

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO. 2 SET. 95

CIRUGIA.

Un procedimiento operatorio para la amputación del cuello uterino en los casos de esterilidad.

SEÑORES:

**H**AY en México una afección tal vez más frecuente que en Europa, en las mujeres que no han tenido hijos; es el alargamiento del cuello uterino, causa muy frecuente de esterilidad y de inflamaciones crónicas, que deterioran la salud causando molestias y también interminables dolencias. De los varios estados patológicos que causan el alargamiento del cuello uterino, hay uno que forma el objeto de este estudio, con sus caracteres propios, conservando las relaciones normales de vecindad el cuerpo del útero, y consiste en el alargamiento del cuello, congénito ó adquirido, sea en la nulípara ó en la mujer que ha tenido uno ó varios hijos, y que después, por la hipertrofia del cuello, ha quedado estéril como la primera. Ese padecimiento es el *cuello cónico*; es un dedo que flota en la vagina, una impropiedad anatómica y fisiológica, no exenta de peligros, pues mantiene un estado inflamatorio ó catarral del conducto bulbo-vaginal.

En las nulíparas, la prolongación del cuello llega á la bulba, sin salir de ella; al practicar el tacto vaginal lo primero que se toca es el cuello uterino, cónico y flotante, inclinado ó retrovertido, con su orificio pequeño, tan reducido, que tiene aparentemente una abertura de dos ó tres milímetros.

El tacto vagino-abdominal manifiesta que se conservan normales las relaciones del cuerpo uterino con el recto y la vejiga, que la longitud del cuello no pasa de cuatro centímetros, ó poco más; hacia los lados, nada que indique alteraciones anatómicas en los ligamentos ó en los ovarios; esto por lo menos al principio, ó en el estado de simplicidad de la afección.

En las mujeres que han tenido hijos, el estado cónico del cuello es inverso, la base ó ensanchamiento está del lado de la bulba; las relaciones uterinas no se conservan normales; hay siempre un principio ó un estado avanzado de prolapsus vaginal: el útero desciende y los accidentes inflamatorios son parecidos á los de las nulíparas.

La menstruación es irregular, dolorosa y prolongada, es decir, que la enferma tiene los síntomas de la dismenorrea mecánica con todos sus inconvenientes, y que después de menstruar cuatro ó seis días, cuando creía volver al estado normal, el flujo catamenial se prorroga por otros ocho días, resultando que de los veintiocho días fisiológicos, la enferma sólo disfruta de la mitad: es una mujer que vive á medias, atendiendo al tiempo que le duran sus molestias. Un estado timpánico constante del abdomen, otro dispéptico de las vías digestivas, la constipación habitual, el flujo cervical, la anemia y los accidentes nerviosos de la Histeria completan el cuadro: como resultado final, la esterilidad.

El tipo del cuello cónico, con su estado patológico antes descrito se encontraba en la Sra. E. M. de O., que vino del Estado de Oaxaca para operarse. Tiene 25 años de edad, 10 de casada, sin tener hijos, y durante este tiempo, dismenorrea y flujo, principalmente durante los últimos cuatro años, pero sin metrorragias. Un estado valetudinario constante, ardores vaginales, timpanismo y dispepsia llegaron á causar un enflaquecimiento en la enferma, que la obligaron á decidirse por la operación que le propuse, es decir, por la amputación del cuello uterino, que fué practicada el día 2 del presente.

Antes de describir la operación que hice con el auxilio inteligente de mis compañeros los Dres. Antonio Carvajal y J. Huici, permítaseme decir brevemente algo sobre el estado de la Ciencia en esta materia, cómo estaba por el año de 1870, hace 25 años, en que vino á mis manos la obra clásica de C. West, uno de los fundadores de la Ginecología moderna, obra que ha tenido seis ediciones, traducida en los principales idiomas de Europa y ha quedado tan ameritada como la clínica de Graves.

De esta época data la operación del cuello uterino, veamos cómo se practicaba.

“Resuelta la operación, dice el ginecologista inglés, se coloca la enferma en la posición dorsal después de haberla cloroformado, se tira hacia abajo el útero por medio de ganchos, y se corta la parte hipertrofiada del cuello uterino con tijeras curvas ó por medio del constrictor. Este último instrumento parece preservar completamente de las hemorragias formidables, tan difíciles de contener con el hielo, los estípticos y aun por el mismo taponamiento de la vagina mejor practicado, hemorragias que constituyen uno de los más grandes peligros de la operación. (*Leçons sur les maladies des femmes par le Dr. Ch. West, a Paris 1870, pág. 135*).

No menos curiosos eran los pormenores sobre el tratamiento de la inflamación uterina usados en la misma época. Depleciones sanguíneas generales y locales, aplicación al cuello uterino de cuatro ó seis sanguijuelas, y ya se sabe que cada una puede extraer 15 ó 20 gramos de sangre, sean puestas con el espejo, ó con un tubo uterino para estos usos. El buen juicio de West se revelaba contra esta práctica común en Inglaterra. En México se curaba entonces con cauterizaciones de nitrato de plata y con tintura de yodo, aplicadas al cuello uterino, y esta práctica también fué en un tiempo la de Europa, contra la cual se escribieron volúmenes enteros. Respecto de lo primero—decía West en sus Lecciones—“yo he visto á las aplicaciones de las sanguijuelas sobre la matriz producir un parasismo de dolores intolerables, mientras que el mismo medio en casos menos graves, habría aliviado y aun curado si le hubiere precedido una sangría general.”

Pero el hecho importante es, que desde aquel tiempo se comprendió que el único tratamiento racional del alargamiento congénito ó patológico del cuello uterino era la amputación, y que los peligros de la operación estaban en las hemorragias y las inflamaciones sépticas.

Por este tiempo en México se limitaba la práctica prudente á usar la esponja preparada para dilatar el canal cervical.

En 1884 Sinéty estudia los pormenores de las hipertrofias parciales del útero, siendo para el caso presente lo más importante, lo que concierne á la porción sub-vaginal del cuello: describe con toda claridad cómo puede existir una prolongación del cuello aun saliendo fuera de la bulba, conservándose intactas las relaciones de vecindad anatómica del cuerpo del útero.

Describir los otros estados patológicos de la hipertrofia del cuello uterino estaría fuera de este lugar, pues el procedimiento operatorio que voy á describir es aplicable principalmente á la hipertrofia simple sin prolapso vaginal.

“El mejor de todos los procedimientos de amputación del cuello, decía entonces Sinéty, en los casos de alargamiento de la porción sub-vaginal sobre todo, parece ser la asa gálvano-cáustica.

Más tarde Sims amputa suturando solamente la mucosa exterior, y Hegar dejando dentro de la herida los hilos de las suturas, y nada menos que diez cedales en una incisión guardada en una de las cavidades más sépticas del organismo.

Cuando era yo estudiante curé una herida de la cara que dividía el labio superior, por medio de suturas que abrazaron la herida pasando la aguja detrás de ella: con gran sorpresa mía ví que al tercer día estaba cicatrizado ese labio leporino; pude quitar las suturas sin desgarrar la cicatriz y sin introducir los miasmas, como entonces se decía, cuando se lavaban las heridas con agua de pozo y merecían el epíteto de revolucionarios los que las lavaban con alcohol.

El procedimiento que voy á describir guarda las suturas en el espesor mismo de la pared uterina, sin quedar dentro de la incisión; contiene la hemorragia desde el principio de la operación: la cicatrización no se entorpece por la presencia de líquidos sépticos conducidos por los hilos mismos de la sutura: es el mismo procedimiento que emplí para la herida de la cara: es una operación que comienza por donde todas acaban, por la sutura; los hilos pasan detrás de la incisión formando anillos que guardan dentro la herida suturada.

Al describir á mis compañeros la operación que iba á practicar, decía el Dr. Carvajal: á esta operación, como la describen los libros, le falta una rienda, y el Dr. Huici me dijo que el Sr. Dr. San Juan la practicaba atravesando el cuello con una asa de hilo para traerlo hasta la bulba: yo no he visto practicar esta operación al Dr. San Juan.

Lo que hicimos fué lo siguiente: cloroformar á la enferma en una buena mesa de operaciones ginecológicas, lavar bien el exterior y el conducto vaginal con una solución de bicloruro de mercurio.

Todos los cuidados de asepsia y antisepsia de estos casos: solamente necesitamos cuatro instrumentos: unas tijeras curvas, un separador de Hegar, una pinza del Dr. Nyrop, usada para la ovariectomía, y la aguja de mango la de Götz, y como se sabe se compone de agujas cortantes en la

punta y acanaladas para conducir fácilmente los hilos: bastan tres agujas rectas y dos curvas, que pueden manejarse con un sólo mango.

Tomé el cuello del útero para traerlo hasta la bulba, con la pinza de Nyrop, que tiene dos círculos en la punta, con dientes laterales pero internos, para que una vez tomado el cuello no pueda resbalarse, y con el fin capital de aplanar el canal cervical para agrandar su diámetro transverso. Pasé la aguja de arriba á abajo, primero en la medianía del cuello, atravesando las dos paredes de parte á parte, pasando por el centro del canal cervical: después pasé otro hilo de cada lado de modo que quedaron puestos tres hilos, uno en medio y dos laterales.

La parte posterior de la vagina estaba resguardada con el separador de Hegar para evitar la herida del perineo con la punta de las agujas.

Confié los tres hilos al Dr. Carvajal para fijar el útero después de la amputación; corté con fuertes tijeras poco más de un centímetro del cuello uterino; pues se sabe que con esto basta para conseguir el éxito de la operación por medio de la involución consecutiva.

En seguida, ya fijo el cuello con los tres hilos, tomé el de la derecha y con una pinza saqué del interior del canal cervical el hilo que estiré para cortarlo por el medio; esto me produjo dos ligaduras, una para el labio superior y otra para el inferior, que fueron apretadas dejando colgar los hilos para seguir la operación; lo mismo se hizo con los otros dos hilos, resultando tres suturas para el labio superior y tres para el labio inferior; desde luego se vió permeable el canal uterino con un diámetro de un centímetro; quedaban los labios de la herida, con las agujas curvas, que se montan en el mismo mango del instrumento del Dr. Götz, coloqué á los lados de la incisión dos suturas idénticas, es decir, atravesando todo el espesor del cuello con lo que se obtuvieron ocho suturas, tres arriba, tres abajo y una de cada lado: es preciso dejar colgantes los hilos para poder quitar las suturas más tarde, conduciendo las tijeras con el índice izquierdo.

La operación fué practicada con hilos de seda del número 10, esterilizada en alcohol absoluto.

Un detalle importantísimo; deben ensartarse los hilos en las agujas antes de esterilizarlas, en razón de que aumentan de espesor por la maceración en el alcohol.

Podría hacerse uso de las cerdas de Florencia, que tienen suficiente resistencia; pues yo he puesto una de dos decímetros de longitud, con el

peso de dos kilogramos durante 24 horas, sin romperse. Pero estas cerdas tienen, como es sabido, una rigidez desagradable cuando se aplican.

No hubo hemorragia: el irrigador preparado con una solución bórica sirvió solamente para tener visible el campo operatorio.

Se puso una curación compuesta de un tapón de algodón con glicerolado de ictiol, que se cambiaba *todos los días* después de lavar el conducto vaginal con una solución de ácido piro-gálico: ningún accidente inflamatorio, ni siquiera un aumento en las pulsaciones en los días que siguieron á la operación; ninguna hemorragia consecutiva, ningún accidente séptico. A los ocho días de cama se cortaron las ligaduras y la operación estaba terminada; la menstruación volvió el día 12, perfectamente fisiológica. Las curaciones subsecuentes consistieron en sus lavatorios diarios y curación terciada con el ictiol: de alta el día 20, la curación había durado catorce días.

El examen del cuello hecho con el espejo manifestó una amplitud normal del canal cervical; la involución había sido perfecta, el color rosado de la mucosa vino en lugar del tinte blanco del cuello, desaparecieron todas las molestias consiguientes de la metritis cervical.

La enferma ha salido para su país completamente restablecida.

Con este procedimiento se ha conseguido como fin principal hacer de esta operación peligrosa, especie de "*nolli me tangere*" de la Ginecología de hace treinta años, una operación sencilla, sin peligro de ningún género.

Las complicadas suturas de Marckwald, los peligros de las hemorragias primitivas y consecutivas debidas á la aplicación del constrictor, ó del termocauterio y los accidentes sépticos quedan evitados por completo con este procedimiento, que puede tener más extensas aplicaciones, pero que quedan reservadas á la práctica experimental, base única de los progresos de la Cirugía.

México, 27 de Febrero de 1895.

ANTONIO PEÑAFIEL.



