
MANUAL OPERATORIO

Para atacar al útero y á sus anexos, cinco vías se le presentan al Cirujano que se prepara á ejecutar una histerectomía. Estas cinco vías cuentan con estadísticas más ó menos extensas y con partidarios y adversarios más ó menos numerosos: pueden, en rigor, constituir otros tantos métodos de histerectomía.

Estos diversos métodos, son:

- I. *Método de histerectomía abdominal.*
- II. *Método de histerectomía vaginal.*
- III. *Método de histerectomía abdómino-vaginal.*
- IV. *Método de histerectomía perineal y*
- V. *Método de histerectomía, sacro.*

Ciertamente que el cuarto y quinto métodos, son procedimientos de excepción y que los Cirujanos más modernos, especialmente los de Norte América, tienden á consagrar como clásico el abdominal; pero no es menos cierto que todos, los cinco, poseen cierta importancia y pueden, aun los menos usados, prestar grandes servicios en determinadas circunstancias.

Nos dedicaremos al estudio de todos ellos con igual atención y procederemos á él, siguiendo el mismo orden en que están enunciados: este orden, por otra parte, es la enumeración de ellos según su importancia clínica.

I

MÉTODO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.

Todos los autores de Ginecología y todos los operadores de la cavidad abdominal, están absolutamente de acuerdo en uniformar, siguiendo un conjunto de reglas fijas, los primeros y los últimos tiempos de una histerectomía abdominal. Ya se trate de una ooforo-metro-salpingitis, de un cáncer, de un fibro-mioma ó de cualquiera otra indicación para obrar sobre el útero y sus anexos, hay que comenzar siempre por abrir la cavidad abdominal, es decir, hay que hacer la *laparotomía*.

Una vez practicada la incisión inicial de la pared y la abertura del vientre, todas las láparo-histerectomías requieren la investigación de las complicaciones peritoneales más comunes y la exploración detenida, juiciosa y escrupulosa de toda la cavidad pélvica y de todos los órganos contenidos en ella. Todas, también, reclaman el aseo post-operatorio del peritoneo y la realización de todas las circunstancias que favorezcan la vitalidad anatómica de los órganos irritados ó lesionados; y por último, todas estas láparo-histerectomías, están sometidas á un grupo de preceptos que constituyen una garantía para que al cerrar la cavidad abdominal, la pared del vientre quede tan útil, tan vigorosa y tan resistente, como se encontraba antes de la operación.

Expondremos, pues, este conjunto de reglas comunes á todas las histerectomías abdominales, evitándonos así repeticiones constantes y facilitando el estudio de estas maniobras que caracterizan el procedimiento abdominal en lo general, para analizar, después, los diversos manuales de técnica aconsejados por los ginecólogos más conocidos, constituyendo así la distinción en lo particular.

LAPAROTOMÍA.

PRIMER TIEMPO DE LA LAPAROTOMIA.—*Incisión abdominal.*—La enferma debe colocarse en la *posición de Trendelenburg*. Cuando se espere una disección laboriosa en la cavidad de la pelvis, esta posición se forzará un poco, á fin de despejar totalmente la pelvis de las asas intestinales. (Fig. 44.)

Algunos operadores colocan desde luego á su enferma en la posición declive: otros, y yo entre ellos, comenzamos la incisión de la pared en el plano horizontal, abrimos la cavidad, reconocemos el estado del útero y levantamos luego, si es necesario, el plano de la mesa, hasta donde lo exijan las circunstancias presentes.¹ (Figs. 45 y 46.)

Las dimensiones de la incisión abdominal varían según los casos. Un enorme fibro-mioma, un cáncer avanzado ó una ooforo-metro-salpingitis muy adherente, necesitarán, evidentemente, una abertura mucho mayor que una retro-versión, una metritis gigante, una ooforo-metro-salpingitis sin adherencias ó un fibro-mioma pequeño. Por regla general, deben limitarse las incisiones abdominales, á la extensión estrictamente indispensable para las circunstancias presentes: por lo común es suficiente una incisión de ocho á diez centímetros.

No obstante que á mi juicio, las dimensiones de la herida abdominal, *por sí mismas*, no son un aumento á la gravedad del pronóstico operatorio, algunos Cirujanos opinan lo contrario y por este solo hecho es prudente comenzar la operación con incisiones pequeñas: si con ellas se experimentasen algunas dificultades, nada es más fácil que prolongar la abertura del vientre.

En ciertos casos se ve el operador en la necesidad de llevar su incisión desde el púbis hasta el apéndice xifoides y debe entonces procurar pasar rodeando el ombligo por la izquierda, á fin de evitar que se halle bajo su bisturí, el ligamento redondo del hígado. Cuando esta incisión no basta aún, lo que es enteramente excepcional, se pueden practicar pequeñas incisiones transversales sobre las inserciones inferiores de los músculos rectos.²

Cuando se practican grandes incisiones, se exponen las vísceras abdominales, aún más, á toda la serie de los traumatismos y accidentes operatorios, y la masa intestinal á una evisceración violenta; de aquí que recomiende mucho mi práctica á este respecto: *desde que el tumor puede extraerse fuera de la cavidad de vien-*

1 En ciertas señoras muy gordas, los intestinos cargados de grasa caen con todo su peso sobre la cara inferior del diafragma, vuelta ahora superior, y molestan gravemente la respiración. En estas personas las dificultades operatorias son muy grandes; pues hay que ejecutar la histerectomía en el plano normal del decúbito dorsal.

2 Operando un enfermo con un enorme carcinoma del gran epiplón, me ví precisado á proceder de esta manera. Las masas neoplásicas extraídas alcanzaron la cifra enorme de 40 kilos. Estuvieron conmigo en esta operación los Doctores RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ, GERMÁN DIAZ LOMBARDO, ANTONIO A. LOAIZA, NUMA TORREA, MENDOZA FERNÁNDEZ y JESUS VALDÉS SÁNCHEZ. El operado murió algunos días después de la operación, por un síncope cardíaco inesperado.

tre, disminúyanse las dimensiones de la herida abdominal, por medio de algunos puntos de sutura en masa, colocados hacia el ángulo superior de la incisión, dejándole á la abertura del abdomen la amplitud únicamente necesaria para la ejecución de las maniobras subsecuentes, destrucción de adherencias, pediculización del tumor, etc. Una vez terminada toda la operación, se substituyen estos puntos de sutura temporal por la sutura abdominal definitiva, mixta.

La abertura del vientre debe ejecutarse con rapidez. En la histerectomía, más que en alguna otra operación, no se debe olvidar la frase del brillante Operador de Reims: "El tiempo es la vida."

Tendida la pared del vientre con el borde cubital de la mano izquierda, se divide con el bisturí la piel y la panícula adiposa subcutánea, exactamente sobre la línea media de la región hipogástrica. La aponeurosis de los músculos rectos se presenta y se procura seccionarla, precisamente en el espacio que corresponde á la *línea blanca*. Se busca el intersticio de los músculos rectos, se separa el borde interno del músculo, si se descubre éste, y se carga sobre una sonda acanalada y se divide la hoja posterior del lóculo aponeurótico de los mismos músculos: se cae al tejido celular pre-peritoneal, cargado muchas veces de grasa en abundancia. En las mujeres muy gordas, esta capa adiposa puede ser muy gruesa: entonces, por medio de unas pinzas de disección y unas tijeras curvas, se corta y reseca esta panícula grasa, hasta descubrir la cara posterior de la serosa peritoneal. Se levanta un pliegue de esta por medio de pinzas y se practica una pequeña incisión en su parte media. Por el orificio hecho así se introduce una sonda acanalada, ó mejor aún, el dedo índice de la mano izquierda, destinados á proteger los órganos abdominales y á conducir el bisturí ó tijeras con los que se amplía la abertura peritoneal, hacia arriba y hacia abajo, en toda la extensión de la herida de la pared del vientre.

Cuando la mujer no es muy gorda y la pared abdominal no está muy gruesa, acostumbro practicar con el bisturí, en algún punto cualquiera de la línea que calculo recorrerá mi futura incisión, una pequeña abertura de la pared en unos dos ó tres centímetros de extensión: por ella introduzco un dedo en el abdomen, y sobre mi propio dedo, con unas tijeras curvas fuertes, secciono en masa toda la pared abdominal, en la extensión que necesito.

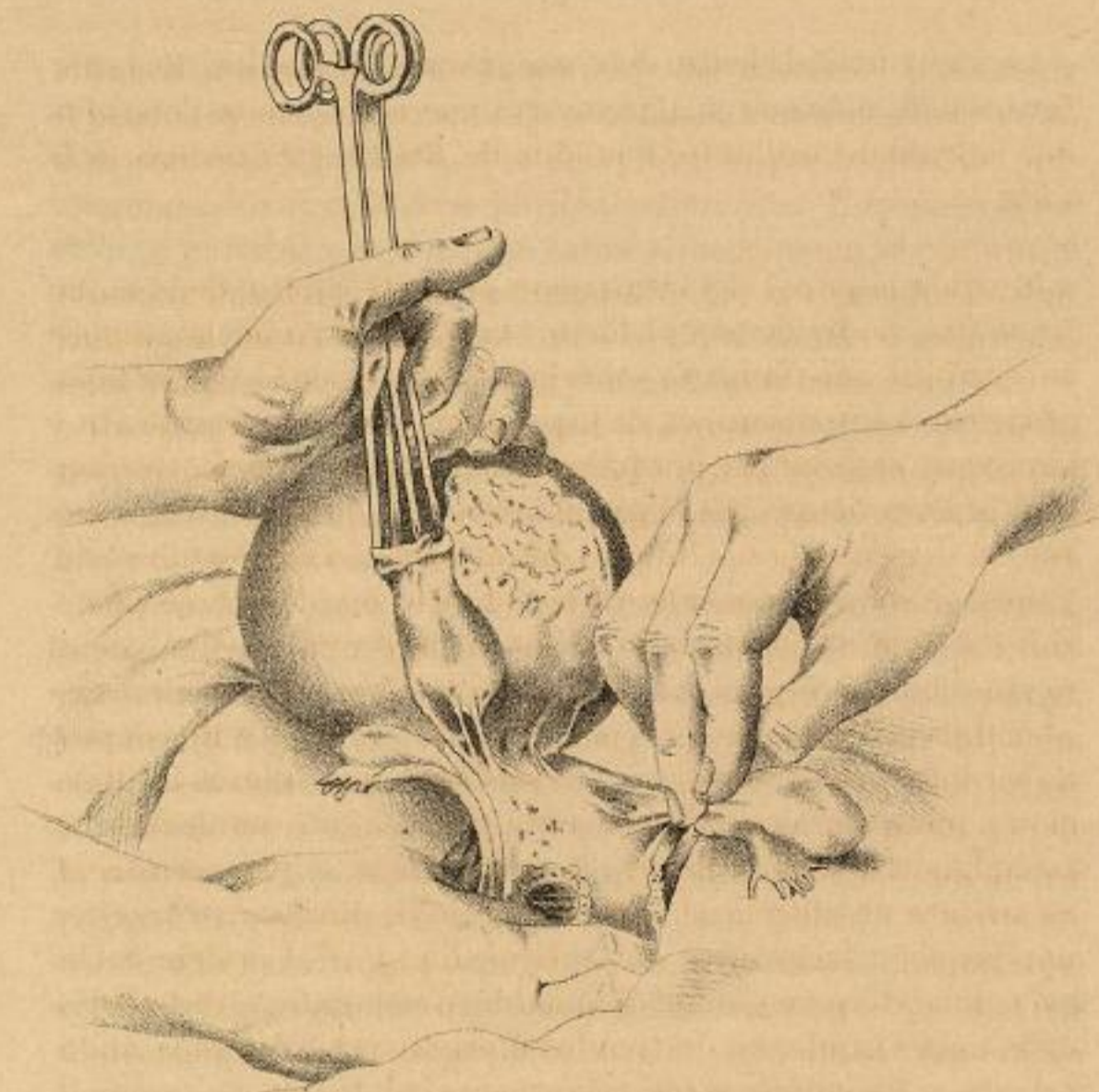


Fig. 60.—Histerectomía abdominal total. Desprendimiento del ligamento ancho izquierdo. (DOYES).

Para ejecutar la incisión del abdomen, algunos operadores, entre otros el DR. CHACÓN, se colocan entre los muslos separados de la enferma y comienzan en el ombligo para terminar sobre el pubis.

Yo encuentro más comodidad colocándome del lado izquierdo de la operada, y comienzo mi incisión en el pubis y la termino sea en el ombligo, sea en otro punto más ó menos próximo á la sínfisis, según las necesidades presentes.

Nunca es bastante toda la atención del operador, para abrir el peritoneo en ciertos casos de neoplasmas uterinos muy voluminosos, ó en aquellos que se complican de peritonitis, de prolongamientos neoplásicos parietales, etc., etc. Entonces, el peritoneo parietal y la hoja que cubre al neoplasma se confunden y es muy difícil distinguirlos, exponiéndose el operador á penetrar repentinamente en colecciones de líquidos más ó menos sépticos y á provocar inesperadas y abundantes hemorragias.

En estos casos debe el operador buscar en el límite superior del neoplasma el ángulo diedro formado por la reunión de las dos serosas: ahí encontrará con facilidad la hoja parietal del peritoneo y hará lo que esté indicado.

Operando en cierta ocasión un tumor maligno de la pelvis, corté inadvertidamente la serosa parietal, dividí la hoja visceral que cubría el tumor, tomándola por el peritoneo de la pared, y comencé á decorticar el neoplasma, creyendo que las adherencias que destruía—que eran las de la masa del tumor con su peritoneo de revestimiento—eran las adherencias del peritoneo de la pared con el peritoneo del tumor. Con mis maniobras de despegamiento, que en realidad eran de decorticación, iba provocando una hemorragia más y más seria, hasta que pude convencerme del falso camino que seguía mi mano, y tuve que recurrir violentamente á la evisceración parcial, para atacar el neoplasma por su cara superior y sofocar la hemorragia que casi vaciaba ya á mi operada. Después de extirpado totalmente el tumor, en cuya empresa me ayudaron los Sres. Dres. JESUS VALDÉS SÁNCHEZ, RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ y NUMA TORREA, la enferma curó sin accidentes.

Más extraña es otra causa de error que estuvo, también, muy próxima á embrollar mi plan operatorio, en alguna otra intervención abdominal que yo ejecutaba: *inmediatamente después de dividida la piel del vientre, mi bisturí cayó sobre una masa gruesa de epiplóon*, bien caracterizado. Estudiado con atención

y no sin ciertas dificultades, pues ofrecía múltiples adherencias periféricas, pude cerciorarme de que correspondía á una hernia voluminosa y muy antigua del epiplóon, al través de la línea blanca. Como quiera que esta hernia no molestaba á la señora que operaba en ese momento, desde hacía muchos años la había casi olvidado y no la mencionó en sus conmemorativos. En cuanto á mí, nunca la llegué á sospechar durante mis exploraciones.

En el servicio de Clínica ginecológica del Dr. CHACÓN, en el Hospital de Regina, observamos un caso semejante, con la diferencia de que aquí la hernia epiplóica reconocía una laparotomía anterior como origen.

Entre los errores célebres que se cometen en las laparotomías, existen dos ó tres muy curiosos: en alguno de ellos se ha tomado el peritoneo parietal, en un caso de ascitis, por la pared de algún quiste del ovario. Creyendo despegar las paredes del quiste, se fué despegando el peritoneo, de los tegumentos, en una gran zona: cuando se reconoció el error era demasiado tarde. Una vez vacío el vientre del líquido ascítico, quedaba un inmenso colgajo flotante de peritoneo parietal despegado.

Algunos Cirujanos acostumbran fijar los bordes de la incisión peritoneal, por medio de pinzas de presión con anillos dorados: yo me abstengo de esta práctica, cuyas ventajas desconozco.

Una vez abierto el peritoneo, se rodea la incisión por medio de compresas asépticas; y otras compresas se hunden hasta el fondo de la pelvis para sostener el alejamiento de las vísceras. Se procede entonces á la exploración de la pelvis.

Antes de continuar adelante quisiera detenerme un momento, para tratar de dos novedades recientes, en la técnica de la laparotomía.

Es la primera la práctica de la *incisión lateral* de LENNANDER, modificada por VOLKOVITCH; y la segunda, el empleo de la *valva abdómino-vaginal* de MONPROFIT.

Toda vez que no existen indicaciones especiales que le obliguen á abrir el vientre en un punto dado, el operador LENNANDER practica la laparotomía al través de la vaina aponeurótica de alguno de los músculos rectos del abdomen, teniendo cuidado de respetar el cuerpo muscular. He aquí cómo procede.

La incisión de la piel y de la pared anterior de la vaina del músculo recto, del lado derecho, la practica á una distancia de

uno á tres centímetros de la línea blanca, y por medio de anchos separadores reclina el borde interno del músculo hacia afuera. Luego, corta la hoja aponeurótica posterior y el peritoneo, en un punto que corresponda, aproximadamente, á la incisión de la piel y de la hoja aponeurótica anterior de la vaina muscular. Para cerrar la herida comienza por una sutura continua con catgut sobre el peritoneo y la hoja aponeurótica posterior: luego lleva el borde interno del músculo recto, hasta ponerlo en contacto con la línea blanca, y los sutura así reunidos. En fin, sutura la hoja aponeurótica anterior y luego la piel.

Las ventajas de este procedimiento residen principalmente en el respeto á la línea blanca, que conserva toda su solidez, pues la mejor sutura del mundo es incapaz de remplazar las fibras tendinosas, una vez seccionadas; y en la garantía hacia el porvenir para evitar las hernias ventrales consecutivas, por la pérdida del paralelismo entre los diversos planos de las suturas.

VOLKOVITCH hace la misma incisión lateral; pero lleva como principio pasar al través del músculo recto, seccionándolo en su longitud, en dirección exactamente paralela á las fibras. Por lo demás, no difiere mucho del manual de LENNANDER.

En cuanto á la *valva abdómino-vaginal* de MONPROFIT, consiste en dos valvas que se articulan una con otra, adelante del púbis y sosteniéndose así perfectamente en su lugar, separan ampliamente la herida de la laparotomía, alumbran todo lo posible la cavidad de la pelvis, y dan, por consecuencia, una gran facilidad para todas las maniobras requeridas en la histerectomía y demás operaciones intra-pélvicas.

Este instrumento permite utilizar las dos manos del ayudante del Cirujano y hace menos estorbosa su misión.

Continuemos ahora nuestro estudio primitivo:

SEGUNDO TIEMPO DE LA LAPAROTOMIA.—*Exploración de la pelvis.*—La mano introducida en la cavidad abdominal explora la masa del tumor, si existe; las relaciones viscerales de los ovarios y de las trompas; el número, dirección y naturaleza de las adherencias; la ausencia ó existencia de ganglios pélvicos infartados; en una palabra, procura obtener el máximo de datos con que debe terminar su estudio clínico y con los que realizará su juicio definitivo y último sobre el estado de la enferma, sobre el padecimiento que sufre y sobre las verdaderas y más racionales indicaciones que su tratamiento presenta.

Hasta el momento actual, el criterio del Cirujano ha podido ser incompleto ó ha sido susceptible de modificación; desde ahora se halla claro, se robustece y precisa; se funda, se amplía, y sin discusión ya, asienta casi inmutables reglas de conducta, señala las tendencias terapéuticas últimas y delinea vigorosamente todo el plan operatorio de la próxima faena.

Formular indicaciones definitivas no siempre es fácil en Cirugía. Aun en la realización del precepto fundamental "*primum non nocere*", cuántas dificultades, cuántas circunstancias imprevistas, cuánta obscuridad hay!

El temperamento personal del operador influye grandemente en estas indicaciones, y multitud de veces su timidez, su arrojo ó su ignorancia, traen sobre la vida de los pacientes episodios semejantes á catástrofes.

Yo he visto verdaderas iniquidades en manos de operadores ineptos, y causa horror la audacia de ciertos médicos que, sin principios ni aptitudes asientan y realizan indicaciones que sólo son del resorte de los verdaderos Cirujanos.¹ Otros, inversamente, víctimas de demoras y aniquilados por su timidez, ocasionan con sus faltas terapéuticas, desgracias semejantes á las de sus opositores.

Actualmente, en cirugía no hay ni timidez ni audacia: la existencia de reglas fijas y de principios bien adquiridos, ha constituido una serie de preceptos inalterables que guían siempre al operador y que dejan bastante poco á su iniciativa.

Ya no se toma el bisturí preparándose á incidentes repentinos ó á inesperados encuentros, sino en condiciones excepcionales. Hoy se realiza una operación quirúrgica con la misma seguridad y con el mismo resultado cierto con que se realizaría una operación de matemáticas.

Basta al Cirujano meditar tranquilo, posesionarse de su delicadísima misión y olvidar la sangre, olvidar la muerte, no pensar en el fracaso ó en el descrédito profesional, y juzgar sereno é imparcial el complicado problema de su operación.

Desde que se aproxima á la mesa de operaciones debe llevar la convicción de que su labor será feliz y de que su operación saldrá bien. Nada de dudas, nada de vacilaciones, nada de temores susceptibles de sugestionarlo.

¹ ¡Cuán pocos son estos verdaderos Cirujanos! Increíble es el número de los que manejan bisturís y pinzas, sin poseer ni la más pequeña condición de un operador. . . . ¡Entre cuántos peligros la vida humana evoluciona!

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

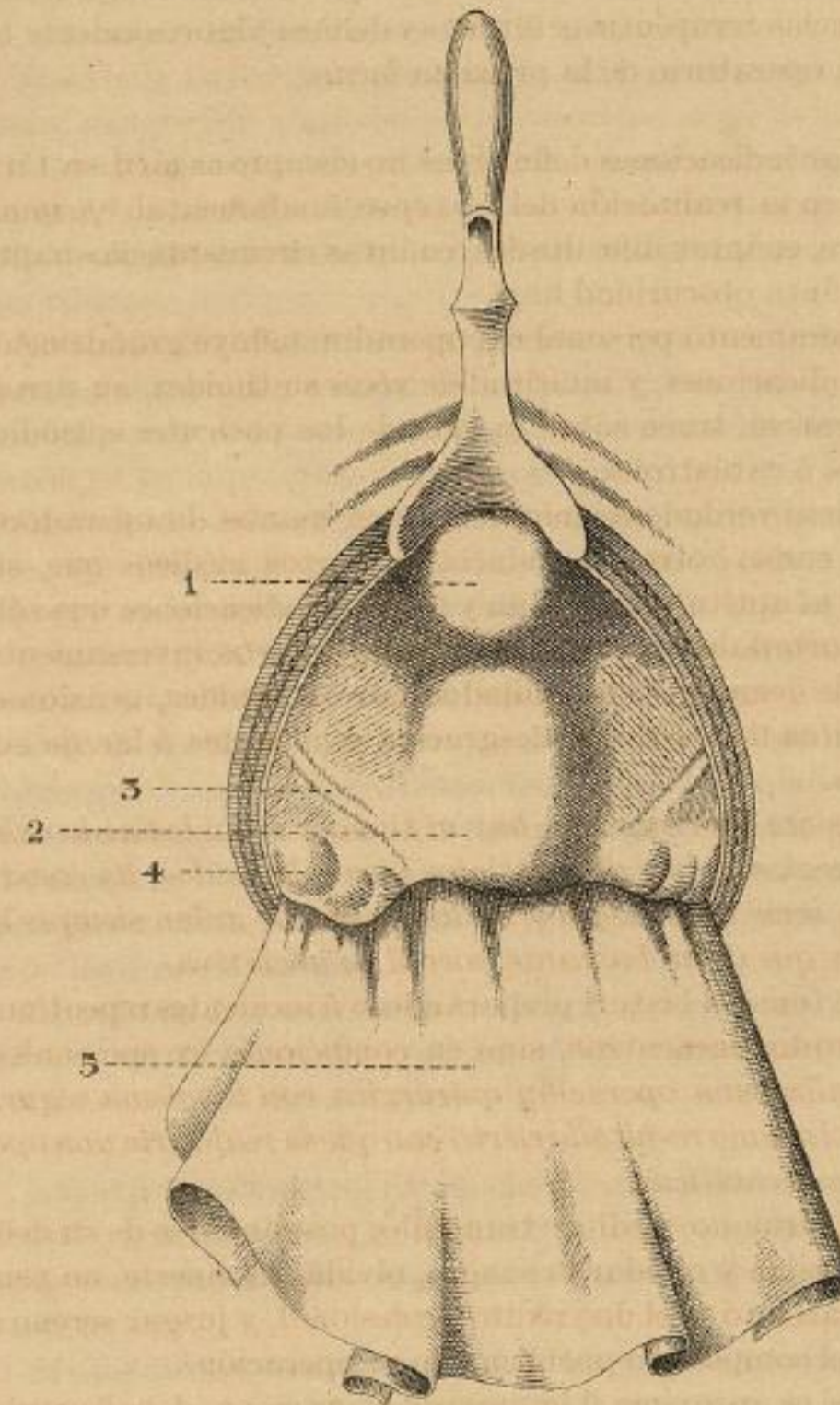


Fig. 61.—Histerectomía abdominal total, por el método de L. G. RICHELOT (Primer tiempo).

I. Vejiga. II. Utero. III. Ligamento redondo. IV. Piosalpinx. V. Compresas para proteger el intestino.

Y si en el curso de su operación sobreviene un accidente, si una complicación surge, tratará de conservar á toda costa el dominio sobre su cerebro, pensando con firmeza, trabajando con calma, y sea cual fuere la gravedad de ese accidente, siempre tendrá su mismo continente reposado y ademán sereno.

Nada impone tanto al personal en una operación, como la firmeza, sangre fría y habilidad del operador.

Sólo en los momentos de urgencia, cuando el peligro es grande, se reconocen el temple del carácter del Cirujano y la instrucción profunda que debe no solamente tener, sino *también saber manifestar*.

No todos los operadores interpretan igualmente las circunstancias ni conciben semejantemente las indicaciones, y de aquí confusiones y discursos más ó menos acalorados que no tienen razón ya en la práctica de las operaciones.

Considero buena práctica la que suelen seguir algunos Cirujanos, reuniendo las opiniones de sus colegas y discutiendo con ellos la oportunidad de tal ó cual indicación quirúrgica.

Creo aun más, que hay determinadas circunstancias en las cuales esta consulta está necesariamente indicada.

Pero desde el momento en que el operador se dedica á su tarea; desde que á las consideraciones teóricas suceden las maniobras de ejecución, nadie tiene derecho para interrumpir la atención del Cirujano con indicaciones sobre su labor, á excepción de aquellos maestros á quienes su larga experiencia y profunda instrucción les dan ese derecho.

La sublimidad del arte de la Cirugía es y será privilegio exclusivo de un número muy reducido de individuos.

Abierto ya el vientre, reconocido y estudiado directamente el útero y sus relaciones, se decide si la intervención continuará ó si se encuentra alguna esperanza de curación sin terapéutica mutilante.

Si este último caso se verifica, se limitará el Cirujano á cerrar el vientre y á instituir el tratamiento que juzgare conveniente.

Si la intervención debe continuar, tratará desde luego de extraer fuera de la cavidad el útero, y si esto no fuere posible, lo aislará del resto de los órganos abdominales por medio de compresas húmedas y calientes.

La colocación de las compresas requiere cierta atención, á fin de no comprender entre ellas y los tegumentos abdominales,

asas de intestino ó porciones de epiplón, que tienen muchas tendencias á salir.

Si el útero ofrece algún tumor voluminoso y pocas adherencias, su extracción fuera de la pelvis suele ser sencilla. Pero cuando el tumor es pequeño, ó si voluminoso está enclavado en la pelvis, el empleo de ciertos instrumentos se hace indispensable.

Mi respetable maestro el Dr. FRANCISCO DE P. CHACÓN, atraviesa en una ó dos direcciones la masa uterina con una larga aguja cuya extremidad está embotada, y coloca con ella una ó dos asas de seda gruesa, que utiliza para hacer tracciones y levantar el útero. Esta maniobra es muy rápida y sencilla.

Yo he modificado esta maniobra, adaptando á la asa de seda un pequeño gancho metálico, que facilita mucho las tracciones. (Fig. 48.)

LAWSON-TAIT usa un tornillo con mango y DOYEN ha hecho construir una erigna helicoidal, cuya utilidad alaba bastante. (Fig. 48.)

REVERDIN recomienda el empleo de su aparato de extracción fijo á una polea, y susceptible de desarrollar una gran cantidad de fuerza. (Fig. 48.)

He creído más sencillo, más fácil, y sobre todo más rápido, el empleo de la erigna que bajo mi dirección construyeron los Sres. ROEMER y Compañía.

Según se ve en la figura 47, esta erigna no es más que un gancho fuerte unido á un mango apropiado á la forma de la mano cerrada.

La extremidad del gancho no es aguzada, y permite penetrar en el tejido uterino sin temer que la punta, si sale por algún lugar, ocasione accidentes.

El gancho no es cilíndrico, sino que está formado por una lámina curva que mide un centímetro de anchura, aumentando así la zona de resistencia á los tejidos uterinos, y evitando la producción de desgarraduras.

Está construido con un metal susceptible de sufrir modificaciones en su curvatura y de ofrecer bastante resistencia á las tracciones. Según las necesidades del operador, la erigna puede hacerse más ó menos amplia y su extremidad tomar cualquiera dirección.

Por lo común, una sola erigna es susceptible de imprimir al útero tracciones en todos sentidos; pero podrían aplicarse dos ó más, cuando se desee combinar la dirección de las fuerzas.

TERCER TIEMPO DE LA LAPAROTOMIA.—*Adherencias*.—Las adherencias suaves y delgadas se desgarran fácilmente con los dedos. Cuando estos filamentos son resistentes y organizados, y sobre todo cuando se fijan sólidamente al intestino, hay que ser muy prudente en las maniobras. No se romperán estas bridas fibrosas sino con amplia luz y espacio, y por poco que parezcan vasculares ó voluminosas, se las cortará en medio de dos ligaduras previas. Cuando las adherencias pélvicas sean peligrosas ó difíciles de destruir, el operador no vacilará en ampliar la incisión abdominal, á fin de dar bastante luz á su campo operatorio y bastante comodidad á sus maniobras de disección.

Cuando el número de las adherencias sea muy grande ó cuando la naturaleza de ellas las haga excepcionalmente peligrosas, es preferible interrumpir y suspender la operación. Esto, sin embargo, suele no ser siempre posible, y el Cirujano se ve comprometido á llevar hasta el fin la extracción del tumor, teniendo oportunidad de lucir sus facultades quirúrgicas y su habilidad manual.

Cuando la disección de las adherencias sea *absolutamente imposible*,—~~es~~ COSA MENOS FRECUENTE DE LO QUE SE DICE ~~es~~—está el operador facultado para dejar en la pelvis pequeños fragmentos del tumor en cuestión, teniendo la precaución de modificar la superficie seccionada del fragmento, con el termo-cauterio.

CUARTO TIEMPO DE LA LAPAROTOMIA.—*Toilette del peritoneo*.—Una vez extirpado el útero, bien ligados los pedículos y bien suturados las desgarraduras y secciones peritoneales, se procede siempre al aseo de la serosa: esta maniobra se la conoce por *toilette del peritoneo*.

En los casos sencillos, esta *toilette* es ordinariamente muy rápida: bastan una ó dos compresas esterilizadas y calientes para obtenerla.

Pero cuando la hemorragia ha sido de importancia, y sobre todo, cuando ha habido derrame de substancias sépticas en el peritoneo, la *toilette* de éste se vuelve extremadamente importante.

Tapones asépticos ó antisépticos, según las circunstancias, de algodón bien exprimido, se introducen por medio de pinzas largas en los puntos en que ha podido acumularse el derrame peritoneal.

Siempre que se sospeche ó sea efectiva la contaminación séptica del peritoneo, se recurrirá á la canalización de la pelvis.

QUINTO TIEMPO DE LA LAPAROTOMIA.—*Canalización del peritoneo.*—La canalización profiláctica del peritoneo, puede hacerse por la vagina, por el abdomen ó por estas dos vías combinadas.

Fué KEBERLÉ, quien en 1867 hizo el primero la canalización del peritoneo por medio de un tubo de cristal, largo como de 10 á 12 centímetros y ancho como de 3 á 5 centímetros.

La extremidad inferior del tubo, cribada de pequeños agujeros, se introducía en el fondo de Douglas; su extremidad superior salía por el ángulo inferior de la herida abdominal, pasaba al través de la curación y llegaba al exterior: se la cubría ligeramente con una pequeña capa de algodón absorbente. Para absorber los líquidos acumulados en la cánula, se la llenaba con tiras de gasa yodoformada que se renovaban frecuentemente.

A PEASLER le corresponde la prioridad de la canalización vaginal, que por primera vez ejecutó durante el año de 1855.

La canalización doble, por la vagina y por el abdomen á la vez, se ha vulgarizado mucho en estos últimos tiempos. Se emplean para ella tubos de caucho, de paredes muy gruesas, de 50 á 60 centímetros de longitud y de un centímetro de diámetro, aproximadamente. La manera más sencilla y fácil de pasar el tubo de la vagina al peritoneo ó viceversa, es perforar el fondo de Douglas con un trócar grueso, por cuya cánula se pasa después el tubo de caucho. La extremidad inferior de este tubo sale por la vulva y, ó bien se la rodea de algodón antiséptico, ó bien se la sumerge en un recipiente lleno de alguna solución antiséptica: la extremidad superior se fija con las suturas del ángulo inferior de la herida y se cubre con la curación. La parte intra-abdominal del tubo se criba de agujeros.

Este tubo permite no solamente la canalización de la pelvis, sino también el lavado del peritoneo, cuando sea menester. Las inyecciones del líquido lavador se hacen por el extremo superior y salen por el inferior: en ciertos casos se pueden pasar aun corrientes continuas de líquidos débilmente antisépticos y calientes.

En los casos sencillos, cuando no temo la contaminación séptica del peritoneo, he aquí como procedo yo, para la canalización de la pelvis:

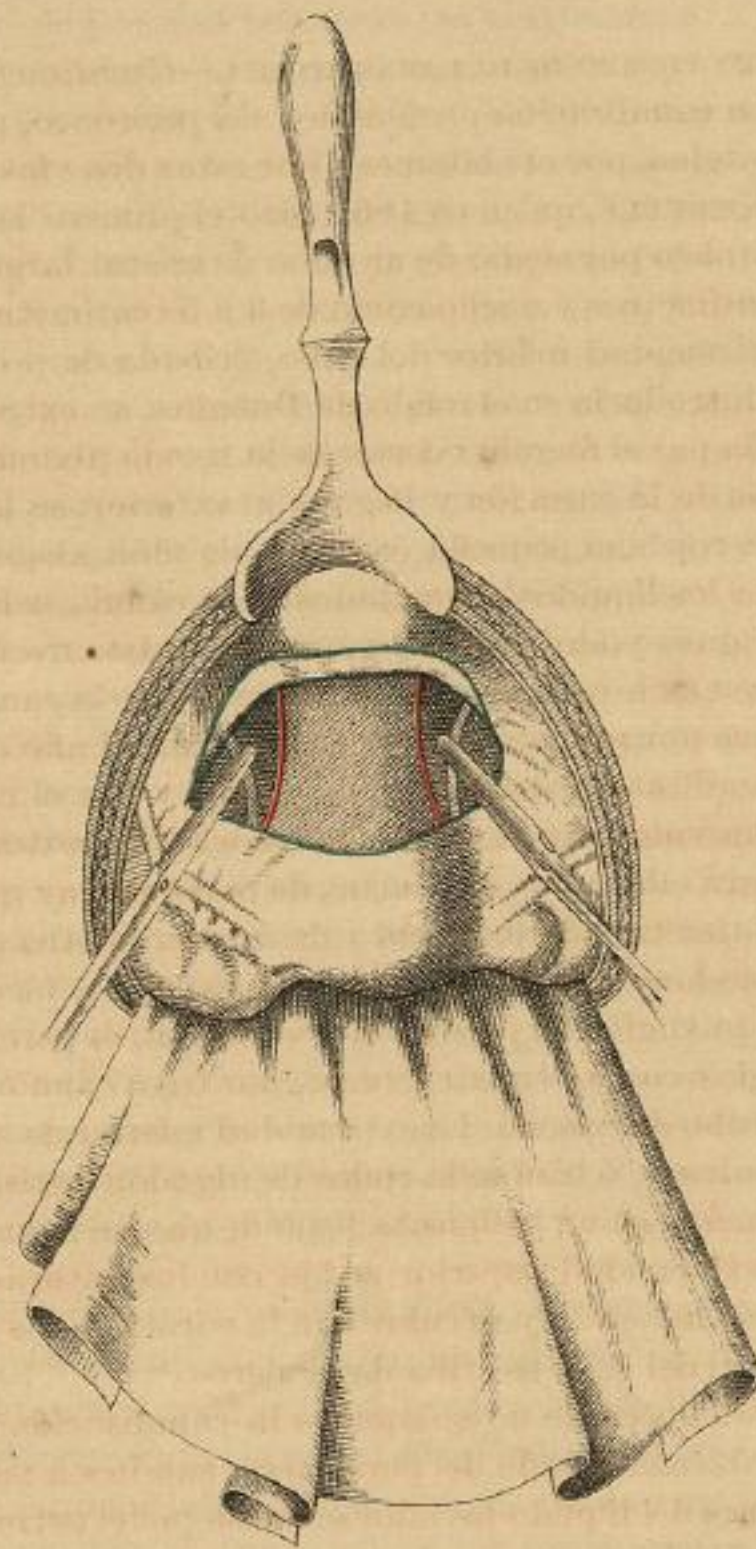


Fig. 62.—Histerectomía abdominal total, por el método de L. G. RICHLOT. (Segundo tiempo).

Al través del fondo vaginal posterior ó por la herida vaginal consecutiva á la histerectomía, coloco un tubo grueso de caucho, como de diez á quince centímetros de extensión, que penetra en el fondo de Douglas tres ó cuatro centímetros. El tercio superior del tubo, el que penetra parcialmente á la cavidad peritoneal, está perforado en sus paredes. En el interior del tubo coloco una mecha de gasa yodoformada, suavemente comprimida: por la extremidad inferior ó vaginal, sale del tubo en una extensión como de un centímetro; por la extremidad superior ó abdominal, sale como en una extensión de tres centímetros. De este modo se obtiene una canalización capilar de corriente constante, y se asegura la protección del peritoneo respecto á los elementos exteriores de contaminación posible. Gran satisfacción me causa, en las operaciones del abdomen, ver seis ó diez horas después, las ropas de la cama de la operada humedecidas por el líquido que mi tubo porta-mecha extrae del vientre.

Pero cuando la operación ha sido muy prolongada, exponiéndose largo tiempo las vísceras á la acción del aire y de la luz; cuando el tumor extraído es muy voluminoso y puede ocasionar *hemorragias intra-vasculares* ó ascitis ex-vacuo; ó, finalmente, cuando durante la operación se contaminó el peritoneo con sustancias sépticas, ó existía desde antes de ella la infección peritoneal, esta canalización capilar no es suficiente y se hace preciso procurar un desagüe abdominal más amplio. Si se ha hecho la histerectomía total, dejo abierta la vagina y me limito á colocar en su cavidad una tira de gasa yodoformada, suavemente puesta: si existen las inserciones útero-vaginales, perforo el fondo vaginal posterior y coloco en el Douglas dos tubos gruesos de caucho, forrados con gasa yodoformada.

Llama la atención que, no obstante la permanencia del corte vaginal completamente abierto, en las histerectomías totales, el intestino no tenga tendencias á introducirse en la cavidad de la vagina. Es posible que la vejiga dirigiéndose hacia atrás, apoye contra el recto los labios flácidos de la herida vaginal:

Algunos Cirujanos, al ejemplo de MIKULICZ, substituyen la canalización por tubos, con un taponamiento particular del peritoneo, que lleva el nombre de este autor.

Todo el mundo conoce la técnica de un "MIKULICZ" y no debemos ocuparnos de esto.

1 La gasa yodoformada queda en el tubo de caucho, á semejanza de la mecha de una lámpara de alcohol.

Hemos visto los conocimientos generales á toda histerectomía abdominal; pasemos ahora al estudio verdadero de la técnica operatoria.

A fin de ordenar nuestro estudio, comencemos por clasificar la operación:

MÉTODO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.

SUPRA-VAGINAL.

Extra-peritoneal, intra-peritoneal y mixta

TOTAL.

I.—Histerectomía abdominal supra-vaginal.

Hemos visto que encierra á su vez tres procedimientos principales:

- A. *El extra-peritoneal,*
- B. *El intra-peritoneal y*
- C. *El mixto.*

Vémoslos separadamente.

A.—Procedimientos extra-peritoneales.

TECNICA DE HEGAR.

La incisión se hace sobre la línea media, se abre la cavidad del peritoneo, se aísla el tumor—casi siempre fibro-mioma—de sus adherencias periféricas y se procede á su extracción fuera de la cavidad, siguiendo las reglas ya conocidas.

Una vez exteriorizado el tumor, se le reclina en un lecho de compresas asépticas y se procede á su aislamiento.

Desde luego, por medio de una sonda introducida en la vejiga, el operador se dará cuenta de las relaciones de este receptáculo

con el útero y con el tumor: si la vejiga sube mucho sobre el útero se la despegará suavemente, haciendo una incisión al peritoneo sobre el útero mismo, y se la alejará del campo operatorio y se protegerá con una valva si fuere menester.

Hay que proceder ahora á la liberación de los anexos y del útero, de sus inserciones con los ligamentos anchos.

Costumbre muy usada entre los operadores es la hemostasis preventiva de los vasos sanguíneos útero-anexiales, por medio de enormes pinzas de presión, de aparatos de *prodigiosa fuerza* ó de ligaduras en masa, cuya serie constituye una cadena más ó menos perfecta, en los ligamentos anchos. Esto siempre me ha repugnado, y considerándolo poco quirúrgico, lo reservo solamente para aquellos casos, felizmente raros, en los que la vascularización peri-uterina es realmente excepcional.

La aplicación de pinzas largas de forcipresión, á permanencia, es un mal procedimiento de hemostasis: además de los peligros de una hemorragia repentina, por desprendimiento de las pinzas, y de los riesgos que ofrece la gangrena de la zona comprimida entre ellas, presentan estas pinzas todos los accidentes de los cuerpos extraños peritoneales.

La ligadura en cadena prolonga mucho la operación por la dificultad de su ejecución, y ofrece el inconveniente grave de formar entre la línea de ligaduras y el plano de sección, una zona de tejidos sin circulación sanguínea, susceptibles de necrosarse y de infectarse.

Prefero abandonar las ligaduras en masa, recurriendo á la oclusión directa de los vasos que sangran, por medio de ligaduras aisladas sobre ellos.

No veo la diferencia que tratan de hacer algunos Cirujanos de la hemostasis en la histerectomía con la hemostasis general en el resto de las operaciones quirúrgicas.

La ejecución de la ligadura en cadena puede presentar inconvenientes cuando el operador se aparta de ciertas reglas que solamente la práctica puede enseñarle.

Preciso es colocar la serie de ligaduras á un centímetro ó centímetro y medio distante de la línea calculada para el corte, pues de lo contrario se corre el peligro de desgarrar la serosa, de hacer incompleta la hemostasis ó de que caiga la ligadura.

De preferencia se practicará con seda fina, cuidando que las porciones comprendidas entre los nudos sean pequeñas.

El catgut es poco conveniente, pues que á su asepsisación dudosa reúne el defecto de su higrometría y dilatabilidad.

Los nudos deben ser sólidos, y tan firmes y seguros como si cada eslabón de la cadena fuese una ligadura aislada.

Es una buena práctica ligar aisladamente sobre la superficie de sección las extremidades perceptibles de las arterias de cierto calibre.

Las figuras 49, 50 y 51, muestran de una manera suficientemente explícita, el procedimiento ordinario para la construcción de la ligadura en cadena.

He creído que la construcción de esta cadena podría simplificarse haciéndola más rápida y menos molesta.

La figura núm. 52 enseña la técnica de la ligadura que uso más comunmente.

He dicho ya que considero más útil y cómodo pasarse sin hemostasis preventiva en el mayor número de las histerectomías.

Unas tijeras rectas desprenden, en uno ó dos golpes, los anexos de los ligamentos anchos, y dos ó tres pinzas de hemostasis toman directamente los vasos que sangran y permiten colocarles pequeñas ligaduras con seda.

Con las mismas tijeras y cortando exactamente sobre el borde del útero, se dividen los ligamentos anchos desde su borde superior hasta el punto en que se desee.

La trompa y el ovario quedan unidos directamente al útero: el ligamento redondo se corta sobre su inserción uterina.

Solamente dos ó tres arterias pequeñas dan sangre si se ha tenido cuidado de ir seccionando sobre el borde uterino. Seligan como los vasos anexiales.

Libre el útero de sus relaciones laterales, queda solamente fijo por la vagina y por los pliegues útero-sacros, útero-rectales y útero-vesicales.

Es aquí cuando la conducta del Cirujano varía según que sea su intención practicar la *histerectomía abdominal total*, la *histerectomía supra-vaginal intra-peritoneal*, ó la *histerectomía supra-vaginal extra-abdominal*.

Nosotros vamos á ejecutar la *histerectomía supra-vaginal extra-peritoneal*, ó *histerectomía de HEGAR*.

Se tiende, ahora, lo más posible la vagina haciendo tracciones

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

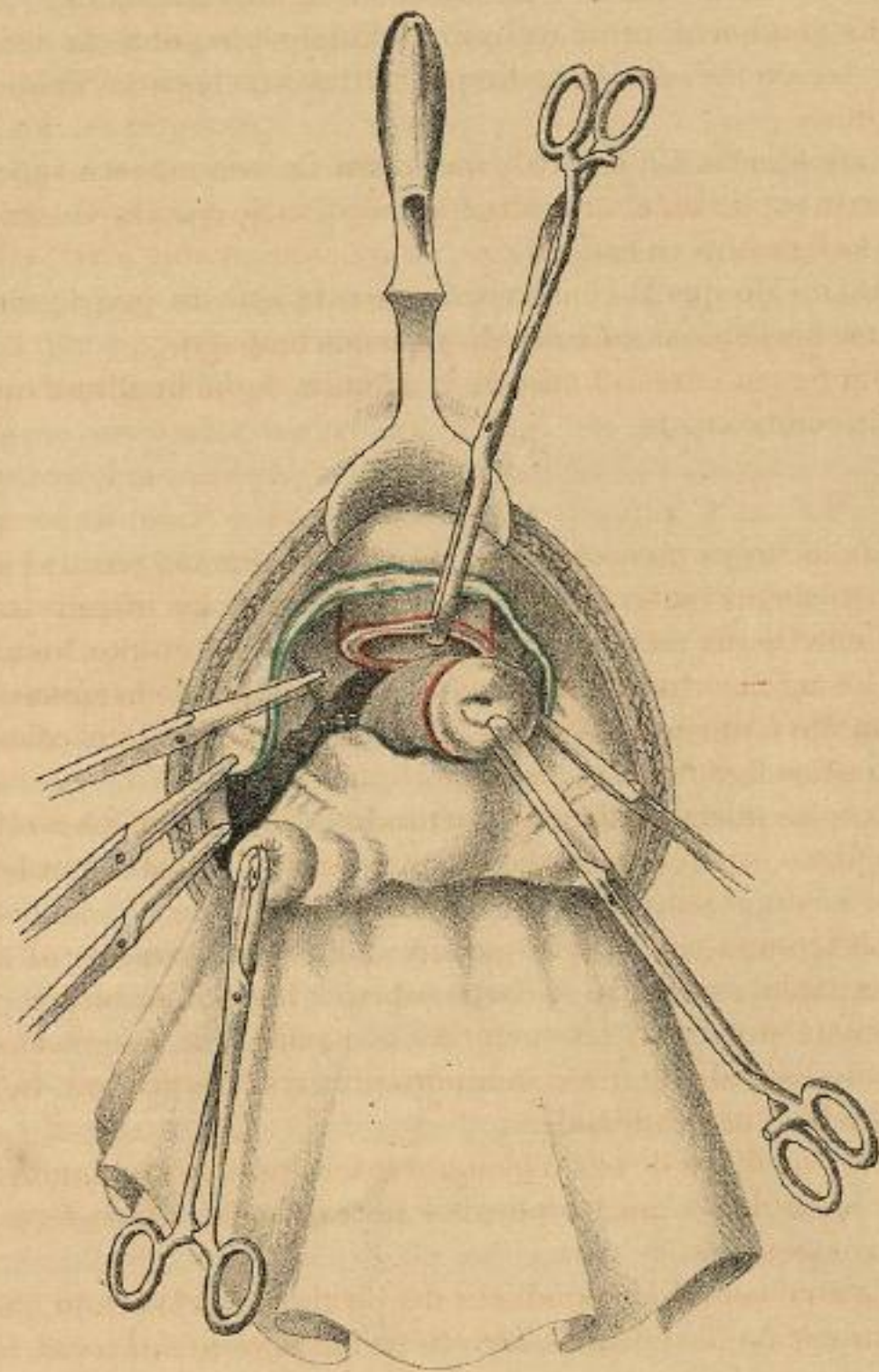


Fig. 63.—Histerectomía abdominal total, por el método de L. G. Richelot. (Tercer tiempo).

suaves sobre el útero, y se aplica sobre las inserciones vagino-uterinas una ligadura hemostática que es costumbre ejecutar con un tubo elástico.

Multitud de aparatos curiosos se han ideado á fin de facilitar la aplicación y la permanencia de la ligadura elástica. Yo, en mis tendencias de simplificar el arsenal y las maniobras quirúrgicas, no uso ninguno.

Hé aquí cómo procedo. El tubo ó el hilo sólido elástico lo tiendo todo lo más posible, estirándolo fuertemente hacia su parte media. La parte más tensa la coloco sobre el útero en la parte posterior del segmento que se trata de ligar. El ayudante que sostiene el útero apoya fuertemente el órgano sobre la ligadura, á fin de evitar tracciones sobre la vagina.

Siempre estirando, doy toda la vuelta con el tubo sobre el útero, lo cruzo hacia adelante, lo paso de nuevo por atrás y anudo los extremos hacia adelante, siempre estirando. Una vez anudado el tubo, coloco una fuerte ligadura de seda sobre el nudo mismo. Una aguja fuerte y seda gruesa me permiten poner dos ligaduras más atravesando el cuerpo mismo del tubo, como se atravesaría un pedículo orgánico.

Cuando las tres ligaduras del tubo, la del nudo y las dos de arriba están sólidamente anudadas, aflojo la extensión y corto el exceso de tubo. La ligadura elástica se mantiene perfectamente apretada.

Sólo resta poner uno ó dos puntos de sutura entre las vueltas del tubo y el pedículo, hacia el lado externo, para abandonar tranquilamente la ligadura, sin temor de que se afloje ó deslice.

Una vez constituido el pedículo, procédase á cortar el útero dos ó tres centímetros arriba del tubo. El termo-cauterio destruye inmediatamente los restos de endo-metrio que se vean en el muñón.

Antes de desprender completamente el tumor, se fija el pedículo con una pinza de MUSSEAU, á fin de impedir que se hunda en la pelvis.

Algunos autores—y yo mismo acostumbraba en mis primeras histerectomías supra-vaginales,—acostumbran atravesar el pedículo, arriba de la ligadura elástica, con dos agujas largas en forma de cruz, con objeto de asegurar la situación extra-peritoneal del pedículo.

A ejemplo de mi maestro el Dr. FRANCISCO DE P. CHACÓN, he suprimido estas agujas que son incómodas, molestas, estorbosas y no siempre indispensables. (Fig. 72).

Extirpado el útero con todo y anexos, sólo queda revisar el peritoneo pélvico. Si se ha despegado la vejiga, se sutura cuidadosamente el colgajo peritoneal, que formaba el fondo vesico-uterino, sobre el pedículo vaginal.

Se cuida que el corte de los ligamentos anchos no ofrezca desigualdades ni desgarraduras, y en caso de tenerlas, se cubre todo el borde con una sutura en hilván con catgut muy fino.

La sutura del peritoneo parietal se comienza sobre el ángulo inferior de la herida, y al llegar al pedículo se continúa la sutura de uno y otro lado de él, entre el peritoneo parietal y el peritoneo pedicular. Es menester cuidar mucho de cerrar perfectamente la cavidad abdominal, muy particularmente sobre el borde pedicular, con objeto de evitar que los líquidos formados durante la necrosis del pedículo infecten la serosa peritoneal.

La unión de los bordes de la herida de los tegumentos no se hará completa sobre el muñón del pedículo, sino que dejando toda la parte en relación con él, libre, se facilitará la curación y desinfección rigurosa del fragmento pedicular necrosado.

Es buena costumbre tratar el pedículo con curación seca, cubriéndolo cuidadosamente con una capa de polvo hecho con yodoformo y tanino.

La sutura de la piel se hace con crén de Florencia. La seda tiene el inconveniente de ulcerar los tejidos, en cuanto duren algún tiempo puestos los puntos.

Nunca es por demás fijar el pedículo con uno ó dos puntos de sutura, con seda gruesa, sobre los bordes cutáneos de la herida, para evitar que la elasticidad misma de la vagina, los movimientos ó los esfuerzos de la operada, hagan tracciones sobre la sutura pedículo-peritoneal.

La momificación del pedículo es completa y rápida con el uso del tanino. Por lo común, la primera curación dura diez ó doce días sin indicación de levantarla.

Pasado este tiempo, acostumbro retirar el tubo elástico; y las curaciones yodoformotánicas las prolongo hasta la caída completa del muñón momificado, en el vigésimo ó vigésimo quinto día. Si la caída del muñón se hace esperar, la apresuro extirpándolo con tijeras.

En su lugar queda una ulceración granulosa que cicatriza rápidamente.

Fístulas abdomino-cervicales suelen ser consecuencia de la cicatrización viciosa de esta ulceración.

1 Sobre todo, los esfuerzos durante los vómitos post-anestésicos.

B.—Procedimientos intra-peritoneales.

El tratamiento intra-peritoneal del pedículo, permitiendo la oclusión inmediata de la herida abdominal, suprime, por este hecho, una multitud de inconvenientes del método extra-peritoneal.

SCHREDER, el primero, dió una técnica operatoria para el tratamiento intra-peritoneal del pedículo: su procedimiento ha sufrido multitud de modificaciones en manos de MARTIN, LÉOPOLD, BALDY, VON ANTAL y de otros varios.

Describiremos primero el método de SCHREDER, y veremos luego el de la *ligadura elástica*, el de las *ligaduras parciales yuxtapuestas*, el de la *versión vaginal del pedículo* y los procedimientos *retro-peritoneales*, que están todos relacionados con el método intra-peritoneal del pedículo.

TECNICA DE SCHREDER.

La enferma se coloca en la *posición de Trendelenburg*, se hace la incisión sobre la línea media, se abre el vientre conforme á las reglas establecidas y se aíslan el útero y los anexos de sus relaciones con los ligamentos anchos, como en el procedimiento anterior.

Habiendo quedado el útero libre de sus inserciones ligamentosas laterales, queda sujeto por las conexiones vaginales y ligamentosas de su segmento inferior.

Este conjunto de tejidos, que constituirán el futuro pedículo, es ahora el objeto de la atención del cirujano.

Desde luego se procede á practicar su ligadura.

Por medio de una aguja, y sobre la inserción cervical de la vagina, se pasa un hilo doble de seda fuerte, al través del cuello uterino y precisamente en la parte media de lo que será el muñón pedicular.

Estos hilos se anudan á uno y otro lado de la circunferencia uterina, cuidando de enlazarlos con una ó dos torsiones, á fin de dividir la masa en dos partes, unidas por los mismos hilos de las ligaduras. Si se hace la ligadura con un solo hilo, se anuda según el método de BANTOCK ó el de LAWSON-TAIT.