acortamiento debe corresponder al del otro lado que se trató primero, de manera que no se

haga tracción lateral excesiva del útero. A menudo es preciso combinar varias operaciones, según se ve en las figuras 494 a 498, que representan la retrodesviación uterina con cistocele moderado y relajación del suelo pélvico.

Por lo común, la extirpación de sólo un ovario restringe poco la movilidad de los ligamentos redondo y ancho; por consiguiente, en tales casos es adecuada cualquiera de las operaciones que se propusieron para el primer grupo, sino que se pasan hacia atrás los ligamentos redondos, por entre los ligamentos anchos.

III. Várices de los ligamentos anchos.—Si los tejidos son muy móviles, convienen las operaciones mencionadas en la primera clase, sólo que se pasan los ligamentos redondos hacia atrás por entre los ligamentos anchos.

Cuando es preciso tratar las várices (por medio de la ligadura y la incisión, o la escisión), entonces queda fijo el ligamento ancho, bien así como en el siguiente grupo.

IV. Tejidos pélvicos impregnados y rígidos.—En tales casos el método que ha de preferirse para fijar hacia delante el cuerpo uterino depende del grado de fijación de los tejidos.

1º *Transplantación del ligamento redondo, con asa corta.*—Si hay aún tanta movilidad en el útero y los tejidos contiguos, que permita el llevar una porción corta de cada ligamento redondo a la pared abdominal, ha de preferirse esta operación (Figs. 442 a 445), con lo cual se obtiene fuerte tracción hacia delante.

2º *Sutura del ligamento redondo en la porción superior del útero* (Fig. 466).—Esta maniobra es de fácil ejecución y fija bastante bien el útero en posición anterior, si bien la fijación no es tan resistente como cuando se hace al trasplantación a la pared abdominal, según arriba se dijo.

3º *Sutura del ligamento redondo a la pared abdominal.*—Sucede a las veces que están tan impregnados los tejidos del ligamento ancho, en uno o en ambos lados, que no es posible llevar bien hacia delante el fondo del útero; esto es, se le puede levantar lo bastante para aliviar las molestias de la paciencia causadas por la retrodesviación, pero no es factible el acercarlo suficientemente a la pared, y efectuar la trasplantación de una parte de los ligamentos redondos impregnados y fijos. En tales casos, la dificultad estriba en conservar el cuerpo uterino en el sitio donde se le deje al efectuar la reposición parcial; esto, en nuestra opinión, se logra mejor suturando los tejidos laterales (los ligamentos redondos impregnados y las porciones contiguas de los ligamentos anchos) a la pared abdominal (Figs. 467 y 468).

V. Pared abdominal relajada.—En raras ocasiones está tan relajada la pared abdominal, que no suministraría apoyo alguno al útero, aun cuando se fijasen firmemente en ella los ligamentos redondos, y en tales casos es menester buscar el punto de apoyo en el hueso púbico, conviene

a saber: la zona de tensión que va desde el antedicho hueso e incluye el tendón del músculo recto del abdomen y los ligamentos acortados, y llega hasta el útero, debe ser tan corta que conserve hacia delante el útero.

Sucedió en cierta ocasión que una paciente nos consultó (H. S. C.) unos dos meses después de la operación que le hizo un cirujano general, quien evidentemente no reparó en su estado, o cuando menos no lo trató como era debido. La pared abdominal relajada se hundía en la pelvis, y permitía que el útero fijado en ella quedase en su antigua posición retrodesviada.

Otro pormenor de importancia es que las pacientes cuya pared abdominal está relajada, deben hacer por algún tiempo antes y después de la operación ejercicios especiales encaminados a restaurar la tonicidad y la resistencia de los músculos abdominales atroficos.

B. Cuando no es posible la futura preñez

La esterilidad en el período fecundo de la vida puede ser a causa de la total extirpación de los anexos uterinos de ambos lados, de la extirpación de ambas trompas, o de ambos ovarios. Cuando se conserva uno, o ambos ovarios, es a veces acertado conservar el útero, a fin de que continúe la menstruación. Al revés, si se extirpan ambos ovarios, conviene extirpar también el útero, con tal que presente alguna anormalidad que pueda causar trastornos, a no ser que la paciente se oponga a ello.

De igual manera, cuando la enferma pasó ya el período de la menopausia, suele ser preferible extirpar el útero retrodesviado que presente alguna anormalidad que pudiera ser causa de futuras perturbaciones, en lugar de hacer la fijación anterior.

Propuesta la esterilidad de la paciente, hay dos circunstancias en que se conserva el útero retrodesviado, a saber: el útero activo, y la matriz senil.

I. Cuando se conserva el útero activo.—En tales casos, el órgano conserva su tamaño y peso normales y requiere su firme fijación anterior.

1º *Plegadura posterior de los ligamentos redondos sobre el pedículo.*—Las figuras 455 y 456 ponen a la vista los pormenores de esta operación. Dado que se extirpan ambas trompas uterinas, se ejecuta la operación en ambos lados y se fijan firmemente los ligamentos redondos a la porción posterior del cuerpo uterino, de manera que se lleve éste hacia delante y hacia arriba. Cuando se conserven los ovarios, ha de ponerse cuidado en que no queden cubiertos, pues dichos órganos han menester algún espacio para dilatarse durante la ovulación.

2º *Ventro fijación del fondo uterino.*—Puesto que no hay posibilidad de que se efectúe la preñez en lo futuro, si se prefiere puede hacerse la ventro fijación del fondo uterino en la pared abdominal (Figs. 471 a 473).

II. Cuando se conserva el útero senil.—Si se ha efectuado notable atrofia senil en el útero, puede por lo común estar retrodesviado sin cau-

sar ningún trastorno; mas si se creyere acertado fijar hacia delante el útero atrófico, se logrará esto doblando tan sólo los ligamentos redondos sobre la porción posterior del órgano (Figs. 455 y 456), o bien sobre la porción posterior del mismo (Fig. 466), o plegando los ligamentos sobre sí mismos (Figs. 460 a 463).

En cambio, si hubiere prolapso perceptible de la matriz o de la vejiga, convendrá poner por obra el tratamiento del prolapso (véase el capítulo IX).

TRATAMIENTO POR MEDIO DE LA OPERACIÓN VAGINAL

El tratamiento intraperitoneal por medio de la colpotomía tiene aplicación muy limitada, ya que cuando la retrodesviación coexiste con algún otro estado morbozo que requiera el tratamiento intraabdominal, suele ser más adecuada la celiotomía para tratar cualquiera de dichas complicaciones. Sin linaje de duda es de preferir la operación abdominal cuando hay complicaciones apendiculares o intestinales, o bien inflamación intensa de los anexos, adherencias del órgano retrodesviado, grandes neoplasmas, o enfermedades de origen dudoso.

Si por razón del estado de la paciente fuere muy arriesgado el ejecutar la operación abdominal, como sucede a veces en mujeres obesas, o que padecen de alguna enfermedad general, será en ocasiones acertada la colpotomía para extirpar algún neoplasma ovárico pequeño, concomitante con la retrodesviación y que esté situado en la porción inferior de la pelvis, o bien algún tumor inflamatorio que se halle en igual sitio. Ello no obstante, ha de hacerse la debida selección de las pacientes, procurando hacer el diagnóstico exacto y cerciorarse de que será posible el tratamiento por la vía vaginal. Luego de suprimir el estado morbozo concomitante y de llevar hacia delante el cuerpo uterino, se pensará en la manera de conservarlo en esa posición. Para ello, será bien acortar los ligamentos redondos por medio de alguno de los métodos que se ponen a la vista en las láminas 487 a 490, por más que la mayor parte de las veces sea más fácil hacer la ánterofijación del cuerpo uterino, elevando el plano de soporte úteropúbico en la pared uterina anterior hasta dejarlo bien arriba del eje uterino (Figs. 485 y 486).

De ordinario sólo es hacadera la operación intraperitoneal por medio de la colpotomía, cuando el parto ha efectuado previamente el estiramiento de la vagina, y por lo común no es sino la añadidura de alguna operación plástica vaginal.

La retrodesviación que se trata más convenientemente por el método extraperitoneal por vía vaginal, es aquella en que se puede llevar fácilmente el útero hacia delante, pero no se queda en esa posición a causa de la relajación del suelo pélvico y de los tejidos perivesicales. Cuando se presente tal estado y no haya complicaciones que requieran tratamiento quirúrgico, se corregirá fácilmente mediante la operación plástica vaginal que incluya la elevación del plano úteropúbico (Figs. 477 a 484) y la

reparación del suelo pélvico, operación que es también adecuada cuando la relajación es de poca cuantía y el pesario causa excesiva irritación.

Caso que hubiere cistocele concomitante, se recortarán las porciones excesivas de la pared vaginal y de los tejidos úteropúbicos subyacentes, según se verá en el capítulo XI.

El prolapso uterino requiere además el acortamiento de los ligamentos anchos relajados, según se dirá en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO IX

PROLAPSO DEL ÚTERO Y DE LA VEJIGA

De una parte a otra de la excavación pélvica se tienden dos capas de tejidos que sirven de sostén, una encima de la otra (Figs. 499 y 500), cada una de las cuales se inserta en la pared pélvica, en casi toda su circunferencia, de suerte que forma uno como diafragma fibromuscular que sirve a manera de cabestrillo, y cuya acción es así transversal como diagonal y ánteroposterior.

La capa (el "plano")¹, o diafragma inferior, está situada principalmente debajo de la vagina, y consta del músculo elevador del ano de cada lado, con su cubierta fascial, formada por la fascia rectovesical, que queda arriba, la fascia anal, que queda abajo, así como de los demás tejidos musculares y fasciales, situados adelante y atrás. En esa capa fibromuscular hay tres agujeros, de los cuales, el orificio anal está bien protegido por la señalada encorvadura del conducto rectal, y por los músculos esfintéricos superpuestos, que quedan abajo; el orificio uretral está protegido por la estrechez de la uretra y por su situación inmediatamente abajo del resistente arco óseo; en cambio, el orificio vaginal es la porción débil del suelo pélvico, si bien en circunstancias normales está bastante bien protegido: 1º, por quedar muy hacia delante, fuera de la zona de presión directa; 2º, por la dirección de la vagina, que está situada de manera que la presión intraabdominal antes ayuda a cerrarlo que a abrirlo, y 3º, por la capa fibromuscular situada arriba de él, y por el cuerpo del útero.

La capa, o el diafragma superior, queda arriba de la cavidad vaginal, y comprende dos segmentos: el segmento uterino y el segmento vesical, cada uno de los cuales consta de una víscera y de sus tejidos de sostén circunyacentes. Los soportes uterinos en la capa superior, son: 1º, hacia atrás, los tejidos úterosacos; 2º, a los lados, los ligamentos anchos, y 3º, adelante, las paredes vesical y vaginal, así como el tejido conjuntivo situado entre ellas (que comprende el "plano", o capa úteropúbica). Los soportes vesicales son: el tabique véscovaginal y las inserciones de tejido

¹ Creo, salvo mejor opinión, que es incorrecto el uso que se hace del substantivo *plano*, en anatomía, para designar las diversas capas de tejidos, superpuestas unas a otras. El substantivo *plano* es término de geometría, o de ingeniería, y tiene significado muy distinto al que se le quiere dar (véase el Diccionario de la Academia). Me parece mucho más adecuado el vocablo *capa*, que empleo para traducir en castellano la voz inglesa *plane* (que también me parece está mal empleada en inglés). (N. del T.)

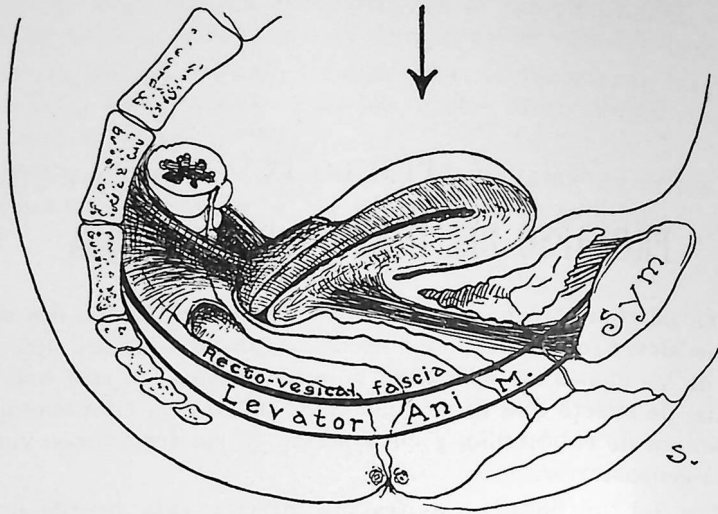


Fig. 499.—Diafragmas pélvicos superior e inferior; el grabado representa la acción anteroposterior a manera de cabestrillo de dichos diafragmas. En el diafragma superior, el cabestrillo anteroposterior está formado por los ligamentos úterosacros (atrás) y el plano fascial útero-púbico (adelante). En el diafragma inferior el cabestrillo anteroposterior está formado por los músculos elevadores del ano, la fascia contigua y los músculos suplementarios adelante y atrás.

Esta lámina indica también la acción de “deflexión” del cuerpo uterino, que recibe la presión intraabdominal sobre su cara posterior y la distribuye hacia los bordes del diafragma de sostén (?).

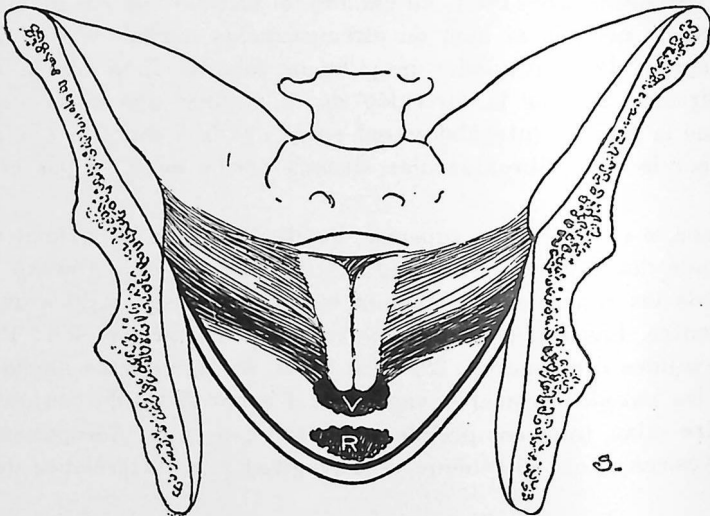


Fig. 500.—Dibujo que representa el diafragma superior y el inferior de la pelvis, en vista transversal. En el diafragma superior el cabestrillo transversal está formado por los ligamentos anchos y en particular por los fuertes tejidos de sostén que forman la porción inferior de dichos ligamentos. En el diafragma inferior el cabestrillo transversal está formado por los músculos elevadores del ano y por las fascias contiguas, que se ven aquí de manera diagramática.

conjuntivo, alrededor de él. Tanto el segmento uterino como el vesical están sostenidos, por su parte, por la capa inferior intacta.

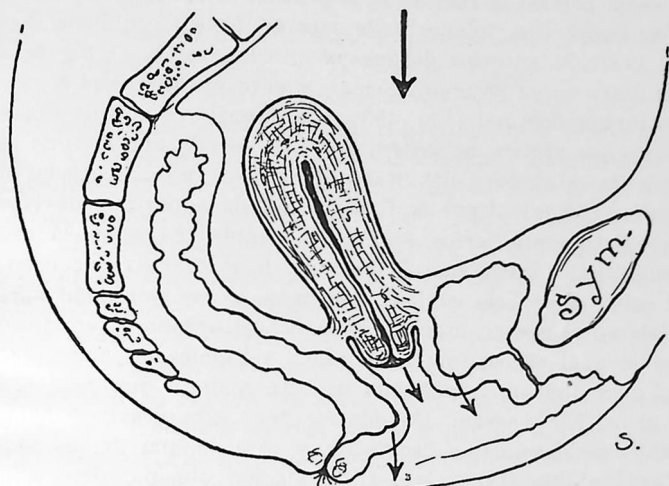


Fig. 501.—Perturbación del mecanismo desviador por la retrodesviación del cuerpo uterino y relajación concomitante del suelo pélvico. En tales circunstancias se presenta el prolapso con el decurso del tiempo, ya que no hay suficiente resistencia a la presión intraabdominal.

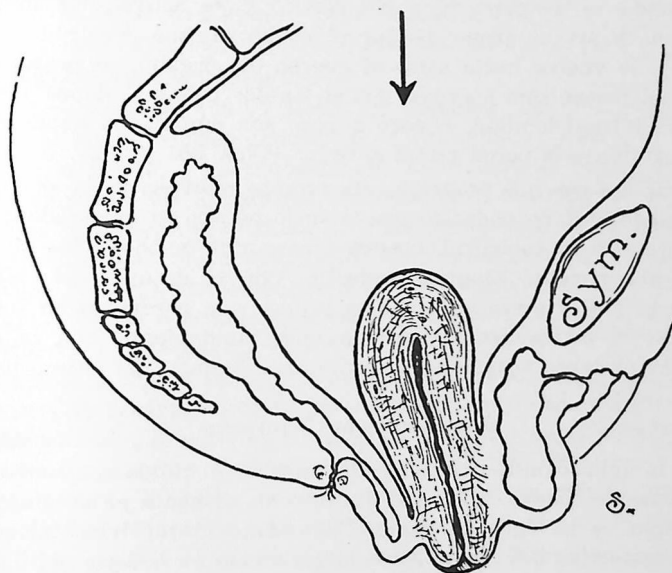


Fig. 502.—Prolapso del útero y de la vejiga. La presión intraabdominal propende a empujar más y más los órganos hacia fuera de la pelvis.

Además de estas dos fuertes capas de sostén, que resisten directamente la presión intraabdominal, hay otra circunstancia que tiene parte

muy principal en la conservación de la integridad del soporte pélvico, es a saber: el mecanismo desviador, en cuya virtud se desvía de la porción débil del suelo pélvico la fuerza de la presión intraabdominal, y se distribuye en las capas (los "planos") de soporte. Este mecanismo depende de la normal posición anterior del cuerpo uterino, de la siguiente manera: estando el útero en su posición normal, la cara posterior del órgano recibe la presión intraabdominal (Fig. 499), y la distribuye en una extensa área de las capas que sirven de sostén. De esta suerte, aun cuando esté considerablemente dilatado y debilitado el orificio vaginal, queda protegido de la presión abdominal por la firme y amplia superficie desviadora, situada inmediatamente arriba de él. Así, cuanto mayor es la presión de arriba hacia abajo, tanto más firmemente hace presión el cuerpo uterino protector sobre el orificio vaginal. Aun más, al ser empujado hacia abajo y hacia delante el cuerpo uterino, el cuello del órgano es empujado hacia atrás, con lo cual se estiran las paredes vaginales en dirección ántero-posterior, y se juntan, impidiendo de esta manera aun más el que sobresalga el orificio vaginal. Cuando el útero está desviado hacia atrás, se perturba ese mecanismo desviador, y esta es una de las razones de por qué es tan importante la retrodesviación uterina, pues además de los trastornos y las complicaciones que acarrea, padece menoscabo el antedicho mecanismo desviador, lo cual, en el período fecundo de la vida de la mujer, suele ocasionar tarde o temprano la pérdida del soporte pélvico. Cuando se desgarran el suelo pélvico y se estiran los ligamentos úterosacros hasta el grado de que el cuello uterino descienda en gran manera, y se vuelva hacia atrás el cuerpo del órgano, se desintegra totalmente el mecanismo en cuya virtud las dos capas ("planos") resisten la presión intraabdominal, y poco a poco son empujados hacia abajo el útero, la vejiga y la pared rectal anterior (Figs. 501 y 502).

La rapidez con que progresa este proceso morboso varía en gran manera. Cuando el daño padecido por el suelo pélvico es moderado y los tejidos conservan su tonicidad, pueden transcurrir muchos años sin que la paciente experimente ninguna molestia. Con el decurso del tiempo, al paso que la mujer crece en años los tejidos van perdiendo su tonicidad, y entonces el estiramiento progresa más rápidamente, con lo cual se presenta el prolapso acaso diez o veinte años después del último parto.

Denominaciones equívocas

Con la aplicación del término "ligamento" al tejido conjuntivo situado en ciertas regiones cercanas al útero, se da origen a no poca confusión. Por ejemplo, se ha dado en llamar "ligamento úteropélvico" al conjunto de tejido conectivo que se extiende lateralmente en la base del ligamento ancho de cada lado (designásele también "ligamento cardinal"), y a la porción que se extiende hacia delante, debajo de la vejiga, se le da el nombre de "ligamento úteropúbico" y "fascia úteropúbica", los cuales términos son muy usados al describir los diversos métodos de tratamiento quirúrgico del prolapso uterino. Por otra parte, se alega que no hay

ningún ligamento ni fascia alguna en esas áreas de tejido conectivo, y que las operaciones que se apoyan en tejidos tan ficticios son tan eficaces como por las nubes.

Sin inmiscuirnos en las minucias de la cuestión, podemos presentar nuestras conclusiones fundadas en la experiencia:

1ª Se han llevado a efecto minuciosos estudios de cortes microscópicos de las antedichas áreas de tejido conectivo en la pelvis normal, sin hallar ningún tejido que presente los caracteres anatómicos de un verdadero ligamento (cordón de tejido muscular, o firme tejido conectivo), ni de la fascia anatómica (lámina de denso tejido fibroso). En cambio, al efectuar la disección en mujeres que padecieron señalado prolapso uterino, no pocas veces se hallan en el tabique véscovaginal dilatado, porciones condensadas de tejido conectivo, que se pueden separar en capas bastante distintas, y las cuales pueden ser extirpadas, unidas con suturas, o sobrepuestas, según se desee, al ejecutar la operación.

Normalmente no hay en las áreas de tejido conectivo mencionadas, ningún ligamento ni fascia alguna, según el sentido que en anatomía se da a dichos vocablos. Ello no obstante, en circunstancias anormales, v. gr., en el prolapso, sucede a veces que el tejido conectivo hiperplásico se condensa en una o más capas semejantes a fascia delgada. Así, pues, al hablar de la anatomía normal es incorrecto dar el nombre de "ligamento", o "fascia", al laxo tejido conectivo situado en tales áreas, pero nos parece ajustado a razón el denominar "capa fascial", o "fascia delgada" a la capa condensada de tejido morbos, o anormal, que se halla algunas veces en las pacientes que padecen prolapso.

2ª Además de lo que va dicho, los vocablos "ligamento" y "fascia" llevan en sí cierto sentido fisiológico, puesto que expresan el concepto de soporte, o sostén, y es probable que esto fuera el origen de que se hubieran empleado los antedichos términos para designar los tejidos dilatados que se reparan al efectuar el tratamiento quirúrgico del prolapso. Es de lamentar que esta denominación fisiológica de un grupo de tejidos haya llegado a convertirse en término anatómico, que se emplea para significar el tejido conectivo que es tan sólo una de las circunstancias que concurren a suministrar el sostén.

La restauración de los tejidos de sostén situados debajo de la vejiga, ha menester la reparación de la pared vesical, del tejido conjuntivo y de la pared vaginal dilatados en exceso. Para restaurar la estructura que sirve de sostén al útero, es preciso reparar el tejido conectivo y la pared vaginal adyacente dilatados por extremo, en la capa pélvica superior de sostén, así como reparar la capa inferior (suelo pélvico).

3ª Para poner en claro lo concerniente a los términos anatómicos y a la uniformidad en la descripción de los pormenores del acto quirúrgico, conviene ceñir el sentido del término "ligamento", para significar los ligamentos anchos y úterosacros. La denominación "ligamento ancho" comprende el grupo de tejidos que se tienden lateralmente desde cada lado del útero; por otra parte, los tejidos que conciernen particularmente al

cirujano en el tratamiento quirúrgico del prolapso, son el tejido conjuntivo y la pared vaginal superyacente. Los tejidos que se dilatan en el cistocele y que han de ser reconstruídos al efectuar el tratamiento quirúrgico de dicho estado morbos, pueden ser designados convenientemente con el término "plano úteropúbico", dando al vocablo "plano" el significado de superficie plana, o conjunto plano de tejidos que sirven de sostén¹. Los tejidos de que consta el tabique úteropúbico, son: la pared vaginal, el tejido conectivo y la pared vesical. Caso que se hallaren capas anormales de fascia (o pseudofascia, Trad.), pueden ser designadas como tales, y se aprovecharán en la operación quirúrgica, según se desee. Con todo, conviene usar términos claros e inconfundibles al hacer la descripción de estas complicadas operaciones, para lograr la uniformidad.

CLASIFICACIÓN DE LAS OPERACIONES

La confusa multitud de operaciones que se emplean para el tratamiento quirúrgico del prolapso del útero y de la vejiga, es la consecuencia de diversas circunstancias. En el período de desenvolvimiento del tratamiento quirúrgico de este complejo estado morbos, se trató de hallar la solución del problema de diversas maneras (por las vías abdominal y vaginal), y cada cirujano ponderaba los méritos de algún particular tejido, además de que muchas operaciones llevaban tan sólo el nombre de su inventor. Por otra parte, otros cirujanos hicieron algunas variaciones a los diversos métodos, las cuales se denominaban "operación de fulano, o de zutano" (el nombre de quien ideó la variación) para el tratamiento del prolapso y, según queda dicho, se aumentaba la confusión al fundar las descripciones de los diversos métodos en tejidos ficticios de dudosa integridad anatómica.

Para meter el orden en esta batahola y poner en claro las diversas variedades de operaciones, era de todo punto necesario hacer la clasificación de acuerdo con los tejidos que se aprovechan, y según la manera de aprovecharlos, clasificación que intentamos efectuar en la segunda edición de esta obra, según explicamos en el prefacio de la misma.

Para proyectar metódicamente el tratamiento quirúrgico del prolapso, han de tenerse en la memoria ciertos principios y ha de llevarse la mira puesta en determinado fin; éste varía un tanto en las diversas clases de patientas, y los métodos para lograr tales fines varían también

¹ En efecto, el substantivo español *plano* (o el inglés *plane*), vale *superficie plana*, esto es, superficie llana, lisa, sin estorbos ni tropiezos, pero la voz *superficie* da de sí el sentido de tan sólo dos dimensiones, que son longitud y latitud, sin profundidad, lo cual es por entero distinto de lo que se quiere significar. No creo haya ninguna necesidad de introducir mayor confusión, concediendo a vocablos sentidos que no les pertenecen, cuando hay otras voces que expresarían con suma claridad el concepto. Tenemos, por ejemplo, las dicciones *capa*, *estrato*, *diafragma*, "*cincho*", *pared*, *tabique*, etc., que vendrían muy a propósito. Particularmente adecuada me parece la voz *tabique*, si bien no le hallo ninguna objeción al término *cincho pélvico* que emplean algunos anatomistas o ginecólogos. De aquí en adelante emplearé indistintamente estas dos denominaciones, aunque, por apearme al original, pondré de cuando en cuando entre paréntesis el término *plano*, empleado por el autor. (N. del T.)

según los diferentes estados morbosos; de manera que, no hay una sola operación que sea adecuada para todas las pacientes.

En primer lugar, es preciso traer a la memoria el que la reparación del suelo pélvico relajado es parte de casi todas las operaciones que se ejecutan para la corrección del prolapso uterino, lo cual ha de estar sobrentendido, aun cuando no siempre se mencione específicamente.

Las demás disposiciones quirúrgicas encaminadas a curar el prolapso del útero y de la vejiga, pueden clasificarse en dos grupos: el uno incluye aquellas operaciones que no impiden la preñez subsecuente; el otro comprende las que sólo son factibles cuando se excluye por entero la futura gestación. En cada grupo hay operaciones vaginales y abdominales, según se verá en la siguiente tabla. La clasificación que en ella se da indica las principales variaciones tocante a los tejidos que se aprovechan, así como las diversas maneras de ejecutar la operación para corregir el prolapso del útero y de la vejiga, además de la reparación del suelo pélvico relajado que se requiere en todo caso.

CLASIFICACIÓN ANATÓMICA DE LAS OPERACIONES PARA CORREGIR EL PROLAPSO

Se conserva la función reproductiva	{	A. Operaciones vaginales	{	I. Acortamiento de los ligamentos anchos, y elevación y reparación del tabique úteropúbico ("operación plástica del ligamento ancho").	
				II. Acortamiento de los ligamentos redondos.	
		B. Operaciones abdominales		III. Acortamiento de los tejidos úterosacros.	
				IV. Acortamiento de los ligamentos redondos.	
				V. Acortamiento de los tejidos úterosacros.	
				VI. Elevación y reparación del tabique úteropúbico, desde arriba.	
Se destruye la función reproductiva	{	A. Operaciones vaginales	{	Aprovéchase el útero para sostén	
				{	VII. Interposición subvesical del cuerpo uterino.
					VIII. Amputación del cuerpo uterino, con interposición subvesical del cuello.
				{	CIérrase la vagina (colpocleisis)
					IX. Fijación subpúbica del cuello uterino.
		X. Cierre parcial de la vagina.			
		B. Operaciones abdominales	{	{	XI. Cierre total de la vagina.
					XII. Histerectomía con forcipresión previa, seguida de ligadura.
				{	Extírpase el útero
					XIII. Histerectomía por medio de la ligadura previa.
XIV. Sutura del cuerpo uterino a la pared.					
{	Fijación del útero a la pared abdominal				
	XV. Implantación del cuerpo uterino en la pared.				
{	{	{	XVI. Histerectomía supravaginal, con fijación alta del cabo (muñón) cervical.		
			XVII. Histerectomía total, con fijación alta de la bóveda (fórnix) vaginal.		

TÉCNICA DE LAS OPERACIONES

La reparación del suelo pélvico, que es parte de casi todas las operaciones para el tratamiento del prolapso, será descrita en el capítulo XI, y a continuación relataremos los demás tiempos quirúrgicos que se ejecutan en el tratamiento del prolapso del útero y de la vejiga, poco más o menos en el mismo orden en que se mencionaron en la anterior clasificación, pero no es menester describir pormenorizadamente y por separado cada procedimiento, ya que algunos de ellos son ya anticuados y, por tanto, basta mencionarlos en la clasificación; otros son tan sólo diversos tiempos de operaciones combinadas que constituyen el método quirúrgico que se emplea en el día de hoy.

Para mayor claridad, sencillez y eficacia, conviene reducir las descripciones pormenorizadas al menor número posible de operaciones y variaciones que sean compatibles con el tratamiento eficaz de las diversas variaciones que presente cada grupo. Para mejor entendimiento, creemos acertadas las siguientes anotaciones.

En el período fecundo de la vida de la mujer, cuando conviene conservar la función de la reproducción, ha de preferirse la "operación plástica del ligamento ancho", a no ser que haya algún estado inflamatorio, o de otra índole, que requiera la operación abdominal, y caso que hubiere cervicitis crónica concomitante, fácil será tratarla por medio de la escisión cónica. La complicación de la hernia de la excavación rectouterina (enterocele posterior) se corrige efectuando hasta más arriba el despegamiento del suelo pélvico, y obliterando el saco de la hernia, según se dirá más abajo en este propio capítulo, al hablar de la hernia de la excavación rectouterina. Esta "operación plástica del ligamento ancho" es también excelente para ser ejecutada en pacientes que pasaron ya el período fecundo de la vida, salvo que hubiera alguna circunstancia especial que requiriese otro procedimiento.

El acortamiento de los ligamentos redondos por vía vaginal sirve principalmente para corregir la retrodesviación, pero a las veces conviene ejecutarlo junto con la operación plástica de los ligamentos redondos en el período fecundo de la vida, para que ayude a sostener hacia delante el cuerpo uterino pesado. El acortamiento de los tejidos úterosacros por vía vaginal fué uno de los métodos que sirvieron para el desenvolvimiento del tratamiento quirúrgico eficaz del prolapso, pero en el día de hoy no es preciso ejecutarlo como disposición reparadora, ya que en la operación plástica, cuando se juntan los tejidos del ligamento ancho delante del cuello uterino, se efectúa incidentalmente considerable acortamiento de los antedichos tejidos úterosacros.

Conviene a veces la operación abdominal en el período fecundo de la vida, cuando hay algún tumor inflamatorio, o alguna otra lesión concomitante, y en este caso, después de tratar el susodicho estado morbooso que hizo necesaria la operación abdominal, puede el cirujano valerse de

uno o más métodos de los que se mencionan en el lugar correspondiente de la tabla de clasificación.

En las pacientes que pasaron ya la menopausia, no tropieza el cirujano con la dificultad de procurar la conservación de la función reproductiva, y en tales casos bien será aprovechar el útero para que sirva de sostén a la vejiga y a otros tejidos, o si fuere necesario se hará la extirpación de él. En general, se puede decir que es señaladamente ventajoso conservar el útero, a no ser que algún estado morbozo de él haga necesaria su extirpación, ya que al retener dicho órgano se hace menos complicada la operación y se tiene además un conjunto firme de tejido que sirva de sostén, cosas que son ambas a dos de mucha entidad en mujeres de edad proveya, en quienes es tan frecuente el notable prolapso del útero y la vejiga.

En estas pacientes de edad madura es adecuada las más de las veces la operación plástica de los ligamentos anchos. Cuando el cistocele de grado considerable es el pormenor más importante, probablemente se obtengan efectos más permanentes si se ejecuta la operación de interposición. Esta interposición subvesical del cuerpo uterino suministra un conjunto de tejido firme que sirva de sostén a la vejiga, en lugar de fiarse tan sólo en la unión de tejidos dilatables. Los otros procedimientos coadyuvantes que se mencionan en la clasificación (amputación del cuerpo uterino e interposición subvesical del cuello, fijación subpúbica del cuello uterino), son tan sólo manipulaciones especiales que se ejecutan con el fin de aprovechar el útero para sostén, en circunstancias especiales.

El cierre de la vagina (colpocleisis), claro está, sólo ha de emplearse cuando no sea menester ninguna disposición para que se efectúe el coito; siendo una operación superficial, se puede ejecutar fácilmente con anestesia local y suele ser muy eficaz para evitar el prolapso del útero y de la vejiga; se ejecuta en pacientes entradas en años, en quienes, por alguna circunstancia, no convienen las operaciones complicadas para el tratamiento del prolapso.

Tocante a la histerectomía, se puede decir que ha dejado de ser ya el tratamiento quirúrgico del solo prolapso uterino, y que el perfeccionamiento de la cirugía permite corregir, sin necesidad de extirpar el útero, el prolapso no complicado de la matriz y de la vejiga, sea cual fuere su magnitud. Cuando hay complicaciones de tal naturaleza que hacen imperioso el extirpar el útero que ha padecido prolapso, es de preferir la histerectomía vaginal, a no ser que haya alguna enfermedad concomitante que requiera la operación abdominal. El tratamiento del útero varía según las circunstancias: cuando es normal la matriz atrófica y son propicias las circunstancias (presupuesto el que haya sido necesaria la operación abdominal a causa de la apendicitis crónica, de algún neoplasma ovárico, o de otra lesión ajena del útero), puede fijarse firmemente el órgano a la pared abdominal, o si fuere preciso, se le implantará en dicha pared. Si ésta está relajada, o hay gran relajación de los tejidos pélvicos,

bien puede suceder que con la fijación del fondo uterino, o con la implantación de éste en la pared abdominal, no se logre suprimir la flojedad de los tejidos y, por tanto, antes de efectuar dicha fijación ha de calcularse bien el efecto que se lograría tocante a la corrección del prolapso.

De ordinario los estados morbosos que han menester la operación abdominal, requieren también la histerectomía supravaginal, en el cual caso se hace la fijación alta del cabo, o muñón cervical, a los pedículos o cabos de los ligamentos anchos. En casos excepcionales es acertado el fijar a la pared abdominal el cabo cervical, y si por razones especiales fuere preciso el ejecutar la histerectomía total, se hará la fijación alta del fórnix vaginal cerrado, a los pedículos pélvicos, y en ocasiones es bien fijarlos en la pared abdominal.

Clasificaremos para su descripción los pormenores de la técnica debajo de las siguientes operaciones, dos de las cuales convienen en el período fecundo de la vida, y las demás son adecuadas para las mujeres que ya pasaron la menopausia:

Conservación de la función reproductiva

- I. Operación plástica de los ligamentos anchos.
- II. Operación abdominal.

Supresión de la función reproductiva

- III. Operación por interposición.
- IV. Colpocleisis.
- V. Histerectomía vaginal.
- VI. Fijación abdominal del útero (ventrofijación).
- VII. Histerectomía abdominal.

CONSERVACIÓN DE LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

I. Operación plástica de los ligamentos anchos (acortamiento de los ligamentos anchos por vía vaginal, y reparación del tabique úteropúbico)

(CONOCIDA TAMBIÉN CON EL NOMBRE DE OPERACIÓN DE DONALD, FOTHERGILL Y DE MANCHESTER)

Es por demás interesante rastrear el origen y desenvolvimiento de esta operación que tiene tantas denominaciones y que tanto se ha generalizado. En la actual operación perfeccionada se cifran dos linajes de estudios y experiencias quirúrgicos, uno de los cuales tiene su principio y origen en la sutura de la pared vaginal que hacían los primeros ginecólogos. En instructivo artículo (*Am. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 26, pág. 667, 1933), Shaw, de Manchester, Inglaterra, hace las siguientes apuntes:

“Marshall Hall, de Londres, según parece, fué el primero que propuso el estrechamiento de la vagina, pero no hay noticias de que haya llevado a efecto la operación. En 1831, Heming ejecutó la operación en la pared vaginal anterior, y fué imitado por Kilian, Marion Sims, Emmet, Savage, Aveling, Morton y Gaillard Thomas, cada uno de los cuales hizo alguna variación y dijo haber alcanzado bastante buen éxito.

“Marion Sims, en la edición de 1886 de su célebre libro, asienta que en el tratamiento del prolapso del útero hay tres operaciones de donde escoger: 1ª, la amputación del cuello; 2ª, las operaciones perineales, y 3ª, el estrechamiento de la vagina por medio de la denudación en forma triangular de su pared anterior, según la ejecutaban Emmet y el propio Sims.

“Hegar, Simon, Emmet, Martin, etc., pusieron por obra operaciones en la pared posterior y en el perineo; Huguier, Coupil, Sims, etc., amputaron el cuello, pero según parece nadie combinó estas tres operaciones hasta que algunos miembros del cuerpo médico del Hospital para Mujeres adjunto a la Universidad de Berlín, y Donald, de Manchester, de manera independiente, empezaron a llevarla a efecto en 1888.

“Los fracasos antecedentes (de la sutura de la pared vaginal: colporrafia) convencieron a Donald de que sólo podría alcanzarse buen suceso cuando se lograra el estrechamiento de la vagina haciendo la sutura así de los tejidos profundos como de los superficiales.

“En época posterior, Fothergill introdujo la variación de hacer el corte de la colporrafia anterior en forma de triángulo de base ancha cerca del cuello, y haciendo una incisión circular alrededor de éste combinó la amputación del órgano con la colporrafia anterior. Esta fué tan sólo una variación a la técnica de la operación primitiva de Donald, pero le sacaba a ésta la ventaja de poner mejor a la vista los importantes tejidos situados en la base de cada ligamento ancho, y suprimía la porción de tejido vaginal que se dejaba a manera de puente entre las suturas cervicales y la colporrafia anterior.”

De esta suerte, la operación perfeccionada incluía la sutura profunda y el acortamiento de los tejidos de los ligamentos anchos, con lo cual llegó a ser un método eficaz bastante generalizado. Con todo, la denominación “colporrafia” era inadecuada, ya que dicho término denota tan sólo la sutura de la pared vaginal, además de que su descripción se limitaba únicamente a la sutura de dicha pared. No fué sino hasta 1915 cuando Fothergill describió en un artículo (*Am. Jour. Surg.*, Vol. 29, 1915), la operación de la colporrafia e hizo un diseño especial de la denudación por medio de la cual se extirpaba la pared vaginal excesiva, pero sin mencionar los ligamentos anchos ni el tejido conectivo úteropúbico, sino poniendo toda la atención en el denudamiento vaginal y en la sutura subsiguiente de la herida de la vagina, según se pone de manifiesto en las figuras 503 a 508, tomadas del artículo original. La escisión de la

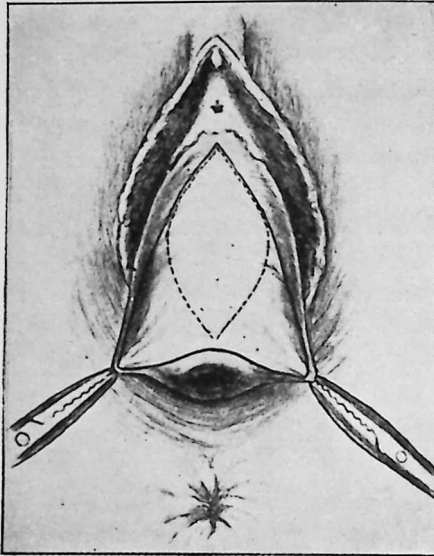


Fig. 503

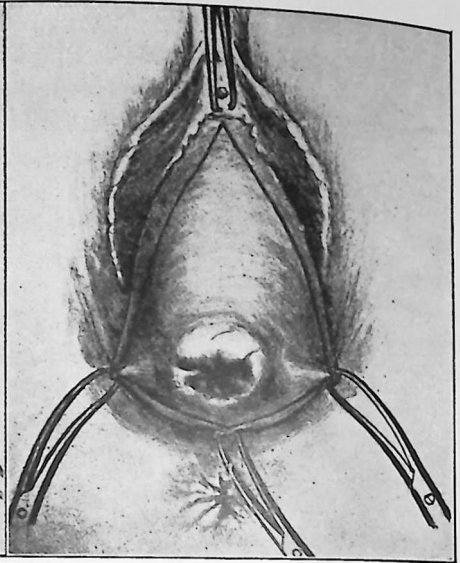


Fig. 504

Fig. 503.—Colporrafia sin amputación del cuello uterino. La línea punteada indica la incisión usual. La línea negra, la incisión de Fothergill.

Fig. 504.—Colporrafia combinada con la amputación del cuello uterino (Fothergill: *Amer. Jour. Surg.*)

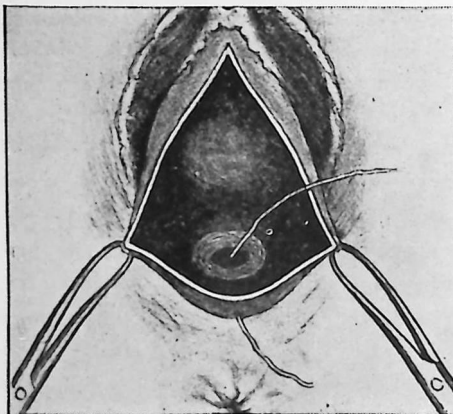


Fig. 505

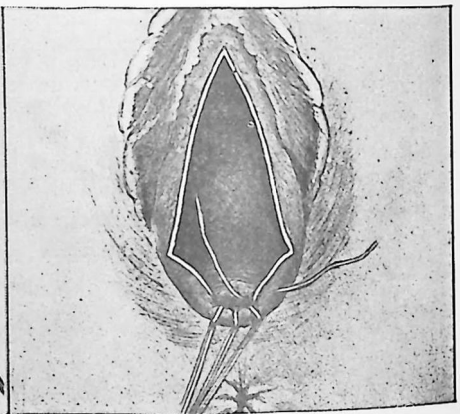


Fig. 506

Fig. 505.—Colporrafia combinada con la amputación del cuello uterino: se extirparon en un solo conjunto la porción triangular de pared vaginal y el cuello y se hizo ya la primera puntada por entre el conducto cervical y las paredes uterina y vaginal.

Fig. 506.—Se hicieron y anudaron ya las tres primeras puntadas, cuyos cabos se dejan largos y sirven para hacer tracción hasta terminar la sutura del muñón cervical (Fothergill: *Amer. Jour. Surg.*)

pared vaginal se extiende hasta las porciones muy laterales de la bóveda, y las más de las veces se efectúa la escisión del cuello uterino junto con la denudación vaginal. Luego de hacer ésta, se unen las paredes vaginales acortadas en la línea media y alrededor del cuello uterino denudado. No obstante el que la descripción de esta operación se dedica privativamente a la denudación y la sutura de la pared vaginal y del cuello, los buenos efectos logrados con ella indican que se efectúa en gran manera el acortamiento de los ligamentos anchos y la reparación de los tejidos profundos del tabique ("plano") úteropúbico, que son los dos pormenores importantes que se incluyen incidentalmente, de manera más o menos eficaz en las diferentes operaciones, y que dependen del método de que se vale cada cirujano para poner a la vista los tejidos y efectuar la sutura. Probablemente muchos operadores pasen adrede las puntadas por entre

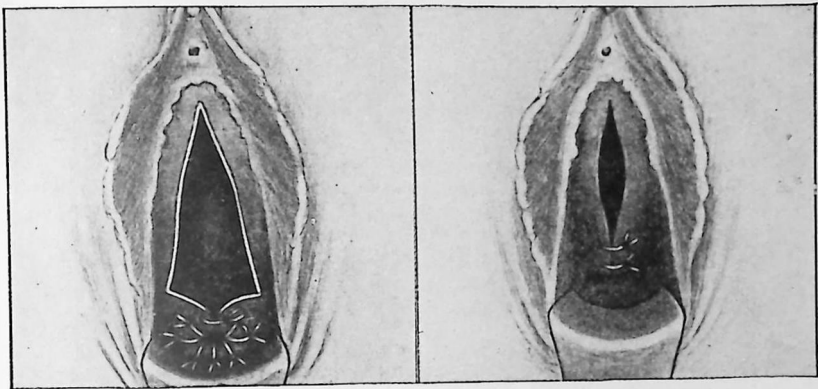


Fig. 507

Fig. 508

Fig. 507.—Colporrafia combinada con la amputación del cuello, después de terminar la sutura del muñón cervical; se hizo ya y se anudó la primera puntada con que se unen los bordes de la herida.

Fig. 508.—Después de hacer y anudar algunas otras puntadas; no es ya visible el cabo cervical, que queda hacia arriba y hacia atrás, en la concavidad del sacro, con lo cual queda la matriz en ánteroversión. (Fothergill: *Amer. Jour. Surg.*)

los tejidos profundos. En hecho de verdad, un eminente cirujano australiano, partidario de la operación, aconseja se haga una sutura especial con el fin de incluir los tejidos en la región de los ligamentos anchos.

La experiencia nos enseña desde mucho ha, que la colporrhafia (sutura de la pared vaginal) no suministra sostén duradero contra la presión. Fué precisamente la elasticidad de la pared vaginal reconstruída por medio de la colporrhafia, según la ejecutaron los primeros ginecólogos, lo que hizo menester el que se emprendieran minuciosos estudios encaminados a descubrir la mejor manera de cómo incluir en la sutura los fuertes tejidos profundos de sostén. La resultancia de tan vastas investigaciones llevadas a efecto por multitud de investigadores y que requirieron largo tiempo, fué el método que se describirá adelante, con-

sistente en acortar los ligamentos anchos, y en elevar y reparar el tabique úteropúbico. Los efectos permanentes que se logren con la operación de Fothergill, o con cualquier otro método de denudación y sutura, dependen de la estricta observancia de estos dos requisitos esenciales, que ni siquiera se mencionan en el artículo de Fothergill; en cambio, el método punto desventajoso. El tiempo indebidamente largo que se gasta en la operación, tal como la he visto ejecutar, se puede reducir notablemente valiéndose de algún método menos complicado y enfadoso para hacer el despegamiento de la pared vaginal.

Las otras investigaciones que condujeron a la eficaz operación plástica vaginal que se ejecuta en el día de hoy, fueron aquellas que se enca-

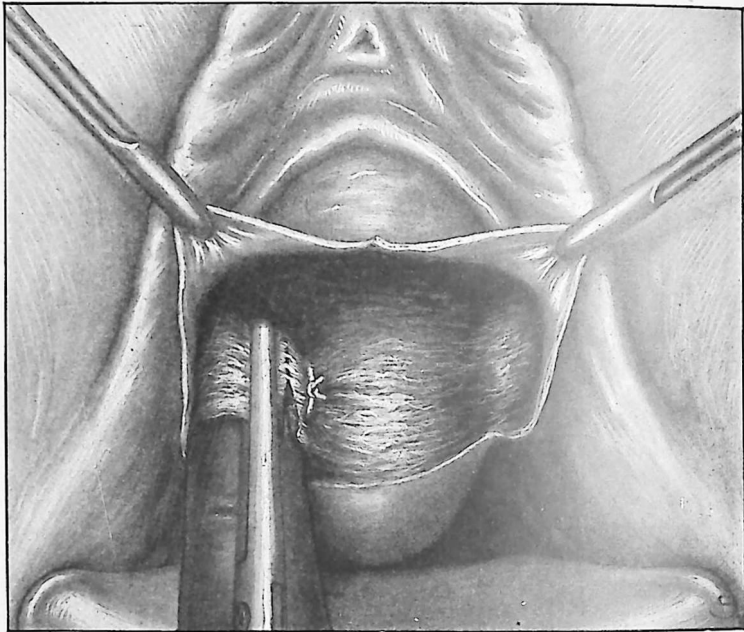


Fig. 509.—Acortamiento de los ligamentos anchos por medio de la división de ellos antes de hacer la coaptación (método de Hertzler-Dudley).

minaron a indagar cuáles eran los principales tejidos de sostén que padecían menoscabo en el prolapso uterino, con el fin de efectuar la reparación de cada uno de ellos.

Los *ligamentos anchos* son los tejidos más principales que dan sostén al útero, en el tabique (“plano”) pélvico superior. La parte más importante de los tejidos de sostén de cada ligamento ancho radica en la porción inferior, que forma un resistente conjunto de tejidos que se extienden desde el cuello uterino hacia los lados y hacia arriba, hasta la pared pélvica (Fig. 500). Siempre que se presenta el prolapso del útero, estos fuertes tejidos de cada lado se estiran hasta alcanzar indebida

longitud, lo cual tiene que suceder, pues de lo contrario no sería posible que se hundiese el útero y se presentase el prolapso. De lo que es lícito inferir que para lograr la corrección permanente de dicha anomalía, ha de llevarse a efecto el importantísimo tiempo consistente en acortar como es debido la porción resistente de cada ligamento ancho, lo cual se logra haciendo la mera coaptación de las porciones inferiores de los sobredichos ligamentos delante del cuello uterino, o bien por medio de la división y la superposición de ellos delante del cuello.

El primer método fué ideado en 1903 por Aleksandroff (*Russk. Vrack*, San Petersburgo, Vol. 11, 1903) y el segundo (Figs. 509 y 510) en 1906, y de manera independiente, por Dudley (*Jour. Am. Med. Ass.*, Vol. 47, 1906) y Hertzler (*Jour. Am. Med. Ass.*, Vol. 48, 1907). Esto último es un

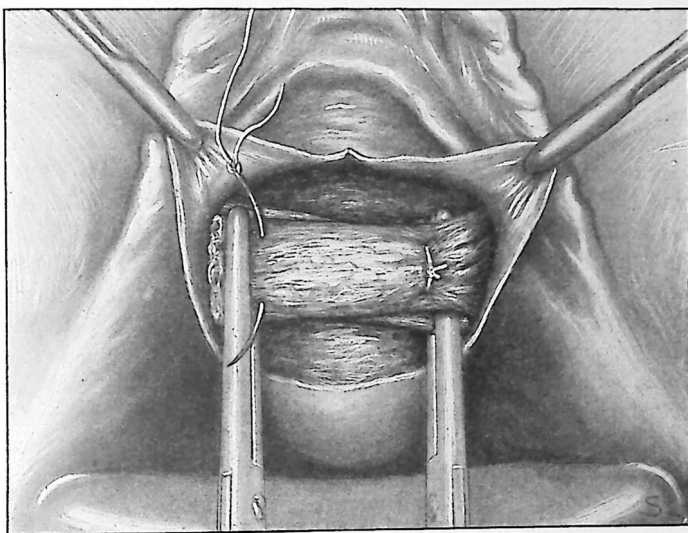


Fig. 510.—Entrecruzamiento de ambos ligamentos anchos delante del cuello uterino, los cuales se suturan a éste.

ejemplo más del extraordinario suceso de dos hombres de ciencia que, sin tener el uno conocimiento del otro, inventan al mismo tiempo operaciones casi idénticas.

En un trabajo que presentó Hertzler a la Sociedad Médica del Sur de Kansas, en abril de 1906, describió esta operación, luego de estudiar los ligamentos en la disección de cuarenta cadáveres de mujeres adultas y de varias criaturas recién nacidas, y tras de ejecutar su operación en cuarenta y seis pacientes, en los cuatro años precedentes.

Dudley describió su método en un artículo que leyó en la Junta de la Asociación Médica Americana en junio de ese mismo año, luego de estudiar por varios años la manera de utilizar los ligamentos anchos en el prolapso uterino y en la hysteromiectomía, hasta perfeccionar la operación consistente en dividir las porciones inferiores de los antedichos

ligamentos, desligándolos del útero, y unir los cabos en la porción anterior del cuello uterino.

El *tabique* ("plano" de sostén) *úteropúbico* consta de la pared vaginal, del tejido conjuntivo contiguo y de la base de la vejiga. En las notables perturbaciones que ocasiona el parto y cuya consecuencia mediata es el prolapso de la vejiga, padece menoscabo el soporte que ofrece el tabique úteropúbico, de la siguiente manera: en primer lugar, se desvía hacia abajo su inserción uterina, esto es, hacia el extremo del cuello, y en segundo lugar, se dilatan, o estiran excesivamente los tejidos en todas direcciones. La *desviación hacia abajo* del extremo uterino se corrige reponiendo la inserción del tabique úteropúbico en las porciones superiores del útero, lo cual es un tiempo importante en el tratamiento quirúrgico del prolapso de la vejiga, que ayuda también a corregir el prolapso del útero, ya que, al insertarse en el propio lugar la pared vaginal y las capas de tejido conjuntivo, arriba del eje uterino, se coopera con ello a conservar el cuerpo del órgano hacia delante, y el cuello hacia atrás. Hadra, de Texas, advirtió desde 1879 esta desviación hacia abajo y la necesidad que había de efectuar la elevación, lo cual puso de manifiesto en un interesante e instructivo artículo (*Am. Jour. Obst.*, Vol. 22, 1889). Desde aquel entonces se perfeccionó poco a poco la operación, hasta llegarse a la técnica eficaz que se emplea en el día de hoy para elevar la inserción uterina del cincho ("plano") úteropúbico de sostén, cuyo *estiramiento excesivo* se corrige extirpando las porciones redundantes, y restaurando de esta manera el "cabestrillo", o cincho de sostén láterolateral, debajo de la vejiga. Martin, de Alemania, en su libro publicado muchos años ha, hizo patente la importancia de este cincho de sostén y la necesidad de corregir su relajación por medio de la coaptación de determinadas porciones de él. Frank y Ward, y muchos otros investigadores han publicado otros artículos acerca de la estructura anatómica y de las operaciones quirúrgicas en esta región, cooperando al perfeccionamiento del método de sutura-coaptación que se emplea hoy en día. Rawls y Neel idearon independientemente el método de imbricación, o superposición, por medio del cual se despegan de la pared abdominal las capas fasciales morbosas (seudofascias, Trad.) de tejido conectivo, y se hace la superposición de las porciones excesivas. Al principio parecieron ajustados a razón los principios anatómicos y mecánicos en que se fundaba este método de superposición, pero luego de ejecutarlo por algún tiempo optamos nuevamente el sencillo método de coaptación que será descrito más abajo, el cual logra los efectos deseados en menos tiempo y con menor perturbación de los tejidos. Ello no obstante, en circunstancias excepcionales puede ser provechosa la imbricación.

Cosa averiguada es que tanto la pared vaginal como los tejidos profundos son de mucha entidad como tejidos de sostén, y que aprovechándose de alguno de ellos o de ambos, se logran efectos permanentes en la corrección quirúrgica del prolapso. La operación plástica de los ligamentos anchos consiste en el despegamiento y la reunión por medio de pun-

tadas de los tejidos de sostén relajados, y se funda en los dos principios esenciales de todas las operaciones para el tratamiento quirúrgico del prolapso uterino y vesical, conviene a saber: 1º, llevar hacia arriba y hacia atrás el cuello uterino, y 2º, restablecer el sostén debajo de la vejiga. En esta operación, suprimiendo la relajación transversal de los tejidos estirados alrededor del cuello, incluso la pared vaginal y las porciones subyacentes de los ligamentos anchos, se logra el primer efecto; lo segundo se consigue suprimiendo la relajación transversal del tabique véscico-vaginal relajado, por medio de la denudación de una gran área y de la sutura láterolateral de la pared vaginal y del tejido conectivo subyacente. Para restablecer el sostén debajo de la vejiga, es preciso suprimir la relajación ánteroposterior, pero de tal manera que no tire del cuello uterino hacia el orificio vaginal. En el día de hoy, se logran los antedichos efectos hermanando las doctrinas originadas por diversos investigadores, y combinándolas en la operación relativamente sencilla de denudación y sutura que abajo se describirá. Al estudiar los diversos tiempos de la operación y las láminas, ha de tenerse en la memoria el objeto en que se lleva puesta la mira.

TÉCNICA

Efectúase la dilatación del conducto cervical, y si fuere necesario, se hará con la cucharilla la exploración de la cavidad uterina, con el fin de excluir del diagnóstico la neoplasia maligna. A continuación se pone por obra la operación plástica encaminada a acortar los ligamentos anchos, y elevar y reparar el cincho úteropúbico, de la siguiente manera:

- 1º Despégase de la vejiga la pared vaginal.
- 2º Sepárase del útero la vejiga.
- 3º Se pone a la vista la porción inferior de cada ligamento ancho.
- 4º Efectúase la escisión del cuello.
- 5º Extírpase la porción excesiva de pared vaginal y de tejido conectivo.
- 6º Se hacen las puntadas profundas.
- 7º Anúdanse las puntadas profundas.
- 8º Termínase la sutura.
- 9º Se repara el suelo pélvico.

1º **Despégase de la vejiga la pared vaginal.**—Para empezar este tiempo conviene hacer con las tijeras un pequeño corte en la porción anterior del cuello (Fig. 511), después de lo cual introdúcense las tijeras de punta obtusa entre la pared vaginal y la vejiga. Clavando las tijeras cerradas en corto trecho, debajo de la pared vaginal, y abriéndolas luego (Figs. 511 a 513), se hace rápidamente y sin peligro el despegamiento, hasta donde sea necesario efectuar la separación en la línea media. Para no lastimar la pared vesical, se dirige la punta roma de las tijeras hacia la cara inferior de la pared vaginal. Hecho esto se divide esta última, según sea necesario, para facilitar la operación (Fig. 513). En terminando

el despegamiento en la línea media, se desechan las tijeras y se continúa hacia los lados la separación de la pared vaginal, con ayuda de una compresa de gasa (Fig. 514) enrollada en el dedo. Este despegamiento lateral ha de continuarse hasta que se pueda levantar la vejiga, según se ve en la figura 515.

Si se prefiere, puede empezarse el despegamiento de la pared vaginal, haciendo con el bisturí una incisión en la línea media, y continuarla según se pone de manifiesto en las figuras 548 y 549. Algunos cirujanos prefieren el método de Fothergill, y dibujan primero el área triangular, después de lo cual principian el despegamiento en la porción superior del triángulo, y continúan hacia abajo.

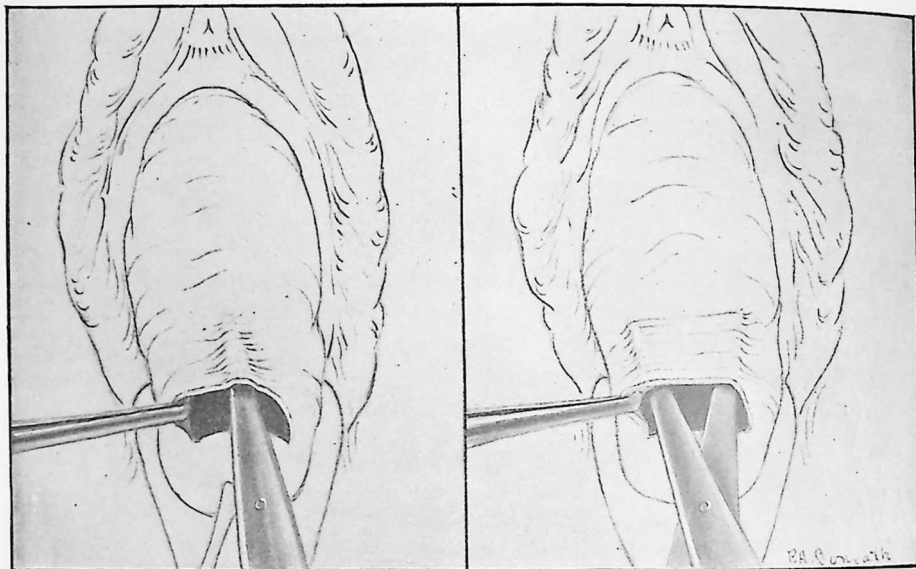


Fig. 511

Fig. 512

Fig. 511.—Comienzo de la separación de la pared vaginal: con las tijeras se hizo una abertura en la pared que queda sobre el cuello, y con la punta de las tijeras de punta roma se están despegando de la vejiga la sobredicha pared vaginal y la fascia úteropúbica.

Fig. 512.—Después de introducir las tijeras cerradas, se abren, y así se continúa rápidamente el despegamiento con instrumento sin filo hasta donde sea necesario (véase el texto). (Estos dibujos fueron publicados en un artículo del autor *senior*, en *Surgery, Gynecology and Obstetrics*.)

Al separar de la vejiga la pared vaginal, bien puede suceder que se halle el tejido conectivo hiperplásico que hay de por medio, convertido en una o más capas condensadas, u hojas delgadas de fascia (seudofascia, Trad.). Si se desea, al cerrar la herida se hace la imbricación transversal de estas hojas de tejido condensado, tal como se hace en la superposición de Rawls-Neel.

2º **Sepárase del útero la vejiga.**—En las porciones laterales es fácil despegar del cuello la vejiga, pero en la línea media suele estar sostenida

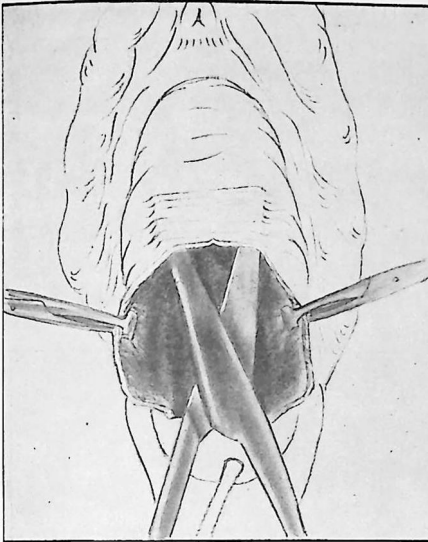


Fig. 513

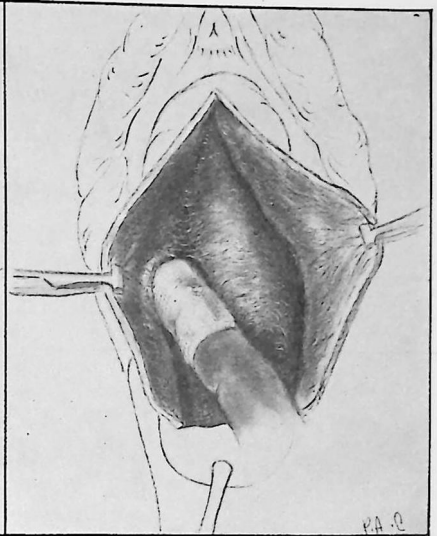


Fig. 514

Fig. 513.—Según va siendo necesario, se divide la pared vaginal despegada, para facilitar su separación más arriba.

Fig. 514.—Se despegó ya y se dividió en la línea media la pared vaginal junto con la fascia útero-púbica. En el lado izquierdo de la paciente se hizo ya el despegamiento alrededor de la vejiga, el cual se está haciendo en el lado derecho, con el dedo cubierto con gasa.

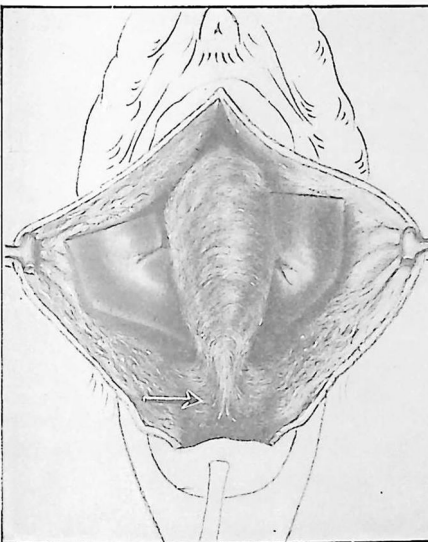


Fig. 515

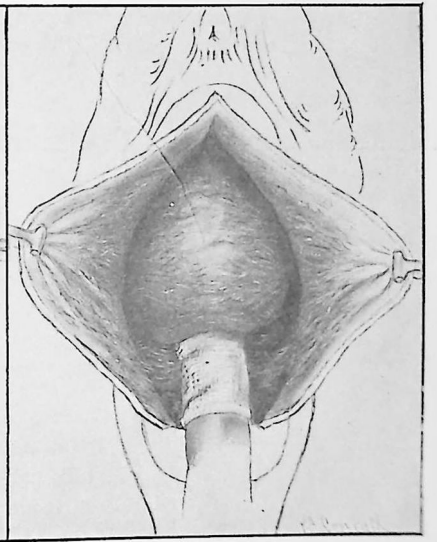


Fig. 516

Fig. 515.—Con los dedos se levanta la vejiga para identificar las fibras vésicouterinas que hay que cortar para facilitar el despegamiento de la vejiga y el útero. La flecha indica el sitio seguro para hacer dicho corte, esto es, cerca de la pared uterina.

Fig. 516.—Después de dividir las fibras vésicouterinas que se ven en la figura 515, es fácil despegar del útero la vejiga, con un pedazo de gasa enrollada en el dedo. Este despegamiento se continúa hasta la región del repliegue peritoneal vésicouterino, y entonces se introduce un separador para apartar la vejiga y llevar a efecto el siguiente tiempo (Fig. 517).

por algunas fibras de tejido conjuntivo, que es preciso dividir con las tijeras o con el bisturí. La flecha de la figura 515 señala este conjunto de fibras, que ha sido apellidado ligamento úterovesical, y para cuya identificación se estira, según se ve en la lámina, y se divide cerca del cuello, después de lo cual, con ayuda de la compresa de gasa se despega fácilmente del útero la vejiga (Fig. 516), hasta el repliegue véscouterino de peritoneo.

3º Se pone a la vista la porción inferior de cada ligamento ancho.—Haciendo la separación con ayuda de la gasa, se despega lateralmente la pared vaginal, junto con el tejido subyacente, después de lo cual se

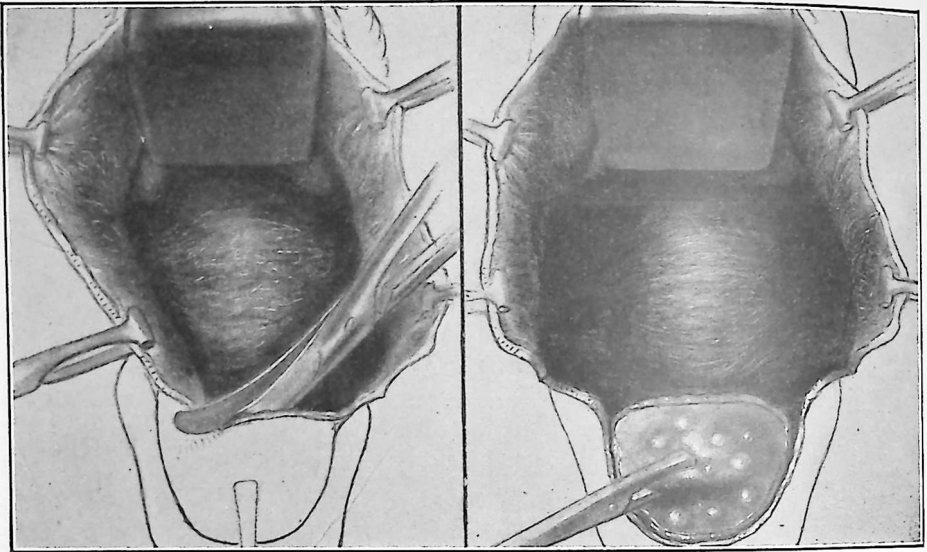


Fig. 517

Fig. 518

Fig. 517.—Se hizo ya el despegamiento lateral de la vejiga, de manera que se pudieran apartar hacia arriba la base vesical y los uréteres, con ayuda del separador. Se descubre aún más la porción inferior de cada ligamento ancho, primero mediante el despegamiento con la gasa, y luego por medio de la división de la pared vaginal a un lado del cuello.

Fig. 518.—Cuando es preciso hacer la escisión cónica del cuello a causa de la desgarradura y de la cervicitis, se puede efectuar convenientemente según se ve en el grabado. Para ello se continúa la incisión alrededor del orificio cervical, de manera que se incluya el tejido viaciado, que se extirpa en forma de cono, según se ve en la figura 519.

divide con las tijeras (Fig. 517), con el fin de poner muy a la vista la porción inferior de cada ligamento ancho. Este despegamiento, llevado muy hacia cada lado del cuello uterino, así como la escisión de la pared vaginal excesiva, permiten el acortamiento de los ligamentos anchos al anudar las puntadas delante del cuello.

4º Escisión del cuello uterino.—Muchas pacientes de prolapso padecen cervicitis crónica, y en casi todas ellas está tan alargado o dilatado el cuello uterino, que si se dejara sobresaldría hacia delante y causaría molestias. Por tanto, es acertado extirpar casi siempre la tercera parte,

o la mitad de él, lo que se logra fácilmente continuando hacia atrás la incisión, alrededor del cuello (Fig. 518), y extirpando luego una porción cónica (Fig. 519).

Para tirar de la membrana mucosa vaginal hacia el conducto cervical, sin obstruirlo, son convenientes las puntadas de Sturmdorf (Figs. 403 a 405), cuyo efecto hemostático es más perceptible cuando los puntos de entrada y de salida de la aguja quedan bien separados (Fig. 403). Esta puntada se hace en la porción posterior, y se anuda, con lo cual se tira

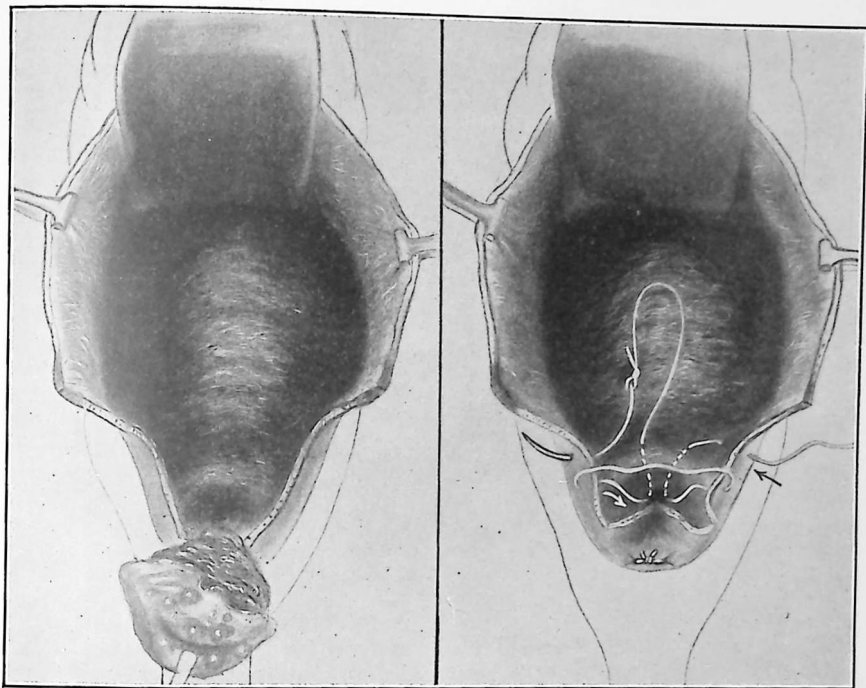


Fig. 519

Fig. 520

Fig. 519.—Extirpación de la porción cónica del cuello, con lo cual se suprime el tejido dañado y se acorta el cuello.

Fig. 520.—Después de extirpar la porción cónica de tejido cervical viciado, se hacen las puntadas de Sturmdorf (abajo se ve la puntada posterior ya anudada, y arriba se está haciendo la anterior). Después de anudar dichas puntadas, queda vuelto hacia dentro el colgajo anterior; a continuación se da una o dos puntadas más en cada lado para cerrar las porciones laterales. El resto de la operación se efectúa de la manera acostumbrada.

hacia dentro, de la membrana mucosa (Fig. 520). La puntada anterior de Sturmdorf es un tanto complicada a causa de que ha de incluir los dos colgajos: empíezase en el lado izquierdo de la paciente (Fig. 520), se pasa por entre el colgajo vaginal y el cuello, y se saca la aguja por la parte profunda de la porción en forma de embudo de éste; se pasa luego de dentro a fuera, por entre el colgajo vaginal izquierdo, y luego de fuera a dentro, por entre el colgajo vaginal derecho; después de dentro a fuera,

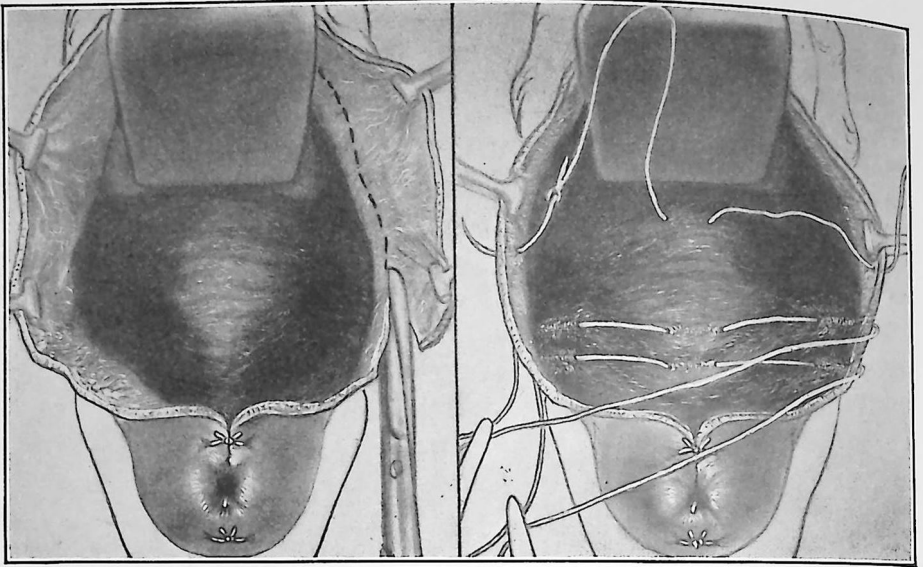


Fig. 521

Fig. 522

Fig. 521.—Se recorta el exceso de pared vaginal y de tejidos adheridos. El recortamiento se empieza en el ángulo lateral de la herida y se continúa hacia delante, hasta el extremo anterior de la herida vaginal.

Fig. 522.—Las dos puntadas anteriores son las principales, con que se sostiene la pared vaginal recortada y los tejidos contiguos de los ligamentos anchos, e incluyen también la pared uterina. Al anudarse estas puntadas se acortan los ligamentos anchos, los cuales quedan unidos delante de la matriz, con lo cual se forma un fuerte sostén del útero. Las puntadas superiores, de las cuales se está haciendo la primera, elevan la pared vaginal y la fijan a la porción superior del útero, según se ve en la figura 525.

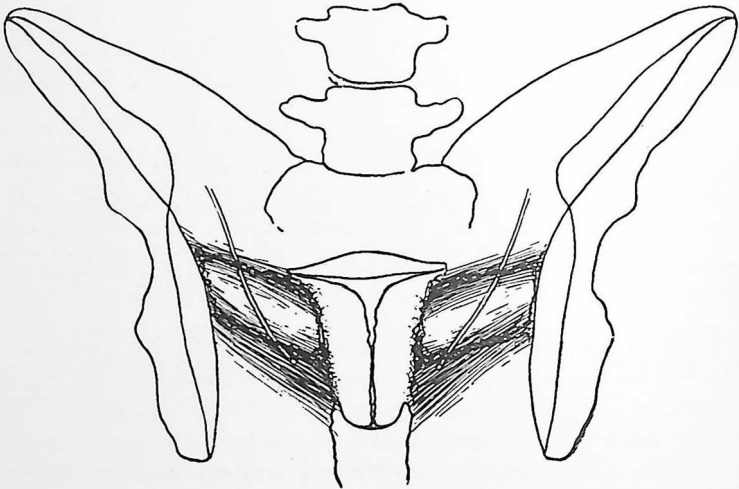


Fig. 523.—Dibujo que representa la situación de los uréteres y de los grandes vasos en los ligamentos anchos, lo cual se ha de tener en la memoria al suturar y plegar los tejidos laxos.

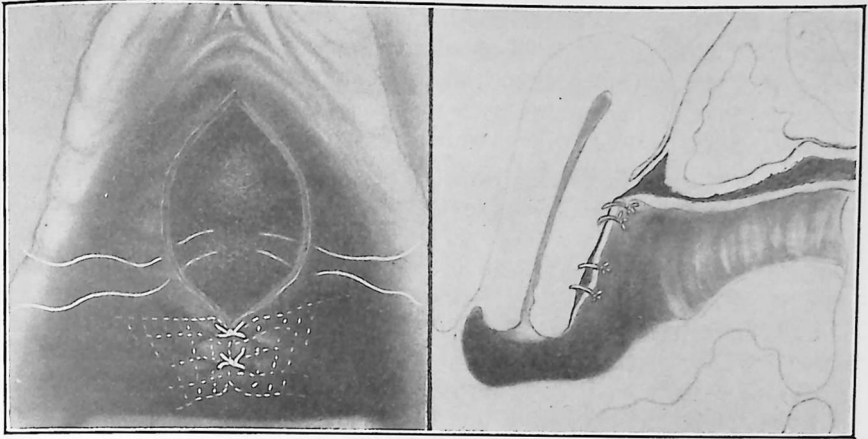


Fig. 524

Fig. 525

Fig. 524.—Después de anudar las puntadas principales, se unen los bordes recortados de la pared vaginal y los ligamentos anchos subyacentes; con esto se forma un cabestrillo de sostén debajo del útero. Ya se hicieron las dos puntadas con que se eleva la pared vaginal, pero aun no se han anudado.

Fig. 525.—Corte ánteroposterior, en el cual se ven anudados los puntos con que se eleva la pared vaginal (véanse en el texto los pormenores de la operación).

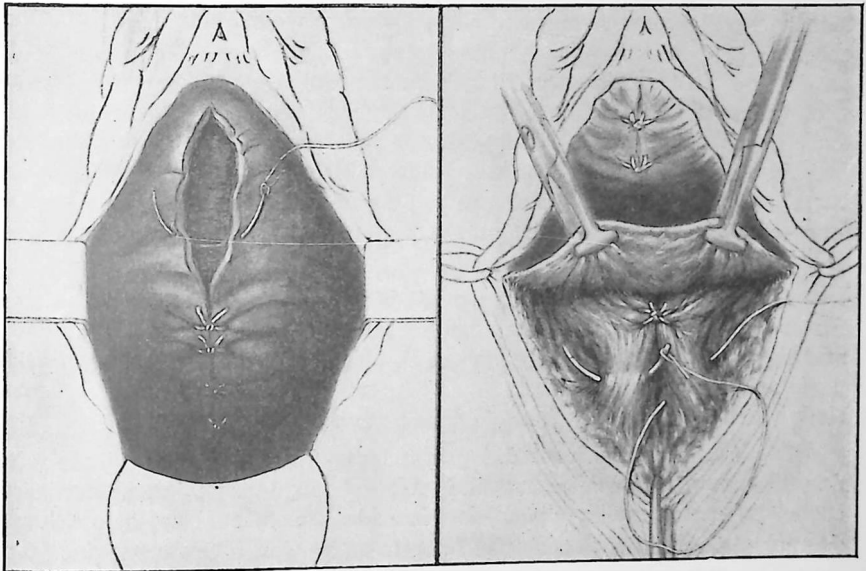


Fig. 526

Fig. 527

Fig. 526.—Los dos nudos de cabos largos indican las dos puntadas con que se eleva la pared vaginal; se cerró ya la porción posterior de la herida, y se está cosiendo la porción anterior.

Fig. 527.—En todas las operaciones para corregir el prolapso es muy importante la eficaz reparación del suelo pélvico.

por entre la porción cónica del cuello, y por último, de dentro a fuera, por entre el colgajo vaginal derecho. Al anudar esta puntada, junta los dos colgajos vaginales, y tira de la membrana mucosa hacia la porción cónica del cuello, con lo cual suele cohibirse la hemorragia. Si fuere menester, para efectuar la hemostasis o la mejor coaptación, se hará una o dos puntadas más.

5º Extírpase la porción excesiva de pared vaginal.—A continuación recórtanse con las tijeras las porciones excesivas del colgajo vaginal, en cada lado (Fig. 521), pero dejando suficiente tejido para que puedan, sin ponerlos en tensión, coserse los bordes en la línea media; ello no obstante, se evitará el dejar demasiado flojos los tejidos reparados. Por lo común la escisión se hace desde el límite lateral de la incisión lateral que se hizo en el cuello, directamente hacia delante, hasta el extremo anterior del corte que se hizo en la línea media (Fig. 521). Si al suturar la porción anterior de la incisión, se ve que están aún bastante flojas las porciones anteriores de los colgajos, se pueden recortar aún más, según sea necesario.

6º Se hacen las puntadas profundas.—Con estos puntos se unen las paredes vaginales recortadas y los ligamentos anchos, delante del útero, y abarcan los colgajos de cada lado, parte de los tejidos profundos de los ligamentos anchos y de la porción anterior del útero. Al anudar las puntadas, las inferiores colocan delante del cuello uterino la porción inferior de los ligamentos anchos, y las superiores elevan la pared vaginal sobre la cara anterior del órgano. Estas últimas se apoyan firmemente en la pared uterina anterior, inmediatamente abajo del repliegue peritoneal véscouterino empujado hacia arriba, poco más o menos en la mitad de la longitud del útero. El propósito de insertar la pared vaginal en una porción alta del útero, es sostener hacia delante el cuerpo uterino y acortar al mismo tiempo la pared vaginal, con el fin de suprimir la flojedad ánteroposterior, y suministrar un buen punto de apoyo debajo de la vejiga (Fig. 525).

Antes de anudar cualquiera puntada se hacen todos los puntos profundos. Al incluir en las puntadas posteriores los tejidos del ligamento ancho, ha de tenerse en la memoria la posición de los uréteres y de los principales vasos sanguíneos (Fig. 523), con el fin de no acercarse demasiado a ellos.

7º Anúdanse las puntadas profundas.—Antes de anudar las puntadas, se empujan hacia dentro el útero, y hacia atrás y hacia arriba el cuello, hasta colocarlo en posición adecuada, con lo cual se inclina hacia delante el cuerpo del órgano. Hecho esto se anudan los cabos, principian-do en las puntadas posteriores y continuando hacia delante (Figs. 524 y 525).

8º Termínase la sutura.—En anudando las puntadas profundas, pueden hacerse puntos superficiales que incluyan tan sólo los colgajos vaginales, según sean necesarios para cerrar totalmente la herida (Fig. 526).

Cualquiera puntada superficial que sea menester para efectuar la coaptación alrededor del cuello uterino, ha de hacerse antes de que se reponga en la pelvis el útero, con el fin de anudar las puntadas profundas. Si al empezar la sutura de la porción anterior de la herida, se ve que los colgajos quedan aún muy flojos, se recortarán aún más, hasta donde sea necesario, antes de hacer los puntos de coaptación (Fig. 526).

9º Reparación del suelo pélvico.—Según queda dicho, en todo tratamiento quirúrgico del prolapso uterino es preciso reparar el suelo pélvico (Fig. 527), y caso que hubiere rectocele, se hará también la reparación de éste, según se dirá en el capítulo XI. Otra complicación que ha de ser reconocida y tratada es la hernia de la excavación rectouterina (enterocele posterior), de lo cual hablaremos más abajo en este capítulo.

II. Operación abdominal (conservando la función reproductiva)

Cuando en la mujer que se halla en el período fecundo de la vida, va acompañado el prolapso de alguna complicación que haya menester la operación abdominal, es a veces acertado el tratar también el prolapso por dicha vía, empleando algún método especial, en añadidura de la reparación usual del suelo pélvico. Las disposiciones quirúrgicas que pueden emplearse para este fin, y que no impiden la preñez subsecuente, son: 1º, acortamiento de los ligamentos redondos; 2º, acortamiento de los tejidos úterosacros por la vía abdominal, y 3º, elevación y reparación de la pared vaginal anterior, por la vía abdominal.

1º Acortamiento de los ligamentos redondos por la vía abdominal.—En el capítulo antecedente describimos la técnica para efectuar el acortamiento de los ligamentos redondos por esta vía. El método que haya de emplearse depende del estado en que se hallen los tejidos de la pelvis y de las demás disposiciones quirúrgicas que se requieran.

2º Acortamiento de los tejidos úterosacros por la vía abdominal.—A causa de la situación profunda de los tejidos úterosacros, y de la gran atenuación de éstos que a menudo se manifiesta, es difícil cualquiera operación quirúrgica en dichos tejidos. Para ejecutar convenientemente la operación es necesario colocar a la paciente en posición exagerada de Trendelenburg, y desembarazar totalmente la pelvis de convoluciones intestinales. La técnica primitiva de Bovée es de interés histórico, pero en la práctica resulta muy complicada y dilatada; en cambio, el sencillo método de Noble (Figs. 528 y 529) sólo efectúa la unión peritoneal y, por tanto, no es suficientemente fuerte ni duradera. Para que sea eficaz el acortamiento de los ligamentos úterosacros, ha de cumplir la técnica todos sus requisitos: en primer lugar, ha de efectuarse la unión subperitoneal de los tejidos, ya que la mera unión peritoneal se estira con suma facilidad. En segundo lugar, la operación ha de durar relativamente poco tiempo, ya que las más de las veces es tan sólo uno de los diversos tiempos de la operación quirúrgica, con la cual se espera restablecer el estado nor-

mal de los órganos pélvicos. Es siempre necesario hacer el acortamiento de los ligamentos redondos, que ayuden a sostener hacia delante el cuerpo uterino, y con frecuencia es también menester el extirpar un ovario,

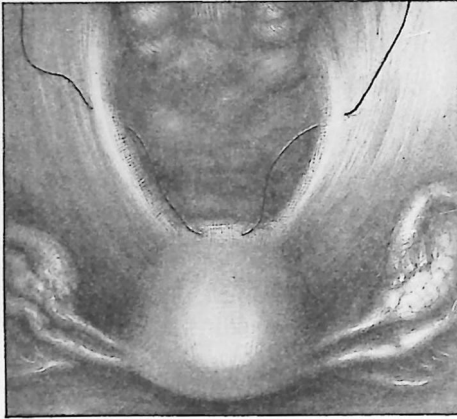


Fig. 528

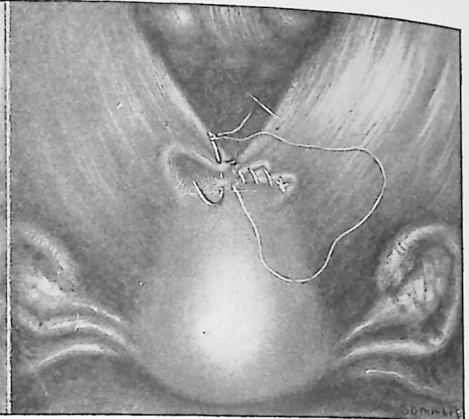


Fig. 529

Fig. 528.—Técnica de Noble. Se hizo ya la puntada con que se efectúa el acortamiento sin dividir el peritoneo; esta puntada única abarca los dos ligamentos úterosacos y la cara posterior del cuello uterino, y se hace la escarificación de las superficies que han de unirse.

Fig. 529.—Después de anudar la puntada con que se efectúa el acortamiento, la cual se hace con hilo de seda o de lino; conviene además coser con catgut la porción floja de los ligamentos a la cara posterior del cuello, según se ve en el grabado. Los ligamentos se fijan bien abajo, en la cara posterior del cuello.

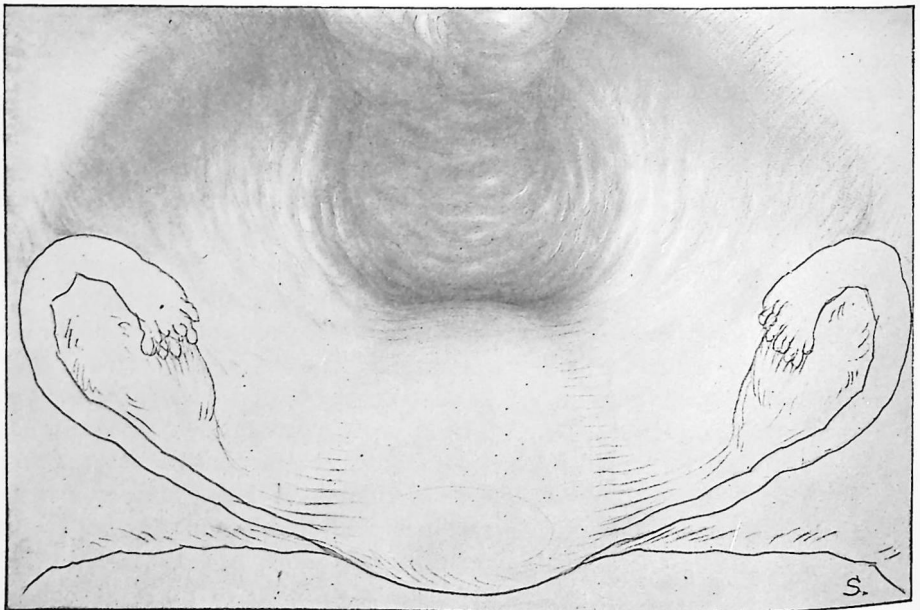


Fig. 530.—Dibujo que representa la región retrouterina, cuando todos los tejidos están tan laxos, que no quedan huellas de los ligamentos úterosacos.

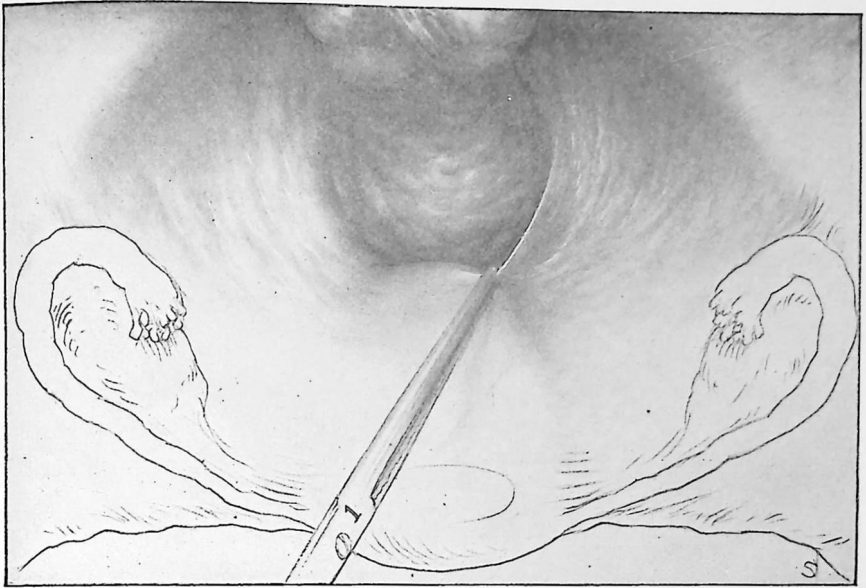


Fig. 531.—Acortamiento de los tejidos úterosacros, según la técnica de Young. Con las pinzas colocadas de esta manera, se hace tracción.

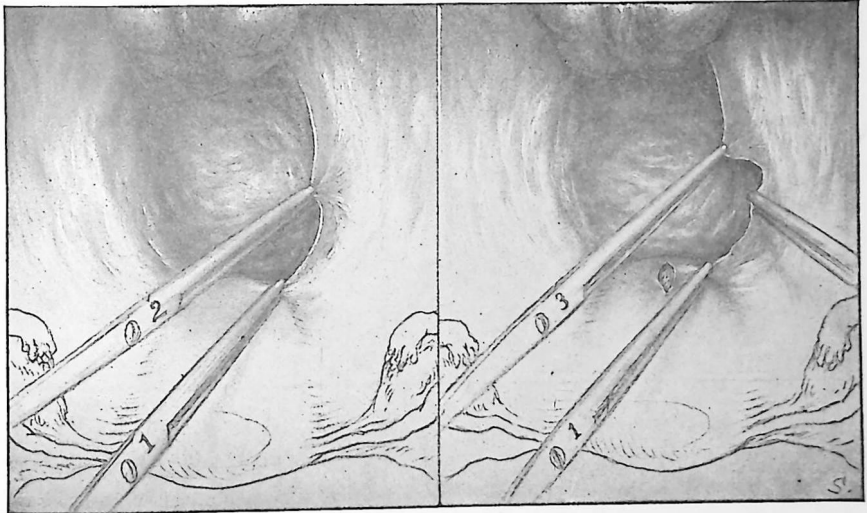


Fig. 532

Fig. 533

Fig. 532.—Se colocaron ya las segundas pinzas, con las cuales se estiran los tejidos laterales de la excavación rectouterina.

Fig. 533.—Se colocan las terceras pinzas y con ellas se estiran los tejidos que quedan alrededor del recto.

o una trompa uterina, extirpar el apéndice y reparar el suelo pélvico, y si bien es cierto que cada una de estas operaciones se ejecuta con bastante brevedad, también lo es que la operación total roba sin sentirlo tiempo

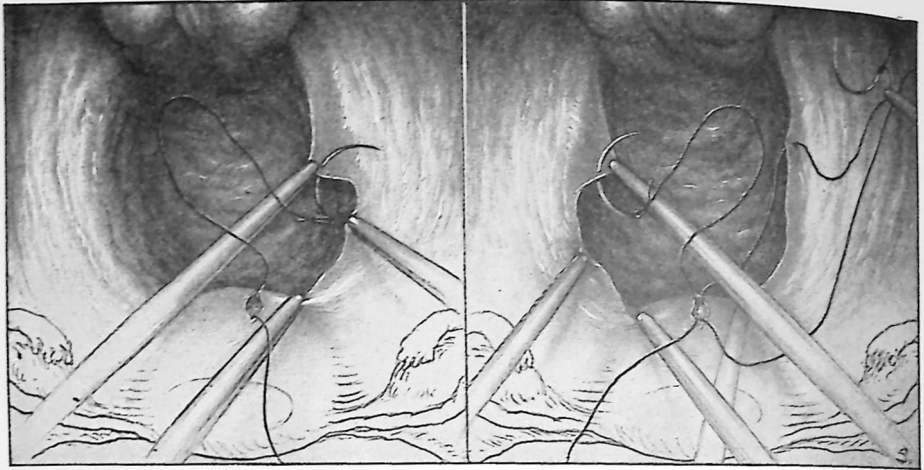


Fig. 534

Fig. 535

Fig. 534.—Se hizo la incisión en la cara posterior del cuello uterino y se dió la primera puntada.

Fig. 535.—La primera puntada en el otro lado.

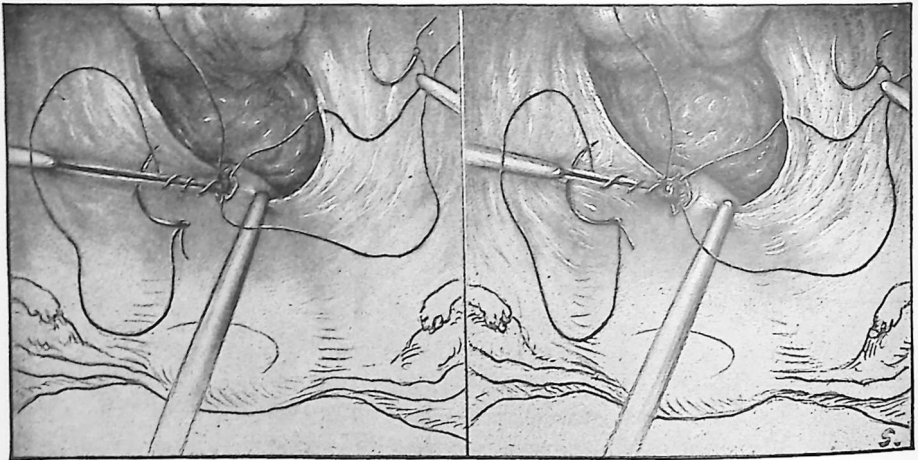


Fig. 536

Fig. 537

Fig. 536.—En el lado derecho se anudó ya la primera puntada que acortó los tejidos úterosacos, y se están cosiendo las porciones excesivas de tejido.

Fig. 537.—Espacio parcialmente obliterado al anudar los cabos de la primera porción de la sutura, se está cosiendo la última porción.

considerable, que a veces pasa de una hora, con lo cual se aumenta el choque y se acrecientan los peligros, si por acaso alguna de las funciones vitales es defectuosa.

En las pacientes que han menester el acortamiento de los tejidos úterosacros, se estiran y atenúan de tal manera los ligamentos úterosacros, que casi se borran del todo, y en la región de la excavación rectouterina excesivamente dilatada sólo se ven superficies lisas y relajadas (Fig. 530) sin rastros perceptibles de los antedichos ligamentos. En tales circunstancias, la labor del cirujano consiste, en hecho de verdad, en construir nuevos ligamentos, aprovechando los tejidos relajados de la región. Con este fin, Young (*Surg., Gynec. and Obst.*, septiembre, 1919) ideó un método eficaz que, con leves variaciones, se puede ejecutar con bastante rapidez, de la siguiente manera:

a. Estando la paciente en posición exagerada de Trendelenburg, los intestinos fuera de la pelvis y el cuerpo uterino tirado hacia delante, poniendo a la vista la excavación rectouterina ("fondo de saco" posterior), se coge con pinzas en el lado izquierdo el peritoneo de la porción inferior del útero (Fig. 531), y haciendo tracción del instrumento, se hace que sobresalgan dicha membrana serosa y los tejidos subyacentes del lado izquierdo (Fig. 531), los cuales se cogen un poco más abajo (más hacia un lado) con las pinzas N^o 2 (Fig. 532). Haciendo entonces tracción con las pinzas N^o 2, se hace que resalgan los tejidos posteriores, los cuales se comprimen con las pinzas N^o 3 (Figs. 532 y 533).

b. Córtase entonces el peritoneo sobre el extremo inferior del útero (Fig. 533), y con una puntada se coge una buena porción del tejido subperitoneal que se descubrió al hacer el corte, la cual puntada se pasa después por entre el tejido que comprimen las pinzas N^o 3, poco más o menos a 2.5 centímetros del recto (Fig. 534). Apártanse entonces con unas pinzas los cabos largos de esta puntada, en la cual se deja la aguja, mientras se hace otra puntada semejante en el lado derecho (Fig. 535).

c. Luego de hacer la puntada del lado derecho se anudan al punto los cabos, con lo cual se llevan la pequeña faja de peritoneo y los tejidos subyacentes hacia la incisión subperitoneal (Fig. 536). Hecho esto, se sutura en dos o tres tiempos el ojal de tejido laxo así formado (Figs. 536 a 538).

d. Anúdase entonces la puntada izquierda, formando así el ligamento izquierdo, y el ojal de tejido laxo que queda se sutura y se fija hacia abajo, con varias lazadas (Figs. 539 y 540). Se coge entonces con pinzas el peritoneo del ángulo inferior de la herida, y se sutura hacia delante, para cubrir todas las superficies cruentas (Figs. 540 y 541).

Al ejecutar esta operación ha de tenerse cuidado de colocar la inserción de los nuevos ligamentos en una porción bastante baja del cuello uterino, debajo del principal sostén de los ligamentos anchos, que sirve un tanto a manera de punto de apoyo. Si se hace esto debidamente, la tracción hacia atrás y hacia arriba que hacen los nuevos ligamentos, inclina hacia delante el fondo uterino; en cambio, si la inserción queda demasiado alta, la tracción es menos provechosa, ya que pone mayor esfuerzo a los ligamentos redondos acortados subsecuentemente. Estando tan es-

tirados los tejidos posteriores, es fácil hacer juicio erróneo respecto del sitio más adecuado donde insertar los nuevos ligamentos, y efectuar la inserción muy hacia arriba en el útero.

Ha de tenerse particular diligencia en cerrar firmemente todas las aberturas en el ojal de tejido excesivo de cada lado, de suerte que no haya

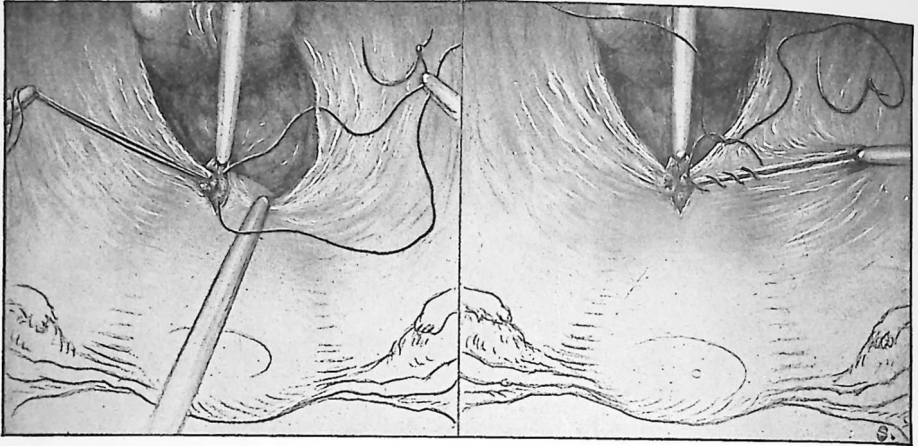


Fig. 538

Fig. 539

Fig. 538.—El ligamento úterosacro derecho totalmente cosido.

Fig. 539.—Se acortaron ya los tejidos úterosacos izquierdos, y se está obliterando el espacio.

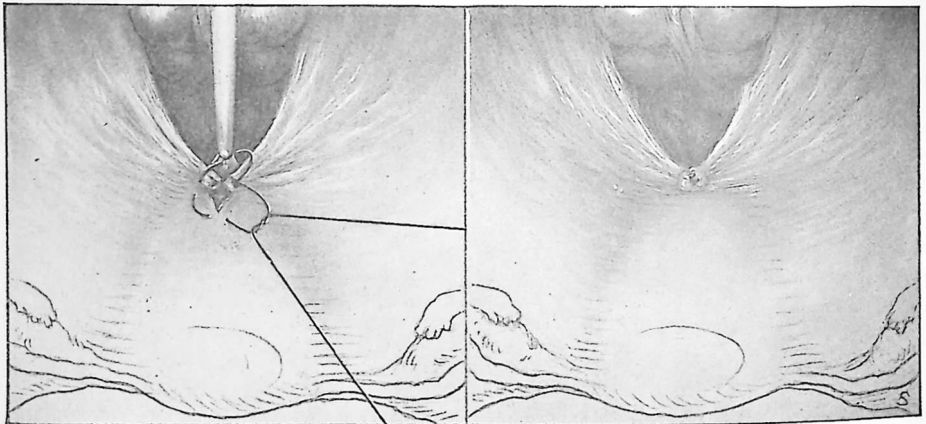


Fig. 540

Fig. 541

Fig. 540.—Después de terminar el acortamiento de los tejidos úterosacos en ambos lados, se cubre con peritoneo la región suturada.

Fig. 541.—La operación ya terminada.

ninguna probabilidad de que la tensión separe un tanto los tejidos y que penetre por el pequeño agujero así formado una porción de intestino, lo cual acarrearía la oclusión intestinal consiguiente. Este peligro no es del todo teórico, pues uno de nosotros (H. S. C.) observó este desagradable

incidente luego de ejecutar una de sus primeras operaciones de esta índole, en la cual efectuó el acortamiento de los tejidos posteriores dilatados como uno de los tiempos de cierta complicada operación pélvica, habiendo cerrado el ojal de tejido excesivo de cada lado con la sutura continua acostumbrada. La paciente tuvo feliz convalecencia y fué dada de alta, pero una semana después le sobrevino de improviso intenso dolor abdominal acompañado de vómito. Fuimos informados por teléfono de que la enferma tenía un acceso agudo de indigestión, pero nuestro ayudante, que acudió al punto a ver a la paciente, hizo el diagnóstico de oclusión intestinal aguda y la envió en el acto al hospital. Al ejecutar la operación inmediata hallamos que una porción del intestino delgado había penetrado por entre

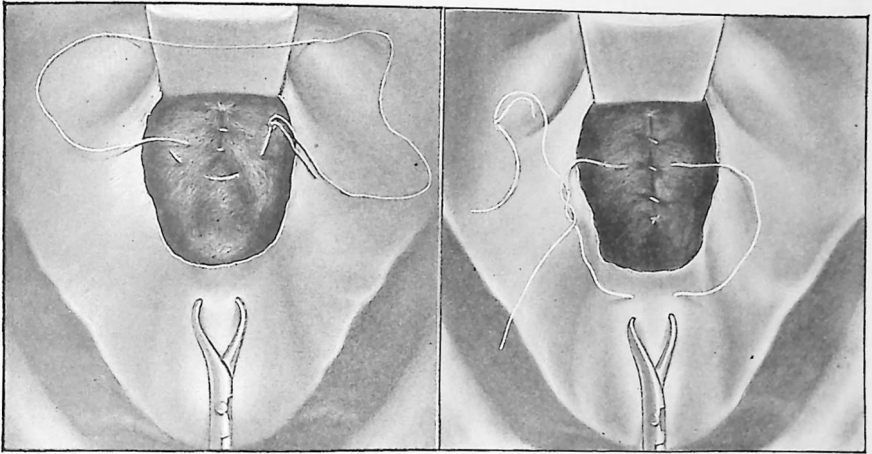


Fig. 542

Fig. 543

Fig. 542.—Reparación y elevación de la fascia úteropúbica. Se despegó del útero la vejiga, la cual es sostenida hacia delante con un separador, y se está haciendo la primera sutura profunda, para suprimir la flojedad de la fascia, de lado a lado.

Fig. 543.—Se terminó la reparación de la fascia úteropúbica que ha de dar sostén de lado a lado. Se hizo ya la puntada, pero aun no se anuda, para elevar la fascia sobre la cara anterior del útero (véase la Fig. 545).

un pequeño agujero que había a un lado del nuevo ligamento del lado derecho, y para dejar libre la porción intestinal constreñida fué preciso dividir dicho ligamento recién formado, el cual, dadas las circunstancias, no fué posible suturar de nuevo. Felizmente se restableció presto la enferma, sin menoscabo del buen éxito de la operación quirúrgica, pues evidentemente el nuevo ligamento del otro lado fué lo bastante fuerte para conservar la tracción del cuello uterino hacia atrás. Desde entonces hemos sido por extremo cautos al cerrar el ojal de tejido laxo de cada lado: 1º, de hacer la sutura en varios tiempos (para lo cual hacemos unas cuantas puntadas a corta distancia entre sí y anudamos los cabos, según se ve en las figuras 536 y 537, y repetimos la operación hasta cerrar todo el ojal,

de manera que al parecer pueda resistir cualquiera tensión)¹, y 2º, tratar de introducir la punta de un dedo, de atrás a delante, por entre la región reparada, para probar la sutura.

Otro pormenor importante de la técnica, es el dejar bastante grande la entrada de la excavación rectouterina, a fin de que puedan entrar y salir fácilmente los intestinos. Para ello, ha de tenerse presente que basta una poca tracción en dirección adecuada, para sostener hacia atrás el cuello uterino, y que el fin de la operación no es estrechar la excavación rectouterina ("fondo de saco" de Douglas) más de lo normal, sino tan sólo acortar suficientemente los tejidos naturales, para que levanten el cuello uterino hacia la mitad posterior de la pelvis. Claro, al efectuar el

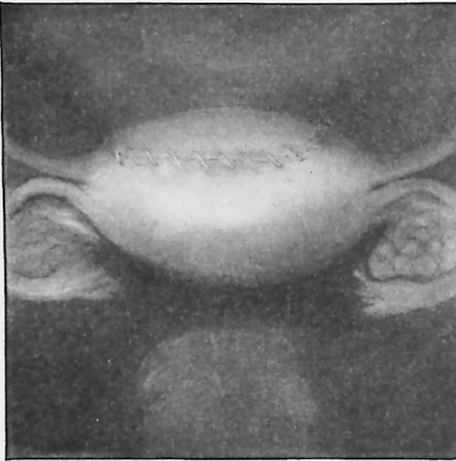


Fig. 544

Fig. 544.—La operación ya terminada; nótese el peritoneo vesical cosido al útero, cerca de su porción superior.

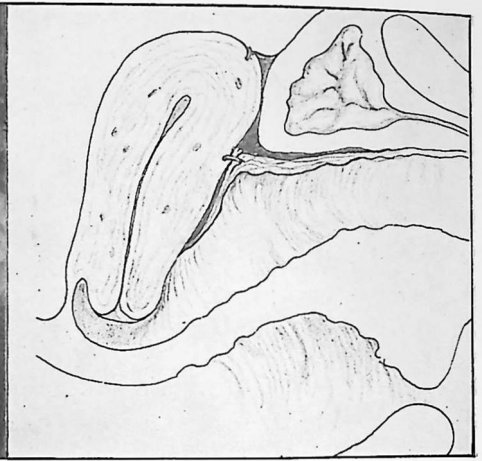


Fig. 545

Fig. 545.—Corte longitudinal que representa la operación ya terminada, y en el que se ve la elevación de la fascia sobre la cara anterior del útero, así como las relaciones de la vejiga y el fondo uterino.

acortamiento ha de hacerse cuenta con algún estiramiento ulterior que padezcan los ligamentos recién formados. Nosotros dejamos la abertura de la excavación rectouterina tan grande que puedan introducirse fácilmente en ella dos o tres dedos, al terminar la operación.

¹ No es muy claro el texto inglés en este respecto, pues dice lo siguiente: "(by taking a few short turns with the suture and then tying it down, as shown in Figs. 536 and 537, etc.)". No dice el autor, ni tampoco se ve con claridad en las láminas citadas, la manera cómo anudar los cabos de la sutura, pero a vista de la figura 539, es de suponer que se haga de la siguiente manera: empíezase la sutura en el extremo medial (o interno) del ojal de tejido laxo, y se deja largo el cabo libre del hilo; se dan tres o cuatro puntadas, o "vueltas cortas", como las llama el autor, después de lo cual, se anuda el cabo enhebrado en la aguja, con el que se dejó al empezar la sutura, según se ve en la figura 539; hecho esto, se continúa la costura con el mismo hilo, se dan otras tres o cuatro puntadas, y anúdanse nuevamente los cabos, hasta cerrar de todo en todo la abertura en ambos lados. (N. del T.)

Tocante al material de sutura, es de preferir el hilo moderadamente delgado de lino o de seda, en lugar del catgut, a causa de la mayor seguridad que el primero ofrece contra el reblandecimiento de la sutura y la separación de las superficies unidas al haber alguna tensión, lo cual pudiera ocasionar la oclusión intestinal, o la recidiva del prolapso del cuello.

La técnica de Young, descrita e ilustrada con magníficas láminas en el artículo arriba citado, difiere de la que acabamos de describir, en los siguientes particulares:

a. Tan presto como se coge el ligamento izquierdo con las pinzas Nº 1, se pasa una puntada de catgut largo por entre el tejido y se quitan las pinzas, cosa que se ejecuta de idéntica manera en el otro lado.

b. En lugar de una incisión, se hacen dos cortes en el peritoneo.

c. Se emplea una puntada separada con cabos largos, para cerrar la incisioncita peritoneal, y además se dan dos puntadas (cuyos cabos se dejan largos) para cerrar el ojal de cada lado; esto es, se emplean ocho suturas, cada una de ellas con cabos largos, y en cambio, en la nueva técnica sólo se emplean dos.

3º Elevación y reparación de la pared vaginal anterior, por la vía abdominal.—Polk fué el primero que propuso el método para suprimir la relajación de la pared vaginal anterior por la vía abdominal, combinado con otros procedimientos ya conocidos para tratar el prolapso. La operación se ejecuta de la siguiente manera:

a. Se hace una incisión transversal que divida el peritoneo del repliegue vésicouterino, y se despega la vejiga del útero, de los ligamentos anchos y de la pared abdominal, tan hacia delante como sea necesario.

b. Pliéganse entonces los tejidos que forman el suelo de esa región, y que constan del tejido conectivo y de la pared vaginal, por medio de una o dos hileras de puntadas enterradas, de manera que se suprima la relajación de ellos en ambos lados (Fig. 542). Las suturas pueden ser continuas, o compuestas de puntos separados, según se desee. Es necesario desinfectar previamente la vagina, ya que alguna de las puntadas podría penetrar accidentalmente y atravesar de parte a parte la pared vaginal.

c. Se eleva la pared vaginal sobre el útero, para lo cual se escoge un sitio adecuado en la pared reparada y se pasa entonces la puntada en una porción bastante alta de la cara anterior del cuerpo uterino (Fig. 543); después, al anudar los cabos, se empuja hacia delante el útero.

d. Se cierra la incisión peritoneal, suturando para ello el colgajo vesical de peritoneo, al través del útero, cerca de su porción superior, pero sin acercarse demasiado a las trompas uterinas, donde la sutura podría causar infiltración que estrechase la luz de dichos tubos. La figura 544 muestra la operación ya terminada, y la 545 pone a la vista un corte longitudinal de la región.

La elevación y la reparación de la pared vaginal por vía abdominal, es tan sólo una parte del tratamiento quirúrgico del prolapso, por esta vía, que ha de incluir siempre el acortamiento de los ligamentos redondos, por alguno de los métodos de que hablamos en el capítulo VIII y, claro está, es necesario reparar también el suelo pélvico relajado.

SUPRESIÓN DE LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

A. OPERACIONES VAGINALES

III. Interposición subvesical del cuerpo uterino

(SCHAUTA, FREUND, FRITSCH, WERTHEIM, WATKINS)

Para ejecutar la operación de interposición, se separa la vejiga de la pared vaginal y del útero, se abren la excavación vésicouterina ("fondo de saco" anterior), se lleva hacia abajo el cuerpo uterino, debajo de la vejiga levantada, y ahí se fija, después de lo cual se recorta el exceso de la pared vaginal, se cierra la herida de la vagina, y se repara después el suelo pélvico, según costumbre.

Con esta operación se interpone el cuerpo uterino entre la vejiga y la pared vaginal anterior, y se fija firmemente en una posición que protege eficazmente la región débil (el orificio vaginal) del suelo pélvico, además de que se suministra sostén permanente a la base relajada de la vejiga. La operación se ejecuta de la siguiente manera:

- 1º Sepárase de la vejiga la pared vaginal.
- 2º Despégase del útero la vejiga.
- 3º Se abre el repliegue peritoneal vésicouterino.
- 4º Se saca el cuerpo uterino.
- 5º Sutúrase el peritoneo vesical a la porción posterior del útero.
- 6º Sutúrase el fondo uterino a los tejidos fijos cerca del arco púbico.
- 7º Se cierra la incisión vaginal.

1º **Se separa de la vejiga la pared vaginal.**—Es conveniente empezar el despegamiento haciendo con las tijeras un pequeño corte en la porción anterior del cuello, e introduciendo por ellas las tijeras de punta obtusa cerradas, en corto trecho, que se abren luego, según se ve en las figuras 546 y 547; lo cual se continúa hasta efectuar la necesaria separación en la línea media. Para no lastimar la pared vesical, se dirige la punta roma de las tijeras sobre la cara inferior de la pared vaginal, la cual se divide a ciertos intervalos, en la línea media, según sea necesario para facilitar el despegamiento (Fig. 547). En terminando la separación en la línea media, se desechan las tijeras y se continúa despegando la pared vaginal hacia los lados, con ayuda de una compresa de gasa enrollada en el dedo. Este despegamiento lateral ha de continuarse hasta que se pueda levantar la vejiga, según se ve en la lámina 515. Si se prefiere, puede empezarse

el despegamiento de la pared vaginal haciendo con el bisturí una incisión en la línea media (Figs. 548 y 549).

2º **Despégase del útero la vejiga.**—En las porciones laterales es fácil despegar del cuello la vejiga, pero en la línea media suele estar sostenida por algunas fibras de tejido conjuntivo, que es preciso cortar con las tijeras o con el bisturí. La flecha de la figura 549 señala este conjunto de fibras, al que se ha dado el nombre de ligamento útero-vesical, para cuya identificación se estira, según se ve en la lámina, y se divide cerca

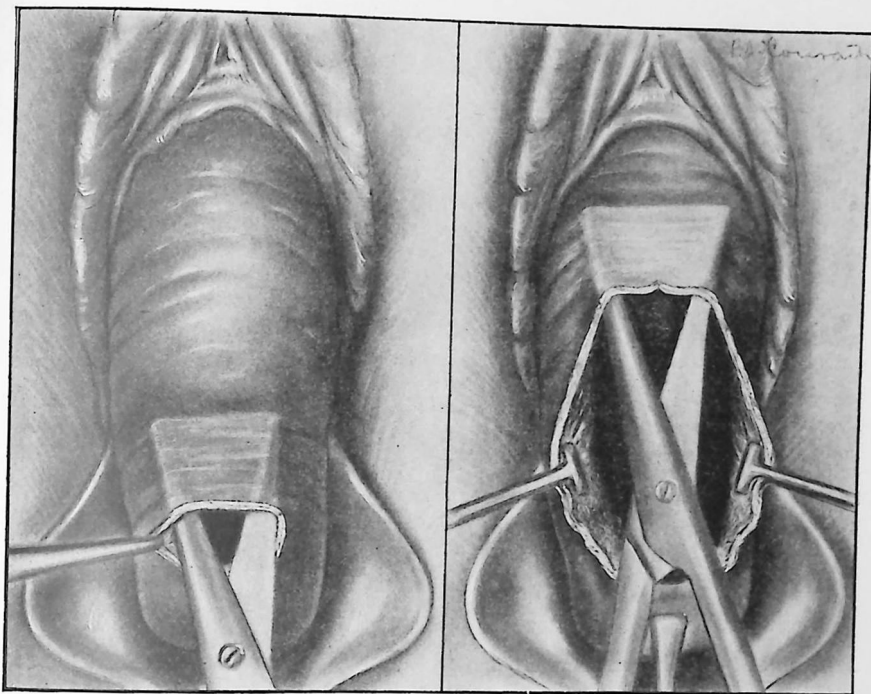


Fig. 546

Fig. 547

Fig. 546.—Comienzo de la operación por interposición de tejidos: con las tijeras que se introducen cerradas y se abren luego, se despegue de la vejiga la pared vaginal, lo cual se continúa hasta donde sea necesario.

Fig. 547.—Según es menester, se va dividiendo la pared vaginal despegada, para facilitar la operación.

del cuello, después de lo cual, con ayuda de la compresa de gasa se separa fácilmente del útero la vejiga (Fig. 550), hasta el repliegue véscouterino (Fig. 551). El despegamiento lateral de la vejiga, de los ligamentos anchos, sólo se efectuará hasta donde sea necesario para dar suficiente espacio y permitir el que sea llevado hacia abajo el fondo uterino. Puesto que no ha de extirparse el útero, no es preciso hacer la denudación de una gran área de los ligamentos anchos, ya que el despegamiento innecesario acrecentaría la hemorragia capilar y prolongaría la operación.

3º Se abre el repliegue peritoneal vésicouterino.—A menudo se tropieza con alguna dificultad para identificar este repliegue, el cual, en algunas ocasiones se reconoce en su color un tanto diferente (Fig. 551); ello no obstante, por lo común ha de ser identificado por medio del sentido del tacto. Luego de separar la vejiga hasta un poco arriba de dicho repliegue, se coloca un dedo sobre él y se mueve a uno y otro lado, con lo cual el cirujano advertirá el deslizamiento de una superficie peritoneal sobre otra. Se coge entonces el repliegue con unas pinzas (Fig. 552) y

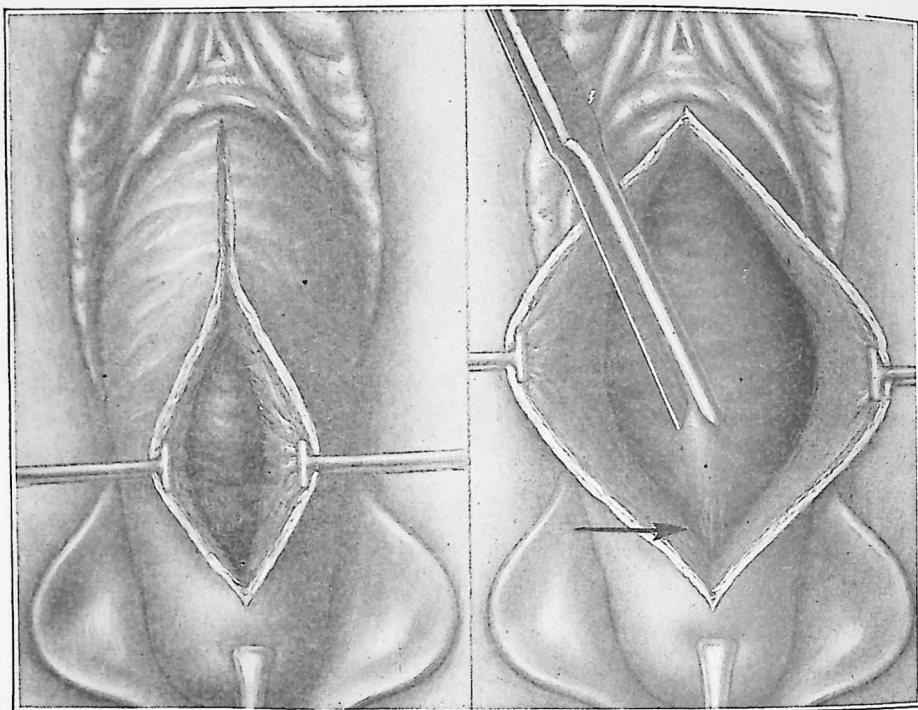


Fig. 548

Fig. 549

Fig. 548.—Interposición subvesical del cuerpo uterino. Incisión en la pared vaginal anterior. Tanto la pared vaginal como la fascia úteropúbica fueron divididas en la porción posterior (inferior) de la incisión, con lo cual se puso a la vista la pared vesical.

Fig. 549.—Se despegaron bien hacia los lados la pared vaginal y la fascia. La flecha indica el grupo de fibras a que se da el nombre de ligamento úterovesical, y que ha de ser dividido para que se pueda despegar totalmente hacia arriba la vejiga, con ayuda del dedo cubierto con gasa.

se corta con las tijeras (Fig. 553). Algunas veces, al hacer el corte sale una pequeña cantidad de fluido peritoneal, que da momentáneamente la impresión de que se abrió la vejiga. De cuando en cuando se abre de manera incidental el repliegue peritoneal, al despegar hacia arriba la vejiga del útero, y entonces se hace visible en el acto una pequeña superficie peritoneal lisa.

Se presenta cierta dificultad cuando inadvertidamente se efectúa el despegamiento entre el repliegue peritoneal y el útero (en lugar de ha-

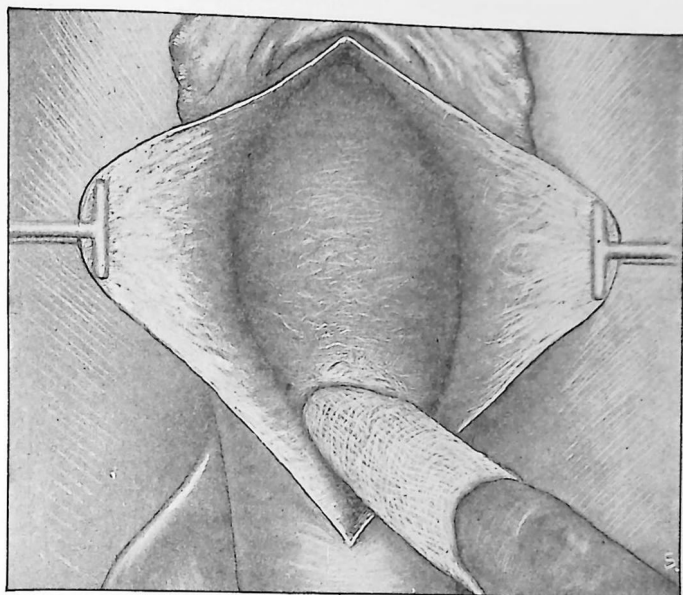


Fig. 550.—Terminando de despegar de la vejiga la pared vaginal y la fascia, se empieza a despegar del útero, con el dedo cubierto con gasa, la vejiga.

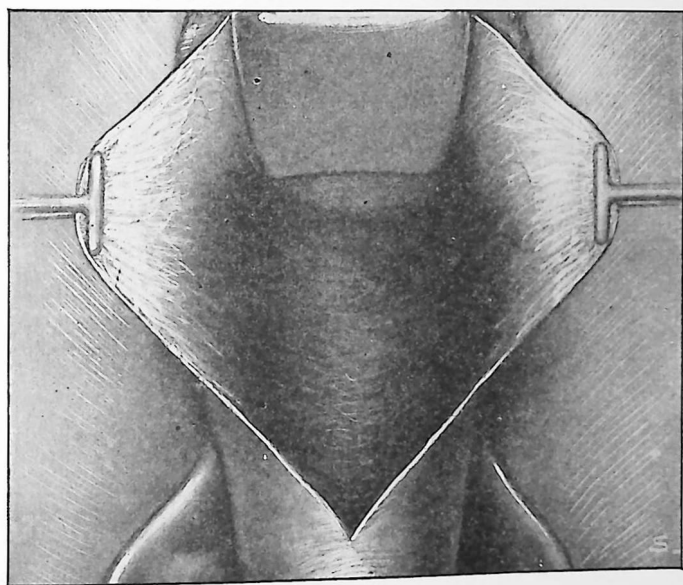


Fig. 551.—En quedando terminada la separación de la vejiga y el útero, se ve la excavación vésicouterina.

cerlo entre la pared vesical y el repliegue peritoneal, Trad.), pues sucede entonces que se continúa la separación de los tejidos cada vez más ha-

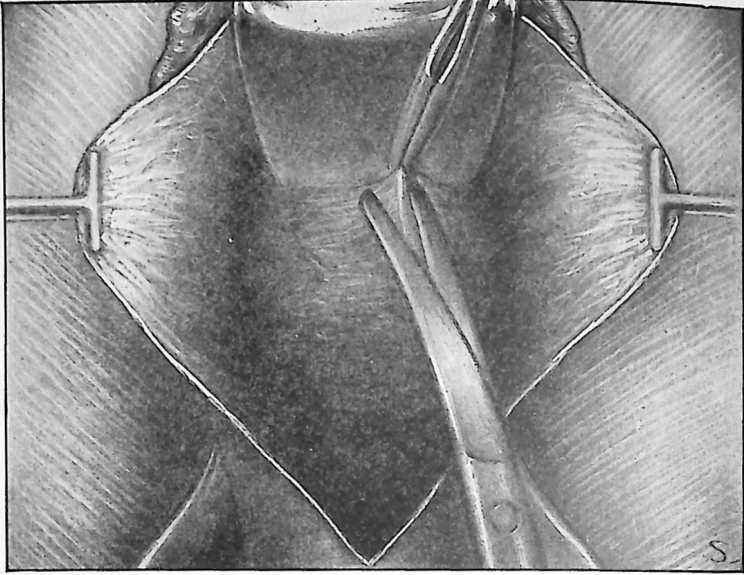


Fig. 552.—Antes de cortar el peritoneo se levanta con unas pinzas (véase el texto).

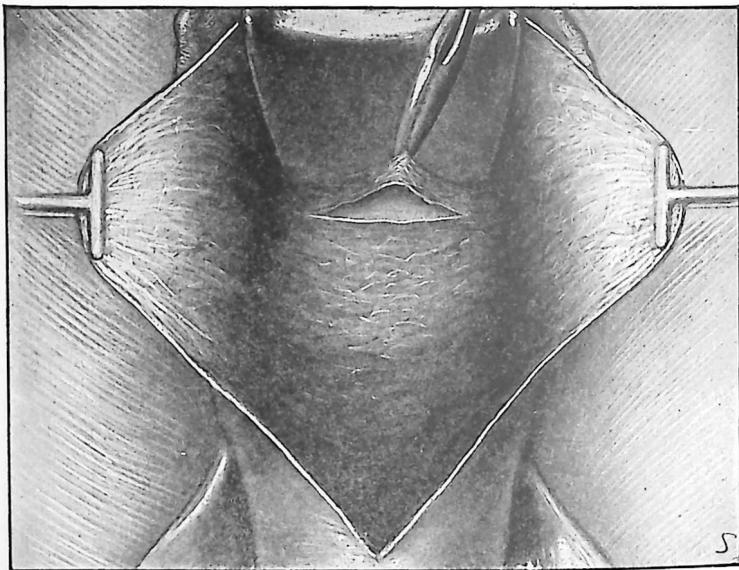


Fig. 553.—Abertura de la excavación vésicouterina.

cia arriba, sin hallar el repliegue peritoneal. Cuando se presenta esta contingencia debe volverse el dedo examinador hacia la vejiga, donde,

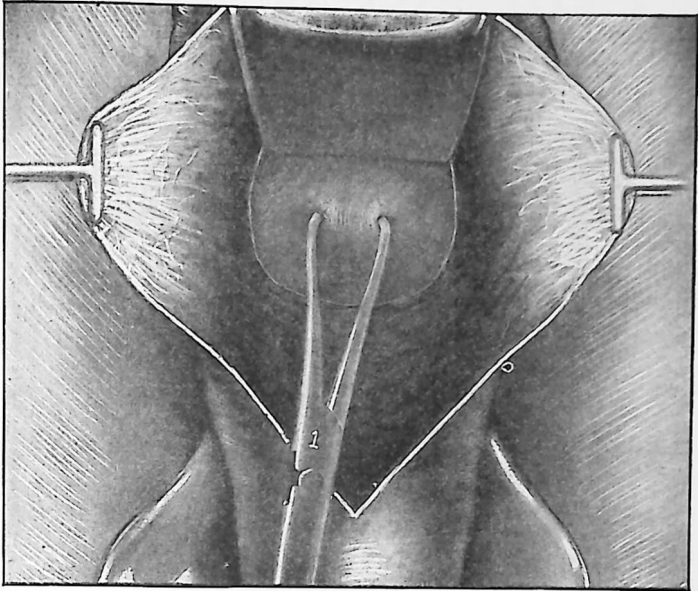


Fig. 554.—Con las pinzas se lleva hacia abajo el fondo uterino: se aplicaron ya las primeras pinzas y con ellas se está haciendo tracción hacia abajo. Al ser aplicado cada instrumento se numera de suerte, que se pueda advertir la mudanza en la posición del fondo uterino al ser llevado poco a poco hacia abajo.

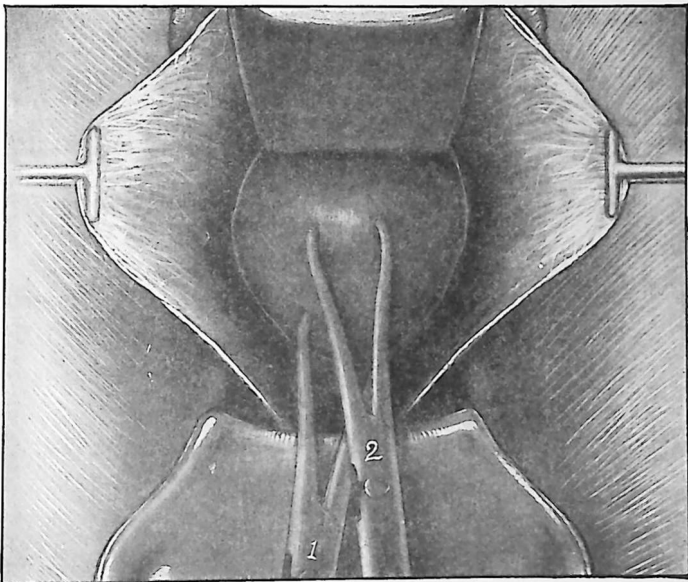


Fig. 555.—Se aplicaron las segundas pinzas y con ellas se está haciendo tracción hacia abajo. El cuello ha sido empujado hacia atrás.

si hubiere repliegue peritoneal, se reconocerá al identificar las dos superficies de peritoneo, que se deslizan la una sobre la otra. La causa de esta

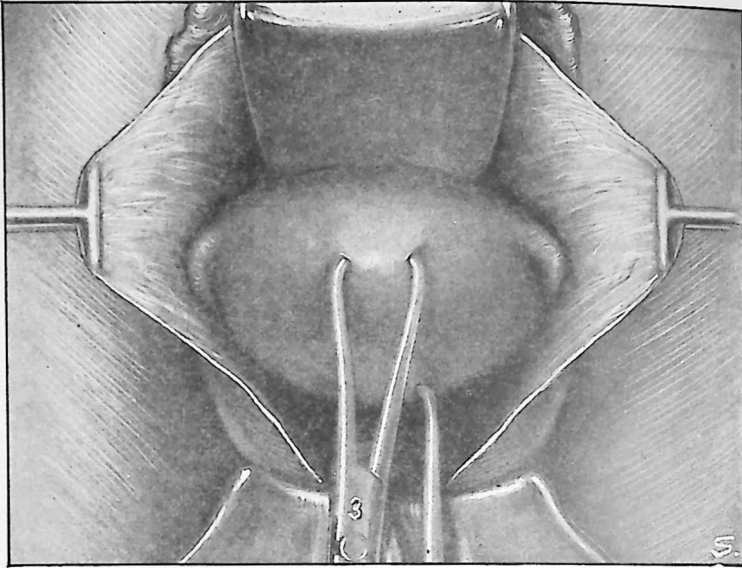


Fig. 556.—Después de aplicar las terceras pinzas; al hacer tracción con ellas se pone a la vista el fondo uterino.

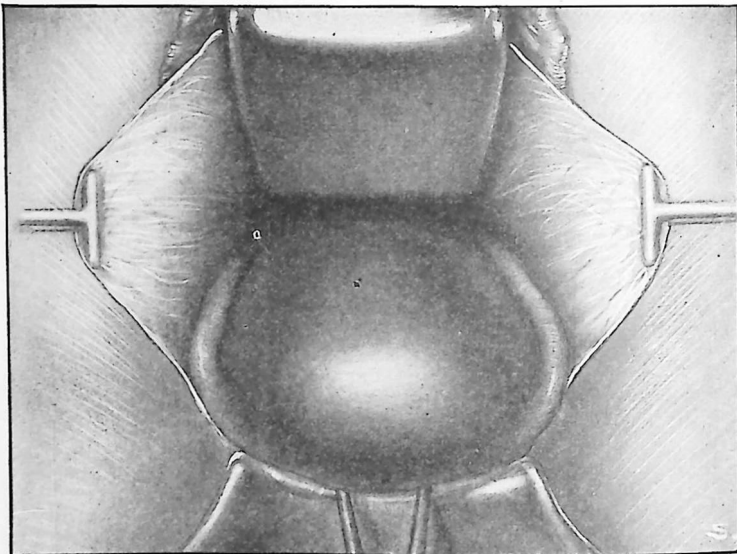


Fig. 557.—Se exterioriza aún más el fondo uterino y se empuja hacia abajo para poder examinar los anexos.

dificultad suele ser que se trata de hacer el despegamiento demasiado cerca del útero, procurando con ello no traumatizar la vejiga. En la porción

inferior de la inserción de la vejiga al útero, conviene seguir muy de cerca el cuello uterino, despegando cuidadosamente con ayuda de una compresa de gasa todo el tejido laxo junto con la pared vesical. Luego que se ha dado buen comienzo al despegamiento de la vejiga y se ha reconocido el tejido conectivo situado entre ésta y el útero, se puede fácilmente empujar con el dedo enguantado y despegar la pared vesical, siguiendo la zona de menor resistencia; de esta manera se efectuará casi siempre el despegamiento entre la pared de la vejiga y el repliegue peritoneal.

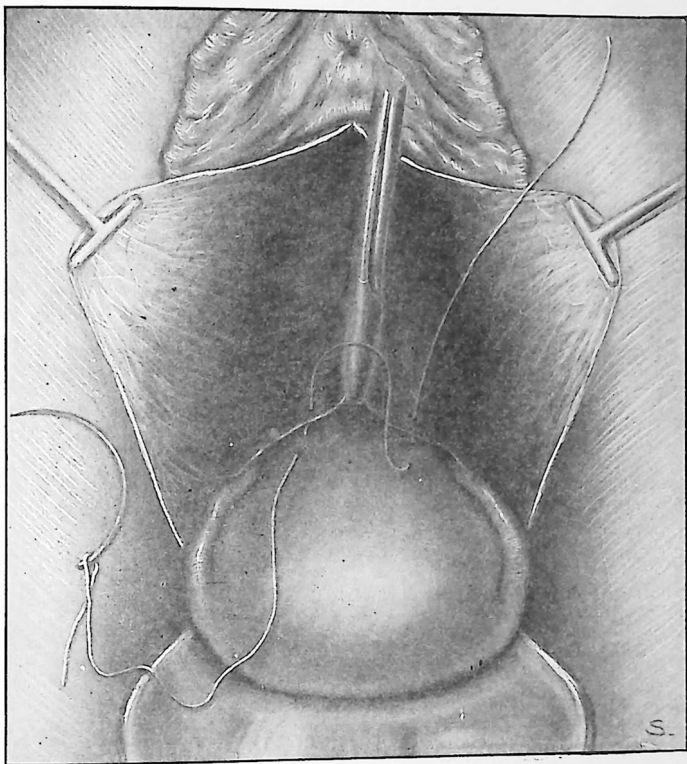


Fig. 558.—Se fija el peritoneo vesical a la cara posterior del útero, poco más o menos a la altura del orificio interno.

4º **Se saca el cuerpo uterino.**—Con ayuda de pinzas erinas que se colocan la una arriba de la otra (Figs. 554 a 557), se saca el cuerpo uterino, lo cual se facilita empujando hacia atrás el cuello.

Al terminar este tiempo de la operación se averigua con certeza el estado del cuerpo uterino, el cual puede contener nódulos miomatosos que requieran la miomectomía o la histerectomía. Esta última conviene cuando el útero está dilatado a causa de mudanzas miomatosas o inflamatorias difusas, o por razón de algún estado escleroso e hipersensible. En

casos excepcionales puede ser necesaria la resección de una parte del cuerpo, según en el propio lugar se dirá.

En este tiempo es oportuno examinar también los anexos uterinos, los cuales se tratarán según convenga, si bien en las pacientes que pasaron ya el período de la menopausia suelen estar atróficos y no requerir ningún tratamiento.

5º **Sutúrase el peritoneo vesical a la porción posterior del útero.**—A continuación se sutura el borde del colgajo vesical de peritoneo, al tra-

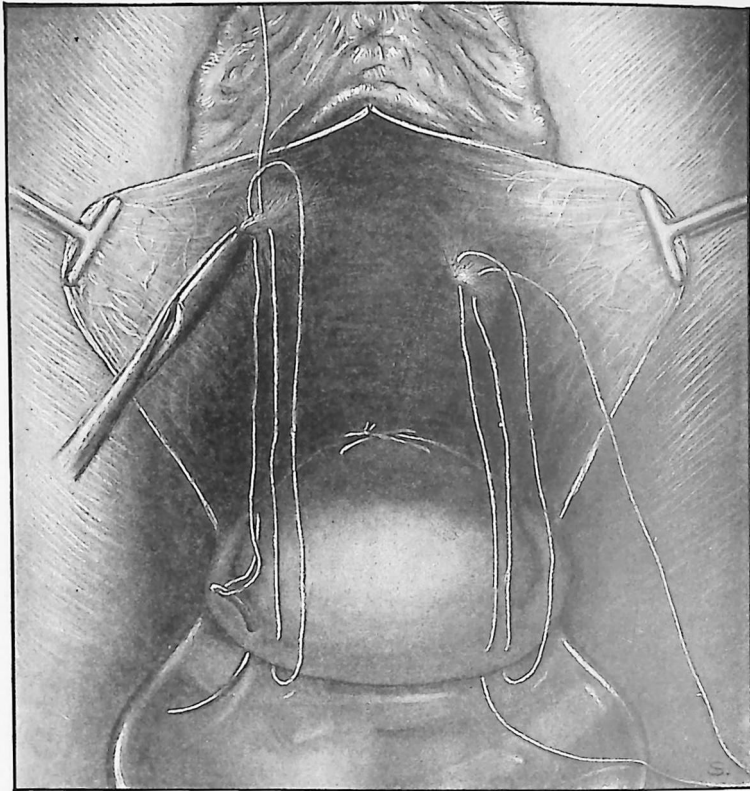


Fig. 559.—Puntadas especiales que fijan el fondo uterino a los tejidos que están firmemente adheridos al arco púbico.

vés de la cara posterior del útero, poco más o menos a la altura del orificio interno (Fig. 558), con lo cual se cierra casi por entero la cavidad peritoneal.

6º **Sutúrase el fondo uterino a los tejidos fijos cercanos al arco púbico.**—Queda ahora por fijar el útero en su nueva situación entre la vejiga y la pared vaginal. La generalidad de los cirujanos se fiaba en que la simple costura de la pared vaginal fuese suficiente para sostener en su sitio el cuerpo uterino, lo cual sucedió muchas veces, por más que en algunas ocasiones recurriese el prolapso, por alguna de las causas si-

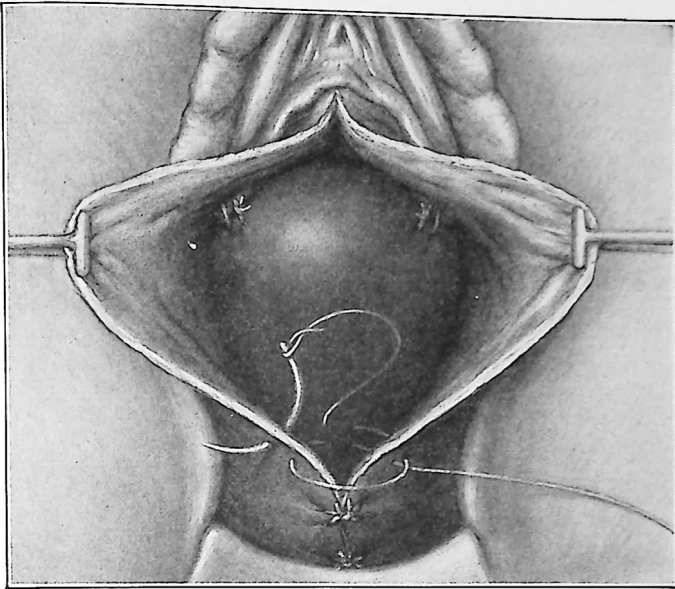


Fig. 560.—Las puntadas de fijación anudadas. Después de atar los cabos de la segunda puntada especial, conviene continuar la sutura hacia el otro lado, con el fin de unir así el fondo a los tejidos blandos del arco púbico, tanto en el centro como en los lados. En esta lámina se ve el comienzo de la costura con que se une la herida vaginal.

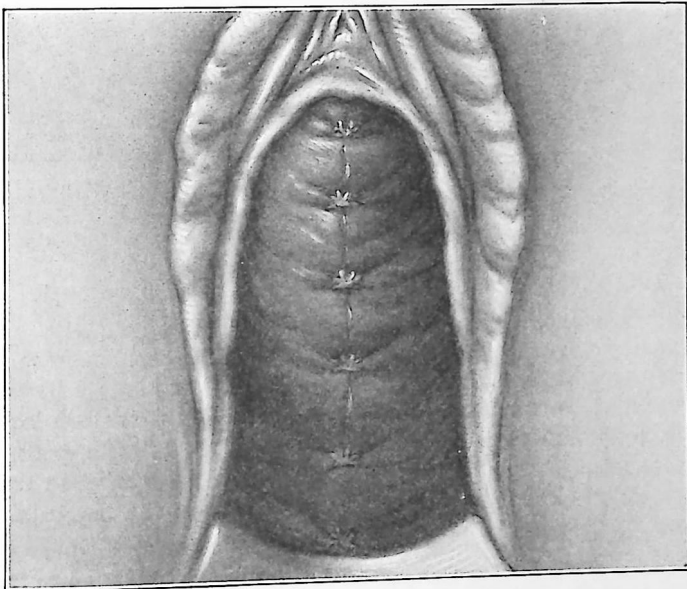


Fig. 561.—Sutura ya terminada. Algunos de estos puntos de coaptación penetran también en la pared uterina.

güentes: algunas veces descendía poco a poco el útero interpuesto, con el fondo hacia abajo, y otras se deslizaba el fondo de debajo de la vejiga, con lo cual descendía otra vez el cuello y se efectuaba el prolapso.

Para fijar más firmemente el fondo uterino y evitar la recidiva, hicimos desde el principio dos puntadas especiales enterradas (Fig. 559), con las cuales se hace la fijación del fondo a tejidos insertados firmemente en el arco púbico, que se reconocen haciendo tracción con pinzas, según se indica en la figura 559; de esta suerte, se cogen con dicho instrumento los tejidos en diversos sitios y se tira de ellos, hasta que se halle algún sitio que tenga la necesaria firmeza, donde se hacen las puntadas especiales (Fig. 559); éstas quedan totalmente enterradas al suturar los colgajos

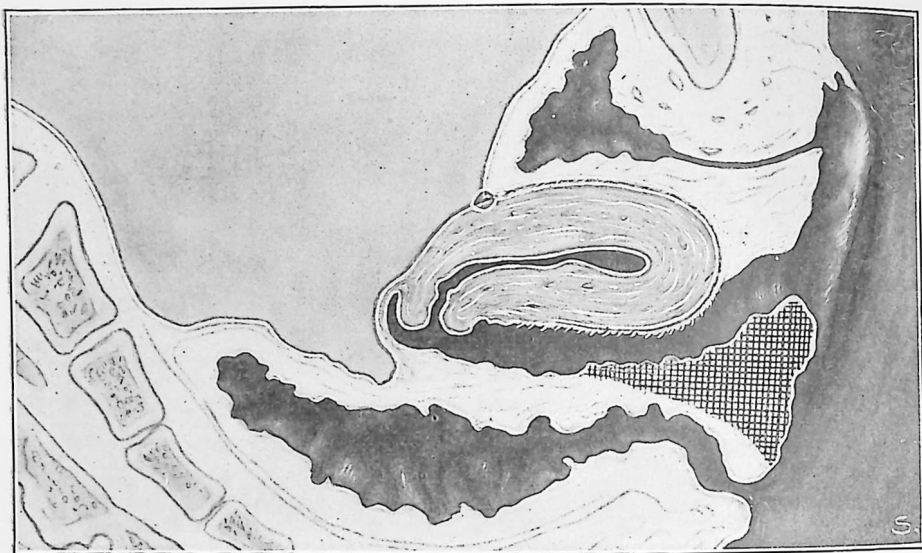


Fig. 562.—Dibujo que representa en corte longitudinal las relaciones del útero después de terminada la operación, de la cual es parte importante la reparación del suelo pélvico (área sombreada).

vaginales (Figs. 560 y 561) y afianzan el fondo del órgano en tejidos que resisten tanto la desviación hacia abajo como hacia arriba.

Luego de anudar la segunda puntada especial es bien hacer con el mismo hilo una sutura continua que pase hacia el otro lado y llegue hasta la otra puntada; de esta manera se une el fondo del útero con los tejidos superiores, así en la línea media como en los lados, de suerte que no pueda meterse la vejiga por entre esa zona. Al hacer esta unión, se darán las puntadas a cada lado de la vejiga, para no perforarla con la aguja.

7º Se cierra la incisión vaginal.—Luego de hacer lo que va dicho, se recortan las porciones excesivas de la pared vaginal, y se suturan los colgajos en la línea media a efecto de formar un buen cabestrillo, o cincho, de lado a lado, sobre el que descansa el cuerpo uterino. Las puntadas con

que se cierra la herida vaginal deben abarcar también la pared uterina, según se ve en la figura 560, y han de preferirse en ese sitio los puntos separados, ya que la tensión de una sutura continua propendería a tirar del cuello hacia delante, haciendo que formase un ángulo. Antes de hacer las puntadas empujaráse hacia atrás el cuello, y haciendo presión se suprimirá cualquier ángulo que se formare en la unión cérvico-corporal, de manera que el cuello quede en línea recta con el cuerpo, y se harán luego las puntadas de coaptación, de arte que se conserve la posición antedicha. Cuando hay prolapso uterino suele estar borrado el ángulo normal cérvicocorpóreo y, por tanto, al hacer la sutura sólo ha de ponerse cuidado en evitar cualquiera ánteroflexión enfadosa del cuello. Kielland introdujo la reforma consistente en hacer la extirpación de tejidos y el despegamiento de una gran área (*Surg., Gynec. and Obst.*, Vol. 36, 1923), con el fin de enderezar el útero, pero al parecer es innecesario el perturbar de tal manera los tejidos, pues por lo común, cuando la matriz no es adecuada para la técnica de interposición, es preferible valerse de otro método.

En la operación arriba descrita se aprovecha el cuerpo uterino para proteger la porción débil del suelo pélvico y dar sostén a la vejiga, y en ella, claro está, es necesaria la total reparación del suelo pélvico relajado. En la figura 582 se ponen de manifiesto las relaciones de los tejidos después de terminada la operación.

TIEMPOS ESPECIALES

Hay ciertos tiempos especiales que se pueden ejecutar en determinadas circunstancias, según a continuación se dirá:

Legrado uterino.—Puesto que la operación de interposición se ejecuta tan sólo cuando no es posible la futura preñez, y dado que el cistocele perceptible, para cuyo tratamiento conviene especialmente esta operación, se presenta principalmente en pacientes que han pasado mucho tiempo ha el período de la menopausia, se sigue consiguientemente que el endometrio está por lo común desvanecido a causa de la atrofia senil y, por tanto, no hay hemorragia ni ningún otro indicio de actividad indebida en el interior del útero. Ello no obstante, cuando la paciente haya padecido recientemente hemorragia, o algún otro flujo que pudiera ser la manifestación de la actividad intrauterina anormal, se llevará a efecto el legrado uterino con el fin de explorar debidamente la cavidad, y caso que las raspaduras fueren escasas, como es de esperar cuando el útero ha padecido la atrofia senil, se pondrá por obra la operación de interposición. En cambio, si la índole de las raspaduras o la cuantía de la hemorragia indican que hay algún estado morbozo en la matriz, ha de ponerse la consideración en la histerectomía vaginal, o en la amputación del cuerpo uterino, con interposición del cuello, según se dirá más abajo.

Escisión del cuello.—Muchas de estas pacientes padecen cervicitis crónica, la cual ha de tratarse en la misma operación. Si el estado inflamato-

rio crónico es leve, o moderado, se trata fácilmente por medio de la *escisión cónica* (Figs. 393 a 396), después de la cual se dan, si fuere necesario, puntadas de Sturmdorf adelante y atrás.

Si la cervicitis es bastante intensa, y en especial si el cuello está muy dilatado, conviene entonces la *escisión* de éste (Figs. 518 a 521), y el tiempo más oportuno para efectuarla es inmediatamente después de suspender la vejiga y desembarazar el área, pero antes de abrir el repliegue peritoneal.

Acortamiento de los ligamentos anchos.—Es sumamente variable la magnitud de la relajación de los ligamentos anchos y del prolapso uterino, en las pacientes que padecen cistocele, el cual ha menester la operación de interposición. Algunas veces el principal estado morbosos es el cistocele, ya que el cuello permanece dentro de la vagina cuando se hace tracción de él con las pinzas erinas, para ponerlo a prueba, y en tales casos el tratamiento consiste en la mera interposición y la reparación del suelo pélvico. Otras veces el cistocele va acompañado de señalada relajación de los ligamentos anchos y del prolapso uterino, y entonces el cuello está situado fuera del orificio vaginal, o se pone a la vista al hacer tracción; la mejor manera de tratar estos estados morbosos concomitantes es combinar el acortamiento de los ligamentos anchos con la interposición, operaciones que fueron descritas por separado en el propio lugar (Figs. 511 a 522, y 552 a 562).

Al ejecutar esta operación *combinada*, ha de tenerse cuidado de entretener convenientemente los diversos tiempos, pues de lo contrario, al terminar alguna maniobra se vería que es difícil ejecutar otra que debió efectuarse previamente. Nos ha parecido conveniente el siguiente orden:

a. Procédase a la operación plástica de los ligamentos anchos, hasta que éstos queden denudados, y hasta extirpar el cuello, hacer y atar las puntadas cervicales (Figs. 511 a 521), recortar los colgajos y dar las puntadas en ambos ligamentos anchos (Fig. 522), las cuales no han de anudarse sino hasta luego de colocar el cuello dentro de la vagina y ya que esté aquél dispuesto para ser fijado en este sitio. En esta operación combinada no se hacen las puntadas superiores que se ven en la figura 522.

b. Procédase entonces a efectuar la interposición, abriendo para ello el repliegue peritoneal, empujando el cuello dentro de la vagina (aflójese la tracción en los colgajos vaginales cortos, según sea necesario), sacando el fondo uterino por entre la incisión peritoneal, cerciorándose de que el estado del útero permite el que sea interpuesto debajo de la vejiga, fijando el peritoneo vesical a la porción posterior del útero y afianzando el fondo debajo de la vejiga por medio de las puntadas especiales (Figs. 551 a 560).

c. En ese momento se halla el cuello dentro de la vagina y se procede entonces a dar las puntadas de los ligamentos anchos, pero sin anudadas. Empújese entonces el cuello muy hacia arriba y hacia atrás,

anúdense y córtense los cabos de las antedichas puntadas de los ligamentos anchos (Fig. 524). El resto de la herida se cierra según se ve en las figuras 560 y 561.

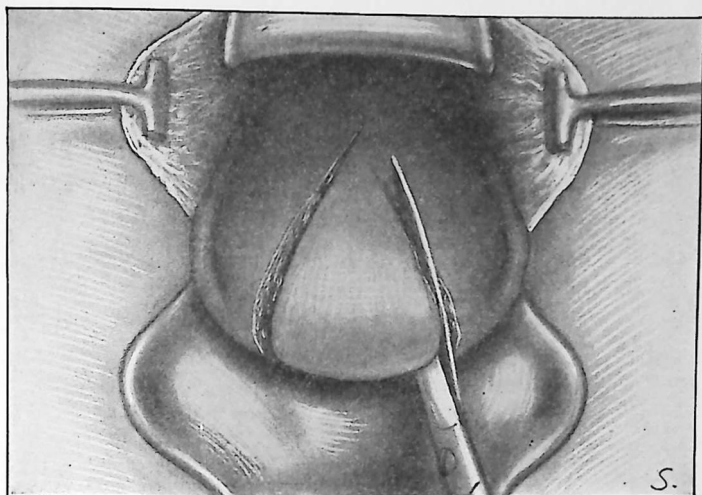


Fig. 563.—Escisión de una porción triangular del cuerpo uterino para reducir su tamaño.

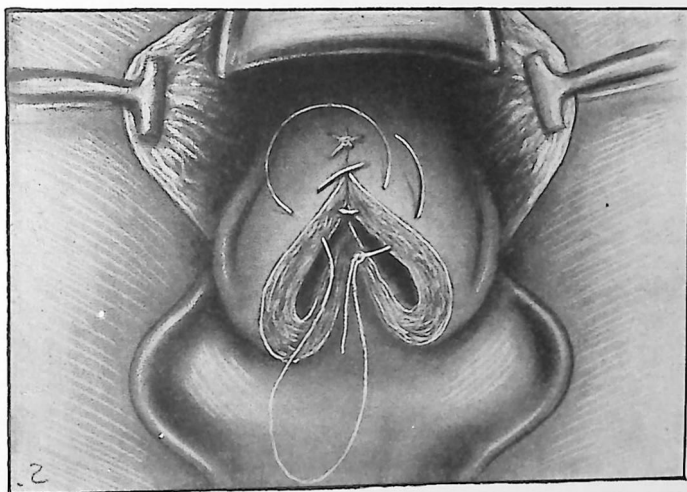


Fig. 564.—Sutura de la herida.

d. Efectúese entonces la reparación del suelo pélvico, reparando al mismo tiempo el rectocele, o la hernia de la excavación rectouterina (enterocele posterior) si lo hubiere.

Escisión de una parte del cuerpo uterino.—Cuando las circunstancias son propicias para la interposición, sino que el cuerpo uterino es dema-

siado grande, se puede reducir el órgano a su tamaño normal extirpando una porción cuneiforme de él (Figs. 563 y 564). La hemorragia se cohibe por medio de la forcipresión de los vasos en cada lado del útero; son también convenientes las pinzas para sostener el útero mientras se hace la incisión y la sutura, después de lo cual se substituyen por ligaduras, si fuere necesario para lograr la hemostasis.

Sin embargo de lo dicho, cuando el cuerpo uterino se halla tan dañado que requiere la escisión parcial, suele ser preferible la amputación del mismo, según se dirá más abajo, o bien la hysterectomía total.

Amputación del cuerpo uterino e interposición.—Para ejecutar esta operación, se despega la vejiga, ábrense el peritoneo y se saca el cuerpo uterino, tal como se hace en la operación ordinaria de interposición, después de lo cual se amputa la sobredicha porción del órgano y se interpone

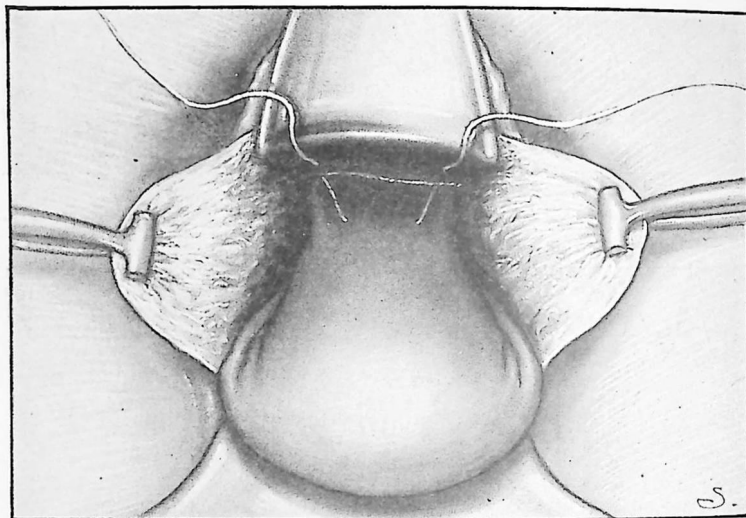


Fig. 565.—Amputación vaginal del cuerpo uterino e interposición subvesical del cuello: se volvió hacia fuera el cuerpo y se está cosiendo el peritoneo vesical a la pared posterior, atrás de la línea de escisión.

el muñón, o cabo cervical, debajo de la base de la vejiga. Esta operación es hacadera cuando es preciso extirpar el cuerpo uterino, con tal que sea normal el cuello y se pueda conservar. La conservación del cuello con las inserciones de los ligamentos anchos úterosacos requiere menor división de tejidos y menos suturas que la hysterectomía total, además de que suministra un conjunto más fuerte de tejidos que sirvan de sostén a la vejiga.

Según la técnica original, tan presto como se sacaba el cuerpo uterino se fijaba la cara posterior del cuello hacia delante, por medio de una fuerte puntada que incluía las paredes vaginales, y luego de anudar esta puntada se hacía la amputación. De esta suerte, al suturar en tiempo inmaturo el cuello a las paredes vaginales, se hacía tracción de estas últimas, de manera que impedía o dificultaba las subsecuentes amputa-

ción y ligadura, demás de que fijaba el peritoneo vesical demasiado íntimamente a la pared vaginal (en lugar de fijarlo más atrás, a fin de que la base de la vejiga pudiera extenderse sobre una porción del conjunto de tejidos cervicales), y propendía a empujar el muñón, o cabo cervical demasiado hacia dentro de la vagina. La técnica perfeccionada es la siguiente:

a. Se saca el cuerpo uterino y se sutura a él el peritoneo vesical, tal como se hace en la interposición ordinaria (Fig. 565), sino que se tiene cuidado de hacer la sutura muy hacia atrás de la zona donde haya de hacerse la amputación (Fig. 566).

b. Con dos o tres pinzas se comprimen entonces ambos ligamentos anchos, en cada lado del útero, se dividen aquéllos y se extirpa el útero (Figs. 566 y 567).

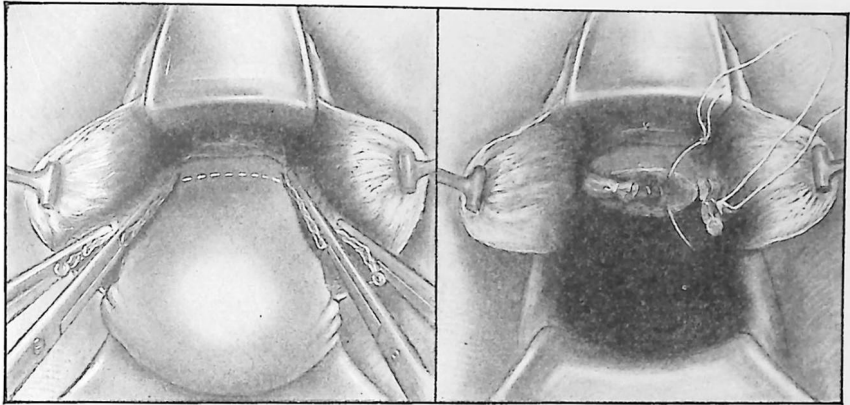


Fig. 566

Fig. 567

Fig. 566.—Después de comprimir con pinzas y cortar los ligamentos anchos. La línea blanca punteada indica el sitio donde se hace el corte.

Fig. 567.—Después de extirpar el cuerpo uterino y de ligar los cabos (pedículos), se fijan éstos al muñón cervical.

c. Se ligan los “pedículos”, o cabos comprimidos por las pinzas y se suturan al muñón cervical, después de lo cual se sutura éste a los tejidos cercanos al arco púbico (Figs. 567 y 568), de igual manera que se haría con el cuerpo uterino en la operación ordinaria.

d. Se recorta el tejido excesivo de los colgajos vaginales y se cierra la pared vaginal, sobre el muñón (Fig. 569). En la lámina N^o 570 se ve un corte longitudinal de los tejidos luego de terminada la operación.

Acortamiento de los tejidos úterosacos.—En circunstancias muy excepcionales, cuando el cuello uterino sobresale en gran manera, es acertado el acortar los tejidos úterosacos, y cuando este procedimiento haya de ejecutarse en el curso de la operación de interposición, es de preferir la técnica de Goffe (Figs. 571 y 572), es a saber:

Se saca aún más el cuerpo uterino (Fig. 571) y se coge con pinzas la cara posterior del cuello, para ponerlo muy a la vista. Haciendo trac-

ción del peritoneo, en la región úterosacra, se puede hacer que sobresalga un pliegue en cada lado, y se dan entonces puntadas, según se muestra en las figuras 571 y 572, o bien se hace una sutura continua. Sólo se

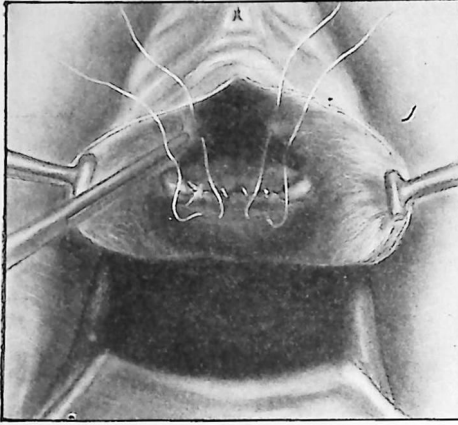


Fig. 568

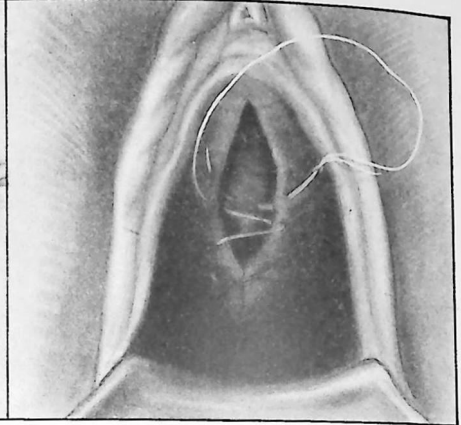


Fig. 569

Fig. 568.—Puntadas especiales para fijar el cuello uterino a los tejidos que se hallan adheridos firmemente al arco púbico, y con las cuales se inmoviliza el cuello y se ayuda a evitar la recurrencia del prolapso.

Fig. 569.—Terminando la operación. Las puntadas de la sutura de coaptación incluyen también la pared cervical.

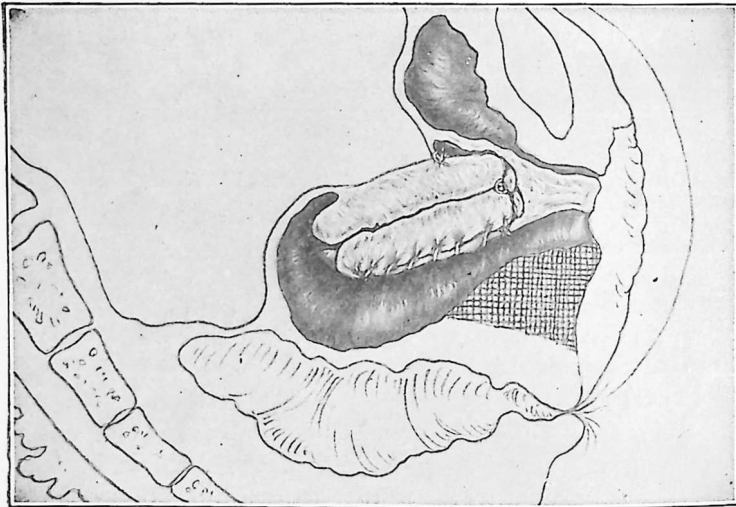


Fig. 570.—Diagrama que representa en corte longitudinal las relaciones que guarda el muñón cervical después de terminada la operación; dicho cabo debe ser lo bastante largo para evitar el indebido acortamiento de la vagina (véase el texto).

puede pellizcar con las pinzas y suturar sin peligro el peritoneo y la pequeña porción de tejido conjuntivo adherente, los cuales han de ser separados cuidadosamente de los uréteres y los vasos sanguíneos subyacentes, antes de hacer la sutura. Se hace entonces el reavivamiento de las

superficies que han de ponerse en coaptación, y se anudan las puntadas. Al hacer la sutura ha de cuidarse de unir firmemente las porciones laxas

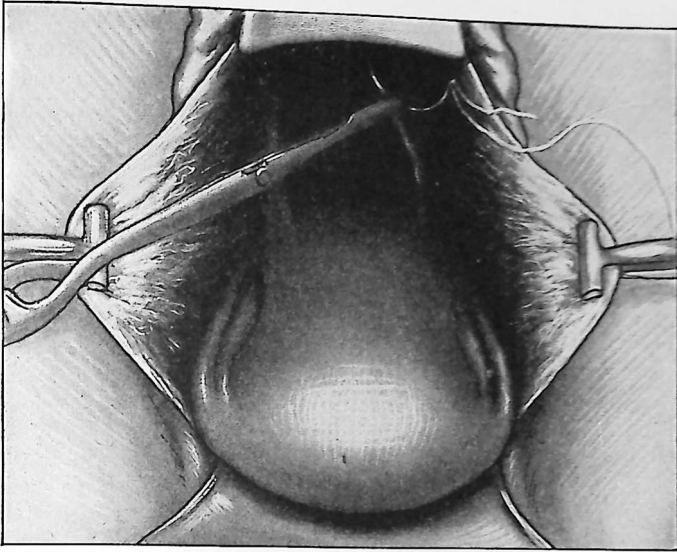


Fig. 571.—Acortamiento de los ligamentos úterosacos por medio de la incisión vaginal anterior (técnica de Goffe). Mientras se da la puntada cerca del extremo posterior del ligamento izquierdo, se sostiene éste con unas pinzas.

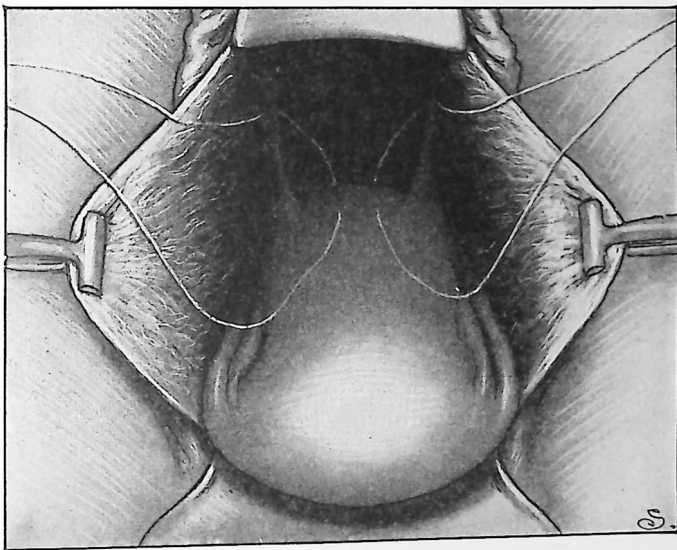


Fig. 572.—Acortamiento de los ligamentos úterosacos: ambas puntadas listas para anudarse. a la cara posterior del cuello, con el fin de lograr la fijación y evitar que se forme algún agujero por el que pudiera introducirse alguna asa intestinal.

Esterilización.—Conviene en muy raras ocasiones hacer la operación de interposición y la esterilización en el período fecundo de la vida, cuando los riesgos del acto quirúrgico impiden que se ejecute alguna operación abdominal o vaginal prolongada. No es tan adecuado para la interposición el útero menstruante como el órgano que ha dejado de menstruar, a causa de su gran tamaño y de su actividad periódica. Además de que el flujo menstrual ha de tener fácil salida. Sin embargo de ello, hay ocasiones raras en que esta operación es la única que se puede ejecutar, como sucede con algunas pacientes impedidas, que padecen prolapso. Luego de llevar hacia abajo y exteriorizar el fondo uterino se efectúa la esterilización, extirpando para ello la porción proximal de cada trompa uterina, incluyendo una pequeña porción cuneiforme del tejido uterino contiguo, después de lo cual se cierra la pequeña herida (la técnica de esta operación se describirá en el capítulo XV).

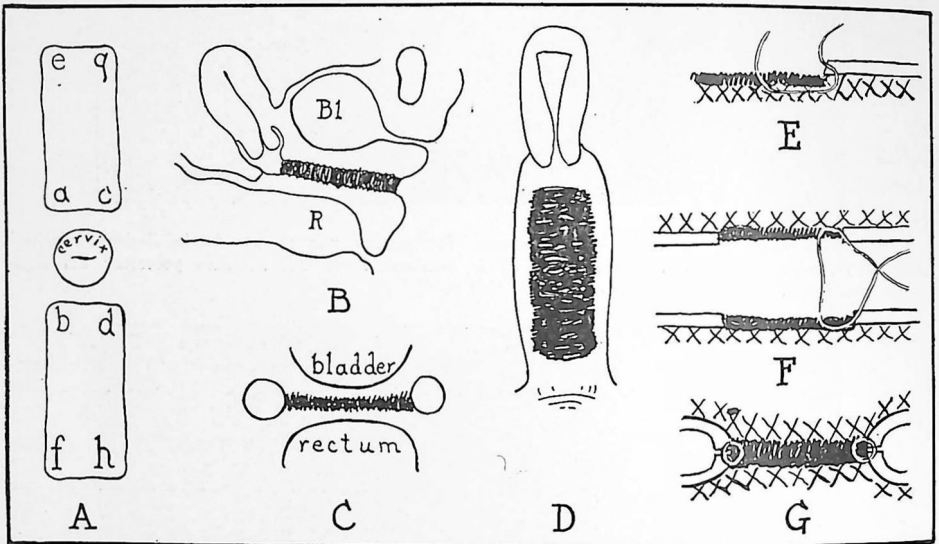


Fig. 573.—Pormenores de la operación de Le Fort para ocluir parcialmente la vagina, en el tratamiento del prolapso uterino.

A. Relación general de las porciones rectangulares denudadas, con el cuello uterino: *e, g, a, c*, área denudada en la pared vaginal anterior; *b, d, f, h*, la misma en la pared posterior. Al hacer la sutura, se unen *a* con *b*, *c* con *d*, *e* con *f*, y *g* con *h*.

B. Dibujo que representa en corte útero-posterior en la línea media, la operación terminada.

C. Diagrama que representa en corte transversal la operación ya terminada; adviértanse la amplia zona de unión de las paredes vaginales, así como los conductos que se dejan a los lados para dar salida a las secreciones uterinas y vaginales.

D. Porción denudada en la pared vaginal posterior y conducto que se deja en cada lado para que salgan las secreciones.

E. Sutura alrededor del borde del área denudada, que sirve para unir los tejidos en carne viva, sin causar la inversión hacia dentro de las superficies no denudadas.

F. Curso que siguen las puntadas de coaptación en las dos paredes vaginales.

G. Corte transversal que representa la coaptación de las dos paredes vaginales; en ambos lados queda un conducto para las secreciones.

IV. Colpocleísis

Quando el prolapso se presenta en pacientes de edad proveya, o en mujeres debilitadas, conviene a veces juntar con suturas las paredes vagi-

nales (colpoeísis) para consevar el útero y la vejiga dentro de la pelvis. Esta sutura de la vagina puede ser parcial o total.

Colpocleísis parcial.—Por lo común se ejecuta la colpocleísis parcial (operación de Le Fort), consistente en extirpar una porción oblonga de la pared vaginal anterior, y otra porción semejante de la pared posterior (Fig. 573). Al efectuar esta denudación ha de quitarse tan sólo una delgada capa, no más gruesa de lo que sea necesario para denudar total-

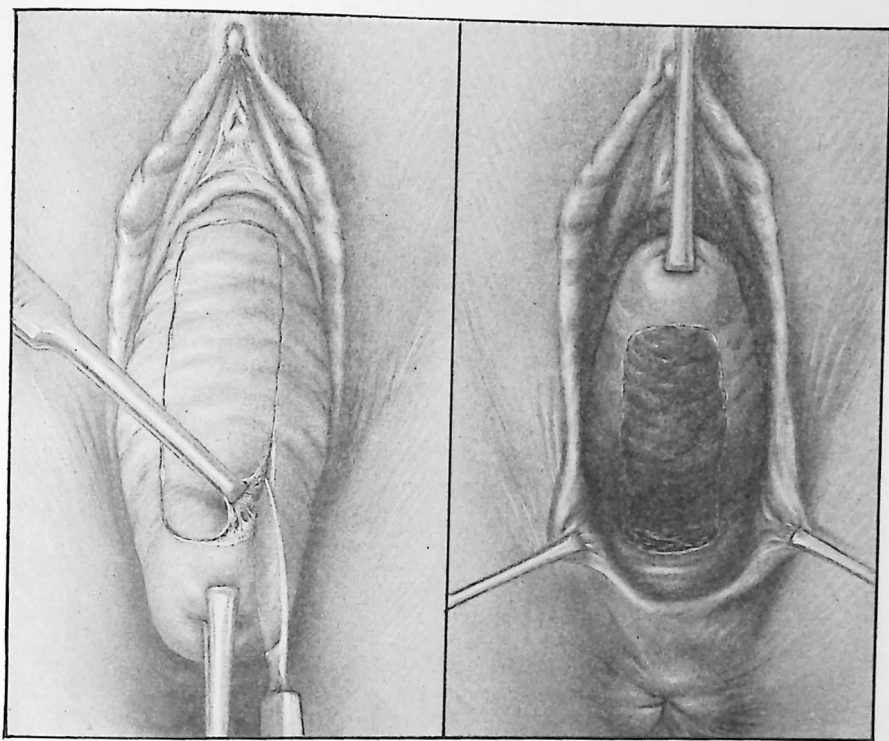


Fig. 574

Fig. 575

Fig. 574.—Oclusión de la vagina según el método de Le Fort: se está empezando la denudación en la pared vaginal anterior, que debe ser tan superficial como sea posible.

Fig. 575.—Denudación ya terminada en la pared vaginal posterior.

mente el área. Las porciones denudadas, que quedan la una enfrente de la otra y que se extienden desde cerca del cuello uterino hasta el orificio vaginal, se juntan firmemente con puntadas, que se principian en el extremo superior (Figs. 573 a 579). Con esto se cierra la vagina, dejando tan sólo un estrecho conducto en cada lado, por el que pueda escapar el flujo uterino (Fig. 573, D). Al ejecutar la operación se reparará el suelo pélvico, si estuviere relajado (Figs. 580 a 583). Esta oclusión quirúrgica del conducto vaginal es en particular conveniente en mujeres muy ancianas, en quienes sería peligrosa cualquiera otra operación, y en las cuales

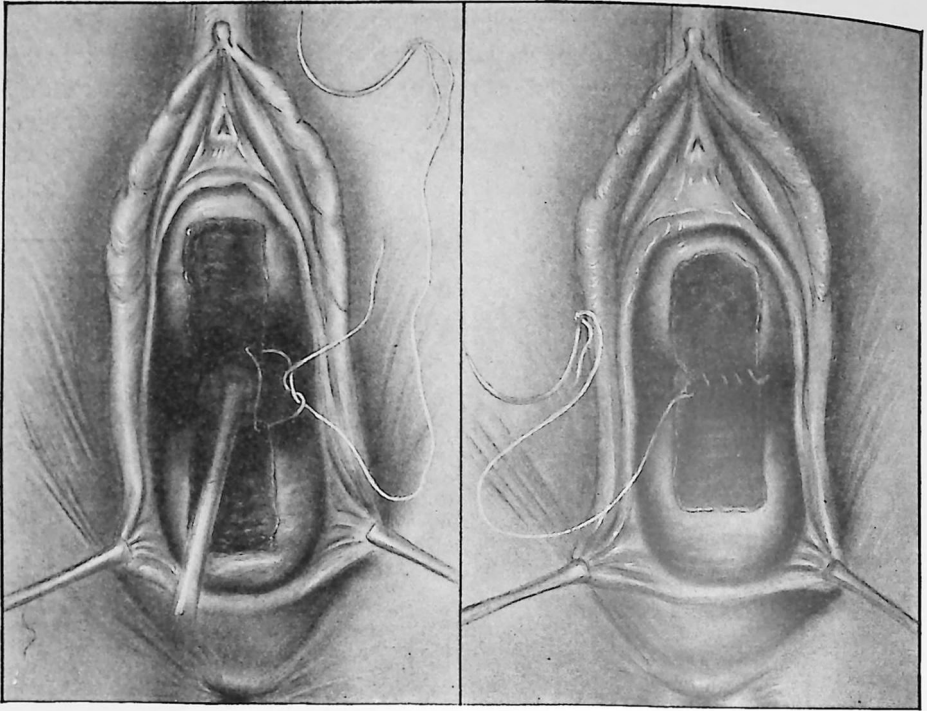


Fig. 576

Fig. 577

Fig. 576.—Se empieza la coaptación de las superficies desnudas, para lo cual se pueden emplear puntos separados, si se desea, si bien la sutura continua es eficaz y rápida.

Fig. 577.—Se termina la coaptación de los bordes posteriores de las superficies desnudas.

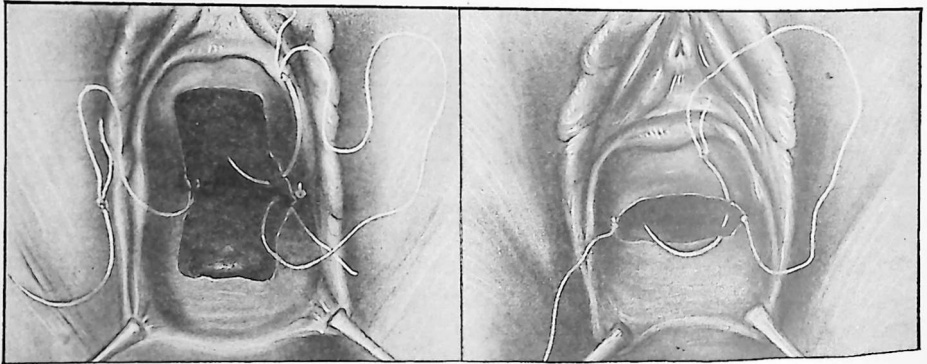


Fig. 578

Fig. 579

Fig. 578.—En los bordes derechos la coaptación está poco más o menos a la mitad y se está empezando la coaptación de los bordes izquierdos.

Fig. 579.—Sutura de los bordes anteriores, con la cual se terminará la coaptación de las superficies desnudas.

no es preciso tener cuenta con el coito. Si fuere menester, se llevará a efecto con anestesia local.

Colpocleísis total.—Cuando se extirpó previamente el útero, o cuando dicho órgano está tan atrofiado que no hay ningún escurrimiento, puede

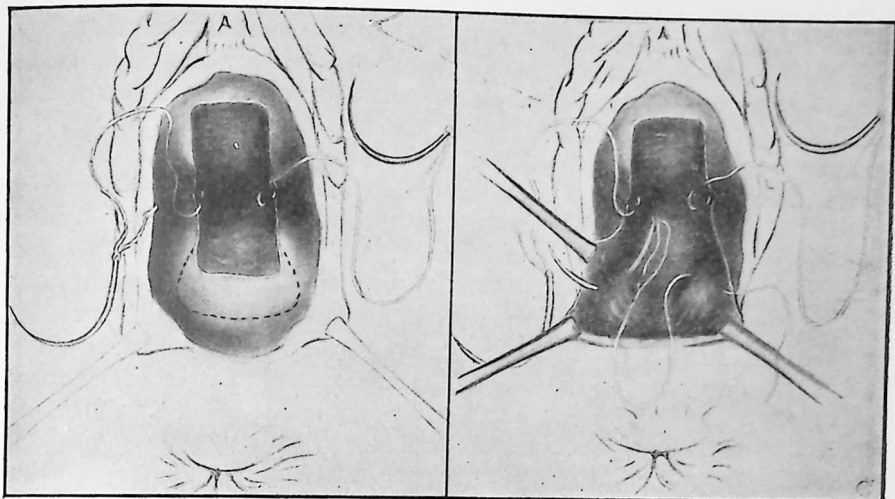


Fig. 580

Fig. 581

Fig. 580.—La línea punteada indica la ampliación del área desnuda, que se requiere cuando hay que hacer la reparación del suelo pélvico, cuando está tan relajado el perineo que la simple coaptación de las paredes vaginales no suministraría eficaz sostén; estas puntadas extraordinarias convienen las más de las veces.

Fig. 581.—Puntadas profundas para reparar el suelo pélvico, según se explica en el capítulo IV.

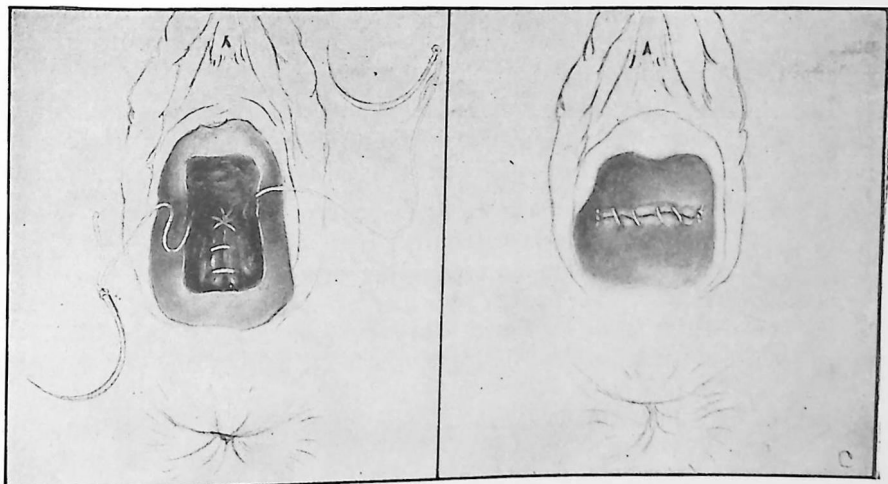


Fig. 582

Fig. 583

Fig. 582.—Terminadas las puntadas profundas, se continúa hacia abajo la sutura de los bordes de la porción desnuda.

Fig. 583.—Al terminar la operación.

ocluirse totalmente el conducto vaginal. Además, hay algunos prolapsos raros de la vejiga subsecuentes a la histerectomía, o algunos complejos estados morbosos desusados, para cuyo tratamiento pudiera ser acertada dicha operación, la cual se ejecuta de la siguiente manera:

Se desprende toda la membrana mucosa, con el fin de hacer la desnudación de la pared vaginal vuelta hacia fuera, se hacen puntadas circulares de catgut cromado en la pared vaginal, y principiando en la porción superior, se anudan los cabos. Estas puntadas circulares deben quedar poco más o menos a un centímetro y cuarto de distancia entre sí. Al anudar las puntadas superiores, se empujan hacia dentro de la pelvis las porciones correspondientes de la vagina, lo cual se continúa haciendo al paso que se van anudando las demás puntadas. En llegando al suelo pélvico, es necesario hacer una buena reparación de él por separado, y hecho esto se termina el cierre de la vagina hasta fuera.

Uno de nosotros (H. S. C.) ejecutó hace muchos años esta operación para corregir una gran hernia del contenido pélvico, en una paciente en quien otro cirujano había efectuado la simple extirpación del útero sobresaliente, método que fué muy usual en épocas pasadas, para el tratamiento del prolapso uterino. Tal como sucedía en multitud de pacientes operadas, se presentó en este caso la hernia de los órganos pélvicos (vejiga, intestinos y paredes vaginales). El mal estado de la paciente contraindicaba toda operación abdominal, y era tan grande la hernia que resolvimos obliterar totalmente la vagina, lo cual surtió buenos y duraderos efectos.

V. Histerectomía vaginal para el tratamiento del prolapso

La histerectomía vaginal para el tratamiento del prolapso uterino se puede llevar a efecto de dos maneras: 1ª, haciendo la forcipresión previa y después la ligadura, o 2ª, haciendo primero la ligadura.

Forcipresión previa, sucedida de la ligadura.—Esta es la operación que suele ejecutarse cuando la matriz está fuera de la vagina y están sumamente dilatados los ligamentos anchos. Se efectúa de la siguiente manera:

- 1º Desinfección y sutura de la cavidad uterina.
- 2º Separación de la vejiga, del útero.
- 3º Despegamiento del recto, del útero.
- 4º Forcipresión de los "pedículos", o cabos, y escisión del útero.
- 5º Fijación de los ligamentos redondos debajo de la vejiga.
- 6º Sutura-ligadura de los "pedículos", para formar un tabique que sirva de sostén.
- 7º Oclusión de la excavación rectouterina alrededor del tubo de desagüe.
- 8º Sutura de la incisión vaginal.
- 9º Reparación del suelo pélvico.

1º *Desinfección y sutura de la cavidad uterina.*—Luego de hacer la preparación quirúrgica usual de la vagina y de los tejidos contiguos, se

tapona el conducto uterino con una delgada tira de gasa humedecida en solución de yodo, o en alguna otra solución antiséptica, y se cierra entonces el cuello con una puntada (Fig. 584), o bien con unas pinzas fuertes, según se requiera. Caso que hubiere flujo uterino infeccioso, con- vendrá hacer la sutura; de lo contrario, es bien emplear las pinzas (Fig. 585), con lo cual se ahorra tiempo.

2º *Separación de la vejiga, del útero.*—Se hace una incisioncita trans- versal en la cara anterior del cuello uterino y se introduce la punta obtusa de unas tijeras, en corto trecho (Fig. 585), las cuales se abren luego (Fig. 586), para despegar de la vejiga la pared vaginal. Esto se continúa hasta efectuar la total separación en la línea media, dividiendo con las tijeras de cuando en cuando la pared vaginal despegada, para facilitar

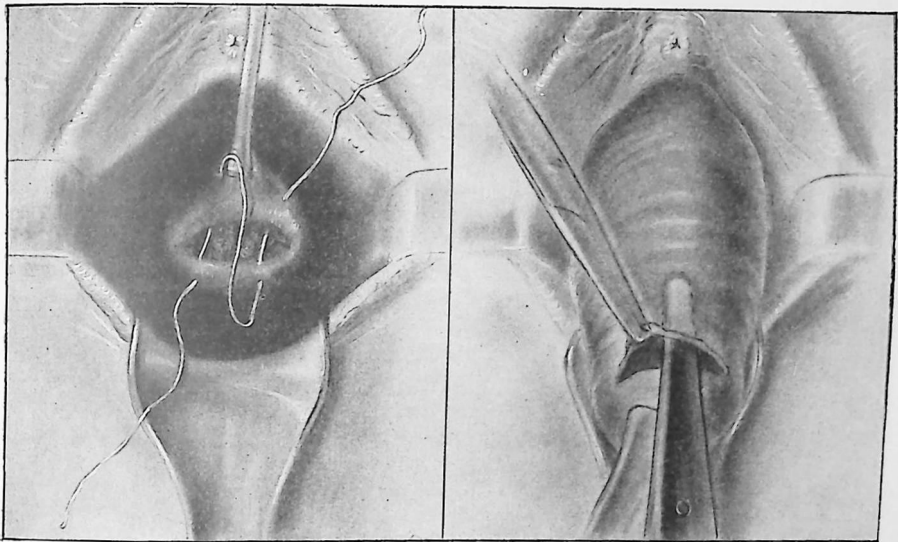


Fig. 584

Fig. 585

Fig. 584.—Se taponó con gasa antiséptica el cuello uterino, y se está cerrando con una sutura. Cuando no hay flujo uterino infeccioso, se puede ocluir el cuello con unas pinzas, según se ve en la figura 585.

Fig. 585.—Se empieza a despegar de la vejiga la pared vaginal, por medio de las tijeras de punta obtusa, según queda dicho.

la maniobra (Fig. 587). Continúase entonces el despegamiento lateral, en ambos lados, con ayuda de una compresa de gasa enrollada en el dedo (Fig. 588), hasta que se pueda levantar la vejiga en cada lado (Fig. 589).

Hecho esto, se puede levantar la pared vesical, con el fin de identificar el ligamento véscouterino (Fig. 589), que por lo común es necesario cortar. A continuación se despega del útero la vejiga, haciendo de preferencia el despegamiento con ayuda de la compresa de gasa en la porción inferior (Fig. 590), y con el dedo enguantado en la porción superior. Hay una zona divisoria entre la vejiga y el útero, que si se halla y se sigue,

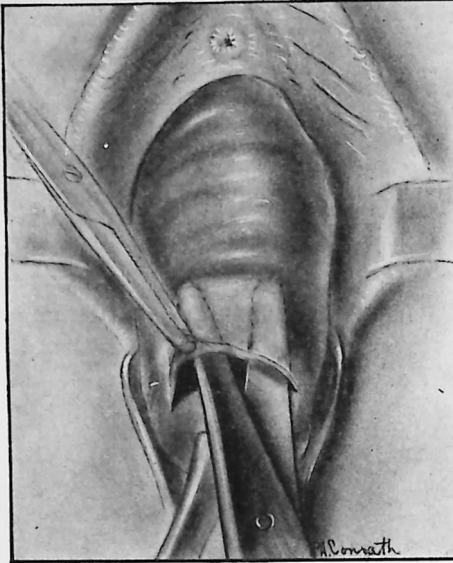


Fig. 586

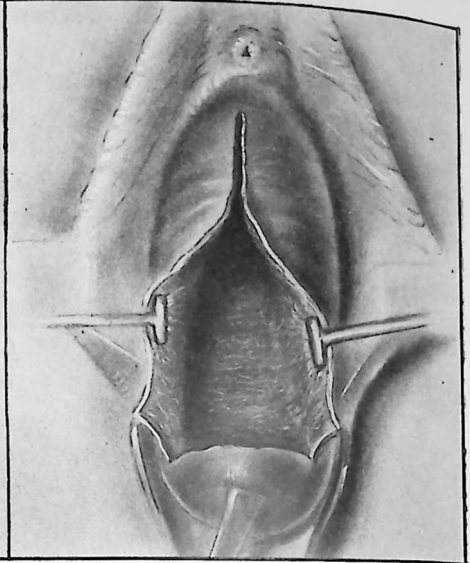


Fig. 587

Fig. 586.—Continúase despegando de la vejiga la pared vaginal; nótese las tijeras abiertas, después de haberlas introducido cerradas. Este despegamiento se continúa hasta donde sea necesario, y se va dividiendo la pared vaginal en la línea media, según vaya siendo necesario, para facilitar la operación.

Fig. 587.—Se terminó ya de despegar en la línea media la pared vaginal, de la vejiga.

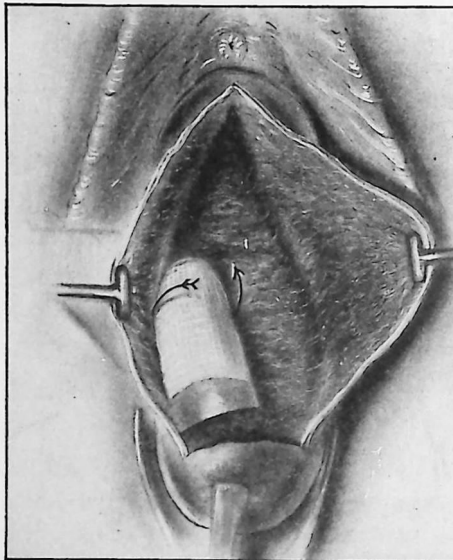


Fig. 588

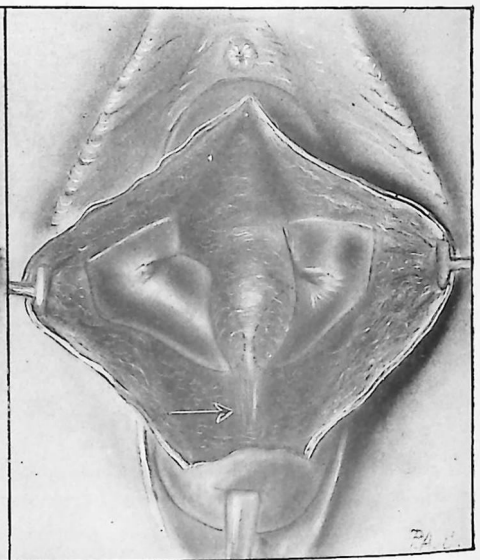


Fig. 589

Fig. 588.—Con una compresa de gasa enrollada en el dedo se despegan en los lados la pared vaginal. La flecha indica los movimientos de rotación que se hacen con el dedo para despegar rápidamente dicha pared, de la vejiga, alrededor del útero.

Fig. 589.—Con los dedos se levanta la vejiga para identificar el ligamento útero-vesical (o vésicouterino), indicado con la flecha, el cual se corta con las tijeras cerca del útero; hecho esto, se puede levantar la vejiga, según se ve en la figura 590.

simplifica la operación. Si por acaso el cirujano, en su afán de no lesionar la vejiga, se acercare demasiado a la pared uterina, tropezará con algunas dificultades y dilaciones. Para hallar la zona divisoria es mejor despegar un tanto la vejiga, primero con ayuda de la gasa, y más arriba con el dedo enguantado.

Cuando queda la vejiga despegada hasta bien arriba, se levanta con un separador, se reconoce la excavación vésicouterina y se abre el peritoneo. En ocasiones se tropieza con alguna dificultad para identificar este repliegue seroso, que se reconoce a veces por la diferencia del color, que deja ver un leve blanquecimiento y la condensación de los tejidos; ello no obstante, por lo común se identifica por medio del sentido del tacto. Con la vejiga separada un tanto arriba del repliegue peritoneal, y comprimiendo con un dedo el sobredicho repliegue sobre el útero y moviéndolo

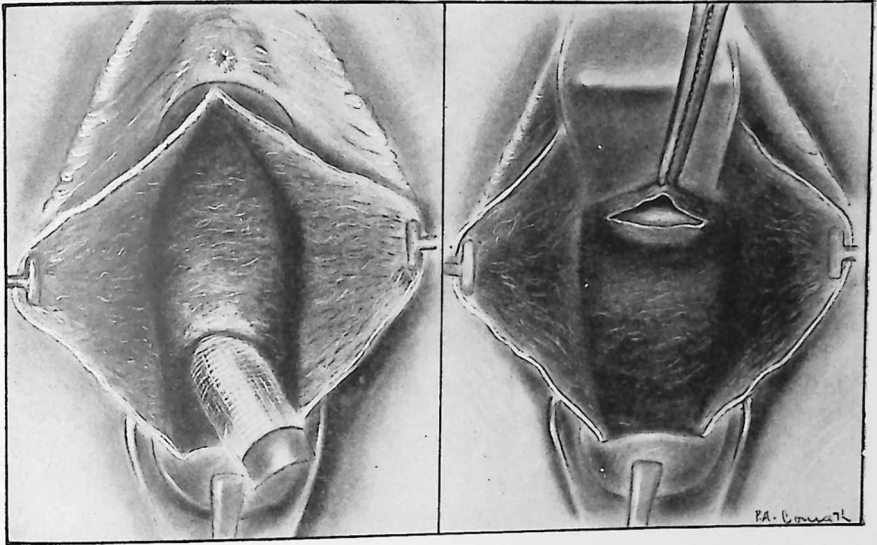


Fig. 590

Fig. 591

Fig. 590.—Se empuja hacia arriba la vejiga al paso que se va despegando del útero con el dedo cubierto de gasa. Después de que ha progresado un tanto el despegamiento, se puede continuar con el dedo enguantado, según se dice en el texto.

Fig. 591.—Se abre la excavación vésicouterina.

de un lado a otro, puede el cirujano advertir que una superficie peritoneal se desliza sobre otra; se coge entonces con pinzas y de un tijeretazo se abre el peritoneo (Fig. 591). De cuando en cuando se abre esta membrana serosa con sólo hacer el despegamiento hasta ella, y entonces se ve una pequeña porción de la superficie lisa al empujar la vejiga hacia arriba y despegarla del útero.

Luego de cortar el peritoneo se agranda lateralmente la abertura con los dedos y se desliza el separador hacia dentro de la cavidad peritoneal, después de haber elevado la pelvis de la paciente con el fin de

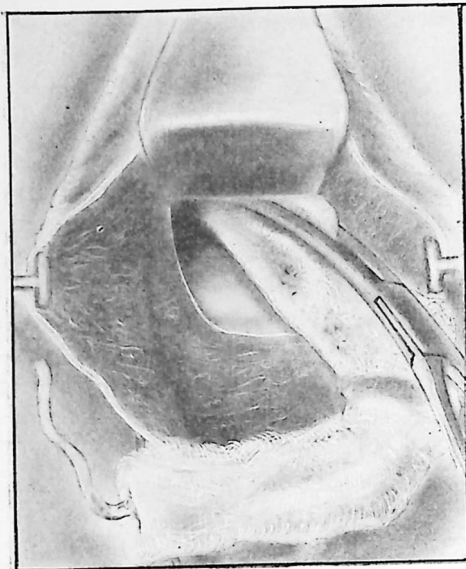


Fig. 592

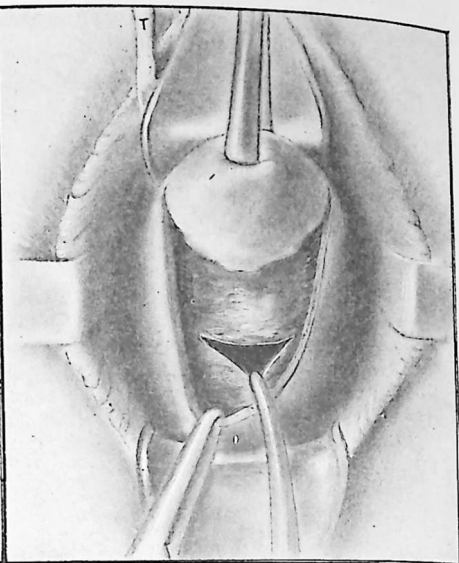


Fig. 593

Fig. 592.—Se introduce una compresa de gasa para apartar el intestino.

Fig. 593.—Divídese la excavación rectouterina ("fondo de saco" de Douglas).

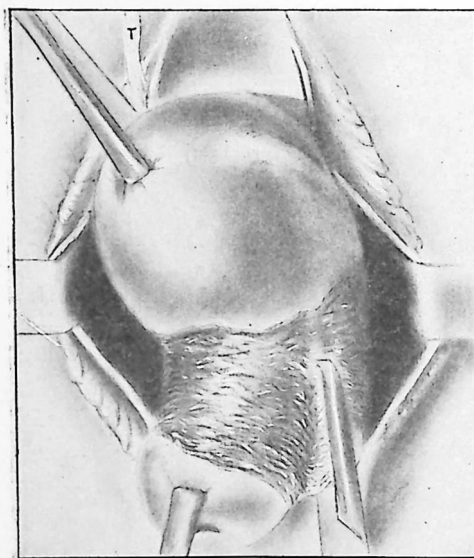


Fig. 594

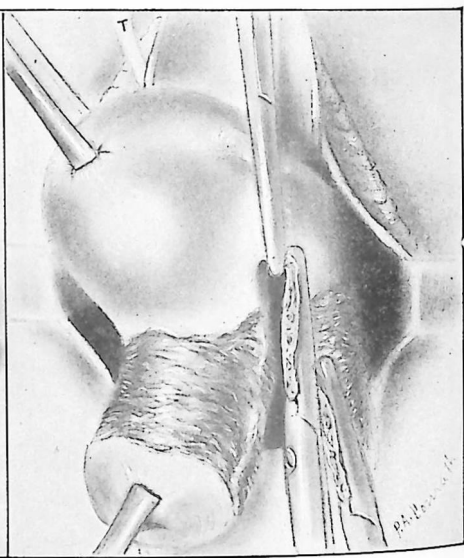


Fig. 595

Fig. 594.—Se empieza la forcipresión con las pinzas, de los ligamentos anchos. Se aplicaron ya las primeras pinzas al ligamento izquierdo.

Fig. 595.—Porción inferior del ligamento ancho izquierdo comprimida con las pinzas y dividida; se pusieron ya las pinzas en la porción superior del mismo.

que graviten los intestinos y se retiren de la incisión; se introduce entonces una gran compresa provista de una cinta (Fig. 592) y se coge con pinzas la tira. Ha de tenerse cuidado de despegar bien de cada liga-

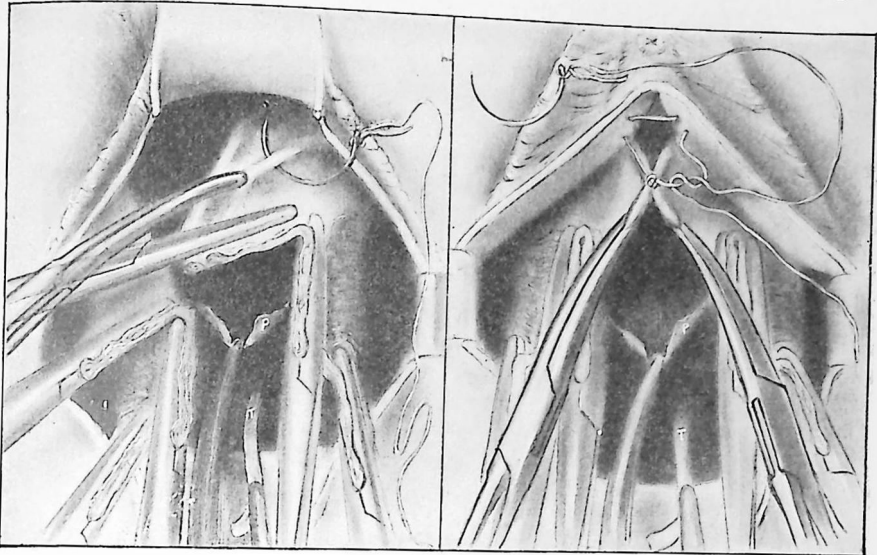


Fig. 596

Fig. 597

Fig. 596.—Se identifica el ligamento redondo izquierdo, el cual se incluye en una puntada.
Fig. 597.—Se cosen los ligamentos redondos entre sí, así como a la pared vaginal.

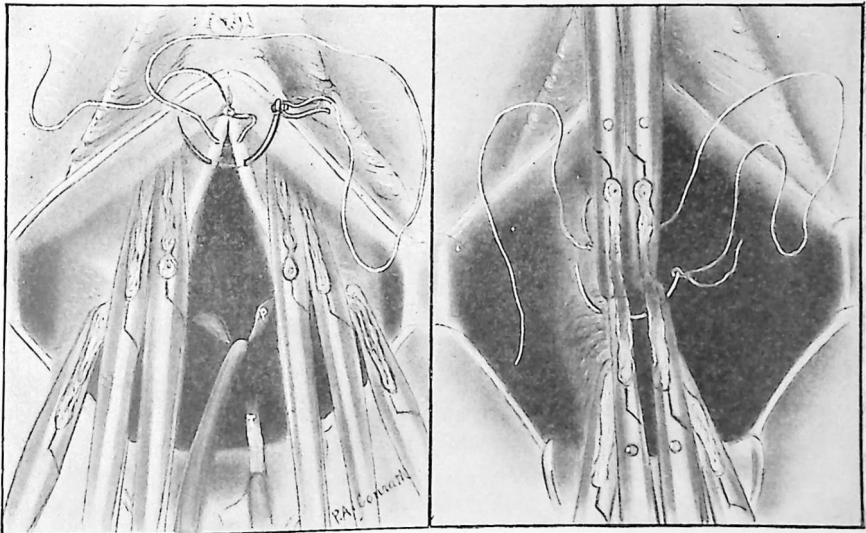


Fig. 598

Fig. 599

Fig. 598.—Se continúa la sutura de los ligamentos redondos.
Fig. 599.—Se aplica la sutura-ligadura a los pedículos, para efectuar la hemostasis y unirlos. Adviértase que ya se quitó la compresa de gasa.

mento ancho la vejiga en las porciones laterales, con el fin de apartar los uréteres de la zona peligrosa y aislar la porción anterior de los ligamentos anchos, antes de hacer la forcipresión.

3º *Sepárase del útero el recto.*—Se levanta a continuación el cuello, se hace un corte transversal en su cara posterior y se continúa el despegamiento con ayuda de la gasa hasta la excavación rectouterina, la cual se abre (Fig. 593), después de lo cual, con ayuda de los dedos se agranda lateralmente la abertura, para despegar el recto del útero y aislar la porción posterior de los ligamentos anchos; hecho esto, se introduce en la excavación rectouterina el separador posterior; se une la incisión vaginal

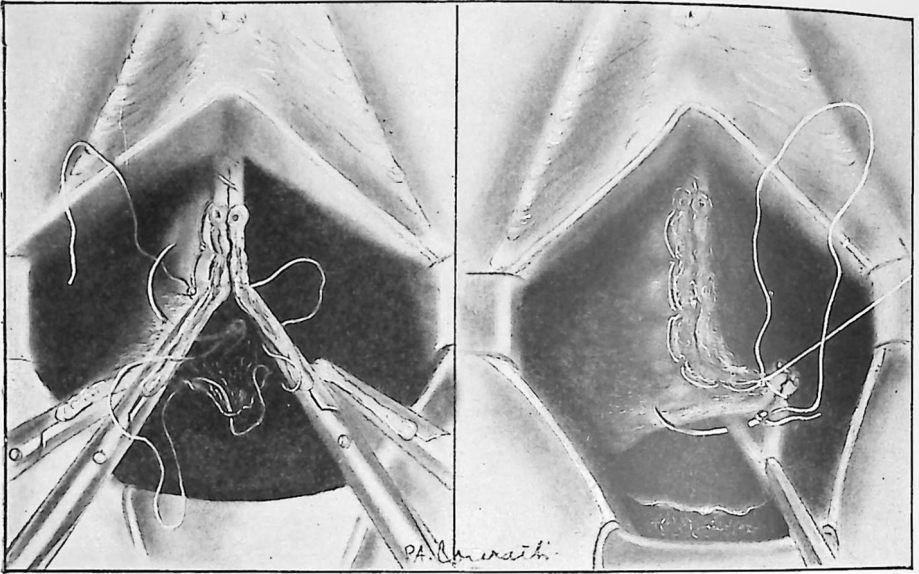


Fig. 600

Fig. 601

Fig. 600.—La sutura-ligadura incluye el peritoneo vesical.

Fig. 601.—Se termina la ligadura-sutura y la coaptación de los cabos de los ligamentos anchos, y se está dando una puntada más para acortar el ligamento úterosacro izquierdo.

posterior con la anterior, en cada lado del cuello, y se aparta entonces la pared vaginal, para que no sea cogida con las pinzas que han de comprimir los ligamentos anchos. Al llegar a este punto de la operación queda el útero sostenido tan sólo por los ligamentos anchos, los cuales han sido aislados atrás y adelante, antes de hacer la forcipresión y la división.

4º *Forcipresión de los "pedículos" y escisión del útero.*—Valiéndose del sentido del tacto en la porción posterior y teniendo a la vista los tejidos anteriores, se comprimen con fuertes pinzas las porciones inferiores de los ligamentos anchos (Fig. 594), y se dividen (Fig. 595); entre tanto, se tira del útero hacia abajo, al paso que se divide cada porción, con el fin de facilitar la colocación de las pinzas en la porción inmediata superior. Conviene usar el menor número posible de pinzas: aislando como es debido

Los tejidos vasculares y laterales, según queda dicho, y teniendo cuidado de incluir en cada una de las pinzas la mayor porción posible de ligamento, por lo común es posible dividir cada ligamento ancho aplicando tan sólo tres pinzas (Fig. 595), si bien hay ocasiones en que dichos tejidos están tan alargados y atenuados, que basta colocar en cada lado un solo instrumento.

Colocando las últimas pinzas en cada lado de arriba abajo, se facilitará un tanto esta maniobra. Al dividir la última porción del "pedículo" comprimido por las pinzas, se desprende del útero (Fig. 596), y queda entonces suficiente espacio para palpar los anexos y efectuar la extirpación de uno, o de ambos, cuando las circunstancias lo requieran. Se saca a continuación la compresa, se ponen unas pinzas en el peritoneo vesical y se lleva éste hacia abajo.

5º *Fijación de los ligamentos redondos debajo de la vejiga.*—El siguiente tiempo consiste en tirar hacia abajo de las pinzas superiores que comprimen el "pedículo", poniendo así a la vista el ligamento redondo, el cual se identifica y se comprime con otras pinzas (Fig. 596), maniobra que se ejecuta también en el otro lado. Únense entonces con una puntada entrambos ligamentos redondos, y con el mismo hilo se fijan a la pared vaginal debajo de la vejiga (Fig. 597); se quitan luego las pinzas y con el mismo hilo se cosen los ligamentos redondos hasta las pinzas superiores que comprimen los "pedículos" (Fig. 598), formando de esta manera el sostén de la vejiga que se empujó hacia arriba.

6º *Sutura-ligadura de los "pedículos", para formar el tabique ("plano") de sostén.*—Al llegar a las pinzas que comprimen los "pedículos", se hace de manera la ligadura-sutura, que se ligue la porción superior de ambos "pedículos", dejándolos firmemente unidos y efectuando de esa suerte la hemostasis (Fig. 599). Esta sutura-ligadura se continúa rápidamente hacia abajo (Fig. 600), hasta ligar totalmente ambos "pedículos" y quitar todas las pinzas (Fig. 601). Levántanse entonces los cabos inferiores de los "pedículos" ligados y se procura identificar los restos de los ligamentos úterosacos (Fig. 601) o los tejidos contiguos. Si fuere posible reconocer una faja de tejido que vaya hacia el sacro, en uno o en ambos lados, y si se lograre aislarla lo bastante para hacer con seguridad la sutura, se da una puntada tan arriba como sea posible (Fig. 602) y se anuda, lo cual sirve para fijar hacia arriba y hacia atrás la porción posterior del tabique ("plano") pélvico superior y la bóveda vaginal. La fijación a esta porción úterosaca del "pedículo", conserva la longitud de la vagina. Si se echase al olvido esta circunstancia, bien pudiera suceder que se tirase hacia delante, de toda la herida vaginal, incluso la bóveda (fórnix) de la vagina, debajo del arco púbico, con lo cual se acortaría el conducto vaginal.

7º *Sutura de la excavación rectouterina alrededor del tubo de desagüe.*—Conviene en estos casos colocar un tubo de desagüe, y un pedazo pequeño de tela delgada de goma enrollada sirve muy bien para este fin. Para ello se hace la sutura en el borde del peritoneo, se coloca el tubo de desagüe (Fig. 602) y se anudan luego los cabos, cerrando así la abertura peri-

toneal (Fig. 603). Por lo común hay bastante hemorragia capilar de los tejidos cercanos al recto, por lo cual se dan en ellos los necesarios puntos de sutura para cohibir la hemorragia (Figs. 604 y 605).

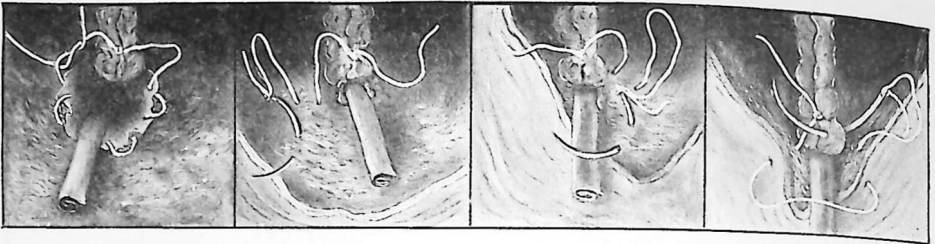


Fig. 602

Fig. 603

Fig. 604

Fig. 605

Fig. 602.—Inclúyese en la sutura el peritoneo de la excavación rectouterina, y se coloca el tubo de desagüe.

Fig. 603.—Se anudaron ya los cabos de la sutura, con lo cual queda cerrada la excavación rectouterina y fijo el tubo de desagüe. Se están dando las puntadas hemostáticas en los tejidos submucosos del lado derecho.

Fig. 604.—Puntadas hemostáticas en los tejidos submucosos del lado izquierdo.

Fig. 605.—Se hace la sutura para cerrar la pared vaginal, alrededor del tubo de desagüe.

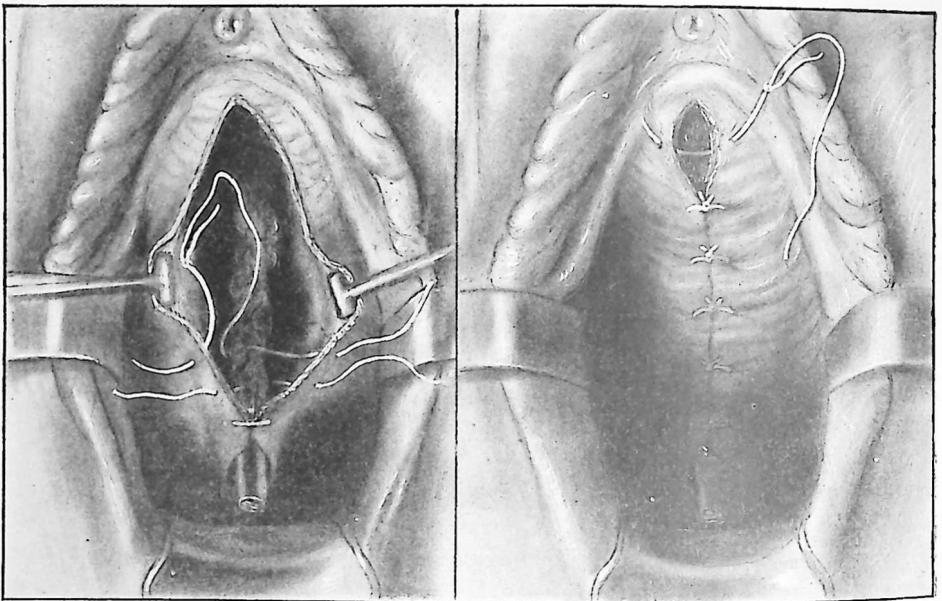


Fig. 606

Fig. 607

Fig. 606.—En puntos separados se cierra la herida vaginal, según se explica en el texto.
Fig. 607.—Se está acabando de cerrar la herida de la pared vaginal anterior.

8º *Sutura de la incisión vaginal.*—Se recorta a continuación el exceso de tejido de los colgajos vaginales de cada lado (Fig. 606) y se sutura la herida (Figs. 606 y 607). Conviene evitar el hacer demasiadas puntadas, pues ello favorecería la acumulación de fluido entre las capas profundas de la herida.

9º *Reparación del suelo pélvico.*—Al ejecutar casi todas las operaciones para el tratamiento del prolapso es menester la reparación del suelo pélvico con el fin de restaurar el tabique (“plano”) inferior de soporte, reparación que se efectúa de la manera usual, esto es, abriendo el suelo pélvico y haciendo luego la coaptación subvaginal de los lados del cincho pélvico. Para que esta reparación sea efectiva es preciso identificar las porciones laterales del cincho musculofibroso, y suturarlas (Fig. 608). En la lámina 609 se ve la operación ya terminada.

Por medio de la ligadura previa.—La técnica de esta histerectomía vaginal se diferencia de la que se acaba de describir tan sólo en que se

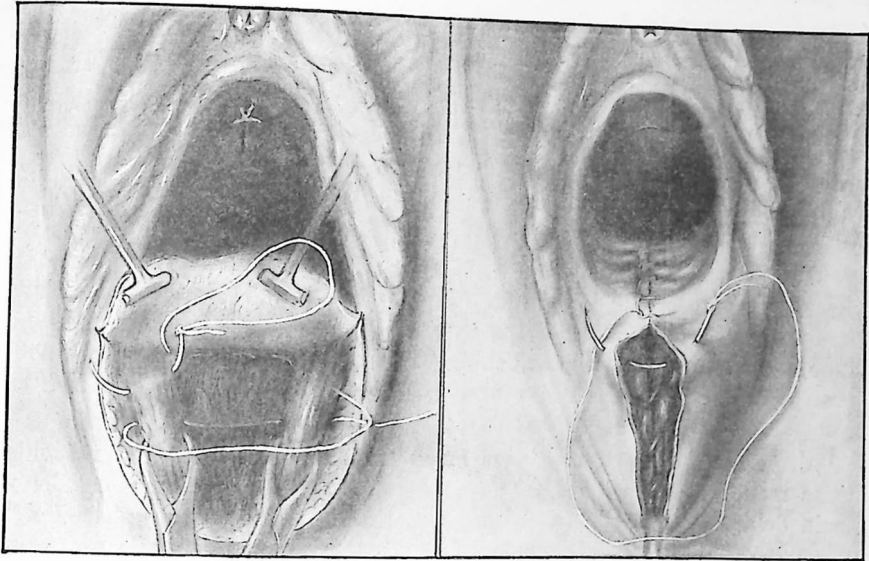


Fig. 608

Fig. 609

Fig. 608.—La reparación del suelo pélvico relajado es parte necesaria de toda operación para corregir el prolapso uterino, y de dicha reparación el tiempo esencial es la sutura profunda que incluye el cincho pélvico musculofibroso, según se ve en este grabado.

Fig. 609.—Terminase la reparación del suelo pélvico (véanse los pormenores en el texto).

omite la forcipresión previa de los “pedículos”, y se hace la hemostasis, efectuando de plano la ligadura (“ligadura primaria”), tal como se hace en la histerectomía vaginal motivada por el mioma uterino (véase el capítulo V). Luego de extirpar el útero se unen con puntadas los ligamentos redondos y anchos ligados, con el fin de formar un fuerte cincho de sostén en el estrecho pélvico inferior. Cuanto sea posible, han de ejecutarse los pormenores de la sutura de manera semejante a como se llevan a efecto en la antecedente operación. Esta técnica es útil cuando el prolapso es de menor cuantía, en la cual circunstancia bien puede suceder que los “pedículos” superiores no estén lo bastante alargados para volver fácilmente hacia fuera los cabos comprimidos con las pinzas (sic.), como en la operación precedente.

SUPRESIÓN DE LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

B. OPERACIONES ABDOMINALES

VI. Ventro fijación del útero

En el capítulo antecedente (Figs. 471 a 473) se relataron e ilustraron con láminas los pormenores de la ventro fijación usual, a la que se han añadido algunos tiempos especiales cuando el prolapso es muy intenso:

a. Rector despegaba totalmente la vejiga de su inserción cervical, luego de hacer la celiotomía, y levantaba la sobredicha inserción hasta cerca de la parte superior del útero, donde la fijaba a una superficie uterina desnuda. Hecho esto fijaba el fondo uterino a la pared abdominal.

b. Rushmore, en algunos casos difíciles hacía primero la operación de interposición, abría luego la cavidad abdominal, llevaba hacia arriba el cuello uterino y fijaba firmemente su cara posterior a la pared abdominal anterior. Al ejecutar esta operación puede ser preciso el despegar la pared vaginal posterior, del recto, hacia abajo, hasta alguna distancia del cuello (sic.), con el fin de evitar tensión enfadosa en el recto.

c. Schubert fijó en seis ocasiones el útero dislocado hacia abajo, por medio de una tira de fascia que desprendió de la pared abdominal; para ello hizo la celiotomía transversal. En las pacientes operadas no hubo que hacer ninguna providencia para conservar la función reproductiva, pero propone dicho autor una variación de este método que dice es adecuada para el período fecundo de la vida de la mujer.

d. Harris, en dos ocasiones se valió del largo tendón del músculo psoas menor de cada lado, para sostener el cuello uterino hacia arriba y hacia delante. Para ello hacía una incisión en el peritoneo, sobre dicho músculo, en el sitio donde queda sobre el psoas mayor, y seguía entonces el tendón del psoas menor hasta su inserción en la eminencia pectínea, donde lo dividía. Efectuaba luego el despegamiento con gasa y pasaba el cabo del tendón debajo de los vasos ilíacos, lo cual ejecutaba en ambos lados; hecho esto suturaba ambos tendones a la cara posterior del cuello uterino, con lo que levantaba y tiraba hacia atrás el cuello, tal como si se hubiesen acortado los ligamentos úterosacros. Esta operación fué propuesta en substitución del acortamiento de los ligamentos úterosacros por vía abdominal, cuando éstos estuviesen tan atenuados, que no se pudiera aprovecharlos.

Implantación del útero en la pared abdominal.—Esta operación se diferencia de la ventro fijación usual en que se implanta el útero en la pared, en vez de suspenderlo de ella por medio de puntadas. A causa del perfeccionamiento de otros métodos para corregir el prolapso uterino, apenas es necesaria en el día de hoy la implantación antedicha. Ello no obstante, estas operaciones son de interés histórico, ya que tuvieron parte en el desenvolvimiento de las operaciones, tal como se ejecutan en la hora presente. Se empleaban diversos métodos para hacer la implantación.

El método de Harris, al que dió el nombre de "secuestración abdominal" era muy eficaz: consistía en llevar el útero pequeño por entre la incisión abdominal, y en cerrar el peritoneo alrededor de él (Fig. 610), después de lo cual colocaba el cuerpo uterino sobre el peritoneo cerrado, se reavivaba la superficie uterina y se suturaba el músculo recto de cada

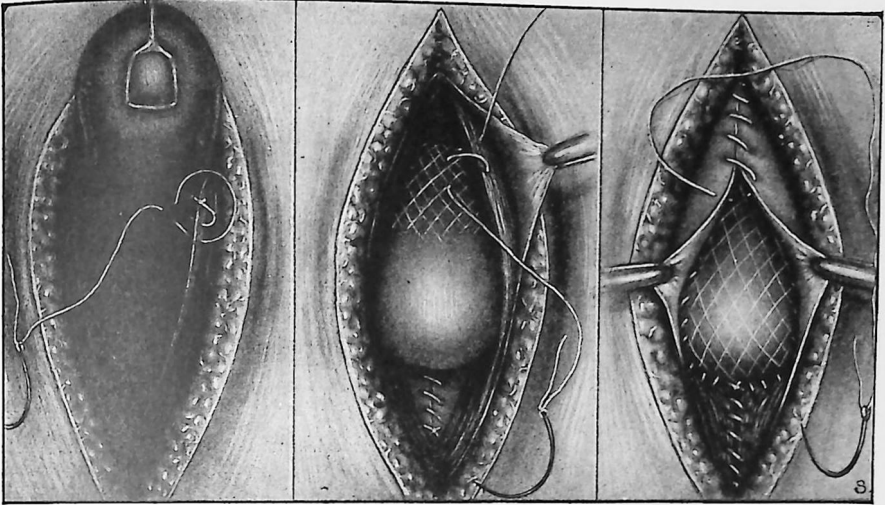


Fig. 610

Fig. 611

Fig. 612

Fig. 610.—Ventro fijación del útero según el método de Harris: se lleva la matriz hacia la porción inferior de la herida y se cierra el peritoneo alrededor de ella.

Fig. 611.—El cuerpo uterino queda apoyado sobre el peritoneo cerrado, después de lo cual se hace la escarificación del cuerpo y se fija al músculo recto abdominal de cada lado.

Fig. 612.—Se hizo ya la fijación del cuerpo uterino a los músculos rectos, y se está cerrando la aponeurosis y cosiéndola a la porción escarificada del cuerpo uterino.

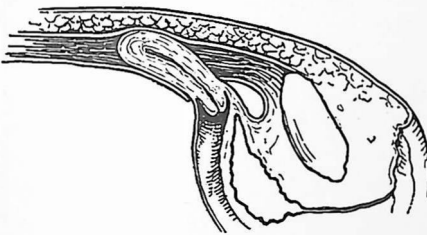


Fig. 613

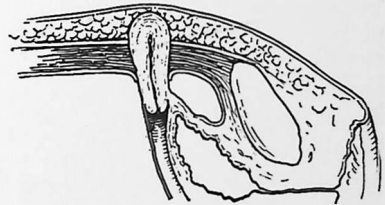


Fig. 614

Fig. 613.—Dibujo que representa en corte longitudinal la relación que guarda la matriz con las capas de la pared del abdomen, después de hacer la implantación según el método de Harris.

Fig. 614.—Dibujo que representa en corte longitudinal las relaciones que guarda el útero con las capas de la pared del abdomen después de hacer la implantación según el método de Kocher.

lado a la porción correspondiente del útero (Fig. 611); hecho esto, se suturaba la aponeurosis, incluyendo la sutura la cara anterior del útero (Fig. 612). Luego de cerrar la herida cutánea se reparaba el suelo pélvico relajado y concluía así la operación (Fig. 613).

El método de Kocher consistía en llevar el cuerpo uterino por entre todas las capas de la pared abdominal, excepto la piel (Fig. 614), y en suturar dichas capas a la pared uterina, después de lo cual se cosía la piel sobre el fondo del órgano.

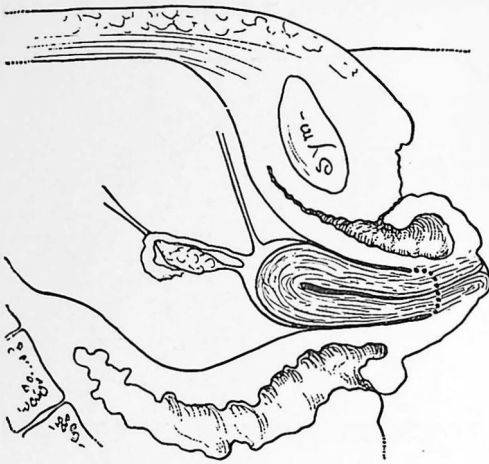


Fig. 615

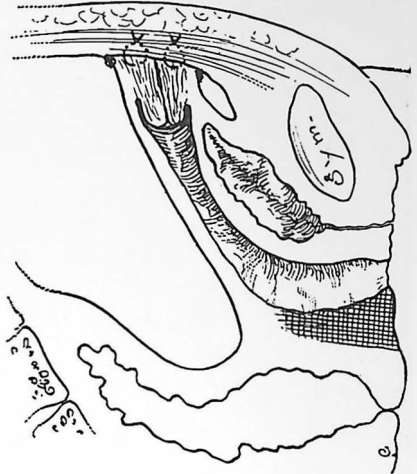


Fig. 616

Fig. 615.—Dibujo que representa en corte longitudinal la histerectomía supravaginal y la fijación del cuello uterino a la pared abdominal. En la línea punteada se extirpa la porción superior de la matriz.

Fig. 616.—Muñón cervical suturado a la pared del abdomen. La porción sombreada con líneas cruzadas indica la reparación del suelo pélvico, indispensable en estos casos.

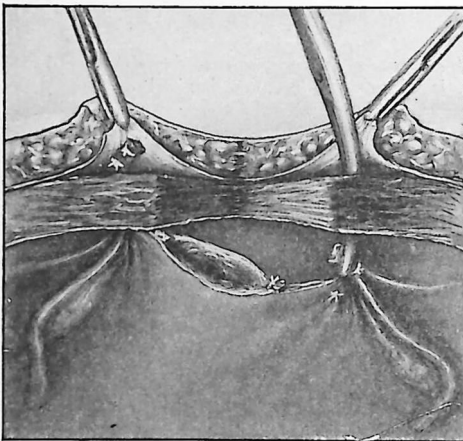


Fig. 617

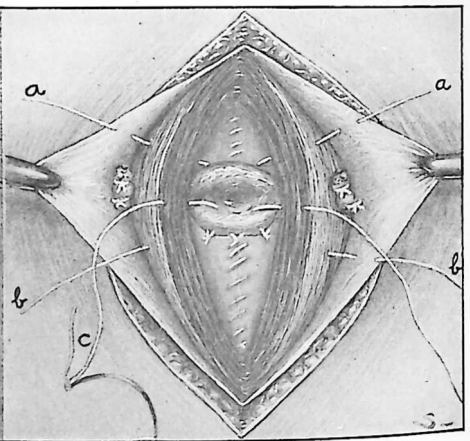


Fig. 618

Fig. 617.—Otra manera de fijar el cuello uterino a la pared abdominal: se cosen en dicha pared los pedículos laterales, cerca del cabo cervical, y después se pasan por entre los músculos rectos y la aponeurosis, en cada lado.

Fig. 618.—Después se sutura el cuello a los músculos.

VII. Histerectomía abdominal

La histerectomía por vía abdominal, para el tratamiento del prolapso uterino, puede ser de dos clases: histerectomía supravaginal, ó histerectomía total, según lo requieran las circunstancias.

Histerectomía supravaginal motivada por el prolapso uterino.—En la hora presente la fijación del cuello uterino a los ligamentos redondos y a los demás cabos, o “pedículos” pélvicos es uno de los tiempos ordinarios de la histerectomía supravaginal, con el propósito de evitar el acortamiento de la vagina, y para reforzar el sostén pélvico (véase el capítulo V).

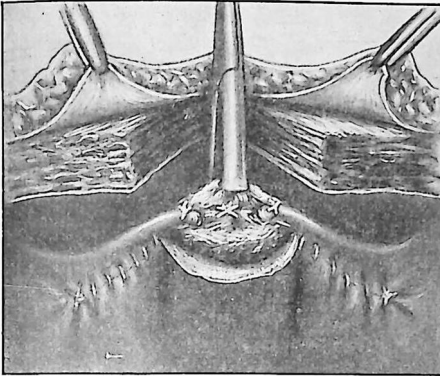


Fig. 619

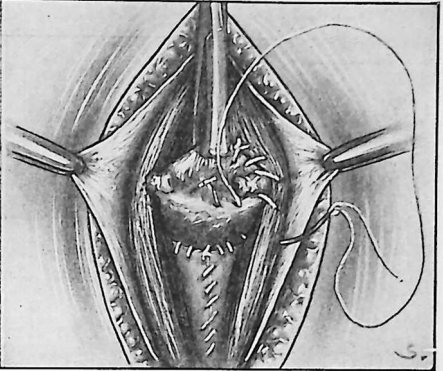


Fig. 620

Fig. 619.—Otra manera de fijar el cuello uterino a la pared abdominal, consistente en meter el cabo cervical entre los dos músculos rectos, y fijarlo a éstos y a la aponeurosis. En este grabado se ve el cabo cervical cogido con las pinzas antes de llevarlo hacia la pared abdominal.

Fig. 620.—Después de llevar el cabo cervical a la pared del abdomen, se cierra el peritoneo alrededor de él y se cose dicho cabo a los músculos rectos.

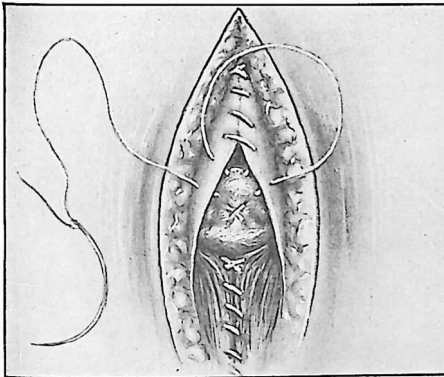


Fig. 621

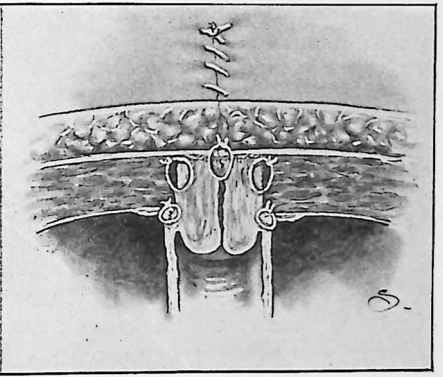


Fig. 622

Fig. 621.—Sutura de la aponeurosis, con la cual se acaba de fijar el muñón del cuello.
 Fig. 622.—Dibujo que representa en corte longitudinal las relaciones del muñón del cuello uterino con las diversas capas de la pared abdominal.

Cuando hay prolapso uterino ha de ponerse particular cuidado en llevar bien hacia arriba el cuello y en suprimir luego la flojedad en los “pedículos” pélvicos, a fin de que se sostenga el cabo o muñón cervical bien arriba en la pelvis.

En circunstancias excepcionales están tan dilatados los “pedículos” pélvicos, que es menester la fijación del cabo cervical a la pared abdominal. El cuerpo uterino se amputa de la manera acostumbrada, a la altura que indica la línea punteada en la figura 615, y se lleva luego el muñón cervical y se sutura firmemente a la pared del abdomen (Fig. 616). Hay diversas maneras de efectuar esta sutura:

- a. Sutura simple a la cara inferior de la pared abdominal (Fig. 616).
- b. Sutura de los “pedículos pélvicos” de cada lado por entre el músculo recto del abdomen, para reforzar la inserción a la pared (Figs. 617 y 618).
- c. Sutura del muñón o cabo cervical, con sus pedículos adheridos (Figs. 619 y 620). Para ello, se cose el peritoneo alrededor del muñón y se sutura luego el tejido muscular a las porciones laterales del mismo (Fig. 620); hecho esto se cierra la aponeurosis de manera, que las puntadas abarquen una buena porción de la superficie superior del muñón cervical (Fig. 621), y se termina la operación cosiendo la piel (Fig. 622).

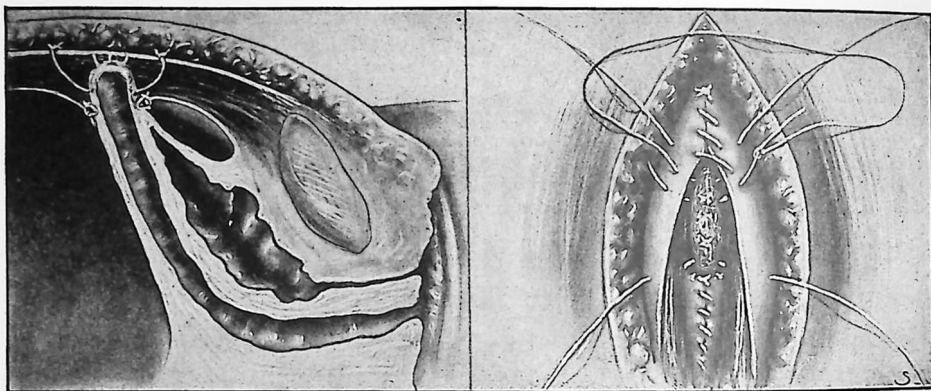


Fig. 623

Fig. 624

Fig. 623.—Histerectomía total y fijación de la vagina a la pared abdominal; adviértanse las relaciones que guarda aquélla con ésta.

Fig. 624.—Pormenores de la fijación del cabo vaginal a la pared del abdomen.

Histerectomía total motivada por el prolapso.—Según queda dicho, la fijación del cuello uterino a los ligamentos redondos y a los demás cabos de los tejidos pélvicos, es uno de los tiempos ordinarios de la histerectomía total, con el fin de evitar el acortamiento de la vagina, y para reforzar el sostén pélvico (véase el capítulo V). En estas pacientes de prolapso ha de tenerse especial diligencia en llevar bien hacia arriba el cuello y suprimir luego la flojedad de los cabos pélvicos, a fin de que el extremo de la vagina quede sostenido en una porción alta de la pelvis.

En raras ocasiones es menester fijar el cabo vaginal a la pared del abdomen, para darle sostén adecuado. Luego de extirpar el útero, se cierra totalmente la herida vaginal, y se lleva entonces el extremo cerrado de la vagina relajada y se fija firmemente a la pared vaginal.

Ha variado en gran manera el método para efectuar la sutura, la cual puede hacerse cosiendo el extremo cerrado de la vagina a la cara inferior de los músculos rectos del abdomen, o bien se lleva el cabo vaginal por entre los músculos y se sutura a éstos y a la aponeurosis (Figs. 623 y 624). Al dar las puntadas ha de evitarse el penetrar en la cavidad vaginal.

Ventro fijación de antiguos cabos vaginales.—Hace muchos años se hacía a menudo la mera extirpación del útero dislocado hacia abajo, para tratar el prolapso, operación que algunas veces daba origen al subsecuente prolapso de la vejiga, de las paredes vaginales y los intestinos, conviene a saber, a la hernia de los tejidos y órganos pélvicos, cuyo tratamiento era mucho más dificultoso que lo hubiera sido la curación del prolapso uterino.

En una de estas pacientes, abrimos la cavidad abdominal y fijamos firmemente el cabo de la vagina a la pared abdominal (Figs. 623 y 624), haciendo, claro está, la consiguiente reparación del suelo pélvico. Los efectos de esta operación fueron duraderos, no obstante el que la paciente tenía que hacer trabajos pesados; al hacer algún esfuerzo se formaba un hoyuelo en la cicatriz abdominal, lo que indicaba que la bóveda vaginal estaba aún adherida a ella.

CUÁNDO CONVIENE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Casi todos los prolapsos notables del útero causan considerables molestias, y sólo es posible dar alivio duradero con el tratamiento no quirúrgico a un reducido número de pacientes. Las perturbaciones locales causadas por la irritación y la ulceración del tumor uterino¹ exteriorizado, se pueden suprimir haciendo la reducción del tumor, encamando luego a la paciente y haciendo las necesarias curaciones e irrigaciones vaginales. En muchas ocasiones los pesarios alivian temporalmente el dolor tensivo y las perturbaciones vesicales, al conservar el útero y la vejiga dentro de la pelvis.

Hay tres clases de pacientes en quienes conviene continuar el tratamiento por medio del pesario:

a. Aquellas que padecen prolapso leve o moderado, y a quienes el pesario les ocasiona alivio total de sus molestias.

b. Las pacientes con prolapso notable cuyo mal estado general de salud no permite el correr los riesgos de la operación, ora a causa de estar muy entradas en años, o de alguna enfermedad física, y a quienes el pesario da bastante alivio.

c. Aquellas que, no obstante el padecer señalado prolapso uterino, prefieren las inconveniencias y el alivio relativo del pesario, antes que correr los riesgos de la operación.

¹ Empleo en toda esta traducción el término tumor, con el único significado que debiera dársele en medicina, a saber: *abultamiento* (lo que algunos autores pretenden expresar con el galicismo *masa*), ya que el vocablo proviene del latín *tumere*, hinchar. Me parece sobremanera inadecuado y anfibológico el designar privativamente con el término tumor, los neoplasmas, o tumores neoplásicos. (N. del T.)

El tratamiento quirúrgico corresponde a todas las demás pacientes de prolapso uterino, y por lo común es tanto mejor cuanto más pronto se lleve a efecto, ya que el prolapso del útero y de la vejiga es un estado morbosos progresivos, y cuanto más se dilate el tratamiento curativo, tanto más grave se volverá la anomalía.

Circunstancias que contraindican la operación inmediata.—Antes de ejecutar el tratamiento quirúrgico del prolapso es preciso curar todos los estados inflamatorios agudos o subagudos del cuello uterino, de la vagina y de la vejiga, y por lo común no conviene operar inmediatamente antes de la menstruación, sino es preferible efectuarla poco después de la catamenia, de manera que estén ya bastante bien cicatrizadas las heridas cuando se presente el siguiente flujo menstrual. Tocante al parto, de ordinario ha de diferirse la operación hasta cinco o seis meses después de haber dado a luz la paciente, ya que entonces se habrá efectuado totalmente la involución y se podrá determinar con mayor exactitud el grado de acortamiento que es necesario efectuar. Además de esto, ya para entonces habrá pasado el grave peligro de que se propaguen las inflamaciones en el puerperio, y los tejidos habrán recuperado ya su tonicidad y se sostendrán más firmemente las suturas que en los tejidos friables del período puerperal.

SELECCIÓN DEL MÉTODO QUIRÚRGICO

El fruto de los intensos estudios efectuados en años recientes respecto del prolapso uterino, es el notable perfeccionamiento del tratamiento quirúrgico, que se cifra: primero, en el mejor entendimiento de los diversos estados morbosos que se presentan en las diversas pacientes, cuya consecuencia es la mejor selección del método quirúrgico más adecuado, y segundo, en el descubrimiento de que se puede tratar eficazmente el prolapso señalado con operaciones quirúrgicas menos graves y complicadas que se emplearon en otras épocas.

Como es de suponer, el prolapso uterino, que comprende la exteriorización del útero, y a menudo de la vejiga, es tema conocido desde tiempos muy antiguos, pues en efecto, es tan conspicua y tan enfadosa dicha anomalía, que fué una de las primeras enfermedades humanas que se reconocieron y estudiaron, y así, se tienen noticias de los esfuerzos hechos por aliviarla desde las edades más remotas, los cuales esfuerzos, observados en el discurso de los siglos, dan de sí un novelesco relato sobremodo interesante. No cabe duda que el tratamiento no quirúrgico suministraba considerable alivio a multitud de enfermas, pero el advenimiento de la cirugía antiséptica y aséptica trajo consigo la posibilidad de curar real y efectivamente la enfermedad, aun en sus formas y sus variedades más graves. Desde entonces hasta la hora presente se han hecho grandes y rápidos progresos respecto del tratamiento.

Estos progresos alcanzados en el tratamiento quirúrgico se pueden dividir en varios períodos, que tienen particular interés. El prolapso del

útero y los tejidos contiguos, incluso las paredes vaginales, la vejiga y algunas veces el recto, es un asunto por demás complicado, y tan sólo su aspecto anatómico ha dado ocasión a que se escriban voluminosos artículos. La razón de ello se hace evidente si ponemos la consideración en la multitud de variados tejidos que tienen parte en la oclusión del estrecho pélvico inferior. Ha sido tarea por extremo laboriosa el estudiar los exactos linderos anatómicos que entran en la formación aun de la pelvis normal, estudio que es mucho más dificultoso cuando se hace en los tejidos desfigurados y atenuados por el prolapso. Por otra parte, además de los pormenores anatómicos, fué preciso determinar la respectiva importancia tocante a la función que cada uno de dichos tejidos tiene en lo que atañe al sostén normal en el estrecho pélvico inferior, así como a las relaciones mutuas de todos ellos, las cuales relaciones son de imponderable importancia.

El progreso del tratamiento quirúrgico del prolapso uterino se puede dividir para su estudio en tres períodos, en cada uno de los cuales se dedicó especial atención a diferentes asuntos. No sería posible hacer la separación precisa de los antedichos períodos, por más que en cada uno de ellos preponderaron ciertas ideas y se llevaron a efecto determinados estudios, y cada nuevo esfuerzo señaló la senda que habría de conducir al feliz suceso. Designaremos esas tres diversas épocas de la siguiente manera:

- 1ª Cirugía empírica.
- 2ª Estudios de anatomía y fisiología.
- 3ª Cirugía selecta.

Cirugía empírica

Después del perfeccionamiento de la cirugía antiséptica y aséptica, se aplicaron presto las nuevas doctrinas al tratamiento del prolapso, lo cual se hizo en gran manera empíricamente, ya que no otra cosa se podía esperar, dados los defectuosos conocimientos que entonces se tenían de anatomía y fisiología. Ni tampoco han de echarse al olvido las peculiares circunstancias: al pensar los cirujanos en el tratamiento del prolapso uterino que daba origen a graves trastornos y que las más de las veces se presentaba en pacientes entradas en años, que habían pasado ya el período fructífero de la vida, era por entero ajustado a razón que se determinase el extirpar el útero dislocado, para de esa manera curar el prolapso, lo cual se llevó a efecto en multitud de ocasiones, generalizándose así el tratamiento consistente en la histerectomía vaginal ordinaria.

No se puede negar la lógica de tales razonamientos, y sin embargo de ello, no se logró dar en el tuáutem de la dificultad. Ciertamente, con la extirpación del útero se daba al traste con el prolapso de dicho órgano, pero en cambio se provocaba muchas veces el prolapso de otros órganos contiguos, ya que poco a poco descendían las paredes vaginales y la vejiga, hasta formar un tumor sobresaliente que a menudo contenía por-

ciones de intestino. Tal era la situación en que se hallaba este asunto cuando el autor *senior* de este libro comenzó a ejercer la ginecología; así, no pocas veces hubo de tratar grandes hernias del contenido pélvico, cuya curación era infinitamente más dificultosa que lo hubiera sido la del prolapso uterino.

El error consistía en que sólo se efectuaba el tratamiento a medias, y que si bien se trataba radicalmente el prolapso del útero, no se cerraba de manera eficaz la abertura por donde se extraía el órgano. A la postre se logró el adelantamiento de cerrar o de estrechar el orificio vaginal, haciendo previamente la histerectomía o no la haciendo, con los cuales métodos se ponían en coaptación los tejidos inmediatos al sobredicho orificio vaginal. Con esto se mejoraron un tanto los efectos de la operación, pero se observó que en muchas pacientes se efectuaba gradualmente la dilatación y la recurrencia del prolapso, todo lo cual hizo evidente el que era menester se descubriese algún método de tratamiento de efectos más duraderos.

Estudios de anatomía y fisiología

Al acrecentarse las facilidades para los estudios anatómicos y llegarse al convencimiento de que las operaciones quirúrgicas eran hasta entonces inadecuadas, se emprendieron estudios más minuciosos y mejor encaminados de la estructura de los tejidos del estrecho pélvico inferior, así como de la función de cada uno de ellos. De esta suerte, pronto se puso de manifiesto la circunstancia de que multitud de tejidos tenían parte en el sostén del suelo pélvico, los cuales tejidos hallábanse dañados en las pacientes que padecían de prolapso; todo ello llevó a la conclusión muy razonable de que para efectuar eficazmente el tratamiento de dichas enfermas era preciso reparar muchos de aquellos tejidos dañados. Vino entonces un período en el cual se ejecutaron complicadas operaciones encaminadas a reconstruir tejidos visibles, o que estaban al alcance del cirujano, y que habían padecido menoscabo. En su afán de lograr esta restauración anatómica, los cirujanos se valieron de diversas vías y de diferentes métodos, habiendo, como había, gran diversidad de opiniones acerca de la importancia respectiva de los varios tejidos que tenían parte en el sostenimiento de los órganos pélvicos. De resultas de esto, se idearon multitud de operaciones "anatómicas", por demás diversas y complicadas, pues según parece cada cirujano creía haber hallado "pruebas anatómicas" que abonaban la superioridad de la operación ideada o ejecutada por él.

No obstante el que estos minuciosos estudios anatómicos sentaron fundamentos más científicos en qué apoyar el tratamiento quirúrgico del prolapso, a causa de la multiplicidad de los tejidos que tenían parte en las cuestiones, y por razón de la divergencia de pareceres tocante a la respectiva importancia que se atribuía a cada uno de ellos, se inventaron tal muchedumbre de operaciones que eran en verdad desconcertantes, de lo cual bien podemos dar fe, pues uno de nosotros (H. S. C.), al in-

tentar un estudio metódico del asunto muchos años ha, tropezó con grandes dificultades al clasificar tan gran número de operaciones, con el fin de mostrar la relación que cada una de ellas tenía con los tejidos abdominales, así como la relación general de los varios métodos entre sí. Además de la confusa multiplicidad de procedimientos quirúrgicos, el afán de los cirujanos por efectuar la total restauración anatómica los había llevado a ejecutar operaciones más complicadas que de hecho era menester, según a la postre se puso en claro.

El prolapso se presenta muchas veces en mujeres de edad madura, en las cuales importa evitar el choque quirúrgico innecesario. El estudio minucioso de los efectos que producían las diversas operaciones hizo evidente que la reparación total de ciertos tejidos fáciles de alcanzar, es tan eficaz y menos peligrosa que el intentar la reconstrucción de todos los tejidos dañados.

Cirugía selecta

La experiencia adquirida en los períodos antecedentes y los hechos que se pusieron en claro, sirvieron de fundamento al presente período que se distingue por la cuidadosa selección y el minucioso estudio que se hace de cada particular paciente, con el propósito de escoger la operación que más convenga a cada enferma.

Es ya cosa averiguada que no hay una sola operación que sirva para el tratamiento de todos los prolapsos uterinos, y que en esta enfermedad, como en cualquier otro trastorno pélvico, ha de hacerse la debida *selección* del tratamiento, puesto que son sumamente variables los estados morbosos concomitantes y, por tanto, han menester diferentes operaciones quirúrgicas; de lo que es consiguiente inferir que antes de escoger el tratamiento que más convenga a cada enferma, ha de hacerse la determinación exacta del daño que hayan padecido los diversos tejidos. La eficiencia del ginecólogo depende, pues, en primer lugar, de la puntualidad del diagnóstico y de la exactitud en la selección del método terapéutico, y en segundo lugar, de la diligente ejecución, sin pérdida de tiempo y sin causar innecesarias perturbaciones en los tejidos. En estas, como en cualesquiera otras operaciones, ha de procurarse la estricta observancia de la fundamental regla de cirugía: "lograr lo que sea menester, exponiendo a la paciente al menor peligro posible".

Algunas pacientes padecen complicaciones que requieren la celiotomía, y en tales casos conviene a veces terminar el tratamiento quirúrgico del prolapso por la vía abdominal, y añadir luego la necesaria reparación del suelo pélvico. Bien puede suceder que el útero dislocado esté tan enfermo que sea preciso ejecutar la histerectomía abdominal, o vaginal, que ha de ir sucedida de la reparación adecuada de los tejidos ("planos") pélvicos de sostén, superior e inferior.

La experiencia enseña que el prolapso uterino y vesical sin complicaciones, sea cual fuere su intensidad, se puede corregir permanentemente sin que sea preciso ejecutar las operaciones abdominales o vaginales ra-

dicales que a menudo se ejecutan; que la operación abdominal sólo conviene cuando hay alguna complicación que requiera la celiotomía, y que la histerectomía vaginal ha de efectuarse tan sólo cuando haya alguna complicación que demande la extirpación del útero.

Casi siempre que hay señalado prolapso uterino hay también prolapso de la vejiga en mayor o menor grado, con el que ha de tenerse cuenta al ejecutar la operación. Para escoger el tratamiento quirúrgico del prolapso conviene agrupar a las pacientes en dos principales clases: la una comprende aquellas en quienes ha de conservarse la función reproductiva, y la otra incluye las pacientes que no han menester se haga ninguna disposición para futuras preñeces, pues pasaron ya el período de la menopausia, o está tan dañado el útero que es necesaria su extirpación. Cada una de estas clases principales incluye ciertos estados morbosos que hace necesaria la subclasificación. Así, distribuyendo a las pacientes según las circunstancias de que dependa la selección del tratamiento quirúrgico, las agruparemos en las siguientes clases y subclases:

PACIENTAS EN QUIENES SE CONSERVA LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

- I. Sin complicaciones abdominales.
- II. Con complicaciones que requieren la incisión abdominal, o celiotomía.

PACIENTAS EN QUIENES NO SE CONSERVA LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

- I. Sin complicaciones abdominales.
 - a. El estado del cuerpo uterino permite su conservación.
 - b. Es necesaria la extirpación del cuerpo uterino.
- II. Con complicaciones que requieren la celiotomía.
 - a. El estado del cuerpo uterino permite su conservación.
 - b. Es necesaria la extirpación del cuerpo uterino.

PACIENTAS EN QUIENES SE CONSERVA LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

I. Sin complicaciones abdominales

En tales casos, las dificultades consisten: 1º, en conservar el cuello uterino en la porción posterior de la pelvis; 2º, en conservar el fondo uterino en la porción anterior de la pelvis; 3º, en reparar los tejidos subvesicales que sirven de sostén, y 4º, en reparar el suelo pélvico. Todo lo cual ha de lograrse mediante algún método que no impida la preñez subsecuente, y puesto que no hay ninguna complicación que requiera la celiotomía, es adecuada la siguiente operación:

Operación plástica en los ligamentos anchos.—En las figuras 511 a 527 se representan los diversos tiempos de esta operación, que es la más adecuada para el tratamiento del prolapso uterino y vesical sin complicaciones, en el período fecundo de la vida. El método es sencillo y eficaz,

y con él se logra la necesaria reparación, sin exponer a la paciente a los peligros de las manipulaciones intraperitoneales, y de la anestesia prolongada, y si fuere menester, podrá ejecutarse con anestesia local. Cuando es preciso efectuar la escisión del cuello, a causa de la cervicitis crónica o de la degeneración quística, puede hacerse convenientemente como uno de los tiempos de la operación (Figs. 519 y 520).

Según queda dicho, se hará además la reparación del suelo pélvico, que es parte de todas las operaciones para el tratamiento del prolapso. Al efectuar la antedicha reparación del suelo pélvico, se procurará reconocer, y se tratarán, en caso que los hubiere, el *rectocele* y la *hernia de la excavación rectouterina* (enterocele posterior), la última de las cuales es muy fácil que se pase inadvertida, y que si no se trata debidamente, dará ocasión algunos meses después a que se forme otro abultamiento.

PACIENTAS EN QUIENES NO SE CONSERVA LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

II. Con complicaciones que requieren la celiotomía

Cuando es necesario abrir la cavidad abdominal para tratar alguna complicación, por lo común es acertado valerse también de algún procedimiento que se efectúe por vía abdominal y que ayude al tratamiento del prolapso. En tales casos convienen las siguientes operaciones:

1ª *Acortamiento de los ligamentos redondos por vía abdominal.*—Cuando el prolapso es moderado, basta a veces esta operación, coadyuvada por la necesaria reparación del suelo pélvico. Luego de tratar la complicación que hizo necesaria la celiotomía (apendicitis crónica, anexitis, etc.), se acortan los ligamentos redondos según alguno de los métodos de que hablamos en el capítulo VIII. En las láminas 494 a 498 se pone a la vista la operación combinada que se ejecuta a menudo, a saber: la extirpación de la trompa uterina y del ovario de un lado, la fijación hacia delante del fondo uterino, la apendicectomía, la reparación de los tejidos subvesicales para suprimir el cistocele moderado, y la reparación del suelo pélvico.

En terminando la operación abdominal se procede a ejecutar la operación vaginal. Cuando es leve el prolapso y el principal estado morboso es la retrodesviación, basta a veces la reparación del suelo pélvico. Si sólo hay cistocele moderado, basta añadir la moderada reparación de los tejidos subvesicales por vía vaginal. En cambio, cuando es muy notable el prolapso uterino, es preciso valerse de algún medio más eficaz de sostener el cuello uterino hacia atrás y de suministrar el debido sostén, lo cual por lo común se logra haciendo la operación plástica de los ligamentos anchos (Figs. 511 a 527).

Hay circunstancias excepcionales en que el cirujano cree es oportuno añadir al acortamiento de los ligamentos redondos por vía abdominal, el acortamiento de los tejidos úterosacros por igual vía (Figs. 530 a

541). Ello no obstante, en nuestro sentir es más eficaz y menos peligrosa la operación plástica de los ligamentos anchos debidamente ejecutada, que la operación en los tejidos profundos de la pelvis que requiere el acortamiento de los tejidos úterosacros por el abdomen.

2ª *Reparación y elevación de la pared vaginal anterior, por vía abdominal.*—Algunos cirujanos prefieren este método cuando el tratamiento del prolapso requiere la celiotomía, a causa de alguna complicación. Para llevar a efecto este método es necesario que no hayan padecido inflamación y que sean muy movibles los tejidos en el área de la operación (véanse las Figs. 542 a la 545, y el texto respectivo). Sin embargo de lo dicho, salvo casos excepcionales, es preferible efectuar la necesaria reparación de la pared vaginal por la vía inferior, con lo cual se reducirá el tiempo y la magnitud de la operación intraperitoneal. De cuando en cuando el prolapso se presenta en alguna mujer nulípara cuyo orificio vaginal es tan pequeño que no es posible efectuar convenientemente la operación por esta vía.

PACIENTAS EN QUIENES NO SE CONSERVA LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

I. Sin complicaciones abdominales

a. **Puede conservarse el cuerpo uterino.**—Este subgrupo de pacientes que pasaron ya el período de la menopausia, comprende un gran número de los prolapsos graves del útero y la vejiga. Por otra parte, estas pacientes entradas en años son a menudo sujetos peligrosos para ejecutar en ellas operaciones quirúrgicas complicadas, lo cual ha de tenerse en la memoria al hacer la selección del tratamiento quirúrgico. A tales enfermas convienen las siguientes operaciones:

1ª *Operación plástica de los ligamentos anchos.*—Esta operación (Figs. 511 a 527) la mencionamos en el primer subgrupo, ya que a causa de su sencillez y eficacia es sumamente adecuada para el tratamiento del prolapso, tanto en el período fecundo de la vida como después de la menopausia, y es la operación perfecta para las pacientes de edad madura, en quienes importa sobremanera evitar manipulaciones intraperitoneales complicadas y prolongadas.

Cuando es muy señalado el prolapso de la vejiga, y en particular cuando es el principal estado morbozo, y es secundario el prolapso del útero, como sucede a menudo en las ancianas, sin género de duda ha de preferirse la operación de interposición. En tales casos, para tratar el notable cistocele suele ser necesaria la separación de la vejiga y el útero hasta un sitio bastante alto, así como la abertura de la excavación vésicouterina para hacer bien arriba las puntadas con que ha de elevarse la pared vaginal. Ahora bien, en tales circunstancias es preferible sacar el cuerpo uterino y fijarlo debajo de la vejiga (interposición), con lo cual se evitará con mayor seguridad la recurrencia del cis-

tocele, que es el problema principal en estas pacientes. Cuando se efectúa la interposición no es preciso hacer el vasto despegamiento lateral de los ligamentos anchos.

2ª *Interposición subvesical del cuerpo uterino.*—La experiencia demuestra que esta operación (Figs. 546 a 562) es sumamente eficaz para tratar el prolapso útero-vesical en esta clase de pacientes; es particularmente útil por cuanto interpola el firme tejido del cuerpo uterino, que sirve de sostén a los tejidos laxos de la base vesical, y no ha de perderse de la memoria que en estas pacientes entradas en años con frecuencia están tan relajados los tejidos pélvicos, que sería muy probable la recurrencia del prolapso de la vejiga si se empleasen los antiguos métodos de tratamiento quirúrgico; fué precisamente esta circunstancia la que condujo al empleo de este método, en el cual se aprovecha el cuerpo uterino para reforzar los tejidos subvesicales. Ejecutada con maestría, suministra la corrección permanente del prolapso útero-vesical, sin prolongar indebidamente la operación y sin causar perturbaciones innecesarias en los tejidos, ya que sólo es menester separar lateralmente la vejiga lo bastante para colocar debajo de ella el útero y poder hacer la escisión del tejido excesivo de la pared vaginal. No obstante el que se abre la cavidad peritoneal, se ejecutan en ella tan pocas manipulaciones, que no se acrecienta en gran manera el peligro. Conviene particularmente cuando es muy señalado el prolapso de la vejiga y están tan relajados los tejidos subvesicales, que sería ineficaz la coaptación de ellos. Como tantas veces se ha dicho ya, la total reparación del suelo pélvico relajado es parte indispensable de la operación.

Quando el cuello uterino está muy desgarrado, padece inflamación crónica y degeneración quística, es bien hacer, además de la interposición, la amputación cervical, mas ha de tenerse buen cuidado de no extirpar una porción de tejido mayor de la que sea necesaria, ya que importa que el útero tenga suficiente longitud para poder interpolarlo debidamente.

Si estuviere muy sobresaliente el cuello, y en especial si a la relajación de los tejidos úterosacos se añade la pequeñez del útero, puede ser conveniente el acortamiento de dichos tejidos según el método de Goffe (Figs. 563 y 564).

Si hay dilatación del cuerpo uterino, pero sólo es moderada y tan sólo a causa de la subinvolución, se puede aprovechar el órgano en el método de la interposición, con tal que se ponga particular diligencia en hacer firmemente la fijación (Fig. 560). Cuando el cuerpo uterino está permanentemente ensanchado y es poco más o menos de tamaño doble que lo normal, para conservarlo es preciso reducir su tamaño, lo cual se efectúa extirpando una porción cuneiforme (Figs. 565 y 566). En cambio, si fuere demasiado grande el cuerpo y normal el cuello, por lo común ha de preferirse la amputación supracervical del cuerpo dilatado y la interposición del cuello que se conserva (Figs. 567 a 572).

Cuando el útero está moderadamente atrofiado, pero conserva aún suficiente volumen de tejido firme que sirva de sostén, puede ejecutarse la interposición, pero para llevarla a feliz término es preciso que el cuello uterino quede después de la operación muy hacia atrás en la pelvis. Cuando el útero es de tamaño normal, la longitud del órgano y la reparación del suelo pélvico ayudan a conservar hacia atrás el cuello, pero cuando es corto el útero a causa de la atrofia o de la amputación del cuello, bien puede suceder que el cabo cervical se desvíe hacia abajo y hacia delante, hasta colocarse sobre el perineo reparado. Para evitar tal contingencia, se acortarán los ligamentos úterosacros (Figs. 563 y 564).

3ª *Oclusión de la vagina*.—Algunas veces conviene la oclusión de la vagina para contrarrestar el prolapso, procedimiento que es sumamente útil en las pacientes muy ancianas o débiles. El mejor método para efectuar la oclusión es el de Le Fort (Figs. 573 a 583), que cuando se ejecuta como es debido y se logra buena cicatrización, además de ocluir eficazmente el conducto vaginal, deja en cada lado de la vagina un pequeño conducto por donde salgan los exudados uterinos o vaginales. La denudación que se efectúa según este método es por entero superficial, y toda la operación puede ejecutarse con anestesia local. No obstante la sencillez del método, puede el cirujano tropezar con alguna dificultad al llevar a efecto los diversos tiempos, a causa de las mudanzas en las relaciones, a no ser que los estudie minuciosamente antes de empezarlos.

b. **Es necesario extirpar el cuerpo uterino**.—Cuando a causa del estado del cuerpo uterino es necesaria su extirpación, convienen las siguientes operaciones:

1. *Amputación del cuerpo uterino por vía vaginal, e interposición del cuello*.—Cuando el cuello uterino es normal conviene a veces conservarlo junto con las inserciones de los ligamentos anchos y úterosacros, que sirvan de sostén debajo de la vejiga. Esto se logra haciendo la amputación del cuerpo uterino enfermo, por vía vaginal, y efectuando luego la interposición del cuello debajo de la base de la vejiga, a fin de que ayude a evitar la recurrencia del cistocele (Figs. 567 a 572). Es particularmente útil cuando el prolapso de la vejiga es uno de los importantes estados morbosos. La conservación de las inserciones pericervicales, en lugar de la división y la sutura de ellas, reduce el tiempo de la operación, además de que suministra más firme sostén debajo de la vejiga, y de esta manera disminuye las probabilidades de que vuelva a presentarse el prolapso.

2. *Histerectomía vaginal*.—Conviene la histerectomía total cuando están enfermos tanto el cuello como el cuerpo del útero. La histerectomía vaginal que se ejecuta con el fin de tratar el prolapso es del todo diferente a la que se lleva a efecto por alguna otra causa, por razón de que en el primer caso es necesario valerse de disposiciones especiales para reconstruir las capas ("planos") de tejidos pélvicos que sirven de sostén, lo cual se ejemplifica de manera evidente con las primeras histerectomías

vaginales que se pusieron por obra con el propósito de tratar el prolapso, pues multitud de pacientes tratadas por medio de la simple histerectomía vaginal padecieron subsecuentemente prolapso de la vejiga, de las paredes vaginales y de los intestinos; o por mejor decir, se presentó en ellas la verdadera hernia del contenido pélvico, cuyo tratamiento era más dificultoso que lo hubiera sido el del prolapso debidamente ejecutado. En las figuras 584 a 609 se muestran los diversos tiempos de la histerectomía vaginal, tal como se ejecuta en el día de hoy para el tratamiento del prolapso, y que va acompañada de la eficaz restauración del sostén pélvico.

Importa poco el que se haga o deje de hacer la forcipresión previa y la ligadura subsecuente, o que se lleve a efecto desde luego la ligadura de los ligamentos anchos (sin previa forcipresión), pues el pormenor indispensable para evitar la recidiva del prolapso es la sutura de los "pedículos", o cabos, al través de la pelvis, con el fin de formar una capa, o tabique ("plano") de tejidos que sirva eficazmente de sostén, según se verá en la descripción pormenorizada de la técnica.

SUPRESIÓN DE LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

II. Complicaciones que requieren la celiotomía

a. **Puede conservarse el cuerpo uterino.**—Cuando sea necesario abrir la cavidad abdominal, a causa de alguna grave complicación, se tratará el prolapso por la vía abdominal y se añadirá la necesaria reparación del suelo pélvico por vía vaginal. En estos casos convienen las siguientes operaciones abdominales:

1ª *Fijación del cuerpo uterino a la pared abdominal.*—Puesto que en estas pacientes ya quedó suprimida la función reproductiva, se puede efectuar la ventro fijación, que es un medio eficaz de inmovilizar el útero (véanse las Figs. 469 a 473 y el texto correspondiente), operación que ha de ir acompañada de la necesaria reconstrucción del suelo pélvico relajado.

2ª *Implantación del cuerpo uterino en la pared abdominal.*—Sólo en circunstancias extremas se recurrirá a la implantación del cuerpo uterino en la pared abdominal, en lugar de la ventro fijación (véanse las Figs. 610 a 614, y el texto respectivo).

b. **Es menester extirpar el cuerpo uterino.**—Dado caso que sea necesario el abrir la cavidad abdominal para tratar alguna complicación, es consiguiente que se ejecute la histerectomía abdominal.

1ª *Histerectomía supravaginal por vía abdominal.*—Si al efectuar la exploración preoperatoria se descubre que está en buen estado el cuello uterino, se preferirá la histerectomía supravaginal. Por lo común la fijación alta del cuello a los "pedículos" pélvicos y la corrección del relajamiento de los ligamentos redondos (véase Histerectomía supravaginal, capítulo V), bastan para elevar el cuello uterino. En circunstancias ex-

cepcionales están tan relajados los tejidos pericervicales y subvesicales, que es preciso fijar el cabo cervical a la pared del abdomen (Figs. 616 a 620).

2ª *Histerectomía total por vía abdominal*.—Cuando el cuello uterino está muy viciado por extensa cervicitis crónica, o por alguna otra variedad de irritación persistente, conviene la histerectomía total y la fijación alta de la bóveda vaginal. Las más de las veces basta suturar los “pedículos” a la bóveda vaginal cerrada, según se dijo al hablar de la histerectomía total, en el capítulo V. Sin embargo de ello, en raras ocasiones hay tanta relajación de los tejidos que es acertado fijar el cabo vaginal a la pared del abdomen (Figs. 623 y 624).

Según hemos dicho en diversas ocasiones, la reparación del suelo pélvico relajado ha de ser parte de todas las operaciones para el tratamiento del prolapso.

Todo lo que va dicho respecto de las operaciones que convienen a cada una de las diversas variedades de prolapso uterino, se puede **reducir a breve suma**, de la siguiente manera:

CUANDO SE CONSERVA LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

- I. Cuando no hay complicaciones abdominales.
 1. Operación plástica de los ligamentos anchos.
- II. Cuando hay complicaciones que requieren la celiotomía.
 1. Acortamiento de los ligamentos redondos, por vía abdominal, sucedido de la necesaria reparación del suelo pélvico.
 2. Elevación y reparación de los tejidos úteropúbicos que sirven de sostén, por vía abdominal, con la añadidura de la necesaria operación vaginal.

CUANDO NO SE CONSERVA LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA

- I. Cuando no hay complicaciones abdominales.
 - a. Se puede conservar el cuerpo uterino.
 1. Operación plástica de los ligamentos anchos.
 2. Interposición subvesical del cuerpo uterino.
 3. Oclusión de la vagina (técnica de Le Fort).
 - b. Ha de extirparse el cuerpo uterino.
 1. Amputación vaginal del cuerpo uterino, e interposición del cuello.
 2. Histerectomía vaginal y restauración del sostén pélvico.
- II. Cuando hay complicaciones que requieren la celiotomía.
 - a. Se puede conservar el cuerpo uterino.
 1. Fijación del cuerpo uterino a la pared abdominal (ventro fijación), y operación vaginal para reconstruir el suelo pélvico.
 2. Implantación del cuerpo uterino en la pared abdominal, sucedida de la necesaria operación vaginal.
 - b. Ha de extirparse el cuerpo uterino.
 1. Histerectomía supravaginal por vía abdominal, seguida de la necesaria operación vaginal.
 2. Histerectomía total por vía abdominal, y reparación del suelo pélvico.

HERNIA DE LA EXCAVACIÓN RECTOUTERINA (ENTEROCELE POSTERIOR)

La hernia de la excavación rectouterina o enterocele posterior según se le designa algunas veces, es a menudo concomitante con el prolapso uterino y causada por la dislocación o la tracción hacia abajo, de la excavación rectouterina ("fondo de saco" de Douglas), la cual, al descender poco a poco, separa del recto la vagina, despegamiento que llega a veces hasta el grado de que dichos órganos quedan totalmente separados hasta el perineo. Las dos circunstancias coincidentes con el prolapso que propician el antedicho estado morboso, son: 1ª, la laxitud de los tejidos, que fomenta la desviación hacia abajo de la excavación rectouterina, impulsada por la presión intraabdominal, y 2ª, la tracción que de la excavación rectouterina efectúan hacia abajo el útero y las paredes vaginales en estado de prolapso.

De no reconocerse a su debido tiempo el enterocele posterior cuando coincide con el prolapso uterino, fracasará en gran manera el tratamiento quirúrgico de éste, y al cabo de algún tiempo volverá la paciente a padecer trastornos (lo que ella cree es la recurrencia del prolapso), y al efectuar la exploración vaginal se hallará un gran tumor, el cual, en hecho de verdad, no es la recidiva del prolapso uterino, pero causa tantos trastornos como éste y probablemente haya menester otra operación.

El autor *senior* se acuerda de dos casos interesantes de esta índole. A una de las pacientes la vimos en consulta con el Dr. F. T. McNally; era de edad de sesenta y seis años, y cuatro años antes se le había hecho cierta complicada operación para el tratamiento del prolapso uterino; pocos meses después de la operación consultó la paciente al Dr. McNally, quien halló un pequeño abultamiento en el orificio vaginal, poco más o menos del tamaño de un huevo de gallina, y que, a pesar del tratamiento paliativo, creció poco a poco hasta volverse del tamaño de una toronja (Fig. 625, C). La enferma era muy gorda y padecía del corazón, de manera que decidimos ejecutar la operación que se describirá más abajo, totalmente con anestesia local.

A la otra enferma la vimos en consulta con el Dr. Willis Hall, y padecía gran prolapso del útero y de la vejiga. Su edad era de sesenta y nueve años y su estado general no muy favorable para la operación, por lo cual procuramos cuanto era en sí tratarla por medios paliativos, y colocamos un pesario que sostenía bastante bien la vejiga y el útero, pero, ello no obstante, se formaba aún un abultamiento detrás del pesario, que distendía la pared vaginal posterior. Eran tantas las molestias que esto ocasionaba, que a la postre fué necesario efectuar la operación quirúrgica, consistente en el acortamiento de los ligamen-

tos anchos por vía vaginal, después de lo cual tratamos la hernia de la excavación rectouterina al efectuar la reparación del suelo pélvico.

El aspecto exterior de esta variedad de hernia es muy semejante al del rectocele, con el cual se confunde fácilmente, pues, en efecto, cualquiera de dichos estados morbosos puede causar abultamiento perineal, y en ocasiones coexisten entrambos (Figs. 626 y 627); al efectuar la palpación digital por el recto se averiguará si hay rectocele; mas aunque lo hubiere, si no es lo bastante señalado para atribuirle todo el abulta-

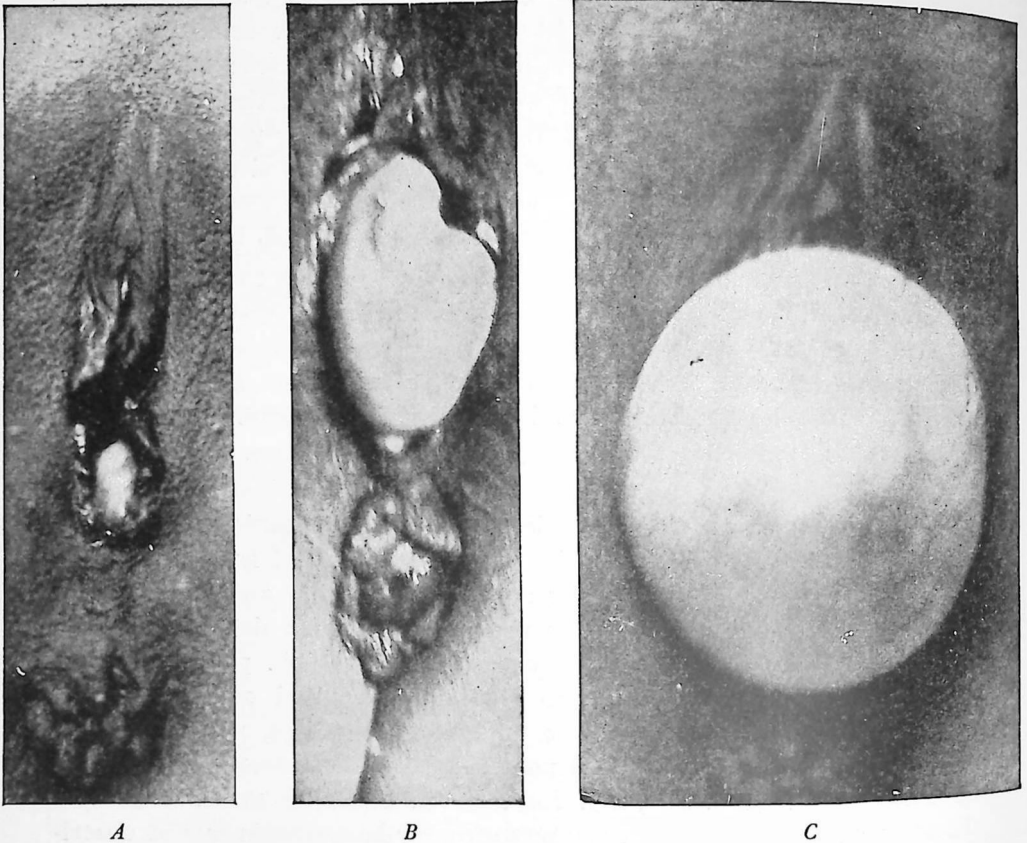


Fig. 625.—Enterocele posterior (hernia de la excavación rectouterina). A. La hernia sobresale apenas por el orificio vaginal. B. El enterocele salido parcialmente. C. Salida total del enterocele, que tiene poco más o menos el tamaño de una toronja.

miento perineal, se pensará en la posibilidad de que haya alguna hernia concomitante de la excavación rectouterina.

Al efectuar la reparación del suelo pélvico y levantar el colgajo vaginal, se confirmará el diagnóstico, a saber: cuando hay hernia de la excavación rectouterina por lo común se puede reconocer la pared anterior del saco de la hernia, si se le busca al despegar hacia arriba el colgajo vaginal (Figs. 628 y 629).

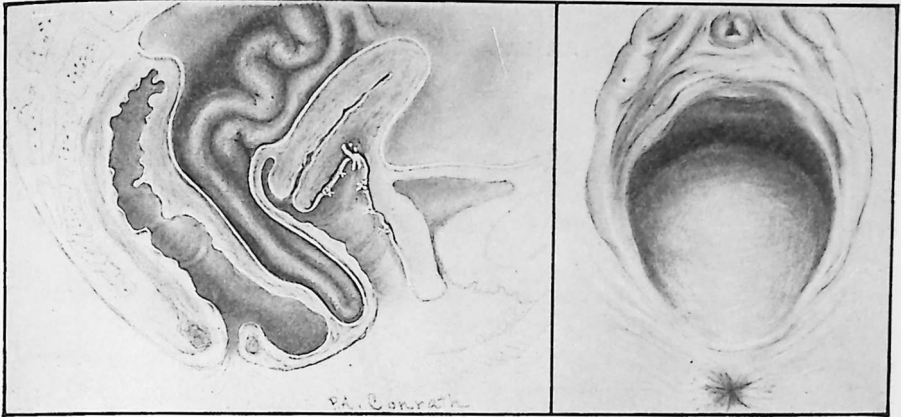


Fig. 626

Fig. 627

Fig. 626.—Enterocele posterior (hernia de la excavación rectouterina) y rectocele, los cuales han de ser reparados. Adviértase que se hizo ya el acortamiento de los ligamentos anchos y la elevación y reparación de la fascia úteropúbica, para el tratamiento del prolapso uterino.
 Fig. 627.—Aspecto que presentan el enterocele posterior y el rectocele.

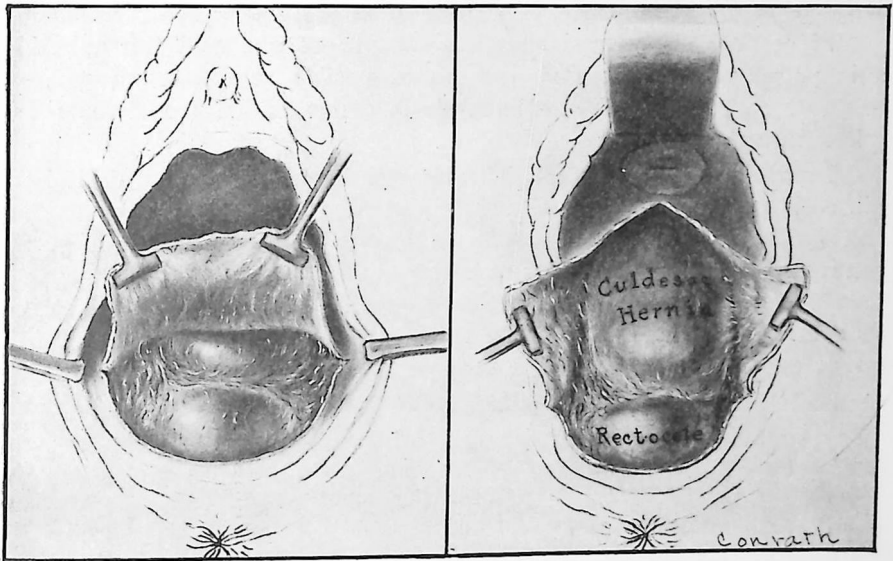


Fig. 628

Fig. 629

Fig. 628.—Se ponen a la vista el enterocele (arriba) y el rectocele (abajo), al levantar el colgajo vaginal para hacer la reparación del suelo pélvico.
 Fig. 629.—Rectocele y enterocele (marcado este último en la lámina *Culdesac Hernia*).
 (Copiado con algunas variaciones, de Ward: *Trans. Woman's Hospital.*)

Tratamiento quirúrgico

DE LA HERNIA DE LA EXCAVACIÓN RECTOUTERINA

El tratamiento de la hernia de la excavación rectouterina se lleva a efecto al ejecutar la reparación del suelo pélvico: luego de hacer la incisión usual y de levantar el colgajo vaginal, tal como si fuese a efectuarse la reparación común y corriente del suelo pélvico, se identifica el saco herniario, y se despega de las paredes vaginal y rectal contiguas (Fig. 630).

En cerciorándose de que en efecto es una hernia de la excavación rectouterina y no un rectocele, se abre el saco (Fig. 630), y si se halla en él alguna asa intestinal, se pone a la paciente en posición de Trendelenburg para hacer que vuelva el intestino a la cavidad peritoneal; a continuación se liga firmemente el cuello del saco (Figs. 631 y 632), se corta éste (Fig. 632) y se sutura el cabo al tejido conectivo situado detrás del cuello uterino (Fig. 633).

Caso que hubiere rectocele concomitante, se trata por medio de puntadas invaginantes (Figs. 633 a 635). Luego de recortar las porciones excesivas de pared vaginal (Fig. 635), se sutura la porción superior de la herida vaginal (Figs. 636 y 637), y se repara entonces el suelo pélvico de la manera acostumbrada (Fig. 637).

Si después de abrir el saco herniario se ve que está tan adherido a la pared vaginal o rectal, que no es posible separarlo sin peligro, se puede obliterar la cavidad haciendo la escarificación (reavivamiento) y la sutura de la superficie peritoneal.

Es a las veces sobremodo dificultoso el diagnóstico exacto de la hernia de la excavación rectouterina, en particular cuando hay que diferenciarlo del *lipoma* (que de cuando en cuando se presenta en la pelvis con caracteres semejantes a los de la hernia vaginal), así como del *rectocele voluminoso con excesivo tejido adiposo*. Luego de levantar la pared vaginal, es preciso hacer la diferenciación cuidadosa, para no abrir el recto, creyendo que es un saco separado. Tocante a esto, es a veces muy enfadoso el tejido adiposo excesivo, en particular cuando se emplea la anestesia local, pues entonces bien puede sobrevenir el edema y la formación de espacios llenos de flúido, que hacen más difícil la identificación de los tejidos. El autor *senior* tiene aún en la memoria la dificultad que experimentó en una paciente, en la cual, aun con el dedo colocado en el recto para facilitar la identificación de las capas de tejido al paso que progresaba el despegamiento, los espacios llenos de flúido continuaron dando la sensación de que había un saco herniario debajo de ellos, hasta que se efectuó el despegamiento hasta la pared rectal. En tales contingencias, claro está, es preciso detener el despegamiento que se haga en busca del saco herniario antes de penetrar en la pared rectal, la cual se identifica con el dedo colocado en el recto.

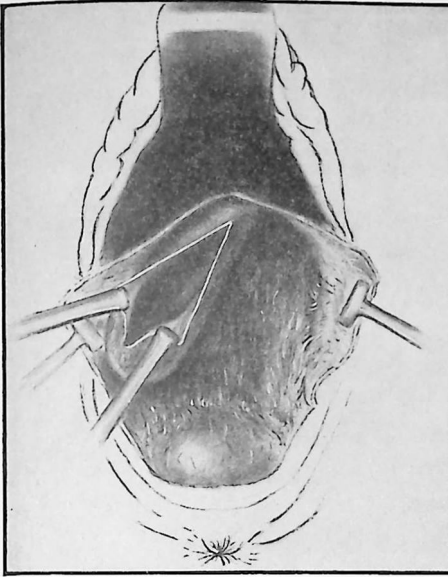


Fig. 630

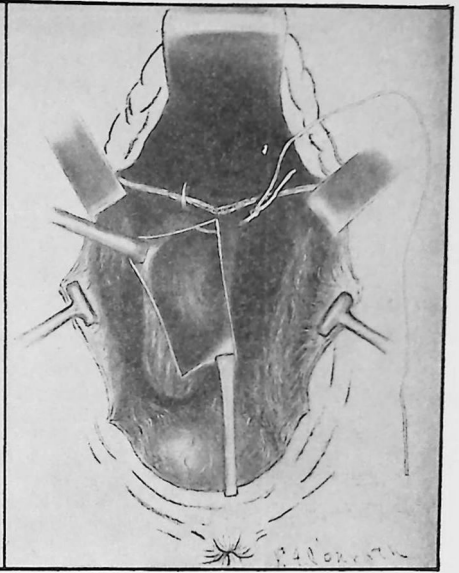


Fig. 631

Fig. 630.—Se despegó ya de las paredes vaginal y rectal, y se abrió el saco de la hernia de la excavación rectouterina, o enterocele posterior.

Fig. 631.—Elevando las caderas de la paciente (posición de Trendelenburg) se facilita la reposición en la cavidad peritoneal, del contenido de la hernia. El grabado representa el momento de ligar el cuello del saco herniario.

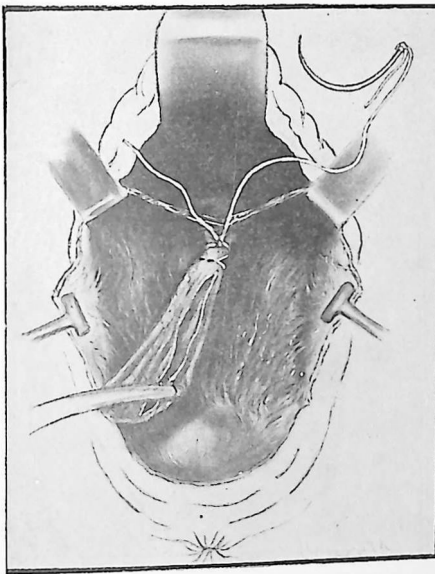


Fig. 632

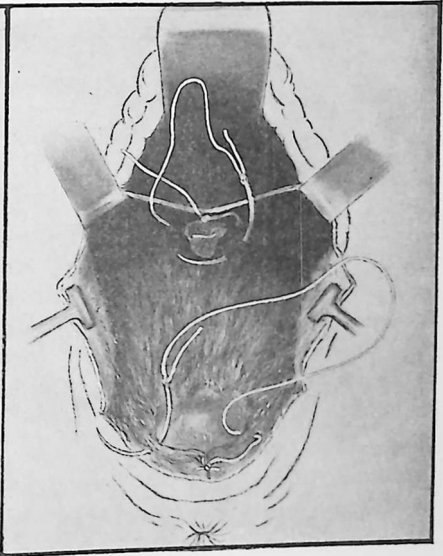


Fig. 633

Fig. 632.—Después de ligar firmemente el cuello del saco, se corta en el sitio marcado con la línea punteada.

Fig. 633.—Se cose muy bien el cabo del saco herniario a los tejidos que quedan detrás del cuello; las puntadas profundas usuales corrigen el rectocele.

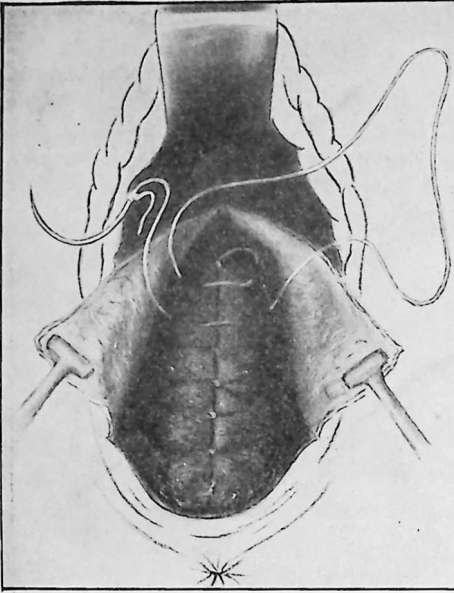


Fig. 634

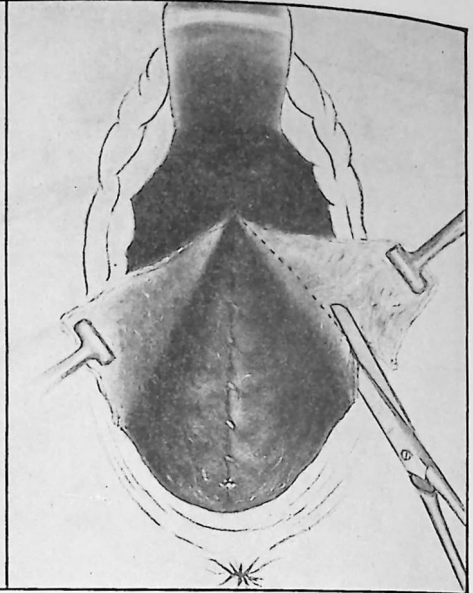


Fig. 635

Fig. 634.—Sutura del rectocele y de los tejidos profundos; después de terminar hasta arriba la sutura que se empezó en la Fig. 633, se hace una segunda sutura hacia abajo, que se termina según se ve en la Fig. 635.

Fig. 635.—Se recorta el exceso de la pared vaginal; si era muy grande el rectocele, probablemente este recortamiento tenga que hacerse hasta el cuello uterino.

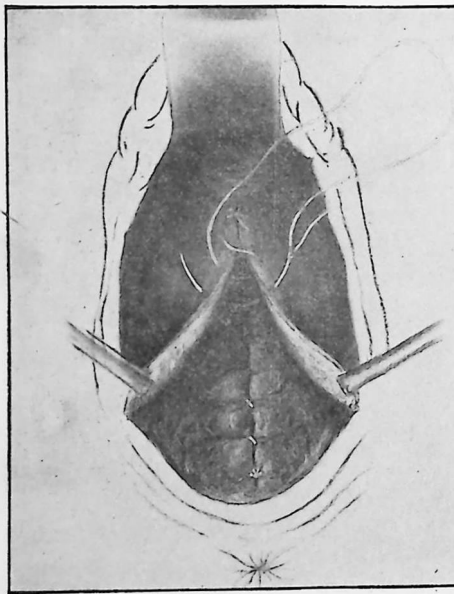


Fig. 636.

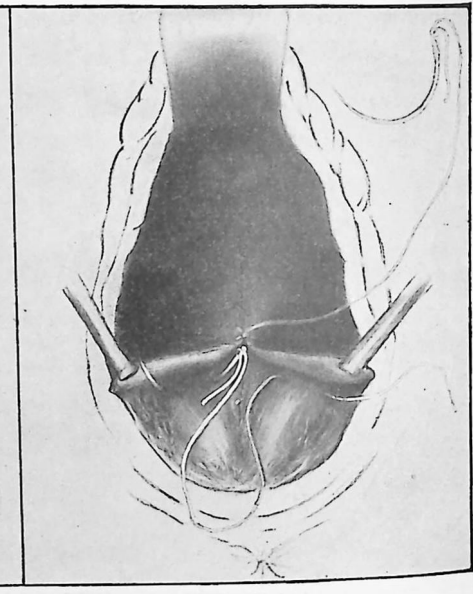


Fig. 637.

Fig. 636.—Se cierra la porción superior de la herida vaginal.

Fig. 637.—Se empieza la sutura del músculo elevador del ano, para darle sostén al suelo pélvico, después de lo cual se termina de la manera acostumbrada la reparación del suelo pélvico relajado (véanse las figuras 666 a 672).

Tratamiento quirúrgico por vía abdominal**DE LA HERNIA DE LA EXCAVACIÓN RECTOUTERINA**

Cuando sea menester efectuar el tratamiento quirúrgico del prolapso por vía abdominal, se tratará la hernia de la excavación rectouterina por igual vía, haciendo la obliteración de la abertura que dió origen a la hernia, y en gran manera de la excavación rectouterina, lo cual si fuere necesario se reforzará con la inserción del recto, o de la porción inferior del colon sigmoideo, a la pared uterina, después de lo cual, al reparar el suelo pélvico, se extirpa o se oblitera cualquier saco herniario que hubiere quedado.

CAPÍTULO X

“INVERSIÓN” CRÓNICA DEL ÚTERO¹

Desde los tiempos de Hipócrates, quien describió con claridad este estado morbozo, hasta los tiempos modernos, el principal tratamiento del útero vuelto al revés consistió en la elevación de la pelvis y en la presión sobre el órgano trastrocado, esto es, por medio de la posición del tronco y de la reducción manual (*taxis*). Parece ser que al principio se concedió mayor importancia a la postura, y después se efectuaba principalmente la reducción manual, en sus diversas formas.

Sin embargo de ello, este tratamiento sólo de cuando en cuando alcanzaba feliz éxito en las pacientes que habían padecido la anormalidad desde mucho tiempo atrás, y la mayor parte de las mujeres que sobrellevaban el choque y la hemorragia de los primeros meses padecían indecibles tormentos, hasta que por último la anemia y la infección crónica les acarrea la muerte. La reducción manual (*taxis*) repetida y persistente, a menudo agravaba sus padecimientos y las llevaba más pronto a la tumba.

Desde el año 50 (antes de Cristo), Temisión (o Temison) propuso la amputación del cuerpo uterino sangrante y mortificado, diciendo no creía que dicho órgano fuese indispensable para la vida. Ciento cincuenta años después, Sorano llevó a la práctica esta doctrina, al amputar el útero gangrenoso en una paciente que sobrevivió a la operación². De ahí en adelante, la amputación del cuerpo uterino hemorrágico fué el tratamiento usual cuando la anormalidad era rebelde al tratamiento no quirúrgico. En tiempos más recientes, se substituyó la mera amputación

¹ Apegándome al original inglés, y siguiendo la costumbre, ya tan generalizada, conservo en este título el término *inversión* del útero. Ello no obstante, tal designación es del todo incorrecta. El vocablo *inversión* (del latín *inversio*, forma sustantiva de *inversus*, participio pasivo de *invertere*, trastornar), no ha significado nunca ni significa en español la acción de volver al revés, o hacia dentro, sentido que nos empeñamos en darle cuando decimos *inversión uterina*, o *inversión del útero*. *Inversión*, según el Diccionario de Autoridades (1726), es la transmutación de las cosas, y según la última edición del Diccionario académico, es la acción y el efecto de invertir. Mas *invertir* no es volver al revés, ni volver hacia dentro, sino “alterar, trastornar las cosas, o el orden de ellas”. De lo que es consiguiente inferir que la *inversión uterina* sería el trastrueque, o el trastorno del útero, pero no la vuelta hacia dentro, ni la vuelta al revés de dicho órgano. Por tal motivo, al hablar en esta traducción de la “*inversión del útero*”, digo siempre: “*inversión hacia dentro*”, o “*útero vuelto al revés*”, para no emplear de manera absoluta el vocablo *inversión*, en el sentido de “*vuelta hacia dentro*”, como lo define cierto diccionario terminológico. (N. del T.)

² Los informes históricos que aquí se citan fueron tomados particularmente de dos interesantes artículos: el primero, escrito por Browne (*American Gynecology*, 1899), y el segundo por Peterson (*American Gynecology*, 1903). (Nota del autor.)

del cuerpo uterino con la histerectomía total (por vía vaginal), cuando el órgano estaba relativamente libre de la infección, y en la hora presente, según parece, continúa siendo la histerectomía el tratamiento más común de las enfermas que han padecido la enfermedad por mucho tiempo. No cabe duda que en algunos casos, en especial cuando la paciente es mayor de treinta y cinco años, la amputación o la histerectomía es el mejor tratamiento. Sin embargo de ello, no es ajustado a razón el extirpar el útero a mujeres más jóvenes, ya que en tales casos importa conservar dicho órgano, lo cual se logra ejecutando alguna operación conservadora, asunto que deseamos poner muy de manifiesto.

No fué sino hasta el siglo pasado cuando se pusieron en ejecución las disposiciones quirúrgicas conservadoras, esto es, la reducción y la conservación del útero, cuando la enfermedad era rebelde a la reposición por medio de la presión. Aram, en 1858, y Marion Sims, algunos años después, propusieron dividir las fibras del anillo cervical constrictivo, pero no se tienen noticias ciertas de que ninguno de ellos haya ejecutado esta operación. Roberto Barnes fué el primero que en 1861 llevó a efecto dicho método y publicó los informes de la operación, ejecutada en una paciente que había padecido por seis meses la inversión hacia dentro del útero. Hizo Barnes tres incisiones en los tejidos cervicales constrictivos, lo bastante profundas para relajar el tenso anillo cervical; hecho esto, por medio de la *taxis* redujo fácilmente el útero vuelto al revés. En el método empleado por Barnes y otros cirujanos, como es lícito inferir, no se abría la cavidad peritoneal, pues a causa del peligro de la infección, que en aquel entonces era muy considerable, se tenía sumo cuidado de no penetrar en dicha cavidad, y de ahí que se hiciesen varias incisiones, procurando que ninguna de ellas fuese muy profunda.

Algún tiempo después se intentó la dilatación del anillo constrictivo, por medio de dilatadores que se introducían por entre una celiotomía hecha en la línea media. En 1869, Thomas dió cuenta de una enferma tratada de esta suerte, y dijo haber experimentado gran dificultad al ejecutar dicha maniobra en los tejidos inflamados y frágiles del útero vuelto al revés por largo tiempo; en el segundo intento que hizo, falleció la paciente. Esta operación era sumamente peligrosa y tan sólo parcialmente eficaz, según indica el fracaso que se tuvo en casi la mitad de las pacientes operadas. Al ejecutar esta operación en 1899, Everke facilitó la reducción haciendo incisiones superficiales en el anillo constrictivo, desde la superficie peritoneal.

En 1883, Browne se valió de un medio tan eficaz y mucho más seguro para dilatar el anillo constrictivo: hacía para ello una incisión por entre la pared posterior del fondo uterino vuelto al revés, hasta la excavación peritoneal que se hallaba en igual estado, y pasaba por dicho corte, que tenía unos cuatro centímetros de longitud, un dilatador hasta el anillo constrictivo, con el cual instrumento efectuaba la dilatación de éste. Luego de hacer cuidadosamente la total dilatación, suturaba la herida uterina y por medio de manipulaciones manuales (*taxis*), reducía

el fondo uterino vuelto al revés, si es que el anillo no se había vuelto a contraer hasta el grado de impedir la reposición.

Küstner (1893) hizo una incisión larga en la pared uterina posterior, desde cerca del fondo hasta cerca del orificio externo; abrió primero la excavación rectouterina ("fondo de saco" de Douglas) con una larga incisión transversal, despegó las adherencias y dividió luego la pared uterina posterior, según queda dicho.

Siguiendo la proposición hecha por Piccoli en 1894, Morisani (1896) extendió la incisión hasta la pared posterior por entre el orificio externo, con lo cual dividió por entero la pared uterina posterior, facilitando así la reducción del útero de paredes esclerosas e inflamadas ("infiltradas").

Algunos años después, Spinelli dividió el fórnix vaginal anterior, abrió la excavación véscouterina y dividió luego la pared uterina anterior, desde el orificio externo hasta el vértice del fondo uterino vuelto al revés. Esta división de la pared anterior facilita en circunstancias difíciles la reducción, tanto como la incisión de la pared posterior, y le saca a ésta señaladas ventajas.

Haultain, en 1901, trató por la vía abdominal una "inversión" uterina de nueve meses de duración, pero en lugar de dilatar el anillo, como lo hizo Thomas, lo cortó en su porción posterior. Al paso que iba empujando hacia arriba la porción uterina vuelta al revés, alargaba poco a poco la incisión en el cuerpo uterino, hasta que logró la reposición de éste. Al terminar, había en el útero reducido una incisión posterior de cuatro centímetros de largo, que cosió firmemente desde la superficie peritoneal. La paciente tuvo rápida y feliz convalecencia.

Pocos años después, Dobbin hizo la incisión anterior del anillo constrictivo, en una paciente de "inversión" uterina reciente complicada con infección. Habiendo fracasado la reducción gradual (*taxis*) abrió el abdomen e intentó dilatar el anillo constrictor según el método de Thomas, en lo cual fracasó totalmente. Hizo entonces una incisión en el borde anterior del útero vuelto al revés, con la que dividió todo el espesor de la pared uterina, y que fué lo bastante larga para permitir la reducción del cuerpo uterino. La paciente falleció algunos días después, de la creciente infección.

Resumen de las operaciones conservadoras

Reducidas a breve suma, las operaciones quirúrgicas encaminadas a reponer el útero vuelto al revés han sido las siguientes:

1ª Incisiones varias en el anillo cervical constrictivo, por vía vaginal (Aran, Sims, Barnes, 1861).

2ª Dilatación del anillo constrictor con dilatadores introducidos por entre la incisión abdominal (Thomas, 1869; con incisiones, Everke, 1899).

3ª Dilatación del anillo constrictivo con dilatador introducido por entre la incisión del fondo uterino, hecha por la vía vaginal (Browne, 1883).

4ª División posterior del anillo constrictivo y de la pared uterina y del cuello contiguos, por la vía vaginal (Küstner, 1893).

5ª División total de la pared uterina posterior y del cuello, por vía vaginal (Piccoli, Morisani, 1896).

6ª División total de la pared uterina anterior y del cuello (Spinelli, 1900).

7ª División posterior del anillo constrictivo, mediante la incisión abdominal (Haultain, 1901).

8ª División anterior del anillo constrictivo, por entre la incisión abdominal (Dobbin, 1905).

Operación vaginal (método de Spinelli)

Cuando ha de conservarse el útero, el tratamiento más seguro es la operación vaginal, siempre que la enferma haya padecido por largo tiempo esta anormalidad y haya alguna fijación causada por el estado inflamatorio. Al parecer el método más eficaz es la división de la pared anterior del cuello y del cuerpo uterino (método de Spinelli), y es la operación cuyos méritos recomendamos con encarecimiento en los estados inveterados.

Creemos más oportuno describir el método haciendo el relato de un caso referido por el autor *senior* de este libro (*Jour. Am. Med. Ass.*, Vol. 62), que creemos sea de interés al lector a causa de su rareza y de las dificultades encontradas.

Sra. B., de veintitrés años de edad, operada el 7 de febrero de 1913, a causa de la total inversión hacia dentro del útero, de un año de duración. A 2 de febrero de 1912 parió por primera vez; el parto fué normal, pero hubo adherencia de la placenta y se hizo la separación manual. Después del parto tuvo abundante flujo sanguinolento e intensos dolores coliciformes, que se mitigaron al cabo de seis semanas. El flujo sanguinolento continuó por todo el verano de manera intermitente; aunque se sentía débil, la paciente amamantó a su criatura y estuvo levantada la mayor parte del tiempo. En el otoño (de septiembre a noviembre) se agravó la hemorragia, hasta que en el invierno consultó con el Dr. H. S. Brookes, quien la examinó e hizo el diagnóstico de útero vuelto al revés ("inversión" del útero). Cuando vimos a la enferma en junta de médicos con el Dr. Brookes, estaba muy débil a causa de la hemorragia y tenía el aspecto característico de la anemia intensa.

Luego de prescribir un tratamiento medicinal para mejorar cuanto fuera posible su estado, se ejecutó la operación de Spinelli, de la siguiente manera:

1º Después de desinfectar la vagina y el cuerpo uterino vuelto al revés, se dividió el fórnix vaginal anterior y se despegó del útero la vejiga (Figs. 638 a 640); abrióse a continuación la excavación vésico-uterina y con los dedos se amplió la incisión hacia los lados, descubriendo así la porción infundibuliforme del órgano vuelto al revés (Fig. 641),

donde nos encontramos con multitud de adherencias que juntaban las superficies peritoneales, pero que fueron separadas fácilmente.



Fig. 638.—Dibujo que representa las relaciones alteradas del útero vuelto hacia fuera.



Fig. 639.—Se empieza la operación encaminada a reponer en su sitio el útero vuelto hacia fuera (método de Spinelli).

2º Hicimos entonces una incisión anterior en el cuello, hasta el anillo constrictor (Figs. 641 y 642), después de lo cual continuamos el corte hacia la pared anterior del cuerpo uterino (Figs. 642 y 643).

En diversos tiempos, al efectuar el corte, intentamos volver hacia dentro el útero, lo cual no fué posible sino hasta que la incisión llegó hasta el fondo.

3º Volvimos entonces hacia dentro la superficie mucosa del útero, colocando para ello a manera de gancho los dos dedos índices en el borde de la incisión y empujando hacia fuera la superficie peritoneal del órgano, mientras que con los dos dedos pulgares hacíamos presión en la

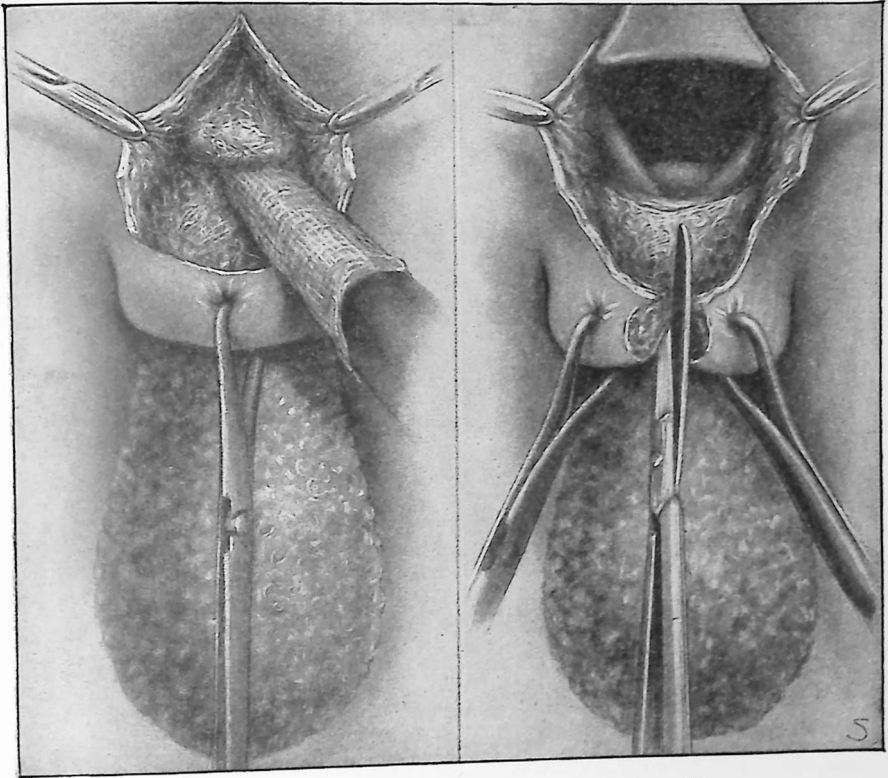


Fig. 640

Fig. 641

Fig. 640.—Se desprega del cuello uterino la vejiga.

Fig. 641.—Se abre el peritoneo y se deja a la vista la porción infundibuliforme del útero vuelto hacia fuera. Se está empezando a dividir el cuello uterino.

pared posterior y empujábamos hacia dentro la superficie mucosa (Figs. 644 y 645). En este tiempo de la operación hubo de estirarse en gran manera el peritoneo contraído e "infiltrado" (?).

4º Recortamos luego la pared uterina engrosada, lo bastante para poder unir los bordes peritoneales de la incisión uterina, pues a consecuencia del prolapso el endometrio vuelto al revés, así como el miometrio contiguo se habían engrosado en gran manera, y, por tanto, hubimos de cortar gran parte de la pared uterina (poco más o menos la cuarta

parte de todo el órgano) (Fig. 646), con lo cual se redujo su volumen y pudimos juntar los bordes de la membrana serosa contraída.

5º Cerramos entonces la incisión uterina, con puntadas profundas y superficiales (Figs. 647 a 650); las primeras (Fig. 647) abarcaron la mayor parte del espesor del miometrio, pero sin incluir el endometrio ni el peritoneo, y sobre dicha sutura profunda hicimos la sutura superficial (Fig. 648), con la que unimos la membrana serosa, teniendo cuidado de volver hacia dentro los bordes.

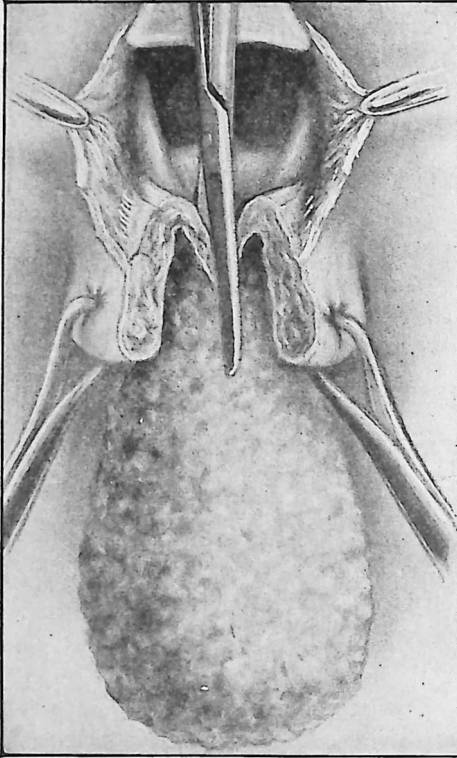


Fig. 642

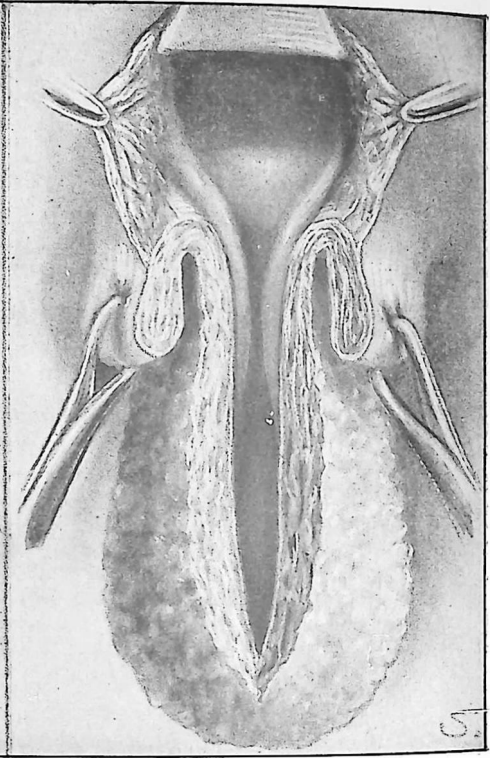


Fig. 643

Fig. 642.—Con las tijeras se dividen el cuello uterino y el anillo de constricción, y se continúa el corte hacia el cuerpo uterino vuelto hacia fuera.

Fig. 643.—Se continúa el corte hacia el fondo, hasta donde sea necesario para efectuar la reposición.

6º Hicimos después el entubamiento. Importa en tales casos que haya suficiente desagüe, ya que no es posible desinfectar de todo en todo la pared uterina dañada por la inflamación crónica e invadida por la infección, y, por tanto, al hacer las incisiones y las consiguientes manipulaciones se contamina el área en la operación. De ordinario hay en estas pacientes señalada absorción y calentura por algunos días después de la operación; la calentura es algunas veces bastante intensa y persistente.

En esta enferma colocamos atrás un tubo para desagüe por entre una abertura que hicimos en la excavación rectouterina (Fig. 651), y pusimos adelante un rollo de tela de goma, pero en casos semejantes emplearíamos en el día de hoy tubos de hule así adelante como atrás (Fig. 651), con el fin de dar salida inmediata a los flúidos contaminados que de otra suerte podrían acumularse en la excavación véscio-uterina.

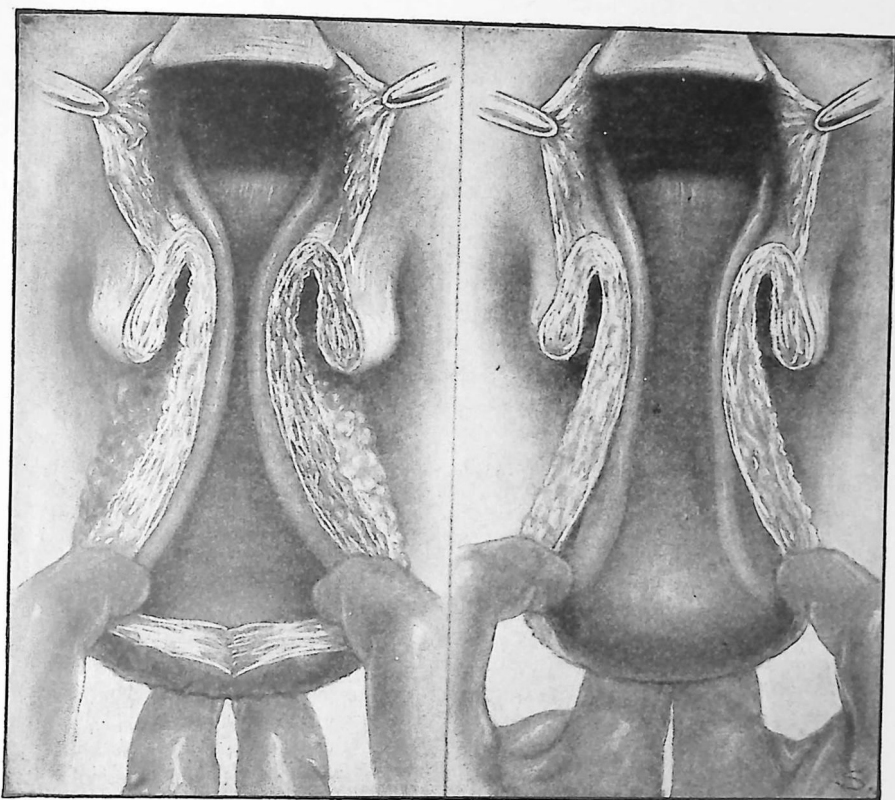


Fig. 644

Fig. 645

Fig. 644.—Se vuelve el útero de fuera adentro. Primer tiempo.

Fig. 645.—Maniobra de volver hacia dentro el útero, casi terminada, con lo cual queda hacia fuera el revestimiento peritoneal o seroso de la matriz, y hacia dentro la membrana mucosa.

7º Cerramos a continuación la colpotomía, hicimos el entubamiento y pusimos un tapón vaginal para conservar hacia atrás el cuello y hacia delante el fondo, lo cual es muy importante en el curso de la cicatrización. Caso que hubiere notable propensión del útero a volverse hacia atrás, se hará la fijación anterior por medio de alguna de las operaciones vaginales descritas. En caso contrario, basta dejar el tapón, o un pesario, por algunos días

Después de la operación tuvo la paciente fuerte calentura (39.5° C. el primer día, 39° C. el segundo y 39.2° C. el tercero).

Como es de suponer, esta calentura nos causó inquietud, pues pensamos en la posibilidad de que se presentase la peritonitis generalizada,

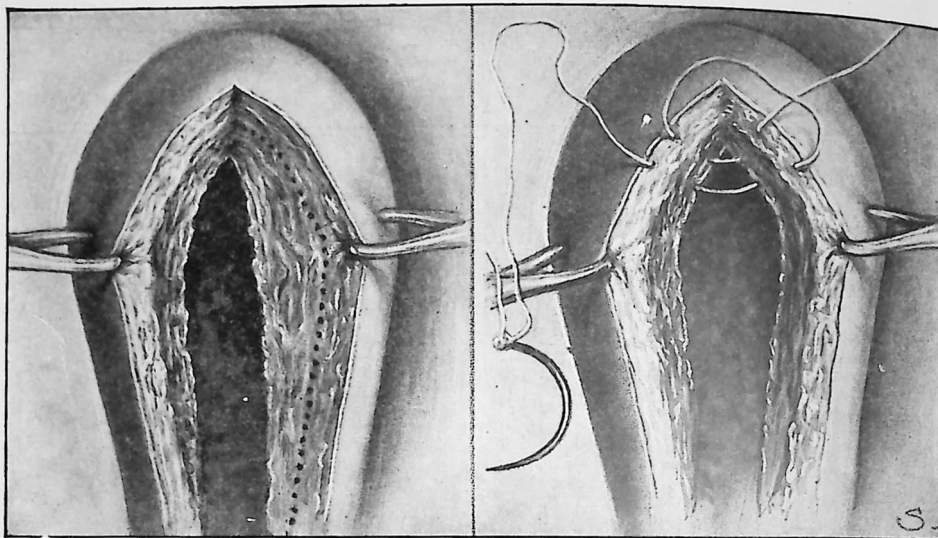


Fig. 646

Fig. 647

Fig. 646.—Después de terminar la reposición del útero. La línea punteada indica la porción de pared uterina que es necesario extirpar en cada lado, para poner en contacto los bordes peritoneales del órgano.

Fig. 647.—Sutura de la incisión uterina: nótese una de las puntadas profundas para unir el miometrio.

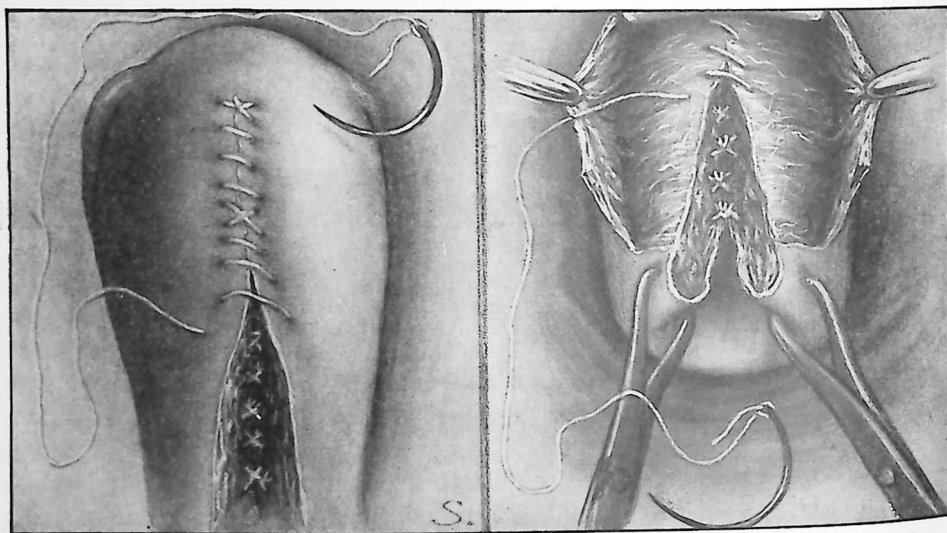


Fig. 648

Fig. 649

Fig. 648.—Sutura de la incisión uterina: se cose la porción peritoneal.

Fig. 649.—Sutura de la incisión cervical.

o la piemia, peligros que tomamos en cuenta cuando nos resolvimos a conservar el útero, determinando que si por acaso se presentase grave infección postoperatoria, efectuaríamos la histerectomía por vía vaginal, con el fin de suprimir el órgano infecto y el desagüe. Por algún tiempo pareció como si se estuviese desarrollando alguna infección grave, lo cual no fué así, y sólo persistió la calentura, sin ningún signo evidente de intensa irritación peritoneal, y por tanto, nos pareció prudente esperar. Al cabo de unos diez días empezó a ceder la calentura y se presentó entonces la convalecencia sin incidente alguno.

Probablemente la hipertermia fué causada por la absorción de materias tóxicas, y provocada en gran manera, o en su totalidad, por las perturbaciones consiguientes que padeció la pared uterina inflamada,

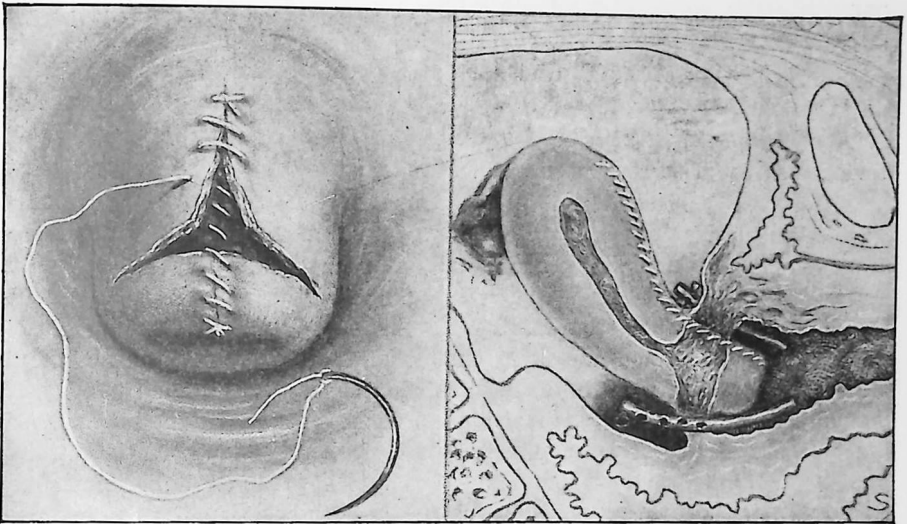


Fig. 650

Fig. 651

Fig. 650.—Sutura de la incisión vaginal.

Fig. 651.—Entubamiento para efectuar el desagüe. Tubos de goma colocados en las cavaciones rectouterina y vésicouterina.

ya que no sólo hubimos de hacer en ella la incisión, sino también ocasionamos señaladas mudanzas en las relaciones anatómicas al volver hacia dentro y por la fuerza el órgano trastrocado, circunstancia de mucha entidad, como lo demuestra el que algunas veces se presenta señalada hipertermia cuando sólo se hace la reducción manual, sin corte alguno de los tejidos.

La enferma recuperó rápidamente sus fuerzas luego de prescribir preparados de hierro para contrarrestar la anemia causada por la hemorragia crónica; dos meses después de la operación (en abril) menstruó la paciente, y desde entonces ha tenido normalmente sus períodos menstruales. Los primeros dos o tres meses fué escaso el menstruo y duró tan sólo dos o tres días, pero de ahí en adelante fué normal en cantidad

y duración (de tres a cuatro días), y asienta la enferma que la menstruación es igual que como era antes de hacerse preñada, sino que no siente los dolores que antes experimentaba. Goza en general de buena salud y se siente tan bien y tan activa como se sintió siempre. Al efectuar el último examen eran al parecer normales el útero y los demás órganos pélvicos.

Las buenas cualidades de la operación de Spinelli son las siguientes:

1ª Puesto que se efectúa por vía vaginal, se causa mínima contaminación al peritoneo, lo cual es de suma importancia cuando se trata algún tejido infectado.

2ª Dado que la reposición (reducción) se efectúa por medio de la incisión quirúrgica, no se causa traumatismo ni perforación a la frágil pared uterina, como ha sucedido tantas veces al intentar la reducción dilatando previamente el anillo constrictor.

3ª Es de preferir la división de la pared uterina anterior al corte de la pared posterior, porque de esta manera se facilita y se hace más segura la operación. La pared anterior del útero y el fórnix vaginal anterior quedan situados hacia el cirujano y, por tanto, menos profundos y más accesibles. Además de esto, cuando se efectúa la operación por la pared anterior, se levanta y se aparta la vejiga, dejando así suficiente espacio para explorar la porción infundibuliforme del órgano vuelto al revés y los diversos tejidos pélvicos; se tiene también mayor espacio donde hacer las diversas manipulaciones consiguientes a la incisión, la reducción y sutura. Aun más, cuando el útero propende notablemente a volverse hacia atrás, se puede eficazmente hacer la fijación del órgano hacia delante por entre la incisión anterior. Por otra parte, cuando se hace la sutura en la pared uterina posterior, que llegue hasta el fondo del órgano, hay más probabilidades de que se formen adherencias con el intestino, que podrían ocasionar la obstrucción intestinal, o con la pared pélvica posterior, que acarrearían la retrodesviación adherente.

Las cualidades que tiene en su abono la incisión posterior son: que evita el que se haga otra abertura para insertar el tubo de desagüe, y que es más conveniente para acortar los ligamentos sacrouterinos. Ello no obstante, la incisión anterior le lleva señaladas ventajas.

Operación abdominal (método de Haultain)

En ocasiones es de preferir la operación abdominal ideada por Haultain, cuando se efectúa el tratamiento del útero vuelto al revés, antes de que la "infiltración fijadora"¹ de larga duración haya menester la

¹ Es por extremo impropio, y da lugar a confusiones y anfibologías, el uso que hacen los autores modernos del vocablo *infiltración*, cuyo verdadero sentido es "la acción y el efecto de infiltrar", esto es, de "introducir suavemente un líquido entre los poros de un sólido" (Dic. de la Acad.). Empéñanse los escritores ingleses y franceses (y por imitación los españoles) en conceder al verbo *infiltrar* un sentido que no le pertenece, cual es el de "introducirse cuerpos sólidos entre las moléculas de otro cuerpo también sólido", concepto que se expresa en buen romance con

extensa división del útero; esta operación es particularmente útil en el período postpártum, cuando no hay infección, pero conviene siempre esperar hasta que haya terminado la involución, con tal que sea posible cohibir la hemorragia. En un instructivo artículo, Wilson (*Amer. Jour. Obst. and Gynec.*, Vol. 28, pág. 738, 1934) dió cuenta de algunas pacientes operadas de esta manera e hizo un resumen de este asunto, del cual citamos los siguientes párrafos y tomamos las láminas 652 a 655:

"La primera paciente de Haultain, padecía «inversión» del útero, desde nueve meses atrás. En 1907 relató el caso de otras tres enfermas tratadas de igual manera con feliz éxito, si bien le hizo alguna leve variación a la técnica, consistente en introducir un dedo por entre la incisión uterina hasta debajo del fondo uterino vuelto al revés, y efectuar la reducción haciendo presión con el dedo sobre el fondo. Dos de estas

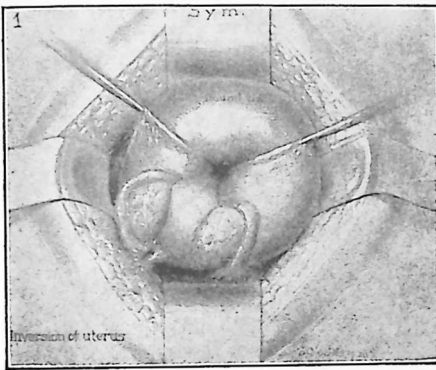


Fig. 652

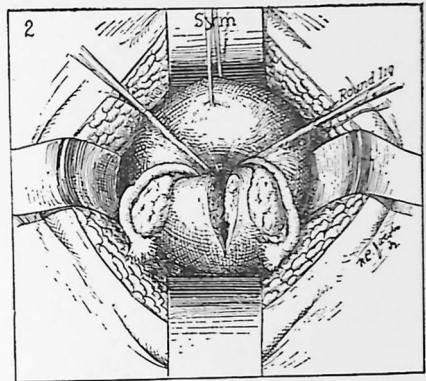


Fig. 653

Fig. 652.—Aspecto del útero vuelto hacia fuera, visto desde arriba. En este caso no fueron arrastrados los ovarios ni las trompas hacia la concavidad de la matriz vuelta de dentro afuera.

Fig. 653.—Sitio y tamaño usual de la incisión que se hace en el centro de la porción posterior del anillo constrictivo, después de la cual, y haciendo presión por la vagina, se puede lograr la reposición del útero; si fuere necesario se alargará la incisión uterina. (Wilson: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

pacientas tuvieron preñez subsecuente: una de ellas parió una vez, y la otra dió a luz dos criaturas al término de la preñez; las gestaciones y los partos fueron normales en cada caso.

"Munro Kerr ejecutó con buen éxito la operación de Haultain, y menciona el caso de una paciente en quien se había vuelto tan frágil

el vocablo *impregnar*. Es, pues, del todo incorrecto, demás de ser harto confuso y ambiguo, el apellidar *infiltración* a la inflamación crónica (con su consiguiente acompañamiento de impregnación celular, infiltración linfática, etc.), a la invasión de los tejidos por la neoplasia maligna, a la acumulación de sales de calcio en los tejidos, al depósito anormal de pigmentos, y a tantos y tantos otros estados morbosos en los que ni por pienso se efectúa la "introducción de alguna substancia líquida entre los poros de un cuerpo sólido". No entiendo lo que quiso significar el autor con el término *fixing infiltration*, que, por apegarme al original, traduje literalmente en "*infiltración fijadora*", a menos que se dé a dicho término el sentido de *inflamación crónica que, al ocasionar exudados y adherencias, da origen a la fijación de los tejidos*. (N. del T.)

el tejido uterino a causa de la «inversión» crónica, que fué preciso extirpar el órgano después de la reducción. Una de las primeras, si es que no la primera operación según la técnica de Haultain que se llevó a efecto en los Estados Unidos de Norteamérica, fué ejecutada por el finado J. Whitridge Williams, en 1905.

“Esta operación le saca algunas ventajas al método de Spinelli, que se ejecuta con más frecuencia, conviene a saber: es sobremanera sencilla y puede llevarse a término en quince o veinte minutos; la hemorragia es muy leve y se cohibe fácilmente; se puede corregir cualquiera desviación del útero que se note después de efectuar la reducción; se ocasiona mínimo traumatismo al órgano, ya que sólo es menester una incisión

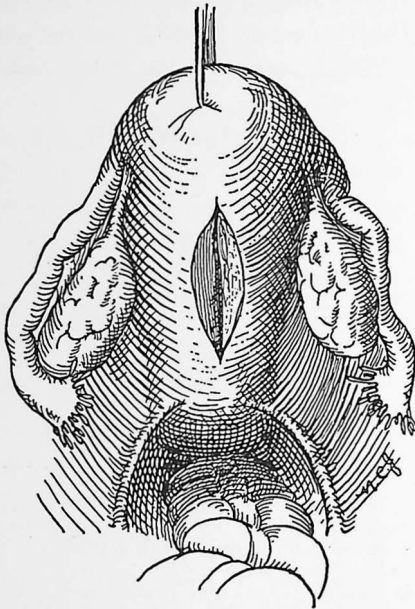


Fig. 654

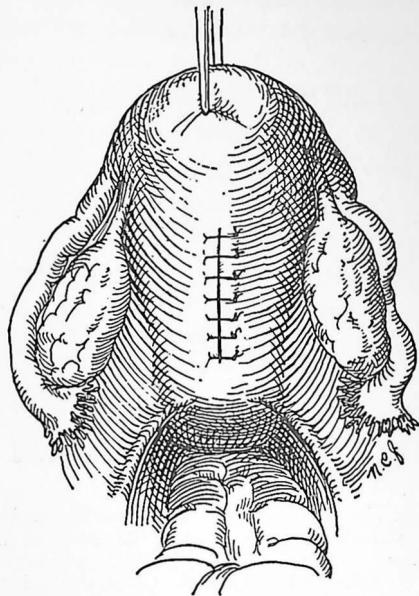


Fig. 655

Fig. 654.—Dibujo que representa el útero después de efectuada la reposición. La incisión uterina se coserá en dos capas.

Fig. 655.—Después de coser la incisión uterina. Cuando hay desviación de la matriz es preciso hacer la suspensión. (Wilson: *Amer. Jour. Obst. and Gynec.*)

muy pequeña, que por lo común basta para efectuar la reposición, lo cual es de mucha importancia en lo concerniente a la preñez futura, por cuanto es cosa evidente que habrá tantas más posibilidades de que sobrevenga la ruptura, cuanto más larga sea la incisión uterina y, por consiguiente, la cicatriz. Al poner por obra esta operación es preciso tener muy presente la conveniencia de dividir en su sitio y tal como está el anillo constrictor, en lugar de hacer intentos de empujar, o de tirar del útero hacia arriba hasta donde sea posible, antes de hacer el corte, pues si se hace esto, la cicatriz quedará muy arriba de la pared uterina y sobrellevará mayor tensión en la preñez. Opino que la infección activa contraindica terminantemente esta operación.

“Cierto, las más de las operaciones abdominales ejecutadas previamente, causaron gran mortandad (de dieciséis a veintiuno por ciento), mas no ha de perderse de la memoria que algunas de esas estadísticas incluían operaciones que se pusieron por obra muchos años ha, antes de que se perfeccionara la técnica quirúrgica, y otras comprendían los estados agudos, cuya mortandad es necesariamente crecida cuando se ejecuta la operación estando aún la enferma en estado de choque.

“Cuando se ejecuta la operación de Haultain en los primeros días del puerperio, cuando aun no se ha efectuado totalmente la involución, probablemente ofrezca grandes dificultades y requiera entonces la incisión uterina larga para reponer el fondo del órgano, lo cual predispone a la infección y quizás deje el útero inapto para la futura preñez.

“SUMARIO. Describense tres ejemplos de «inversión» del útero, que fueron tratados por medio de la operación de Haultain, sin que falleciese ninguna de las pacientes.

“Las principales cualidades de esta operación son su sencillez y el mínimo traumatismo que se ocasiona al útero.

“El tiempo más propicio para ejecutarla, es luego que haya terminado la involución.

“La infección activa contraindica la operación.”

ÍNDICE ALFABÉTICO GENERAL DEL
TOMO I

A

Aborto provocado, 232
 Absceso del ligamento ancho, 69
 Absceso pélvico, evacuación del, 62
 Abundantes adherencias de los neoplasmas del ovario, 17
 Acortamiento de los ligamentos anchos, 542
 Acortamiento de los ligamentos anchos por vía vaginal, 443
 Acortamiento de los ligamentos redondos, celiotomía inguinal con, 425
 Acortamiento de los ligamentos redondos por entre la incisión vaginal, 443
 Acortamiento de los ligamentos redondos por la vía abdominal, 521, 573
 Acortamiento de los ligamentos úterosacros por entre la incisión abdominal, 439
 Acortamiento de los ligamentos úterosacros por vía vaginal, 444
 Acortamiento de los tejidos úterosacros, 545
 Acortamiento de los tejidos úterosacros por la vía abdominal, 521
 Acortamiento extraperitoneal de los ligamentos redondos, 424
 Acortamiento intraabdominal de los ligamentos redondos, 428
 Actinomicosis en la pelvis, 111
 Adenoma papilar maligno, 371
 Aguas de radium, 290
 Alargamiento de la pared vaginal anterior, 445
 Amortiguamiento de los rayos del radium por medio de la distancia, 281
 Amortiguamiento o neutralización de los rayos por medio de los tejidos, 259
 Amputación del cuerpo uterino e interposición, 544
 Amputación del cuerpo uterino por vía vaginal, e interposición del cuello, 576
 Amputación vaginal del cuerpo uterino, 204
 Anamnesia, 374
 Anastomosis aséptica, 44
 Anatomía y fisiología, estudios de, 570
 Anexos uterinos de ambos lados intactos, 489
 Anexos uterinos, elevación del fondo y de los anexos uterinos, 484
 Anúndanse las puntadas profundas, 520
 Apendicitis, síntomas de la, 58
 Aplicación de medicamentos astringentes en la cervicitis crónica, punción del quiste y, 396
 Aplicación de radium a la bóveda vaginal, 285
 Aplicaciones de rayos X, tiempo que ha de esperarse antes de hacer las siguientes, 284
 "Aplicadores", 293
 Apuntaciones acerca del diagnóstico del carcinoma del cuello uterino, 240

Apuntaciones históricas acerca de los neoplasmas del ovario, 2
 Arco púbico, sutúrase el fondo uterino a los tejidos fijos cercanos al, 538
 Arterias hipogástricas, ligadura de las, 336
 Artículos que se emplean en la implantación intrauterina de radium, 278
 Arrenoblastoma del ovario, 27

B

Biopsia en el diagnóstico del carcinoma del cuello uterino, 240
 Bisección del útero, 193
 Bisturí, escisión cónica con el, y la sutura, 402
 "Bombas" de radium, 293
 Bóveda vaginal, aplicaciones de radium a la, 285
 Breves consideraciones acerca del diagnóstico de la cervicitis crónica, 395
 Breve reseña histórica del carcinoma del cuello uterino, 236

C

Cabos vaginales, ventro fijación de antiguos, 567
 Campo operatorio, celiotomía y desembarazo del, 316
 Cara posterior del útero, fijación del ligamento redondo a la, 430
 Caracteres distintivos del tumor inflamatorio crónico, 95
 Carcinoma cervical, preñez y, 346
 Carcinoma cervical, prolapso y, 344
 morbilidad, 344
 tratamiento, 345
 Carcinoma del cuello uterino, 235
 Carcinoma del cuello uterino, causa de la exigua curabilidad del, 363
 Carcinoma del cuello uterino, falta de síntomas en los períodos incipientes del, 365
 Carcinoma del cuello uterino, inflamación pélvica y, 346
 Carcinoma del cuello uterino, pormenores de los métodos de tratamiento del, 270
 Carcinoma del cuello uterino, prevención del, 363
 Carcinoma del cuello uterino, substitutos a la operación radical del, 344
 Carcinoma del cuello uterino, tratamiento de las complicaciones del, 344
 Carcinoma del cuerpo uterino, 235, 370
 Carcinoma del cuerpo uterino, clasificación clínica del, 372
 Carcinoma del cuerpo uterino, el porqué de la clasificación en seis períodos del, 379

- Carcinoma del cuerpo uterino, operación paliativa del, 385
- Carcinoma del cuerpo uterino, operación radical del, 384
- Carcinoma del cuerpo uterino, prevención del, 389
- Carcinoma del cuerpo uterino, radioterapia del, 382
- Carcinoma del cuerpo uterino, roentgenoterapia del, 384
- Carcinoma del cuerpo uterino, tratamiento quirúrgico del, 384
- Carcinoma en el muñón cervical, 298
- Carcinoma y mioma cervicales, 345
tratamiento, 345
- Causa de la exigua curabilidad del carcinoma del cuello uterino, 363
- Cauterización lineal en la cervicitis crónica, 389
- Cavidad en la bóveda o fómix vaginal, 297
- Cavidad uterina, desinfección y sutura de la, 552
- Celiotomía en la línea media, operación por medio de la, 446
- Celiotomía inguinal con acortamiento de los ligamentos redondos, 425
- Celiotomía y desmembrado del campo operatorio, 316
- Celulitis pélvica aguda, 61
- Celulitis pélvica crónica, 82
pormenores de la operación, 82
- Cervicitis crónica, 393
- Cervicitis crónica, breves consideraciones acerca del diagnóstico de la, 395
- Cervicitis crónica, cauterización lineal en la, 396
- Cervicitis crónica, punción del quiste y aplicación de medicamentos astringentes en la, 396
- Cervicitis crónica, tratamiento de la, 396
- Circunstancias que contraindican la operación inmediata, 568
- Cirugía empírica, 569
- Cirugía selecta, 571
- Clase (clínica) estreptocócica de celulitis pélvica, 92
causa manifiesta, 92
duración de la virulencia, 96
naturaleza de la operación, 96
situación del tumor inflamatorio, 93
veracidad de los informes que pueden obtenerse en la diagnosis antes de la operación, 95
- Clase (clínica) gonocócica, 87
causa manifiesta o manera cómo principia la infección, 88
situación del estado inflamatorio, 89
veracidad de los puntos diagnósticos que pueden obtenerse antes de la operación, 91
- Clasificación clínica del carcinoma del cuerpo uterino, 372
- Clasificación de las operaciones para corregir la retrodesviación uterina, 424
- Clasificación de las operaciones para el tratamiento del prolapso del útero y de la vejiga, 502
- Clasificación de los diversos estados del útero y sus anexos y selección del tratamiento, 489
- Clasificación del carcinoma del cuello uterino, 244
clasificación clínica, 245
clasificación patológica, 246
- Clasificación en seis períodos del carcinoma del cuerpo uterino, el porqué de la, 379
- Clasificación patológica del carcinoma del cuerpo uterino, 370
- Clasificación por períodos del carcinoma del cuerpo uterino, 373
- Colocación del radium, 280
- Colpocleisis, 548
- Colpocleisis parcial, 549
- Complicaciones de la función reproductiva que requieren la celiotomía, 577
- Complicaciones del carcinoma del cuello uterino, tratamiento de las, 344
- Conclusiones generales (¿operación o radioterapia?), 247
- Conductos inguinales, operación por entre los, 446
- Conservación de la función reproductiva, 506
- Conservación de las funciones de los ovarios, 16
- Conservación del cuello uterino, 216
- Conservación del cuello uterino hacia arriba y hacia atrás, 486
- Consideraciones acerca de los neoplasmas que se hallan en el primer período, 251
- Consultorio, escisión cónica en el, 397
- Continuación del despegamiento de la vejiga y los uréteres, del cuello uterino y el parametrio, 339
- Corioepitelioma, 391
- Corte transversal de la vagina, forcipresión y, 326
- Cuándo conviene el tratamiento quirúrgico del prolapso del útero, 567
- Cuándo es necesaria la operación en las diversas y variedades de neoplasmas ováricos, 6
diagnóstico dudoso, 8
crecimiento del abdomen, 10
tumores de tamaño mediano, 8
diagnóstico inconfundible, 6
- Cuando es posible la preñez futura, 489
- Cuándo ha de preferirse la operación quirúrgica, 214
- Cuándo ha de preferirse la radiación, 211
- Cuando no es posible la futura preñez, 494
- Cuando se conserva el útero senil, 494
- Cuando se extirpan el ovario y la trompa de un lado, 490
- Cuando tan sólo la trompa está dañada, 78
- Cuello uterino, carcinoma del, 235
- Cuello uterino, conservación del, 216
- Cuello uterino, conservación del, hacia arriba y hacia atrás, 486
- Cuello uterino, despegamiento de la porción posterior del, 322

Cuello uterino, dilatación del, 413
 Cuello uterino, ectropión del, 393
 Cuello uterino, escisión del, 541
 Cuello uterino, eversión del, 393
 Cuello uterino, formación de pólipos en el, 394
 Cuello uterino, formación quística en el, 394
 Cuello uterino, hipertrofia del, 408
 Cuello uterino, mioma intramural del, 203
 Cuello uterino, miomas pediculados que sobresalen por el, 198
 Cuello uterino, miomas que se originan en el, 224
 Cuello uterino, pormenores de los métodos de tratamiento del carcinoma del, 270
 Cuello uterino, precauciones respecto del, 164
 antes de la operación, 166
 después de la operación, 166
 durante la operación, 166
 Cuello uterino, proyecto general de tratamiento para el carcinoma del, 367
 Cuello uterino, sostenimiento del, 410
 Cuello uterino, tratamiento ordinario del carcinoma del, 349
 Cuello uterino, tratamiento subsecuente del carcinoma del, 349
 Cuello uterino, y el parametrio, continuación del despegamiento de la vejiga y los uréteres del, 339
 Cuerpo uterino, amputación del, por vía vaginal e interposición del cuello, 576
 Cuerpo uterino, amputación vaginal del, 204
 Cuerpo uterino, carcinoma del, 235, 370
 Cuerpo uterino e interposición, amputación del, 544
 Cuerpo uterino, es menester extirpar el, 577
 Cuerpo uterino, escisión de una parte del, 543
 Cuerpo uterino, interposición subvesical del, 530
 Cuerpo uterino, miomas pequeños o medianos del, en mujeres jóvenes, 227
 Cuerpo uterino, pequeños miomas del, en pacientes menopáusicas o que se aproximan al período climatérico, 226
 Cuerpo uterino, pormenores del diagnóstico del carcinoma del, 370
 Cuerpo uterino, pormenores del diagnóstico del carcinoma del, 370
 Cuerpo uterino, principios en que se funda el tratamiento del carcinoma del, 381
 Cuerpo uterino, puede conservarse el, 577
 Cuerpo uterino, se saca el, 537
 Cuerpo uterino, vaginofijación del, 442

D

Denominaciones equívocas en el prolapso del útero, 500
 Descubrimiento previo de los uréteres, 332
 Desgarradura del cuello del útero, 395
 Desinfección de la vagina y del tumor neoplásico, 315
 Desinfección de la vagina y el neoplasma, 337
 Desinfección y sutura de la cavidad uterina, 552

Despegamiento de la porción posterior del cuello uterino, 322
 Despegamiento de la porción superior del útero, 316, 343
 Despegamiento de los uréteres, 319
 Despegamiento digital en el tejido conectivo, 64
 Despégase de la vejiga la pared vaginal, 513
 Despégase del útero la vejiga, 531
 Determinación de la operabilidad, separación de la vejiga y, 339
 Diagnóstico intrauterino, legrado uterino para efectuar el, 410
 Dificultades especiales en el tratamiento de tumores inflamatorios crónicos de la pelvis, 84
 Difusión de conocimientos entre el público acerca de los neoplasmas malignos del útero, 369
 Dilatación del cuello uterino, 413
 Disposiciones quirúrgicas suplementarias, 301
 Distinción de los períodos clínicos del carcinoma uterino, 374
 Distribución combinada de radiación, 269
 Distribución de los rayos en la pelvis, 260
 Distribución de los rayos X, 269
 Distribución del radium, 267
 Distribución quirúrgica de los rayos, 269
 Diversos períodos del carcinoma del cuerpo uterino, tratamiento de los, 386
 División longitudinal en dos del útero, 193
 Dolor causado por la recidiva del neoplasma, 361
 Donald, operación de, 506
 Dosificación del radium, 283
 Dosis de radium, 259
 Dosis limitrofe de eritema, 260
 Duración de la virulencia de los tumores crónicos de la pelvis, 84
 clasificación, 86

E

Ectropión del cuello uterino, 393
 Edad del cáncer, 366
 Edema pélvico fulminante, 113
 Efectos que la radiación produce en los tejidos, 254
 cómo acrecentar la zona de efecto diferencial, 255
 1ª zona de total destrucción de todo el tejido, 254
 2ª zona de destrucción diferencial, 255
 Electrocoagulación, 406
 Elevación del fondo y de los anexos uterinos, 484
 Elevación y reparación de la pared vaginal anterior por la vía abdominal, 529
 El porqué de la reseña histórica acerca de la retrodesviación del útero, 445
 El porqué de la clasificación en seis períodos del carcinoma del cuerpo uterino, 379
 Endometrio, hiperplasia del, 409
 Endometrio, legrado uterino para el tratamiento de la hiperplasia del, 410

Endometriosis pélvica, 21, 58
 actividad postoperatoria, 24
 conservación de la función ovárica, 22
 exclusión de la neoplasia maligna, 23
 operación, 22
 peligros especiales, 24
 peritonitis postoperatoria, 25
 radioterapia, 24
 supresión del tumor, 23
 tratamiento, 22
 traumatismos del intestino, 24
 Endometriosis crónica, 409
 Endometritis crónica, legrado uterino en la, 410
 Enfermedades que pueden confundirse con la salpingitis aguda, 57
 endometriosis pélvica, 58
 infección generalizada de origen pélvico, 58
 neoplasma pélvico, 58
 preñez tubaria, 58
 Enucleación previa de nódulos miomatosos, 193
 Equinococosis de la pelvis, 111
 Eritema, dosis limítrofe de, 260
 Erosión, 394
 Errores que han de evitarse, 69
 Escisión cónica con el bisturí y la sutura, 402
 Escisión cónica en el consultorio, 397
 Escisión cónica en el hospital, 399
 Escisión de una gran parte de las porciones laterales del parametrio, 323
 Escisión de una parte del cuerpo uterino, 543
 Escisión del cuello uterino, 541
 Escisión del muñón cervical, 407
 Escisión del parametrio, 341
 Escisión del útero, forcipresión de los "pedículos" y, 558
 Es menester extirpar el cuerpo uterino, 577
 Estados morbosos especiales, 294
 Estudios de anatomía y fisiología, 570
 Evacuación del absceso pélvico, 62
 Eversión del cuello uterino, 393
 Exactitud en el registro, 380
 Examen microscópico de las raspaduras, 377
 Excavación rectouterina, hernia de la (enterocele posterior), 579
 Excavación rectouterina, sutura de la, alrededor del tubo de desagüe, 559
 Excavación rectouterina, tratamiento quirúrgico de la hernia de la, 582
 Exclusión de la neoplasia maligna, 23
 Exploración de la paciente anestesiada, 62
 Exploración, métodos especiales de, 378
 Exploración pélvica, 376
 Extirpación de la trompa y del ovario, 193
 Extírpase la porción excesiva de pared vaginal, 520
 Extracción de las raspaduras, 414
 Extracción del radium, 284

F

Falta de síntomas en los períodos incipientes del carcinoma del cuello uterino, 365
 Fascia úteropúbica, 500

Fijación de los ligamentos redondos debajo de la vejiga, 559
 Fijación del cuerpo uterino a la pared abdominal, 577
 Fijación del ligamento redondo a la cara posterior del útero, 430
 Fístulas rectovaginales, 352
 Fístulas véscicovaginales, 352
 Fondo uterino, ventro fijación del, 494
 Forcipresión de los "pedículos" y escisión del útero, 558
 Forcipresión previa sucedida de la ligadura, 552
 Forcipresión y corte transversal de la vagina, 326
 Formación de pólipos en el cuello uterino, 394
 Formación quística en el cuello uterino, 394
 Fórnix vaginal, cavidad en la bóveda o, 297
 Fothergill, operación de, 506
 Función reproductiva, con complicaciones que requieren la celiotomía, pacientes en quienes no se conserva la, 573
 Función reproductiva, conservación de la, 506
 Función reproductiva, sin complicaciones abdominales, pacientes en quienes no se conserva la, 574
 Función reproductiva, sin complicaciones abdominales, pacientes en quienes se conserva la, 572
 Función reproductiva, supresión de la, 530

G

Gasa impregnada de vaselina. Tapón vaginal, 281
 Gilliam, técnica de, 447
 Grandes miomas del cuerpo uterino en mujeres más jóvenes, 229
 Grandes miomas del cuerpo uterino en pacientes que se hallan cerca de la menopausia, 228

H

Hemorragia, 350
 Hemorragia pélvica, 109
 diagnóstico, 110
 tratamiento, 110
 Hemorragia uterina, legrado uterino en la, 410
 Hemostasis, métodos para efectuar la, 146
 Herida peritoneal, tratamiento de los "pedículos" y de la, 343
 Herida vaginal, tratamiento de la, 344
 Hernia de la excavación rectouterina (enterocele posterior), 579
 Hernia de la excavación rectouterina, tratamiento quirúrgico de la, 582
 Hernia de la excavación rectouterina, tratamiento quirúrgico por vía abdominal de la, 585
 Hiperplasia del endometrio, 509
 Hipertrofia del cuello uterino, 408
 amputación, 408
 Histerectomía, 232, 417
 Histerectomía abdominal, 564

- Histerectomía luego de efectuar la radioterapia ordinaria, 312
 Histerectomía por el método de las pinzas, 196
 Histerectomía supravaginal, 216
 Histerectomía supravaginal, motivada por el prolapso uterino, 565
 Histerectomía supravaginal (por vía abdominal), 167
 abertura de la vagina, 167, 169
 despegamiento de adherencias, 167, 172
 enucleación de nódulos miomatosos, 167, 171
 enucleación posterior del cuello, 167, 173
 escisión cónica del cuello por vía vaginal, 173
 escisión de la membrana mucosa cervical, 167, 173
 escisión del cuello, 167, 168
 forcipresión y corte de los tejidos, 167, 168
 identificación de los uréteres, 167, 168
 ligadura de los tejidos, 167, 168
 rechazamiento hacia abajo de la vejiga, 167, 168
 tiempos ordinarios, 167
 tratamiento de la bóveda vaginal, 167, 170
 variaciones en la técnica, 167
 Histerectomía supravaginal por vía vaginal, 151
 tiempos ordinarios, 152
 abertura del útero, 152, 156
 acortamiento de los ligamentos redondos, 152
 asimiento del útero, 152
 corte transversal del cuello, 152, 156
 despegamiento de la vejiga, 152
 disposiciones para la canalización, 152, 164
 enucleación preliminar, 152
 escisión de los anexos uterinos, 152, 157
 fijación de los cabos o "pedículos" al cuello, 152, 157
 forcipresión de los vasos, 152, 162
 forcipresión y división de los ligamentos anchos, 152, 154
 ligadura de los cabos (pedículos), 152, 156
 ligadura primitiva, 152, 160
 "peritonización", 152, 159
 Histerectomía supravaginal, precauciones en la, 370
 Histerectomía total, 217
 Histerectomía total motivada por el prolapso, 566
 Histerectomía vaginal, 180
 desinfección y sutura de la cavidad uterina, 181
 despegamiento de la vejiga, del útero, 181
 división longitudinal, 181, 193
 enucleación previa, 181, 193
 extirpación de los anexos, 181, 193
 extracción de la gasa, 181, 188
 incisión paravaginal, 181
 método de las pinzas, 181
 Histerectomía vaginal (cont.)
 separación del recto, del útero, 181, 185
 sutura de la incisión vaginal, 181, 189
 sutura para unir los pedículos, 181, 189
 tiempos ordinarios, 181
 variaciones en la técnica, 181, 192
 vuelta hacia fuera del fondo uterino, 181, 193
 Histerectomía vaginal para efectuar la colocación del radium, 307
 Histerectomía vaginal para el tratamiento del prolapso, 552
 Histerotomía abdominal, 418
 Histerotomía seguida de miomectomía, 232
 Hospital, escisión cónica en el, 399
- I
- Implantación del cuerpo uterino en la pared abdominal, 577
 Implantación del útero en la pared abdominal, 562
 Implantación intrauterina de radium, 278
 Implantación posterior de los ligamentos redondos, 490
 Incisión abdominal, acortamiento de los ligamentos úterosacros por entre la, 439
 Incisión abdominal transversal, 332
 Incisión de la pared vaginal, 63
 Incisión para descubrir el parametrio y colocar el radium, 308
 Incisión paravaginal, 339
 Incisión paravaginal de Schuckardt, 195
 Incisión vaginal, acortamiento de los ligamentos redondos por entre la, 443
 Incisión vaginal, se cierra la, 540
 Incisión vaginal, sutura de la, 560
 Indicaciones del tratamiento radical de la roentgenoterapia, 210
 Infección generalizada de origen pélvico, 57
 "Infiltración fijadora", 596
 Inflamación después de aplicar el radium, 352
 Inflamación pélvica aguda, 53
 Inflamación pélvica crónica, 74
 Inflamación pélvica estreptocócica, 93
 Inflamación pélvica y carcinoma del cuello uterino, 346
 Inflamación y perturbaciones del metabolismo en el útero, 393
 Información a la paciente acerca de los neoplasmas malignos, 50
 Intentos de efectuar la fijación del cuello uterino en la parte posterior de la pelvis, 441
 Interposición subvesical del cuerpo uterino, 530
 "Introduectores", 293
 "Inversión" crónica del útero, 586
- L
- Legrado uterino, 377
 Legrado uterino en la endometritis crónica, 410
 Legrado uterino en la hemorragia uterina, 410

- Legrado uterino para efectuar el diagnóstico intrauterino, 410
 Legrado uterino para el tratamiento de la hiperplasia del endometrio, 410
 Legrado uterino, peligros del, 410
 Legrado uterino, técnica para el, 410
 Legrado uterino, tratamiento postoperatorio del, 416
 Lesiones óseas, 361
 Leucoplasia, 395
 Ligadura de las arterias hipogástricas, 336
 Ligadura de los "pedículos" parametriales, 329
 Ligadura de los vasos del útero, 341
 Ligadura, forcipresión previa sucedida de la, 552
 Ligamento ancho, operación plástica del, 504
 Ligamento ancho, quiste parovárico del, 30
 Ligamento ancho, se pone a la vista la porción inferior de cada, 516
 Ligamento ancho, várices del, 112
 Ligamento ancho, operación plástica del, fondo uterino para ligar los cabos superiores del, 193
 Ligamento redondo con asa corta, trasplatación del, 493
 Ligamento útero-púbico, 500
 Ligamentos anchos, acortamiento de los, 542
 Ligamentos anchos, operación plástica en los, 573
 Ligamentos anchos, plegadura de los, 437
 Ligamentos anchos, várices de los, 493
 Ligamentos redondos, acortamiento extra-peritoneal de los, 424
 Ligamentos redondos, acortamiento intra-abdominal de los, 428
 Ligamentos redondos, celiotomía inguinal con acortamiento de los, 425
 Ligamentos redondos, fijación de los, 559
 Ligamentos redondos, implantación posterior de los, 490
 Ligamentos redondos, plegadura intraperitoneal de los, 490
 Ligamentos redondos, trasplatación extra-peritoneal de los, 426
 Ligamentos úterosacros por entre la incisión abdominal, acortamiento de los, 439
 Ligamentos úterosacros, acortamiento por vía vaginal de los, 444
 Línea media, operación por medio de la celiotomía en la, 426
 Linfadenectomía, 332
 Linfadenectomía ilíaca, 303, 309
 Lipoma retroperitoneal, 111
- M
- Miomas pediculados submucosos que sobresalen por el cuello uterino, 198
 Miomas pequeños o medianos del cuerpo uterino en mujeres jóvenes, 227
 Miomas que se originan en el cuello uterino, 224
- Miomas submucosos de la porción superior del útero, 204
 Miomas subperitoneales, 204
 Miomectomía, 217
 Miomectomía (por vía abdominal), 174
 Miomectomía vaginal, 198
 Mandriles, 297
 Médico, tarea del, 367
 Menopausia tardía, 389
 Metástasis provocada al efectuar la biopsia del carcinoma del cuello uterino, 343
 Método de las pinzas, histerectomía por el, 196
 Métodos de distribución especial de los rayos X, 266
 Métodos de tratamiento de la preñez y el mioma, 231
 Métodos de tratamiento del carcinoma del cuerpo uterino, 382
 Métodos especiales de exploración, 378
 Métodos generales de radiumterapia, 270
 Métodos para efectuar la radiación, 205
 Mioma intramural del cuello uterino, 203
 Mioma sangrante, tratamiento del, 224
 Mioma uterino, métodos de tratamiento radical, 145
 Mioma uterino, técnica de las operaciones, 146
 Mioma y adenomioma del útero, 144
 Mioma y carcinoma cervicales, 345
 tratamiento, 345
 Muñón cervical, carcinoma en el, 298
 Muñón cervical, escisión del, 407
 Muñón vaginal, sutura del, 329
- N
- Neoplasma, desinfección de la vagina y el, 337
 Neoplasma maligno del ovario, 37
 clasificación clínica, 39
 grupo "clínico" I, 39
 grupo "clínico" II, 39
 grupo "clínico" III, 39
 grupo "clínico" IV, 39
 grados de malignidad, 39
 tratamiento, 39
 magnitud de la operación, 40
 operabilidad, 40
 radiación postoperatoria, 41
 Neoplasma pélvico, 58
 Neoplasmas concomitantes con la preñez, 42
 neoplasma ovárico concomitante con preñez adelantada (más de seis meses), 43
 neoplasma ovárico concomitante con preñez incipiente (menos de seis meses), 43
 Neoplasmas de células granulosas del ovario, 26
 Neoplasmas malignos del útero, 235
 Neoplasmas ováricos benignos, 45, 49
 Neoplasmas ováricos, tratamiento postoperatorio de los, 45
 Neoplasmas tubarios, 111
 Nódulo pequeño en el tabique, 296

Nódulos miomatosos, enucleación previa de, 193

O

Oclusión de la vagina, 576
 Operación abdominal, 215
 Operación abdominal (conservando la función reproductiva), 521
 Operación abdominal (método de Haultain), 596
 Operación abdominal para implantar el radium, 303, 308
 Operación abdominal radical, 314
 Operación cesárea, 232
 Operación coadyuvada por los rayos X, 251
 Operación de Donald, Fothergill y de Manchester, 506
 Operación ovárica ejecutada en circunstancias especiales, 17
 abundantes adherencias, 17
 arrenoblastoma, 17
 lesiones traumáticas extragenitales, 17
 neoplasma de células granulosas, 17
 neoplasma maligno, 17
 preñez concomitante, 17
 quiste de gran tamaño, 17
 quiste dermoide, 17
 quiste endometrial (endometriosis pélvica), 17
 quiste papilar, 17
 quiste parovárico, 17
 quiste supurante, 17
 quiste tecaluténico, 17
 Operación paliativa del carcinoma del cuerpo uterino, 385
 Operación plástica de los ligamentos anchos (acortamiento de los ligamentos anchos por vía vaginal, y reparación del tabique úteropúbico), 506
 Operación plástica del ligamento ancho, 504
 Operación plástica en los ligamentos anchos, 572
 Operación por entre los conductos inguinales, 446
 Operación por medio de la celiotomía en la línea media, 426
 Operación quirúrgica después de la radioterapia ordinaria, 252
 Operación quirúrgica, selección de la, 482
 Operación radical del carcinoma del cuello uterino, substitutos de la, 344
 Operación radical del carcinoma del cuerpo uterino, 384
 Operación vaginal, 223
 Operación vaginal (método de Spinelli), 589
 Operación vaginal radical, 336
 Operación vaginal, tratamiento por medio de la, 495
 Operaciones para corregir la retrodesviación uterina, clasificación de las, 224
 Operaciones conservadoras para corregir la inversión uterina, resumen de las, 588
 Operaciones de interés histórico, 312
 Operaciones por la vía vaginal, 441

Operaciones quirúrgicas conservadoras del ovario y de las trompas, 117
 Operaciones, técnica de las, 446
 Operaciones vaginales, 530
 Orificio vaginal, propagación carcinomatosa al, 294
 Ovario, abundantes adherencias de los neoplasmas del, 17
 Ovario, apuntes históricas de los neoplasmas del, 2
 Ovario, arrenoblastoma del, 27
 Ovario, clasificación de las enfermedades del, 1
 Ovario, conservación del tejido ovárico con su propia irrigación sanguínea, 119
 absceso del ligamento ancho, 125
 enfermedades del ligamento ancho, 125
 escisión de la cápsula engrosada, 123
 escisión de quistes, 123
 neoplasma parovárico, 126
 neoplasma ovárico, 119
 Ovario, cuando se extirpan el, y la trompa de un lado, 490
 Ovario, extirpación de la trompa y del, 193
 Ovario, neoplasma maligno del, 37
 Ovario, neoplasmas de células granulosas del, 26
 Ovario, operaciones quirúrgicas conservadoras del, 117
 Ovario, pormenores de la operación del neoplasma del, 12
 Ovario, problemas actuales acerca de los tumores del, 5
 Ovario, quiste de gran tamaño del, 33
 Ovario, quiste dermoide del, 21
 Ovario, quiste papilar del, 28
 Ovario, quiste seroso del, 28
 Ovario, quiste seudomucinoso del, 29
 Ovario, quiste supurante del, 20
 Ovarios, conservación de las funciones de los, 16
 Ovarios, enfermedades de los, 1
 Ovarios, neoplasmas de los, 1
 Ovarios, otras enfermedades de los, 99
 Ovarios, quistes tecaluténicos en los, 27

P

Pacientas en quienes no se conserva la función reproductiva con complicaciones que requieren la celiotomía, 573
 Pacientas en quienes no se conserva la función reproductiva sin complicaciones abdominales, 574
 Pacientas en quienes se conserva la función reproductiva sin complicaciones abdominales, 572
 Paquete de radium, puntada especial que facilita la extracción del, 281
 Parametrio, escisión de una gran parte de las porciones laterales del, 323
 Parametrio, escisión del, 341
 Parametrio, incisión para descubrir el, y colocar el radium, 308

- Parametrio, tratamiento del, por medio de agujas, 303
- Parametrio, tumor neoplásico especial en el, 298
- Parametrítis cervical, 82
- Parametrítis de los anexos, 83
- Parametrítis pélvica, 82
- Pared abdominal, fijación del cuerpo uterino a la, 577
- Pared abdominal, implantación del cuerpo uterino en la, 317
- Pared abdominal, implantación del útero en la, 562
- Pared abdominal relajada, 493
- Pared abdominal, sutura de los ligamentos plegados a la, 430
- Pared abdominal, sutura del ligamento redondo a la, 493
- Pared abdominal, trasplatación de los ligamentos redondos a la, 432
- Pared abdominal, ulceración de la, 357
- Pared vaginal anterior, alargamiento de la, 445
- Pared vaginal anterior, por la vía abdominal, elevación y reparación de la, 529
- Pared vaginal anterior, por vía abdominal, reparación y elevación de la, 574
- Pared vaginal, despégase de la vejiga la, 513
- Pared vaginal, se separa de la vejiga la, 530
- Pedículo, plegadura posterior de los ligamentos redondos sobre el, 494
- "Pedículos" parametrales, ligadura de los, 329
- Peligros de la salpingitis aguda, 54
- diseminación de la infección peritoneal, 55
- operación abdominal apresurada, 54
- persistente actividad de la naciente, 55
- Peligros del legrado uterino, 410
- Pelvis, actinomicosis de la, 111
- Pelvis, dificultades especiales en el tratamiento de tumores inflamatorios crónicos de la, 83
- Pelvis, distribución de los rayos en la, 260
- Pelvis, edema pélvico fulminante de la, 113
- Pelvis, equinocosis de la, 111
- Pelvis, intentos de efectuar la fijación del cuello uterino en la parte posterior de la, 441
- Pelvis, virulencia de los tumores crónicos de la, 84
- Pepitas de oro, 293
- Pepitas de platino, 293
- Pepitas de radón, 291
- Pequeños miomas del cuerpo uterino en pacientes menopáusicas, o que se aproximan al período climatérico, 226
- Perforación de la pared del absceso, 65
- Períodos clínicos del carcinoma uterino, distinción de los, 374
- Períodos incipientes del carcinoma del cuello uterino, falta de síntomas en los, 365
- Peritoneo pélvico, otras enfermedades del, 99
- Peritoneo, pseudomixoma del, 29
- Peritoneo, sutura del, 329
- Perturbaciones del metabolismo en el útero, inflamación y, 393
- Perturbaciones pélvicas, tratamiento quirúrgico de las, 482
- Plegadura de los ligamentos anchos, 437
- Plegadura intraperitoneal de los ligamentos redondos, 490
- Plegadura posterior de los ligamentos redondos sobre el pedículo, 494
- Pólipo mucoso, 394
- Porción posterior del cuello uterino, despegamiento de la, 322
- Porción superior del útero, despegamiento de la, 343
- Porción superior del útero, sutura del ligamento redondo en la, 493
- Porción vaginal que ha de extirparse, sutura de la, 337
- Porciones laterales del parametrio, escisión de una gran parte de las, 323
- Pormenores de la operación de la inflamación pélvica, 58
- canalización peritoneal, 59
- celiotomía, 60
- colpotomía, 59
- Pormenores de la operación del neoplasma ovárico, 12
- operación en circunstancias ordinarias, 12
- incisión, 13
- extirpación del neoplasma, 15
- extirpación de otros tejidos, 15
- tratamiento del pedículo, 15
- tamiento del carcinoma del cuerpo uterino, 382
- Pormenores de los métodos de tratamiento del carcinoma del cuello uterino, 270
- Pormenores del diagnóstico del carcinoma del cuerpo uterino, 370
- Precauciones en la histerectomía supravaginal, 370
- Preñez, cuando no es posible la futura, 494
- Preñez extrauterina, 101
- antes de la ruptura, 102
- copiosa hemorragia intraperitoneal, 105
- hematocele pélvico, 103
- hematoma pélvico, 107
- hemorragias intraperitoneales moderadas y repetidas, 104
- Preñez extrauterina avanzada, 108
- Preñez futura, cuando es posible la, 489
- Preñez, neoplasma concomitante con la, 42
- Preñez tubaria, 58
- Preñez y carcinoma cervical, 346
- diagnóstico, 346
- morbilidad, 346
- síntoma, 346
- tratamiento, 347
- Preñez y mioma, 230
- métodos de tratamiento, 231
- morbilidad, 230
- Prevencción del carcinoma del cuello uterino, 363
- Prevencción del carcinoma del cuerpo uterino, 389

Principios del tratamiento del carcinoma del cuello uterino, 246
 Principios en que se funda el tratamiento del carcinoma del cuerpo uterino, 381
 Problemas actuales acerca de los tumores del ovario, 5
 Progresos logrados en la destrucción de las células carcinomatosas por medio de la radiación, 238
 Prolapso del útero y de la vejiga, 497
 Prolapso, histerectomía total motivada por el, 566
 Prolapso uterino, histerectomía supravaginal motivada por el, 565
 Prolapso uterino, selección del método quirúrgico para el, 568
 Prolapso y carcinoma cervical, 344
 Prolapsos del útero, cuándo conviene el tratamiento quirúrgico en los, 567
 Pronóstico después de la extirpación quirúrgica de neoplasmas ováricos, 49
 Propagación carcinomatosa al orificio vaginal, 294
 Proyecto general de tratamiento del carcinoma del cuello uterino, 367
 Puede conservarse el cuerpo uterino, 377
 Punción del quiste y aplicación de medicamentos astringentes en la cervicitis crónica, 396
 Puntada especial que facilita la extracción del paquete de radium, 281

Q

Quiste de gran tamaño del ovario, 33
 Quiste dermoide del ovario, 21
 Quiste endometrial, 21
 Quiste ovárico, ruptura del, 20
 Quiste papilar del ovario, 28
 Quiste parovárico, 7
 Quiste parovárico del ligamento ancho, 30
 Quiste seroso del ovario, 28
 Quiste pseudomucinoso del ovario, 29
 Quiste supurante del ovario, 20
 Quistes endometriales, 8
 Quistes foliculares y del cuerpo amarillo, 6
 Quistes ováricos, torcedura del pedículo de, 19
 Quistes tecaluteínicos, 6
 Quistes tecaluteínicos en los ovarios, 27

R

Radiación, cuándo ha de preferirse la, 211
 "Radiación direccional", 294
 "Radiación directa", 294
 "Radiación dirigida", 294
 Radiación, distribución combinada de, 269
 Radioterapia del carcinoma del cuerpo uterino, 382
 Radioterapia ordinaria, histerectomía luego de efectuar la, 312
 Radium, agujas de, 290

Radium, aplicaciones de, a la bóveda vaginal, 285
 Radium, "bombas" de, 293
 Radium, colocación del, 280
 Radium, distribución del, 267
 Radium, dosificación, del, 283
 Radium, extracción del, 284
 Radium, histerectomía vaginal para efectuar la colocación del, 307
 Radium, implantación intrauterina de, 278
 Radium, incisión para descubrir el parametrio y colocar el, 308
 Radium, inflamación después de aplicar el, 352
 Radium, introducción del, 206
 Radium, operación abdominal para implantar el, 303
 Radium, operación vaginal para implantar el, 303
 Radium, suturas especiales para facilitar la extracción del, 207
 Radiumterapia, 206, 418
 dosificación, 208
 extracción del radium, 208
 introducción del radium, 206
 legrado uterino, 206
 suturas especiales para facilitar la extracción, 207
 tratamiento subsecuente, 209
 Radiumterapia, métodos generales de, 270
 Radón, pepitas de, 291
 Radón, semillas de, 291
 Raspadura uterina, 413
 Raspaduras uterinas, examen microscópico de las, 377
 Raspaduras uterinas, extracción de las, 414
 Rayos esfacelantes, 259
 Rayos X, distribución de los, 269
 Rayos X, tiempo que ha de esperarse antes de hacer las siguientes aplicaciones de, 284
 Razón de la distribución especial de los rayos X, 261
 Recidiva del neoplasma, dolor causado por la, 361
 Recto, sepárase del útero el, 558
 Registro, exactitud en el, 380
 Reparación del suelo pélvico, 521
 Reparación y elevación de la pared vaginal anterior por vía abdominal, 574
 Repliegue peritoneal vésicouterino, se abre el, 532
 Requisitos de la radiumterapia, 239
 Resección del cuerpo uterino, 223
 Resección del cuerpo uterino (por vía abdominal), 175
 resección cuneiforme, 176
 resección horizontal, 179
 Resección del útero, 417
 Resección vaginal del cuerpo uterino, 204
 Reseña histórica acerca de la retrodesviación del útero, el porqué de la, 445
 Resumen de las operaciones conservadoras, 588
 Retrodesviación del útero, 419
 Roentgenterapia, 209, 298

Roentgenoterapia del carcinoma del cuerpo uterino, 384

S

Salpingitis aguda, 53
 Salpingitis aguda, enfermedades que pueden confundirse con la, 57
 apendicitis, 58
 endometritis pélvica, 58
 infección generalizada, 57
 neoplasma pélvico, 58
 preñez tubaria, 58
 torcedura del pedículo del neoplasma pélvico, 58
 Salpingitis aguda, peligros de la, 54
 Salpingitis aguda, tratamiento de la, 56
 Salpingo-ooforitis común, 75
 Salpingo-ooforitis crónica, 74
 pormenores de la operación, 75
 Sarcoma del útero, 391
 Sarcoma y corioepitelioma del útero, 235
 Schuchardt, incisión paravaginal de, 195
 Selección de la operación quirúrgica para el tratamiento del prolapso uterino, 482
 Selección del método para el tratamiento de miomas y adenomiomas uterinos, 211
 Selección del tratamiento de los diversos estados del útero y sus anexos, 489
 Selección del tratamiento cuando hay neoplasma uterino, 233
 Semillas de radón, 291
 Seudomixoma del peritoneo, 29
 Situación del estado inflamatorio de la pelvis, 97
 Solución de la dificultad del tratamiento radioterápico del carcinoma del cuello uterino, 256
 Substitutos de la operación radical del carcinoma del cuello uterino, 344
 Suelo pélvico, reparación del, 521
 Suelo pélvico, técnica de las operaciones para la reparación del, 504
 Sumario de los neoplasmas malignos del útero, 379
 Supresión de la función reproductiva en el prolapso del útero y la vejiga, 531
 Supuración pélvica encapsulada (absceso), 84
 Supuración pélvica difusa, 80
 Suspensión ventral del útero por vía vaginal, 443
 Sutura de la excavación rectouterina alrededor del tubo de desagüe en la histerectomía vaginal para el tratamiento del prolapso, 559
 Sutura de la incisión vaginal en la histerectomía vaginal para el tratamiento del prolapso, 560
 Sutura de la porción vaginal que ha de extirparse en la operación vaginal radical, 337
 Sutura de los ligamentos plegados a la pared abdominal en el acortamiento intraabdominal de los ligamentos redondos, 428

Sutura del ligamento redondo a la pared abdominal cuando se extirpan el ovario y la trompa de un lado, 493
 Sutura del ligamento redondo cuando se extirpan el ovario y la trompa de un lado en la porción superior del útero, 493
 Sutura del muñón vaginal en la operación abdominal radical, 329
 Sutura del peritoneo en la operación abdominal radical, 329
 Sutura, escisión cónica con el bisturí y la, 402
 Sutura-ligadura de los "pedículos" para formar el tabique de sostén en la histerectomía vaginal para el tratamiento del prolapso, 559

T

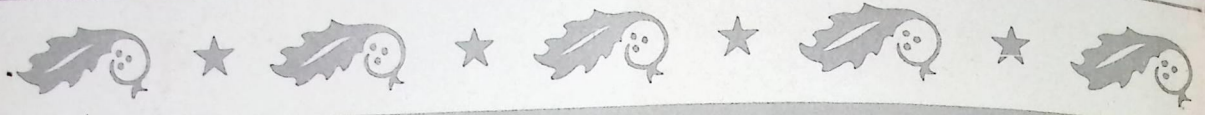
Tabique de sostén, sutura-ligadura de los "pedículos" para formar el, 559
 Tabla cronológica de las operaciones para corregir la retrodesviación del útero, 422
 Tapón vaginal (gasa impregnada de vaselina) para apartar del radium el recto y la vejiga, 422
 Técnica de Gilliam para la trasplantación transperitoneal de los ligamentos redondos, 447
 Técnica de las operaciones para la retrodesviación del útero, 446
 Técnica de las operaciones para la reparación del suelo pélvico, 504
 Técnica del legrado uterino, 410
 dilatación, 413
 extracción de las raspaduras, 414
 raspadura, 413
 sostenimiento del cuello uterino, 410
 Tejido conectivo pélvico, otras enfermedades del, 99
 Tejidos pélvicos impregnados y rígidos, 493
 Tejidos úterosacros, acortamiento de los, 545
 Tejidos úterosacros por la vía abdominal, acortamiento de los, 521
 Tiempo que ha de esperarse antes de hacer las siguientes aplicaciones de rayos X, 284
 Tiempos especiales de la operación de interposición, 541
 Torcedura del pedículo de quistes ováricos, 19
 Tracción hacia delante, trasplantación subperitoneal de los ligamentos redondos a la pared abdominal, con, 436
 Traquelorrafia, 406
 Trasplantación de los ligamentos redondos a la pared abdominal, 432
 Trasplantación extraperitoneal de los ligamentos redondos, 426
 Trasplantación del ligamento redondo con asa corta, 493
 Trasplantación subperitoneal de los ligamentos redondos a la pared abdominal con tracción hacia delante, 436

- Trasplatación subperitoneal de los ligamentos redondos a la pared abdominal con tracción lateral, 434
- Trasplatación transperitoneal de los ligamentos redondos a la pared abdominal dejando tiras independientes de tejido, 432
- Trasplatación transperitoneal de los ligamentos redondos a la pared abdominal sin dejar ninguna tira independiente de tejido, 434
- Tratamiento de la cervicitis crónica, 396
- Tratamiento de la herida vaginal, 344
- Tratamiento de la hiperplasia del endometrio, legrado uterino para el, 410
- Tratamiento de la salpingitis aguda, 56
- Tratamiento de la vejiga en la operación abdominal radical de los neoplasmas del útero, 329
- Tratamiento de las complicaciones del carcinoma del cuello uterino, 344
- Tratamiento de los diversos períodos del carcinoma del cuerpo uterino, 386
- Tratamiento de los "pedículos" y de la herida peritoneal en la operación vaginal radical de los neoplasmas del útero, 343
- Tratamiento del mioma sangrante, 224
- Tratamiento del parametrio por medio de agujas de radium, 303
- Tratamiento del prolapso, histerectomía vaginal para el, 552
- Tratamiento ordinario del carcinoma del cuello uterino, 348
- Tratamiento postoperatorio de abscesos pélvicos, 71
- Tratamiento postoperatorio de los neoplasmas ováricos, 45
- Tratamiento postoperatorio después del legrado uterino, 416
- Tratamiento quirúrgico de la hernia de la excavación rectouterina, 582
- Tratamiento quirúrgico de las perturbaciones pélvicas, 482
- Tratamiento quirúrgico del carcinoma del cuerpo uterino, 384
- Tratamiento quirúrgico más seguro de las acumulaciones virulentas estreptocócicas, 96
- Tratamiento quirúrgico por vía abdominal de la hernia de la excavación rectouterina, 585
- Tratamiento radical del carcinoma del cuello uterino por medio de la escisión quirúrgica, 237
- Tratamiento radioterápico intenso del carcinoma del cuello uterino, 254
- Tratamiento subsecuente del carcinoma del cuello uterino, 348
- Traumatismo intestinal, 14
- Traumatismos extragenitales, 43
- Traumatismos vesicales y ureterales, 44
- Tromboflebitis, 72
- Trompa, conservación de una parte de la, 129
- conservación de la trompa cuando se extrae el ovario, 132
- Trompa, conservación (cont.)
- inflamación de la, 129
- neoplasma de la, 132
- preñez en la, 131
- Trompa, implantación de la trompa en el útero, 132
- por el método de la incisión, 132
- por medio del escariador, 134
- tratamiento postoperatorio, 141
- Trompa, implantación de tejido ovárico en el útero, en lugar de la, 143
- Trompa, torcedura de la, 111
- Trompas, conservación de la función de las, 128
- Trompas, neoplasmas de las, 111
- Trompas, operaciones quirúrgicas conservadoras de las, 117
- efectos endocrinos, 119
- funciones endocrinas, 118
- menstruación, 118
- preñez, 118
- Trompas uterinas, otras enfermedades de las, 99
- Tuberculosis generalizada de la pelvis, 100
- Tuberculosis grave de los anexos uterinos, 100
- Tuberculosis moderada de las trompas, 101
- Tuberculosis pélvica, 99
- Tumor neoplásico, desinfección de la vagina y del, 315
- Tumor neoplásico especial en el parametrio, 298
- Tumores crónicos de la pelvis, virulencia de los, 84
- Tumores inflamatorios crónicos de la pelvis, dificultades especiales en el tratamiento de, 84

U

- Ulceración de la pared abdominal después de la aplicación de los rayos X, 357
- Ulceración y estrechez intestinales después de la aplicación de los rayos X, 360
- Ulceración y estrechez rectales después de la aplicación de los rayos X, 356
- Uréteres, descubrimiento previo de los, en la operación abdominal radical de los neoplasmas del útero, 332
- Útero activo, cuando se conserva el, en el tratamiento de la retrodesviación uterina, 494
- Útero, adenomioma del, 144
- Útero, bisección del, al ejecutar la histerectomía vaginal, 193
- Útero, clasificación de los diversos estados del, y sus anexos y selección del tratamiento, 489
- Útero, despegamiento de la porción superior del, al ejecutar la operación abdominal radical, 314
- Útero, división longitudinal en dos del, al ejecutar la histerectomía vaginal, 193
- Útero, fijación del ligamento redondo a la cara posterior en el tratamiento de la retrodesviación del, 430

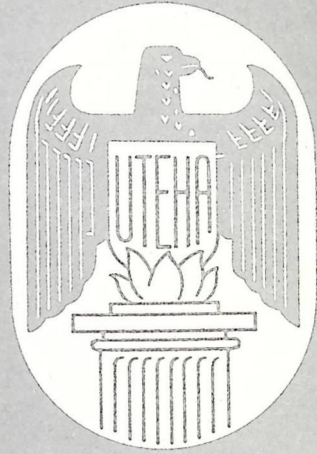
- Útero, inflamación y perturbaciones del metabolismo en el, 398
- Útero, "inversión" crónica del, 536
- Útero, ligadura de los vasos del, en la operación abdominal radical, 341
- Útero, mioma del, 144
- Útero, miomas submucosos de la porción superior del, 204
- Útero, neoplasmas malignos del, 235
- Útero, prolapso del, y de la vejiga, 497
- Útero, resección del, 417
- Útero, retrodesviación del, 419
- Útero, selección del método para el tratamiento de miomas y adenomiomas del, 211
- Útero senil, cuando se conserva el, 494
- Útero, separación de la vejiga del, 553
- Útero, sutura del ligamento redondo en la porción superior del, 493
- Útero, sutúrase el peritoneo vesical a la porción posterior del, 538
- Útero, ventrofixación del, 562
- Úteroscopia, 378
- V
- Vagina, desinfección de la, y el neoplasma para la operación vaginal radical, 336
- Vagina, desinfección del tumor neoplásico y de la, 315
- Vagina, forcipresión y corte transversal de la, para la operación abdominal radical, 326
- Vagina, oclusión para contrarrestar el prolapso de la, 576
- Vaginitis atrófica en el tratamiento de los neoplasmas malignos del útero, 351
- Vaginofijación del cuerpo uterino en el tratamiento de la retrodesviación del útero, 442
- Variaciones en la técnica de la operación abdominal radical, 330
- Várices de los ligamentos anchos en el tratamiento de la retrodesviación del útero, 493
- Várices del ligamento ancho, 112
- Vasos del útero, ligadura de los, en la operación vaginal radical, 341
- Vejiga, despégase del útero la, para ejecutar la operación de interposición, 531
- Vejiga, fijación de los ligamentos redondos debajo de la, en la histerectomía vaginal para el tratamiento del prolapso, 559
- Vejiga, prolapso de la, y del útero, 497
- Vejiga, separación de la, en la operación abdominal radical, 317
- Vejiga, tratamiento de la, en la operación abdominal radical, 329
- Ventrofixación de antiguos cabos vaginales, en el tratamiento del prolapso uterino, 567
- Ventrofixación del fondo uterino cuando no es posible la futura preñen, 494
- Ventrofixación del útero en el tratamiento del prolapso, 562
- Ventrosuspensión en el tratamiento de la retrodesviación del útero, 428
- Vésicofijación en el tratamiento de la retrodesviación del útero, 443
- Vía abdominal, acortamiento de los ligamentos redondos por la, 521
- Vía abdominal, histerectomía supravaginal por, 577
- Vía abdominal, histerectomía total por, 578
- Vía vaginal, acortamiento de los ligamentos anchos por, 443
- Vía vaginal, acortamiento de los ligamentos úterosacros por, 444
- Vía vaginal, operaciones por la, en el tratamiento de la retrodesviación del útero, 441
- Vía vaginal, suspensión ventral del útero, por, 443
- Virulencia de los tumores crónicos de la pelvis, 84
- Virulencia del estreptococo, 96
- Vuelta hacia fuera del fondo uterino, para ligar los cabos superiores del ligamento ancho, 193



U. F. E. H. A. * U. F. E. H. A.



U. F. E. H. A.



U. F. E. H. A. * U. F. E. H. A.





U. F. E. H. A.



U. F. E. H. A.

