

Yo prefiero hacerla con dos hilos, dividiendo como queda dicho el pedículo en dos porciones unidas entre sí.

Una vez ligados fuertemente los hilos, las extremidades libres, tomadas con pinzas fuertes de forcipresión, servirán para continuar sosteniendo elevado el pedículo.

Es ahora cuando se practica la amputación del útero, á dos centímetros arriba de la ligadura.

Desde luego es menester evitar, rodeando el tumor de compresas, la caída de los líquidos sépticos encerrados en la cavidad uterina, sobre el peritoneo.

Desde que la sección del tumor se termina, la superficie del pedículo se hace convexa, y ofrece en el centro de la cúpula que constituye, el orificio circular correspondiente al corte del endometrio.

Con una cucharilla cortante se procederá inmediatamente á vaciar el interior mucoso del cervicis, y con el termo-cauterio se termina la destrucción total de esos tejidos siempre sépticos.

Procédese luego á practicar el vaciamiento conoide del pedículo, por medio del bisturí. Es menester no detenerse en este trabajo, sino hasta adelgazar suficientemente los bordes y permitir una sutura cuidadosa y fácil.

Antes de cerrar el muñón, tóquese toda la superficie interna con solución fénica al 5 por 100.

La sutura se hace con catgut comenzando desde el fondo y cuidando mucho el afrontamiento riguroso y exacto de las paredes. En la superficie de él, debe ser mayor aún el esmero de la sutura que se hace con catgut muy fino.

Una vez terminada la sutura del muñón se cortan los hilos de seda, que le sostenían elevado, muy cerca de los nudos, y el pedículo desaparece en el vientre, para ocupar su lugar definitivo.

Se practica una última inspección en la cavidad pélvica, se vigila que no queden desgarraduras peritoneales sin suturar, superficies sangrantes ó adherencias incompletamente tratadas y se procede á cerrar el vientre sin detenerse en la extracción de la pequeña cantidad de sangre que pudiese haber escurrido á la cavidad peritoneal, que seguramente ocasiona menos perjuicios que las maniobras de su extracción.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

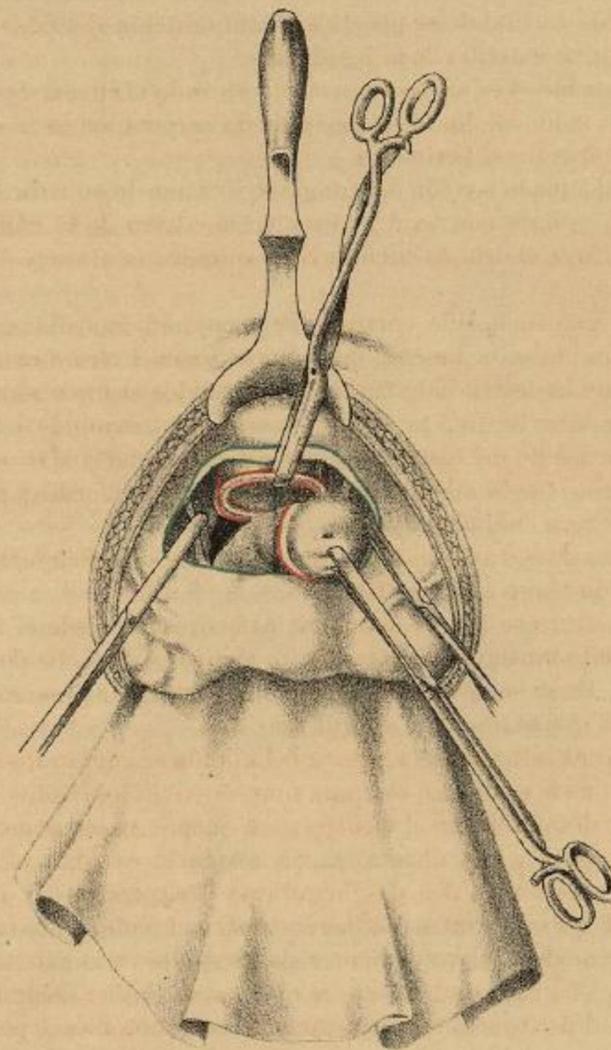


Fig. 64.—Histerectomía abdominal total, por el método de L. G. Richelot. (Cuarto tiempo)

TECNICA DE OLSHAUSEN.

LIGADURA ELÁSTICA PERDIDA.—Aun cuando KLEBERG, el cirujano de Odessa, fué el inventor de la ligadura elástica y fué también el primero que redujo un muñón uterino alrededor del que había colocado una ligadura elástica, le corresponde á OLSHAUSEN el mérito de haber estudiado, descrito y metodizado el procedimiento nuevo que vulgarizó con sus escritos de 1881.

TERRILLON es un gran propagandista del procedimiento de OLSHAUSEN, y tiene razón cuando dice que es el procedimiento más rápido y sencillo de histerectomía abdominal supra-vaginal, con pedículo perdido.

He aquí la técnica de OLSHAUSEN:

Después de haber extraído el tumor del abdomen y colocado una ligadura elástica en su pedículo, secciona el tumor sobre la ligadura. TREUB emplea como ligadura una sonda de NELATON, números 11 á 13, de la hilera de CHARRIÈRE.

Los restos de la mucosa intra-cervical se destruyen con el termo-cauterio; se desinfecta la superficie de sección con una solución antiséptica fuerte, y se reduce en la cavidad del abdomen el muñón rodeado de su ligadura: la herida tegumentosa se cierra suturándola convenientemente.

Pozzi aconseja con justicia, fijar en el ángulo inferior de la incisión abdominal las extremidades de la ligadura elástica, con objeto de poderla retirar cuando se considere oportuno.

TECNICA DE ZWEIFEL.

LIGADURAS PARCIALES YUXTA-PUESTAS.—La exteriorización abdominal del tumor es idéntica á la empleada en los procedimientos anteriores. Pero cuando el tumor tiene ligado el pedículo y se hace la sección de él, varía la técnica de ZWEIFEL de las anteriores, procediendo á la aplicación de sus ligaduras parciales yuxta-puestas. Las hace en el muñón pedicular, sobre la ligadura elástica, y comprenden todo el espesor de los tejidos. ZWEIFEL las coloca por medio de una aguja de REVERDIN y utiliza como hilo de sutura la seda.

Las ligaduras en número variable, según el espesor del muñón,

comprenden una porción de tejido uterino, como de un centímetro de espesor, y dividen el muñón en un gran número de segmentos pequeños: esto permite obtener una constricción suficiente para impedir toda hemorragia.

CHAPUT liga separadamente las dos arterias uterinas.

Cuando las ligaduras están bien colocadas y anudadas, se cubren con un colgajo peritoneo-muscular, que se ha tenido la precaución de tallar sobre la cara anterior del útero, antes de seccionar el pedículo. Se retira la ligadura elástica y se reduce el muñón.

ZWEIFEL no canaliza el peritoneo, sino en aquellos casos en que á pesar de la construcción de las suturas, se hace un escurrimiento tenaz por la superficie de reunión.

TECNICA DE BYFORD.

INVERSIÓN VAGINAL DEL PEDÍCULO.—BYFORD, ginecólogo de Chicago, pretendiendo remediar los accidentes que la presencia del muñón causa en la cavidad abdominal, recurre á la práctica siguiente:

Después de la ablación del tumor, separa la vejiga de la vagina é introduce el muñón uterino en el eje del canal vaginal, por medio de un tenaculum. Une, después, el peritoneo que viene de la vejiga, con el peritoneo de la cara posterior del pedículo invertido en la vagina.

Un clamp se aplica entonces por la vagina, sobre el pedículo uterino, y se deja hasta que el reblandecimiento de la escara permite su caída espontánea: esto tiene lugar del décimo al décimo-quinto día de la operación.

TECNICA DE RICHELLOT.

PROCEDIMIENTO RETRO-PERITONEAL.—La hemostasis del segmento superior de los ligamentos anchos se hace con seda. El tumor se liberta en sus caras laterales superiores, entre ligaduras en cadena ejecutadas con seda. El peritoneo, sobre la cara anterior del útero, se secciona transversalmente de un ligamento ancho al otro, á cinco ó seis centímetros arriba del pliegue

útero-vesical: si es menester hacer relieve en los límites de la vejiga, se introduce una sonda en su cavidad.

El labio inferior de la sección peritoneal, se disecciona en una extensión de cinco á seis centímetros, según el espesor del futuro muñón que va á ser preciso cubrir. La ligadura elástica se coloca sobre el cuello uterino tan abajo como sea posible, y se amputa el tumor algunos centímetros arriba de ella. Se substituye el tubo elástico que comprime el pedículo, por una serie de ligaduras en masa, y se cauteriza al hierro rojo, toda la superficie seccionada del pedículo. El colgajo peritoneal anterior, diseccionado anteriormente, se abate sobre el pedículo y se sutura sobre su borde posterior, á modo de alejar la línea de suturas, de la cavidad del cuello.

TECNICA DE MILTON.

MILTON procede como RICHELLOT; pero en vez de un colgajo peritoneal anterior, talla dos, desiguales: uno anterior y otro posterior; este último más grande que el primero. Además, no coloca ligadura elástica, sino que procede desde luego á la hemostasis definitiva hecha con seda.

TECNICA DE F. TERRIER.

El procedimiento que más comunmente utiliza TERRIER para la histerectomía supra-vaginal, lo divide en cuatro tiempos:

PRIMER TIEMPO.—Extracción del útero fuera de la cavidad abdominal y resección total de los anexos, estén ó no sanos.

SEGUNDO TIEMPO.—Construcción de un colgajo peritoneal ante-uterino, que se extienda de un pedículo ovárico al otro. Sobre la cara posterior del tumor, hace una incisión peritoneal transversa y despega la serosa del neoplasma.

TERCER TIEMPO.—Después de haber formado bien el colgajo peritoneal anterior y de haberle despegado de la cara respectiva del útero y aun de sus caras laterales, se buscan las arterias uterinas y se ligan lo más abajo posible. Algunas veces el volumen del tumor es tal, que hace difícil la investigación de estas arterias, y es preferible colocar transitoriamente unas pinzas largas de presión que serán reemplazadas por ligaduras cuando las ute-

rinas estén más al alcance del operador, una vez extirpado el tumor.

CUARTO TIEMPO.—Asegurada ya la hemostasis, se ataca el útero sobre su cuello y se le secciona transversalmente. La cavidad del cuello y el plano de sección del pedículo se cauterizan vigorosamente con el termo-cauterio.

Si hay pinzas sobre las uterinas, se substituyen por ligaduras convenientes: si en la superficie del muñón surge algún chorrillo de sangre, se pelliza y liga el vaso que sangra.

Se practica la sutura del útero, apretando un poco los hilos, á fin de terminar completamente la hemostasis, y se suturan sobre el útero el corte de los dos peritoneos seccionados, el anterior y el posterior del tumor.

TERRIER se preocupa en su técnica operatoria de dos puntos cardinales:

I. Aislar absolutamente la cavidad del cuello uterino de la cavidad peritoneal y aun del tejido celular comprendido entre las dos hojas de los ligamentos anchos.

II. Cerrar completamente por una sutura bien hecha toda la cavidad peritoneal, cuya superficie debe quedar lisa y bien unida.

TECNICA DE JULIAN VILLARREAL.

Abierto el abdomen y sacado el tumor fuera de la cavidad, si lleva los anexos consigo, se ve el estado que guardan y si es ó no necesario conservarlos, y así se ligarán los ligamentos anchos á partir de los cuernos uterinos, ó desde el ligamento infundíbulo-pélvico. La ligadura encadena á la WALLICH, ó como se esté más acostumbrado, comprende de uno y otro lado los ligamentos anchos, lo más aproximado posible de los bordes del neoplasma, hasta su porción más inferior y accesible del mismo, quedando así las arterias uterinas ligadas á este nivel, las ováricas y funiculares, habiéndolo sido al comenzar las ligaduras. Los ligamentos anchos han sido seccionados á paso y medida de su ligadura, cogiendo con pinzas la porción adherente al tumor, para evitar la efusión de sangre, que por otra parte no es muy considerable, y en caso de urgencia pudiera dispensar de este pellizcamiento. Se corta luego el peritoneo alrededor del futuro muñón, encima de las uterinas ligadas, para formar un manguillo que se disea con el dedo; en seguida se hiende el tumor como si

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

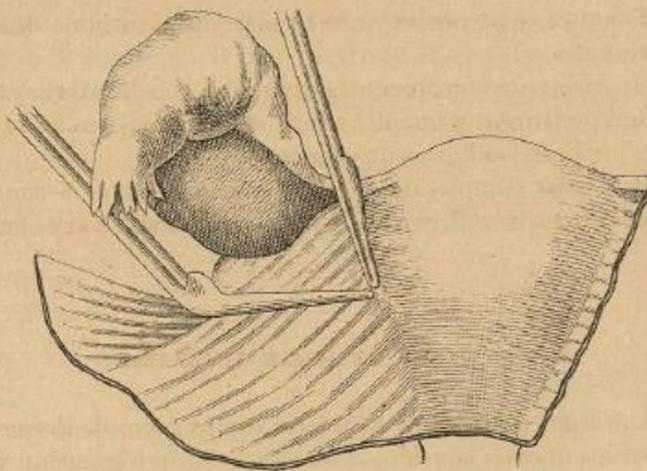


Fig. 65.—Histerectomía abdominal total, Procedimiento de DELAGENIÈRE.

se quisieran formar dos colgajos, uno anterior y otro posterior, de manera que su borde libre quede debajo de la sección peritoneal. El corte del tumor se hace rápidamente, no dando casi sangre la superficie de sección, que sólo recibe sangre de las arterias que nacen de la uterina al nivel del cuello del útero. Durante la extirpación, los dedos del ayudante y en seguida pinzas hemostáticas, detienen la sangre, que definitivamente queda estanca da por hilos de seda ó catgut, como en un muñón del antebrazo ú otro.

La mucosa del cérvicis se reseca, y se suturan con catgut los bordes de la resección, usando hilos de catgut dispuestos á la LEMBERT, para asegurar la asepsia del pedículo, el que se sutura con puntos entrecortados de seda, pasados por la masa carnosa de la matriz sin tocar el peritoneo; según la extensión del muñón, se pondrán de cuatro á seis puntos, intercalando algunos de catgut si se considera necesario, pues los de seda es mejor emplearlos como de sostén. Se sutura por último el peritoneo con un surjete continuo, puntos LEMBERT, con seda ó catgut.

Las superficies del muñón así afrontadas y cubiertas, representan hasta cierto punto la matriz en su situación normal.

TECNICA DE RICARDO SUAREZ GAMBOA.

Aun cuando no soy partidario de los métodos parciales de histerectomía, he aquí cómo procedo en las pocas veces que he realizado esta operación:

Incisión abdominal media, en la posición de Trendelenburg; abertura del vientre y exteriorización del tumor.

Sin ligaduras previas separo los anexos en cada lado de sus inserciones ligamentosas, estén ó no enfermos, y coloco una ó dos ligaduras en los ramos seccionados de las arterias útero-ováricas; de igual modo separo el útero de sus inserciones laterales, hasta ligar las arterias uterinas directamente. El útero lo secciono sobre las inserciones vaginales, formando un colgajo músculo-peritoneal anterior, de dimensiones variables, cuyo límite inferior corresponde al orificio del endometrio y cuya dirección desde este punto es transversal. La línea de sección representaría aproximadamente la forma de una letra L, con sus dos ramas ligeramente convexas y con el vértice del ángulo correspondiendo al orificio cervical.

Destruyo enérgicamente la superficie interna del endometrio con el termo-cauterio al rojo blanco; abato el colgajo anterior sobre la superficie del corte transversal, sosteniéndolo fijo por medio de algunas suturas profundas, con seda, y reuniendo el borde de unión mediante una sutura cuidadosa á la LEMBERT, interrumpida por puntos separados que comprenden el espesor del tejido propio del órgano.

Termino la operación con el afrontamiento y sutura sero-serosa de las dos hojas de los ligamentos anchos seccionados.

C.—Procedimientos mixtos.

Los procedimientos mixtos, combinación más ó menos feliz de los procedimientos anteriores, parecen deberse á la iniciativa de FREUND; pero fueron dos discípulos de BILLROTH, los que constituyeron y vulgarizaron el procedimiento que se conoce actualmente con ese nombre.

TECNICA DE WOLFLER Y HACKER.

Se amputa el tumor y se hacen las ligaduras y suturas por el método de SCHREDER, es decir, por planos sucesivos. Luego se deja descender el pedículo, hasta que su extremidad superior llegue al nivel de las capas profundas de la pared abdominal. Para fijarle en este lugar, se sutura sobre sus contornos el peritoneo parietal del vientre, y sobre su extremidad el espesor de los tegumentos abdominales: arriba y abajo del punto de implantación del muñón pedicular se cierra la incisión abdominal, como es de regla ordinaria.

La incisión de la pared del abdomen se puede dejar sin suturar en un punto que corresponda exactamente al de la inserción pedicular, á fin de hacer por esta abertura, la canalización del muñón.

II.—Histerectomia abdominal total.

TECNICA DE RICARDO SUAREZ GAMBOA.

Desde que la exploración directa de la enferma revela la necesidad absoluta del sacrificio total del útero, procedo inmediatamente á colocar en la vagina mi *sonda acanalada vaginal*, procurando que la curvatura de ella abraza el cuello uterino, por su cara posterior, y haga la ocupación neta del fondo vaginal correspondiente.

Mi atención se dirige, entonces, al estudio cuidadoso de los anexos uterinos: delicadamente procuro reconocerlos en su situación pélvica, tratando de exteriorizarlos por medio de tracciones muy suaves, directas sobre ellos, combinadas con movimientos de lateralidad del útero ó del tumor uterino.

Si salen libre y fácilmente, mejor, esto facilitará mucho la operación; pero si están quísticos, si ofrecen adherencias parietales ó viscerales peligrosas, la tarea del operador se complica y se ve precisado á desplegar toda su destreza y á ejercer toda su pericia.

Una vez libres los anexos y extraídos fuera de la cavidad pélvica, procedo á libertarlos de sus conexiones ligamentosas: sobre el ligamento ancho, á dos centímetros abajo del punto que corresponde al pabellón de la trompa, coloco por medio de una aguja *Reverdin*, una asa de seda gruesa, con extremidades muy largas que salen fuera del campo operatorio y que quedan unidas y fijas por una pinza de presión. El objeto de esta asa de seda, es facilitar el encuentro del límite externo de la incisión superior de los ligamentos anchos.

Cuando se ha sostenido así el ligamento ancho, con unas tijeras rectas se dividen, en uno ó varios golpes, los ligamentos del ovario, de la trompa y el ligamento redondo: el ovario y la trompa quedan unidos al útero por las inserciones tubarias, y completamente desprendidos del borde superior del ligamento ancho. En el corte de este último, se ven surgir dos ó tres chorritos de sangre, por lo regular solamente dos: con pinzas hemostáticas se toman estos ramúsculos de la arteria útero-ovárica y se ligan para no tener pinzas estorbosas en el campo de la operación.

De igual manera se desprenden los anexos del ligamento ancho

opuesto: en los casos sencillos, los anexos de ambos lados quedan separados de sus inserciones inferiores en unos cuantos minutos.

Queda el útero, con los ovarios y las trompas colgantes lateralmente: una ligera tracción sobre él extiende y aclara las inserciones de los ligamentos anchos en los bordes uterinos.

Con las mismas tijeras, *exactamente sobre el borde del útero*, se comienza de arriba hacia abajo el desprendimiento de los ligamentos anchos; un ayudante va tomando con pinzas de presión los vasos uterinos que sangran y las arteriolas divididas en los ligamentos.

En ciertos casos de fibromas muy voluminosos, la hemorragia que se produce en el plano de sección lateral, sobre el útero, puede ser de cierta importancia: entonces hay que proceder con rapidez al desprendimiento del ligamento ancho, colocando pinzas en las regiones muy sangrantes, hasta descubrir la arteria uterina que se toma y comprime con una pinza. Una vez comprimidas las arterias uterinas en los dos lados, la hemorragia del tumor disminuye y pueden retirarse bastantes pinzas, dejando únicamente las que cierran el corte de las gruesas venas del tumor: en el ligamento ancho, se reemplazan las pinzas por ligaduras definitivas.

Cuando se ha limpiado convenientemente el campo operatorio de los coágulos sanguíneos, de la sangre líquida y de las pinzas inútiles, se substituyen las pinzas que comprimen las arterias uterinas, por ligaduras de seda, á fin de asegurar la hemostasis definitiva.

Algunos autores de Ginecología proponen la desnudación de la arteria y su ligadura directa; pero yo en todas mis operaciones he ligado siempre el paquete uterino en masa, y nunca he observado accidentes.

La desinserción ligamentosa lateral debe llevarse hasta alcanzar una buena porción de la vagina: la ligadura de las arterias principales se hace, por consecuencia, muy abajo.

El útero está ahora enteramente libre, en sus regiones laterales y superior: queda retenido tan sólo por las inserciones de la vagina, por los ligamentos útero-sacros y útero-cisto-púbicos, y por los pliegues peritoneales vésico-uterino y recto-uterino ó de DOUGLAS.

Por medio de las erignas implantadas en el útero, se dirige éste fuertemente hacia arriba y hacia atrás, á modo de tender y aclarar bien el fondo peritoneal útero-vesical.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

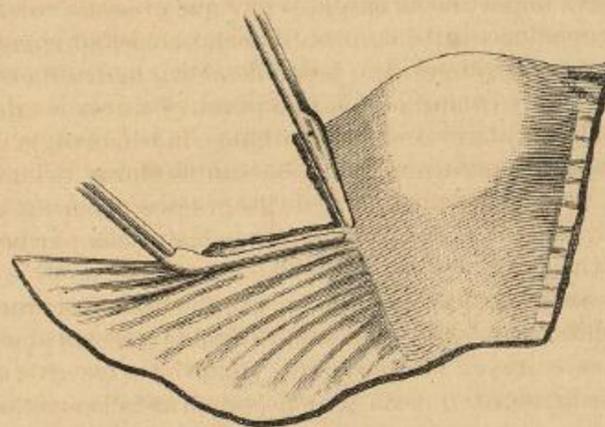


Fig. 66.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento de DELAGNIÈRE.

Con el bisturí se comienza en la línea de la sección lateral izquierda—sobre el resto del peritoneo que queda en la cara anterior del útero, una vez dividido el ligamento ancho correspondiente,—una incisión ligeramente convexa hacia arriba, que se lleva hasta encontrar el borde de la sección del lado opuesto.

Esta incisión circunscribe un colgajo peritoneal anterior, que se disecciona rápidamente, reforzándolo con pequeños fragmentos del tejido propio del órgano, hasta descubrir los límites de la vejiga: una vez descubierta ésta se despegua suavemente de la vagina, descubriendo este órgano en una extensión como de tres centímetros.

Ahora, mediante las erignas, se lleva el útero fuertemente hacia adelante, apoyándolo sobre las compresas del pubis, á modo de descubrir y exponer bien la cara posterior del órgano: en esta cara se traza otro colgajo sero-muscular, análogo al anterior, procurando bajar la disección de él todo lo posible, para descubrir bien las inserciones vaginales posteriores.

Se trae el útero á su dirección y posición normales: con la sonda vaginal, colocada desde el principio de la operación en el fondo vaginal posterior, se estudian y hacen aclarar la situación y verdadero estado de las inserciones vagino-uterinas. A un centímetro abajo de ellas, en todo el contorno de la vagina, y guiándose sobre la ranura externa de la sonda vaginal, se coloca en el conducto una sutura circular, hecha con seda y susceptible de fruncirse y apretar la vagina en un momento dado: es una verdadera *sutura en bolsa ó en jareta*. Las extremidades libres de la seda de esta sutura, que no se anudan inmediatamente, se toman con una pinza y contribuyen al sostenimiento elevado de la vagina.

Ahora, sobre la ranura superior de la sonda vaginal, exactamente sobre las inserciones uterinas de la vagina, es decir, á un centímetro arriba de la sutura en bolsa colocada ya, se perfora con tijeras el fondo vaginal anterior: se descubre la sonda vaginal, se aprovecha su ranura superior para guiarla lámina de las tijeras curvas, y siempre rasando la superficie uterina se desinserta circularmente el útero de la vagina, y se extrae el órgano fijo en las erignas, mientras la vagina queda sujeta y tensa por los hilos de su sutura circular. La sonda vaginal se retira por la vulva. Se hace rápidamente la *toilette* del peritoneo pélvico, y se decide si hay que canalizar ó no la cavidad abdominal. En este último caso se anudan los hilos vaginales, se aprieta la sutura y se cierra la vagina, frunciéndola. Si hay que canalizar, se coloca el tubo en el eje del corte vaginal, y sobre él se frunce la

vagina suavemente. Si la canalización ha de ser muy amplia, se corta y retira la sutura en bolsa y se deja la vagina abierta en toda su amplitud.

Para continuar mi descripción, supongamos que no hay necesidad de canalizar la pelvis.

En este caso, como dije ya, se anuda la sutura, frunciendo la vagina, y se obtiene un pequeño muñón cuyas dimensiones varían de dos centímetros á dos centímetros y medio. Al formar este muñón, la sutura hace la hemostasis completa del corte vaginal. Se reducen las dimensiones de este muñón de la vagina, suturando sus bordes, uno con otro, con catgut fino.

Sobre este muñón se abate el colgajo peritoneal anterior y se levanta el posterior, cubriendo bien toda su superficie con esta serosa que se sutura á la LEMBERT. Si es menester, se recortan con tijeras estos colgajos, dejándoles las dimensiones exactamente indispensables para cubrir bien el muñón vaginal, *que debe quedar absolutamente excluido de la cavidad abdominal*.

Para terminar, utilizando las sedas que marcan el extremo de las incisiones de los ligamentos anchos, colocadas desde el principio de la operación, se reúnen cuidadosamente las hojas anterior y posterior de los ligamentos anchos, por medio de una sutura fina de LEMBERT.

Cuando los ligamentos redondos lo permiten, se unen por medio de suturas al muñón vaginal, cubierto ya de serosa, constituyendo una verdadera *colpopexia ligamentosa*.

La superficie peritoneal debe quedar enteramente lisa y sin ninguna solución de continuidad, ni fruncimientos marcados en las líneas de suturas.

Se retiran todas las asas de seda que han servido de sostén y de guía, y se cierra convenientemente el abdomen.

TECNICA DE DOYEN.

La enferma en la posición de TRENDELEBURG. Se abre la cavidad abdominal sobre la línea media, en la extensión conveniente.

Una erigna helicoides del autor, se implanta sobre el fondo del útero y se tira hacia afuera de la cavidad, reclinándolo si los ligamentos lo permiten, sobre un lecho de compresas colocadas en el pubis.

Compresas colocadas en el estrecho superior y sobre los flancos,

evitan, tanto la salida de las asas intestinales, cuanto la contaminación del peritoneo con el moco ó líquidos uterinos.

Una larga pinza curva se introduce en la vagina por un ayudante, á modo de hacer relieve en el fondo vaginal posterior y una asa de seda fuerte se pasa abajo del punto designado para abrir la vagina.

Este hilo será muy útil al fin de la operación, para tirar hacia arriba los labios del corte vaginal, facilitando la colocación de las suturas.

El fondo de Douglas se corta longitudinalmente sobre el relieve de la pinza, y la extremidad de ésta, impulsada por el ayudante, aparece bien pronto en la cavidad peritoneal.

La abertura completa de la pinza amplia, desgarrando, la herida vaginal, y al través de ésta se toma el cuello uterino con una pinza erigna especial del autor.

Haciendo tracciones sobre el cuello hacia arriba y cortando con tijeras las inserciones útero-vaginales, se liberta completa y rápidamente el útero de sus conexiones inferiores.

El órgano queda sujeto solamente por los ligamentos anchos, de los cuales se desprende rápidamente á golpes de tijeras.

Las arterias que dan sangre se toman con pinzas hemostáticas y se ligan.

Los anexos se pediculizan y resecan á derecha é izquierda.

Los bordes de la sección vaginal se tiran hacia arriba, merced al hilo de seda colocado en el fondo posterior, y se reúnen por puntos de sutura.

El corte del peritoneo se reúne por una sutura circular en bolsa, y se fijan sobre él los muñones consecutivos al corte de los anexos.

TECNICA DE L. G. RICHELLOT.

La enferma se coloca en la posición de TRENDELEBURG, el cirujano á su izquierda, y el vientre se abre según es usado.

Descubierto el útero, se aísla del resto de los órganos pélvicos por medio de compresas que sostienen y protegen las asas intestinales.

Una pinza de tracción ase y permite tirar hacia arriba el fondo uterino; mientras una valva ancha, colocada hacia el pubis, abre el ángulo inferior de la herida abdominal y facilita el alumbrado de la pelvis.

Por medio de una incisión que parte del ligamento ancho izquierdo hacia el derecho, se talla sobre la cara anterior del útero un colgajo peritoneal, tratando de evitar la lesión de la vejiga.

El dedo despega este colgajo peritoneal anterior, y levanta la vejiga hasta descubrir todo el segmento inferior del útero y las inserciones anteriores de la vagina.

En el tejido celular peri-metrítico se ven y se sienten latir las arterias uterinas.

Se trata ahora de atacar el útero de abajo hacia arriba.

Comiencese, asegurando la hemostasis de las uterinas, por medio de pinzas ó de ligaduras.

El fondo vaginal anterior se abre con tijeras, se toma el cuello uterino con pinzas adecuadas, y lentamente se dividen todas las inserciones cervicales de la vagina.

Como quiera que el corte vaginal posterior sangra mucho, suele hacerse menester la aplicación de dos ó tres pinzas largas de hemostasis.

Los ligamentos anchos se cortan de abajo hacia arriba, y se extraen en conjunto el útero y los anexos.

Si el peritoneo ha sido suficientemente protegido, y no ha habido escurrimiento sospechoso, se hace la oclusión de la vagina, mediante algunos puntos de sutura con catgut.

Se cuida de ligar convenientemente los vasos divididos en los ligamentos anchos, de suturar cualquiera desgarradura peritoneal, y la línea de suturas vaginales se cubre con el colgajo peritoneal útero-vesical, que se sutura con la serosa vagino-rectal.

El autor mismo confiesa que ha usado su método un número pequeño de veces y que espera los resultados de la estadística.

TECNICA DE DELAGENIÈRE.

La enferma se coloca en el plano inclinado de TRENDELENBURG, la pared abdominal se divide y los anexos se libentan de sus adherencias si existen.

Una vez libres los anexos, se resecan entre dos pinzas colocadas como lo indican las figuras 65 y 66. Estas pinzas permanecen fijas: se procede inmediatamente á quitar el útero.

Sobre las caras anterior y posterior de este órgano, se trazan dos incisiones sobre el peritoneo uterino que unen las extremidades de las pinzas colocadas anteriormente bajo los anexos. (Fi-

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

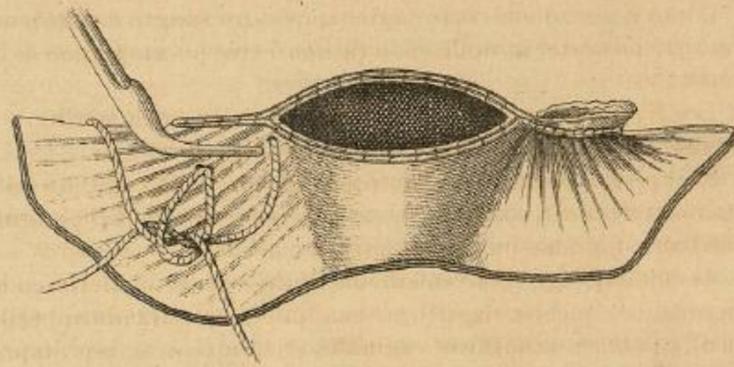


Fig. 67.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento de DELAGENIÈRE.

gura 66.) Esta incisión debe hacerse hacia adelante, algunos centímetros arriba del fondo peritoneal vésico-uterino. Disecando el peritoneo hacia adelante y hacia atrás, se obtiene una especie de bolsa serosa cuyo fondo corresponde á la extremidad superior de la vagina y que por sus bordes se continúa con los pliegues de los ligamentos anchos. Los bordes de esta bolsa peritoneal se fijan por medio de pinzas.

El fondo vaginal posterior se abre, y por esta abertura se desinserta la vagina en todo el contorno del cuello.

Sobre cada arteria uterina se colocan ligaduras; lo mismo el pedículo útero-ovárico se liga abajo de la pinza horizontal. (Figura 67.) La bolsa peritoneal se cierra por medio de una sutura, salvo indicaciones especiales de canalización. (Figura 68.)

TECNICA DE KELLY.

Bajo el nombre de *procedimiento americano*, describe SEGOND el siguiente: La enferma se coloca en el plano inclinado, el cirujano á su derecha; la pared abdominal se abre, y sin preocuparse por el tumor que llena la pequeña pelvis, se buscará inmediatamente el borde superior del ligamento ancho izquierdo hacia afuera de los anexos.

Una vez descubierto éste, se liga la arteria útero-ovárica hacia afuera de los anexos. Todo el ligamento ancho correspondiente se corta hasta encontrar la arteria uterina, que se liga. (Figuras 69 y 71.) Se desprenden las conexiones de la vagina con el cuello del útero y se procede á seccionar el ligamento ancho derecho comenzando por su base. (Figura 70.) Las arterias que sangran se ligan y las superficies peritoneales seccionadas se reúnen por una sutura.

Este método esencialmente sencillo, es muy usado por POLK, KRUG, EASTMANN, BOLDT, EDEBOHLS, KELLY y otros cirujanos de Norte América.

TECNICA DE CHROBAK.

No obstante que en el pedículo vaginal queda comprendida una pequeña porción del cuello, merece describirse como total la histerectomía de CHROBAK.

Todos los tiempos operatorios, hasta descubrir los órganos genitales internos, son comunes á las otras intervenciones abdominales sobre el útero.

CHROBAK comienza ligando los ligamentos anchos y seccionándolos hasta el límite de sus inserciones vaginales.

En las caras anterior y posterior del útero, desprende dos colgajos peritoneales bastante anchos, que despega hasta las inserciones vaginales del cuello.

El útero se amputa entonces en su totalidad, exceptuando una pequeña fracción del cuello, que corresponde á la implantación de la vagina.

La cavidad cervical y la superficie de sección se cauterizan energicamente con el termo-cauterio y se canaliza la cavidad del cuello con una mecha de gasa yodoformada.

Los muñones de los ligamentos anchos se suturan entre sí por encima del fragmento cervical y el todo se cubre á su vez con los colgajos peritoneales, tallados anteriormente.

El muñón y las suturas ligamentosas, se encuentran cubiertas por una superficie peritoneal sana, que evita los temores de infección por las suturas.

TECNICA DE BAER.

Muy semejante á la anterior.

BAER practica la sutura en cadena de los ligamentos anchos y los secciona entre la ligadura y una pinza larga colocada rasando el útero. Hecho esto, corta el peritoneo circularmente á un centímetro distante del pliegue visico-uterino. Despega el peritoneo adelante y atrás, hasta descubrir el cuello, y liga las arterias uterinas en la base de los ligamentos anchos. Corta el útero lo más abajo posible y cubre el muñón cervical, suturado sobre él, el peritoneo.

Este procedimiento recuerda en sus puntos principales el de CHROBAK

TECNICA DE TERRIER.

Posición de Trendelenburg.—Se tira el útero hacia arriba y se exterioriza, sea por medio de fuertes pinzas dentadas, sea por medio del tirabuzón de H. DELAGENIÈRE, ó por medio de muerig-

na especial, que es muy cómoda y que no estorba de ninguna manera las maniobras subsecuentes.

Ligadura en cada lado de los anexos, por medio de un hilo doble: uno de los nudos queda sobre el útero, el otro sobre el pedículo útero-ovárico. En algunos casos, para impedir el deslizamiento de los nudos, TERRIER hace tres: uno sobre el pedículo uterino y dos sobre el anexial.

Se corta entre las dos ligaduras y se resecan los anexos: trompa y ovario.

En los casos de lesiones anexiales: quistes, salpingitis piouísticas ó no, hemosalpinx, etc., el primer tiempo debe ser absolutamente idéntico al de una operación de ooforo-salpinguectomía doble, presentando ó no las lesiones que motivan la intervención, adherencias al fondo de Douglas y á la cara posterior del útero.

El *segundo tiempo* consiste en tallar un colgajo convexo hacia arriba y terminando lateralmente sobre los muñones de los pedículos útero-anexiales ya ligados.

Comunmente es tarea fácil la talla de este colgajo que, en su marcha progresiva, permite aislar la vejiga y descubrir las arterias uterinas en las regiones laterales del cuello uterino.

Tercer tiempo.—El colgajo anterior bien despegado y sostenido con pinzas de presión, TERRIER ataca el útero después de haber asegurado la hemostasis, sea con pinzas hemostáticas fuertes, colocadas lateralmente sobre las arterias uterinas, sea, lo que es preferible, después de haber descubierto, aislado y ligado convenientemente el tronco del vaso principal del útero.

TERRIER corta entonces con el bisturí la porción supra-vaginal del útero, para darse espacio y poder terminar cómodamente la operación. Si hay pequeños vasos que sangren, coloca pinzas de KOCHER.

En el *cuarto tiempo* abre los fondos vaginales comenzando hacia adelante, guiándose por una pinza curva larga, colocada en el canal vaginal, que al separar sus ramas, hace un surco útil para la incisión. Antes de introducir esta pinza-guía en la vagina, se ha tenido cuidado de tomar el muñón uterino por medio de una pinza fuerte de RICHELLOT, que permite dirigirlo hacia arriba.

El cuello desinsertado hacia adelante, hacia los lados y luego hacia atrás, se extrae como un verdadero tumor. Si hay vasos vaginales abiertos, se toman con pinzas, y no se ligan sino los más voluminosos.

Luego procede TERRIER á suturar la vagina, cerrando absolutamente su cavidad, aplicando el borde anterior de la sección contra el borde posterior, mediante una sutura cuidadosa, sea en hilván, sea entrecortada. Una vez cerrada la vagina, se suturan por medio de un hilván dirigido de un pedículo ovárico al otro, el ligamento ancho de un lado, el colgajo peritoneal anterior, que se une con el peritoneo del fondo recto-vaginal, y por último, el ligamento ancho del lado opuesto:

Se cierra, como es debido, la cavidad abdominal.

TECNICA DE PEAN.

PRIMER TIEMPO.—Incisión sobre la línea media, abertura de la cavidad abdominal y destrucción de las adherencias, si existen.

SEGUNDO TIEMPO.—PEAN atraviesa el tumor uterino con un trócar curvo, con mango, construido especialmente para este objeto y que le permite tirar hacia afuera el útero y su tumor.

TERCER TIEMPO.—Corta el ligamento ancho izquierdo, liga las ramas de la arteria útero-ovárica.

CUARTO TIEMPO.—Introduce una sonda en la vejiga y un dedo en el recto para guiarse, y mientras que un ayudante comprime entre sus dedos los ligamentos anchos y otro hace bascular el fondo del útero hacia la derecha y hacia atrás, desprende el peritoneo y la vejiga que cubren el cuello uterino sobre la cara anterior, y abre el fondo vaginal correspondiente con un bisturí.

QUINTO TIEMPO.—Por esta abertura PEAN introduce una aguja armada con un hilo metálico doble, resistente, que pasa al través del fondo de la vagina, contorneando el cuello de adelante hacia atrás, pasa abajo de la arteria uterina derecha y sale por la línea media, abajo del peritoneo que separa el cuello de la cara anterior del recto: retira después la aguja dejando colocado el hilo doble, y corta el asa de este hilo, á fin de obtener dos hilos separados, bien que reunidos.

SEXTO TIEMPO.—Tomando las extremidades libres del hilo izquierdo, PEAN liga la base del ligamento ancho izquierdo, de modo que asegure una buena hemostasis.

SÉPTIMO TIEMPO.—Confía el útero á un ayudante, quien lo hace bascular, mientras que PEAN corta transversalmente, de izquierda á derecha, el fondo de la vagina y la arteria, que liga. Aprieta el hilo que está colocado al pie del ligamento ancho derecho y le

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

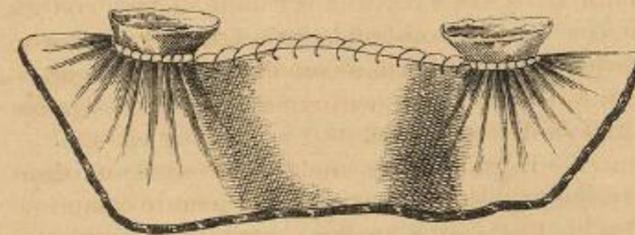


Fig. 68.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento de DRAGENTÈRE.

desprende de abajo hacia arriba de sus conexiones uterinas, cortando precisamente entre la ligadura metálica y el cuerpo del útero.

OCTAVO TIEMPO.—Una vez extraído el útero, cauteriza PEAN la superficie de sección de los ligamentos anchos con el termo-cauterio, aprieta aun más las ligaduras metálicas de los ligamentos cauterizados, tuerce las extremidades y corta arriba del nudo de torsión. Aproxima la una hacia la otra las dos superficies de sección ligamentosa y las sutura así reunidas. Hace la *toilette* del peritoneo.

NOVENO TIEMPO.—Cierra la herida abdominal por medio de suturas metálicas.

TECNICA DE TH. JONNESCO.

PRIMER TIEMPO.—Laparotomía en la posición de Trendelenburg y aislamiento de los órganos abdominales, por medio de compresas asépticas.

SEGUNDO TIEMPO.—Exploración de la pelvis. Destrucción de las adherencias.

TERCER TIEMPO.—Si el útero es pequeño, se aplica sobre su fondo una pinza de MUSSEUX, que se confía á un ayudante, el cual por tracciones suaves y sucesivas trae el órgano junto con sus anexos, hasta el nivel de la herida abdominal; si el útero es voluminoso, la tracción no es necesaria, pues por su propio peso el útero salido del vientre tiende sus ligamentos. Se comienza el aislamiento de los anexos por el lado izquierdo, es decir, por el correspondiente al operador. Bajo cada uno de los dos paquetes vasculares, pedículo anexial y ligamento redondo, se pasa con la aguja de COOPER un hilo de seda doble y se hacen dos ligaduras para practicar la sección entre ellas. La misma maniobra se repite del lado derecho. Se halla entonces el operador en presencia del útero con sus anexos adheridos lateralmente, y éstos aislados de sus conexiones pélvicas, sin que durante el acto operatorio se haya derramado ninguna cantidad de sangre.

CUARTO TIEMPO.—Incisión del fondo peritoneal vesíco-uterino. Desprendimiento de la vejiga. Abertura del fondo vaginal anterior. Pellizcamiento y luxación del cuello uterino. Aislamiento, ligadura y sección de las arterias uterinas. Circuncisión del cuello del útero. Después de haber cortado transversalmente y sin

conductor el fondo peritoneal vesíco-uterino, se despega la vejiga del útero y de la vagina con el dedo; ó si las adherencias son muy íntimas, con tijeras curvas, siguiendo exactamente la pared uterina para evitar la ruptura de la vejiga; las arteriolas vesicales abiertas no exigen hemostasis. Después se abre el fondo vaginal anterior al nivel del cuello uterino, fácil de determinar por la palpación entre el pulgar y el índice izquierdos. Una pinza de MUSSEUX se aplica sobre el labio anterior del cuello, que el ayudante tira hacia arriba y luxa hacia adelante.

De cada lado del cuello se despega, con la pinza de disección y una sonda acanalada, la hoja peritoneal anterior del ligamento ancho, en una dirección oblicua hacia abajo y adelante y se perciben en el tejido celular subperitoneal, flanqueando el cuello del útero, las arterias uterinas, flexuosas, latiendo y á menudo muy voluminosas. Se les aísla de las venas que las acompañan, y á uno y medio ó dos centímetros afuera del borde uterino, es decir, antes de haber encontrado las ramas vaginales y vesicales, se ligan las arterias y se las secciona entre dos ligaduras. Por lo común no se ve el uréter; mas si apareciese, se le separa fácilmente, sin exponerle al peligro de ser herido ó ligado. Después de haber ligado y seccionado las dos arterias uterinas, se termina la amputación del útero, cortando la vagina en todo el contorno de sus inserciones uterinas, laterales y posteriores. La pieza extraída está formada por el útero, cuyo cuello disecado presenta un pequeño collar correspondiente á las inserciones vaginales y de cuyos cuernos laterales penden flácidos ambos anexos.

QUINTO TIEMPO.—Tratamiento subperitoneal del pedículo; oclusión del piso pélvico peritoneal y sutura del borde seccionado de la vagina. Con una sutura en hilván, hecha con catgut ó seda, se cierra el peritoneo pélvico de izquierda á derecha. Los pedículos anexiales se colocan bajo el peritoneo: éste se sutura á la manera de LEMBERT. El orificio vaginal se cierra si la operación ha sido aséptica, ó se deja abierto para permitir la canalización de la pelvis por la vagina, si el contenido de los anexos supurados se ha derramado en la pelvis.

SEXTO TIEMPO.—Oclusión de la cavidad abdominal haciendo la sutura en cuatro planos: uno peritoneal, otro músculo-aponeurótico, un tercero subcutáneo y el último intradérmico.

II

METODO DE HISTERECTOMIA VAGINAL.

Diariamente parece disminuir la práctica de la histerectomía por la vagina.

El procedimiento vaginal que en un tiempo fuera cuna de la histerectomía, hoy cede su puesto al abdominal.

Sin embargo, no desmerece la bondad de él en ciertas indicaciones, y aquí, como en todo punto de terapéutica quirúrgica, pueden hallarse notables ventajas, siempre que se realicen las verdaderas indicaciones y se conozcan las técnicas de los procedimientos en sus numerosos detalles.

La extirpación del útero por la vagina es una operación sencilla y rápida, cuando el útero es poco voluminoso y sus adherencias orgánicas inflamatorias suaves.

Puede transformarse en una operación laboriosa y difícil en casos contrarios, y el cirujano no debe nunca olvidar los tropiezos y vicisitudes de ella.

TECNICA.

La enferma se coloca en la posición dorso-sacra, los muslos levantados y en aducción, una valva ancha y corta deprime la horquilla y facilita el acceso de la luz á la vagina,

El cuello se fija con pinzas de tracción y se abate todo lo posible. Suele suceder que el tejido cervical esté quebradizo y blando y no resista las tracciones de las pinzas: colóquense varias en los labios anterior y posterior, úsense las de ancha superficie de presión, ó tómese el cuello en conjunto con una de varios dientes.

Puede facilitarse el descenso del órgano haciendo presiones sobre su fondo, al través de las paredes abdominales.

PRIMER TIEMPO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL.—El cuello fuertemente dirigido hacia adelante, tiende el fondo vaginal posterior, que se divide lo más cerca posible de sus inserciones uterinas.

Rápidamente se llega al fondo de Douglas, que se perfora con