

cuales, más afortunados que Granville, curaron á sus operadas. En 1843, Clay y Heath practicaron las primeras amputaciones parciales del útero por fibromas no pediculados. Spencer Wells, Kœberlé y sobre todo Péan contribuyeron con sus trabajos y su ejemplo á vulgarizar esta operación.

No describiré por separado los procedimientos operatorios de tal ó cual cirujano, ni las modificaciones ideadas para cada uno de los diferentes tiempos de la operación por los distintos operadores; creo preferible exponer el manual operatorio general, citando de paso las diversas modificaciones que se hayan introducido. Ni siquiera describiré separadamente la histerectomía parcial y la ablación simple de los fibromas, porque sucede á veces que una misma operación comenzada con la idea de que se va exclusivamente á extirpar el fibroma muchas veces debe terminar por la ablación parcial del útero.

La incisión de la pared abdominal debe hacerse con las mismas precauciones indicadas en toda laparatomía. La longitud de esta incisión variará necesariamente según sea el volumen del tumor. Terminada la incisión abdominal, Hegar y Kaltenbach aconsejan suturar el peritoneo á la piel al objeto de no disociar las capas de la pared abdominal en el acto de maniobrar la extracción del fibroma, precaución que me parece superflua y hasta creo que ofrece más inconvenientes que ventajas. Para evitar la excesiva longitud de la incisión en los casos de tumor voluminoso, Péan lo fracciona. Saca al exterior una parte del tumor, atraviesa la base de la porción cogida con un grueso hilo metálico y éste lo ata á un aprietanudos de Cintrat. Es un procedimiento largo, complicado, que puede dar lugar á hemorragias intra-abdominales. Sin fraccionamiento he podido extraer un fibroma uterino del tamaño de una cabeza de adulto. Para facilitar la extracción, se inclina el tumor lo más posible á la izquierda del vientre, se procura deprimir y colocar debajo del tumor el borde derecho de la herida abdominal, y conseguido esto, fácilmente sale el tumor. Para no producir hemorragia se evitará coger el tumor con las pinzas; será mejor pasar la mano por debajo ó solamente los dedos si esto no es posible.

Rara veces se encuentran adherencias, y cuando las hay se procede con ellas como diremos al hablar de la ovariectomía. Una vez sacado el tumor al exterior, se examina si tiene ó no pedículo. Las más veces no está propiamente pediculado ó el pretendido pedículo lo forma el útero mismo, y por consiguiente la operación ha de consistir en una histerectomía parcial.

En este caso, como en la ovariectomía, existen dos métodos principales de tratamiento del pedículo: ligarlo, reintroducirlo y cerrar el vientre, ó bien dejarlo al exterior. En el primer método puede

hacerse la ligadura en masa ó ligaduras parciales. La ligadura en masa ha sido justamente abandonada. En la primera operación que practiqué diez años há, apliqué la ligadura en masa con un grueso hilo de catgut, y cuando todo permitía esperar un resultado satisfactorio, al cuarto día se produjo una hemorragia interna, porque el hilo se había desprendido, accidente que lo han observado Kimball, Parker, Baker-Brown y muchos otros. Las ligaduras múltiples ofrecen otros peligros: para colocar los hilos, la aguja debe atravesar el tejido uterino y por estos agujeros puede tener lugar una exudación sanguínea y hasta una verdadera hemorragia. Además el pedículo queda forzosamente bastante grueso, formado por tejidos poco reducibles, y á pesar de los lavados con los más poderosos antisépticos, puede entrar en descomposición y dar origen á la producción de una peritonitis séptica. Se ha tratado de evitar estos peligros ó cuando menos de atenuarlos dejando al exterior, en el ángulo inferior de la herida, los hilos que han servido para ligar el pedículo, y Bardenhauer ha puesto en práctica un verdadero drenaje de la cavidad peritoneal; con todo la generalidad de los cirujanos prefiere el tratamiento externo del pedículo.

Quando se deja el pedículo al exterior, se atraviesa su base, según el método de Péan, con dos agujas de acero puestas en cruz, y por detrás de estas agujas se rodea el pedículo con un hilo metálico que se ajusta con el aprietanudos de Cintrat. Este método ofrece serios inconvenientes: si se aprieta poco el hilo, no comprime suficientemente y no impide la hemorragia; si se le aprieta demasiado, obra como un estrangulador lineal, corta las capas circunferenciales y se produce hemorragia. Si el hilo ajusta lo suficiente, corta una parte del pedículo, y en el momento que deja de apretar convenientemente aparece la hemorragia. En un caso en que este accidente se produjo al segundo día, apliqué alrededor del pedículo y debajo de las agujas algunas circulares bien apretadas con su hilo de caucho, con lo cual la hemorragia cesó, el pedículo se cayó al octavo día y la curación tuvo lugar sin ningún otro accidente. Esta manera de tratar el pedículo, propuesta y practicada por Hegar, me parece superior á todas las demás. Se puede rodear el pedículo en masa con algunas circulares de hilo ó tubo de caucho, y luego más allá del hilo atravesar el centro del muñón del pedículo con una aguja que arrastre dos hilos de caucho, de modo que cada mitad del pedículo quede atada con un asa elástica. Para aislar el pedículo de la cavidad abdominal, se ha propuesto desprender el peritoneo que lo cubre, suturar esta hoja vesical á la peritoneal parietal y aplicar la ligadura elástica directamente sobre el tejido uterino.

Quando se trata de la extirpación parcial del útero en una mujer que no ha llegado á la edad de la menopausia, será prudente

hacer al propio tiempo la ablación de los ovarios, con lo cual se evita el peligro de los hematoceles menstruales.

La histerectomía parcial por la vía abdominal con motivo de la ablación de los tumores subperitoneales del útero, es una operación grave, mucho más grave que la ovariectomía, y da una muy elevada mortalidad. Poseemos pocas estadísticas integrales de esta operación. Citaré únicamente algunas, haciendo observar que la de Péan no llega más que hasta 1879, época en que la comunicó á la Academia.

	Operadas	Curadas	Muertas	Mortalidad por 100
Péan.. . . .	46	30	16	34
Kœberlé	19	9	10	52
Spencer Wells. . .	24	9	15	62
Billroth.	25	10	15	60
Gusserow.. . . .	113	50	63	55
	227	108	119	52

Como se ve, aún tomando por tipo los cirujanos que más experiencia tienen tocante á las operaciones abdominales, la mortalidad pasa del 50 por 100. Por esto se ha tratado de sustituir la histerectomía parcial en el tratamiento de los fibromas por otra operación, la castración, la cual, colocando á la mujer aunque sea joven en la situación de la que ha llegado á la edad de la menopausia, permite esperar la suspensión del desarrollo del fibroma. Estudiarémos esta cuestión al hablar de la castración.

De todos modos, la gravedad de la operación indica que no debe practicarse sino en caso de absoluta necesidad. La edad es á veces una contraindicación, porque si la mujer se acerca á la edad de cuarenta á cincuenta años y el desarrollo del fibroma es lento, no procede la operación, porque desde el momento que han cesado las reglas, por lo general cesa el crecimiento de los fibromas. Al contrario, si la mujer es joven y la marcha del fibroma es rápida, la operación se impone, y en todas las circunstancias será de rigor practicarla siempre que la frecuencia y abundancia de las hemorragias pongan en inminente peligro la vida de la enferma.

XII.—Cáncer del cuello uterino.—Amputación del cuello

Quando el cáncer del cuello uterino está limitado al cuello, puede combatirse por la cauterización ó amputación de dicho cuello.

1.º *Cauterización*.—Se practica con los cáusticos ó con el cauterio actual.

Aplicación de los cáusticos.—Se empieza por introducir el espéculum cilindroideo, en el cual se procura introducir toda la circunferencia del cuello; se limpia toda la superficie ulcerada por medio de pinzas de hilas, ó con bolitas de hilas informes conducidas por unas pinzas largas; se aplica el cáustico, sea la pasta arsenical (Bayle), sea el nitrato ácido de mercurio, del cual se empapa un lechino de hilas ó de lienzo fino colocado en el extremo de las pinzas. Se practican inmediatamente inyecciones copiosas con objeto de diluir y arrastrar al exterior las porciones del cáustico que hayan quedado sin combinar; se retiran las hilas y el espéculum, y la enferma se coloca inmediatamente en un baño. Cuando no ha sido suficiente una sola cauterización, se la repite una vez desvanecida la irritación de la primera. El mejor cauterio, cuando deba cauterizarse profundamente, es el cloruro de zinc, que puede emplearse en forma de flecha introducida en el cuello ó pequeñas placas aplicadas á su superficie. Para proteger la vagina contra su acción, poco probable, aunque posible, coloco una arandela de pasta de Canquoin en un pequeño cilindro de guttapercha que lo impulso hasta el cuello, y después lleno el cilindro y el espéculum con hilas.

Cauterío actual.—Nada de particular ofrece, pudiendo emplearse el cauterio ordinario, si bien hoy día se emplea más el termo-cauterio de Paquelin.

2.º *Escisión*.—Osiander fué el primero que la practicó en 1801, después de haber pasado previamente un hilo á través del cuello para atraerlo hasta la vulva. Dupuytren substituyó estas asas por las pinzas de Museux, que es el procedimiento que todavía se emplea en la actualidad.

Colocada la enferma como de ordinario, se introduce un espéculum bivalvo, por medio del cual se limpia cuidadosamente todo el tumor; después se introducen las pinzas de Museux hasta el hocico de tenca, y se implantan sus garfios en dos puntos diametralmente opuestos, con la precaución de impeler ligeramente el instrumento á medida que aquéllos se hunden en el tejido, para seguir el movimiento de ascensión del órgano y no cogerlo en un punto demasiado bajo. Entonces se quita el espéculum y se ejercen tracciones graduadas, á fin de conducir el cuello hasta la vulva, para, una vez llegado á este punto, aplicar los bocados de una segunda pinza por encima de la primera, pinzas que se confiarán á un ayudante experto colocado en el lado derecho. Este ayudante baja luego las pinzas para hacer salir la parte anterior del cuello, sobre la cual debe recaer la primera incisión, y después las conduce sucesivamente en diversos sentidos para facilitar la acción

del instrumento sobre todos los puntos del órgano enfermo. Sirven para este caso bisturíes rectos ordinarios y de botón, cuchillos curvos por el plano, ó tijeras también curvas en el mismo sentido. Lo esencial del caso consiste en respetar la vejiga por la parte anterior y el peritoneo por la posterior, lo cual no es nada difícil cuando se conocen bien sus relaciones, y en hacer llegar la incisión hasta los límites del mal vaciando el cuerpo del útero en forma de cono, si de ello hubiese necesidad.

El aislamiento de la parte supra-vaginal del cuello no es más que el primer tiempo de la histerectomía vaginal total que estudiaremos más adelante. Después que el cuello ha sido completamente aislado hasta el punto donde se quiere hacer la ablación, para evitar la hemorragia, que á veces es abundante, se puede emplear el estrangulador ó el asa gálvano-cáustica. No obstante, esta manera de operar tiene el inconveniente de que se escinde menos cantidad de cuello del que se ha aislado. Ahora bien, como que ordinariamente el cáncer ha invadido la mucosa uterina, sería preferible, respetando todo lo posible la parte exterior del cuello (que debe hacerse para no interesar la arteria uterina ó evitar la abertura del fondo de saco peritoneal), hacer subir más la escisión por la parte de la mucosa, operando lo que se ha llamado la amputación conoidea del cuello. En este caso, podemos servirnos del termocauterio y mejor aún del gálvano-cauterio, que expone menos á los inconvenientes y peligros del calor radiante, y á las quemaduras de la vulva, muy posibles cuando se opera con el termocauterio.

Apreciación. — La cauterización sería un recurso precioso si nos encontrásemos con un cáncer muy limitado; pero desgraciadamente es raro que las enfermas se presenten á nuestra observación al principio de la enfermedad, y por poca extensión que haya adquirido el cáncer, luego resulta insuficiente la cauterización. En cuanto al valor terapéutico y á la gravedad de la operación, la examinaremos más adelante comparándola con la histerectomía total.

XIII.—Cáncer del útero. — Ablación del útero

1.º *Histerectomía total por la vía abdominal.*—La ablación del útero, abriendo la cavidad abdominal propuesta por Gutberlet en 1814, practicóla por vez primera Langenbeck en 1825; pero su ejemplo no tuvo imitadores. Freund en 1878 resucitó esta idea y estudió atentamente los procedimientos operatorios.

Se practica una incisión media en la pared abdominal por debajo del ombligo, incisión que se prolonga hasta el pubis. Los intestinos son rechazados hacia la parte superior del abdomen y mantenidos en este punto con compresas calientes. Puesto el útero al descubierto, se pasa un asa de hilo á través del fondo del órgano, ó bien con una ancha cinta fenestrada, se procura atraerlo lo más cerca posible de la incisión. Se cogen luego los ligamentos anchos y se aplica en ellos una doble ligadura. De este modo, únicamente se puede comprender su parte superior, pero las arterias uterinas no quedan dentro de la ligadura. Para comprenderlas, se pasa por delante de los ligamentos anchos una aguja de punta movable, que viene á salir por el fondo de saco vaginal, y se tira del hilo por la vagina. Se practica una segunda punción por detrás del ligamento y la punta sale otra vez por la vagina. Se enhebra la aguja con el cabo del hilo libre dentro de la vagina; se tira de la aguja y del hilo por el vientre, y con esto queda formada una asa cuyo cuerpo corresponde á la vagina y las extremidades libres salen por el vientre, asa que rodea los vasos uterinos. Después de esto se procede al aislamiento del útero. Sobre la cara anterior de esta víscera se practica una incisión anterior curva, que se extiende de un ligamento ancho al otro, y otra análoga en la cara posterior, se diseca, ó mejor aún se disocia con el dedo ó la sonda acanalada el tejido celular peri-uterino, rasando la parte anterior del útero para evitar la herida de la vejiga, y así se llega hasta los fondos de saco vaginales. Se divide por delante y por detrás la pared vaginal, se dilatan estas incisiones por desgarrar con los dedos, se tira del útero y se le separa definitivamente seccionando sus inserciones laterales, procurando respetar las ligaduras anteriormente colocadas en el pedículo lateral, por donde vienen los vasos. Se sutura entonces los labios de la herida peritoneal. Bardenhauer, antes de abrir el vientre, empieza la operación como si se tratase de la histerectomía vaginal. Desprende el cuello del útero de sus inserciones vaginales hasta cierta altura, y después de esto abre el abdomen y termina la operación por el método abdominal ordinario, ligando sucesiva y separadamente de arriba abajo los vasos á medida que se presentan, y practica el drenaje de la cavidad peritoneal con un tubo que sale por la vagina.

La histerectomía por la vía abdominal se ha practicado pocas veces, porque se prefiere, por ser menos peligrosa y más fácil, la vía vaginal. Según la estadística consignada por Hegar y Kaltenbach en su *Tratado de ginecología operatoria*, los resultados han sido los siguientes: de 93 operaciones, 4 han sido incompletas. Eliminados estos 4 casos, en los cuales la operación ha sido completamente inútil, quedan 89, habiendo dado por resultado 63 muertos y 26 curaciones operatorias, es decir, la enorme mortalidad de 71 por 100.

Añádase á esto, que en todas las enfermas cuya historia se ha podido continuar, ha habido recidiva.

2.º *Histerectomía total por la vía vaginal.* — La histerectomía vaginal, ó sea la amputación del útero por las vías genitales, es una operación que la cirugía francesa puede reivindicar. En efecto, si bien en 1822 la practicó Sauter, se debe sobre todo á Récamier el haber establecido las reglas de esta operación. La enferma que este cirujano operó en 1828 curó, y el mismo beneficio cupo á la de Blundell, operada igualmente en 1828; pero las dos enfermas que por consejo de Récamier operó más tarde Roux sucumbieron, y entonces la amputación del útero canceroso, enérgicamente combatida por Boyer, Lisfranc, Velpeau y Marjolin, desapareció casi por completo de la cirugía francesa. Cuando en 1858 la ovariectomía entró definitivamente en la práctica quirúrgica regular por influencia de Baker-Brown y Spencer Wells, á no tardar se extirparon por la vía abdominal los tumores subperitoneales del útero, después los tumores intersticiales y luego el útero mismo. En 1878, Freund propuso y describió un método operatorio racional para la ablación del útero canceroso por la vía abdominal; bien pronto Billroth, Baum, Martin, Czerny y Schröder practicaron la histerectomía vaginal, y á partir de 1882, Desmons (de Burdeos), Péan, Ledentu, Terrier, Trélat, Richelot y Bouilly la reintrodujeron en la práctica quirúrgica francesa.

Procedimiento de Récamier.—Después de vaciados la vejiga y el recto, se empieza por bajar la matriz con las pinzas de Museux; se divide la inserción de la vagina en su parte anterior; se despega con los dedos el tejido celular hasta el peritoneo, y luego se abre éste con el bisturí. Con los dedos en forma de gancho se coge el fondo de la matriz, y se la ranversa hacia adelante y abajo tirando de ella hasta sacarla fuera de la vulva; se dividen entonces los ligamentos anchos, primero en sus dos tercios superiores únicamente, y luego antes de completar la sección con el auxilio de una aguja curva con mango y el ojo cerca de su punta; se aplica una ligadura sobre el tercio inferior de dichos ligamentos, que es la parte que contiene las arterias, y después de esto, ya no falta otra cosa que destruir las conexiones del útero por su parte posterior. La pérdida de sangre es insignificante. Si los intestinos saliesen al exterior, al principio un ayudante evitaría su salida, y después de la operación se reducirían.

En sus principales puntos, es aún hoy día el procedimiento que generalmente se emplea; pero la práctica más frecuente de la operación ha puesto en evidencia dificultades y peligros que se han tratado de prevenir por diferentes medios.

En ciertos casos, la estrechez de la parte inferior del conducto vaginal y sobre todo de la vulva constituye un serio obstáculo al descenso del útero; por esto algunos cirujanos han propuesto y practicado la sección previa del periné. Es un recurso que puede emplearse en los casos difíciles.

La posibilidad de bajar el útero es una condición casi indispensable, no sólo bajo el punto de vista operatorio, sino y sobre todo porque la fijeza del órgano indica la existencia de adherencias, que casi siempre dependen de la propagación del cáncer á las partes inmediatas, propagación que, como veremos luego, es una contraindicación formal de esta operación. El descenso de la matriz se efectúa cogiendo el cuello con las pinzas de Museux; al menos tal es en general la práctica francesa, pero muchos cirujanos extranjeros prefieren atravesar el cuello con un hilo. En ciertos casos en que el cuello está en gran parte destruido, puede echarse mano de las pinzas divergentes introducidas dentro del útero mismo.

Una vez bajado el útero hasta fuera de la vulva, se practica una incisión circular que llega hasta el tejido mismo del cuello, incisión que debe hacerse á un centímetro y medio por debajo de la inserción vaginal, precaución indispensable porque haciéndola más arriba, se correría el peligro de interesar la uretra y hasta la vejiga, accidente que ha acaecido muchas veces, aún en manos de nuestros más hábiles cirujanos; si bien en muchos casos no ha sido obstáculo para la curación. Una vez practicada la incisión, se despega prudentemente con los dedos, ó si hubiese alguna resistencia con una espátula obtusa, el tejido celular que separa el útero de la vejiga y de los uréteres, y de este modo se llega hasta el fondo de saco peritoneal anterior.

Se coge el peritoneo con unas pinzas, y con las tijeras curvas se practica en él una pequeña abertura, la cual luego se dilata por desgarro con los dedos.

En la parte posterior se repite la misma operación; con toda precaución se despega el recto de la cara posterior del útero, y durante este tiempo de la operación será prudente introducir en el recto el índice de la mano izquierda. El peligro de perforar el recto es real y positivo; el de ensuciarse el dedo con principios sépticos que luego pueden intoxicar al enfermo es simplemente quimérico. Por lo demás, siempre será prudente que el operador durante el curso de la operación se lave las manos con un líquido antiséptico.

Hasta aquí, aparte los casos excepcionales, las dificultades operatorias no son muchas, pero empiezan cuando se trata de seccionar y de asegurar la hemostasia en los ligamentos anchos. Doche y Ricard han estudiado perfectamente las relaciones de la arteria