

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

el dedo, con tijeras ó con el mismo bisturí. Cierta cantidad de serosidad peritonealescurre regularmente al perforar el peritoneo.

La extremidad de una pinza larga de RICHELOT, se introduce cerrada por la pequeña abertura del peritoneo y se retira abierta en toda su extensión. El ojal peritoneal se desgarrará y amplía, sin ocasionar escurrimiento sanguíneo.

El corte vaginal posterior sangra abundantemente y aun pueden verse surgir los pequeños chorros de dos ó tres arteriolas.

Algunas pinzas largas aplicadas en los puntos que sangran, terminan rápidamente con la hemorragia.

MARTIN aconseja practicar la sutura transversal del corte de la vagina, por medio de la aguja de DESCHAMPS; (figuras números 75 y 76) TANGER aplica el termo-cauterio como hemostático; pero comunmente nada de esto se necesita, y la pequeña hemorragia se detiene sola.

Si en este momento alguna asa de intestino hiciere irrupción en la vagina, se la reducirá y contendrá por medio de una compresa aséptica.

El índice de la mano derecha, introducido en la cavidad peritoneal, al través de la incisión de la vagina, reconoce la cara posterior del útero, la existencia y naturaleza de las adherencias, el estado de los anexos y la ausencia ó presencia de colecciones líquidas ó de infiltraciones organizadas.

Si las enseñanzas de esta exploración impelen al cirujano á extraer todo el útero, procédase inmediatamente al segundo tiempo; mas si alguna esperanza ofreciese el estado del órgano de poder ser conservado, ó se encontrasen lesiones periféricas tales, que la histerectomía se pudiese considerar poco útil ó se temiese algún fracaso quirúrgico, límitese la intervención á esta colpotomía posterior, tratando de obtener de ella el máximum de ventajas posibles para la enferma.

SEGUNDO TIEMPO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL.—El cuello abatido y dirigido hacia atrás, se completa adelante y lateralmente la sección periférica de las inserciones cervicales de la vagina.

Hacia adelante hay que cuidar de aproximarse lo más posible al tejido uterino, á fin de alejarse de la vejiga.

Una sonda introducida en el receptáculo de la orina, hará más fácil el reconocimiento de sus límites. Cuando se tiene cierta práctica en esta operación, y el dedo suficientemente educado, la sonda es inútil.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

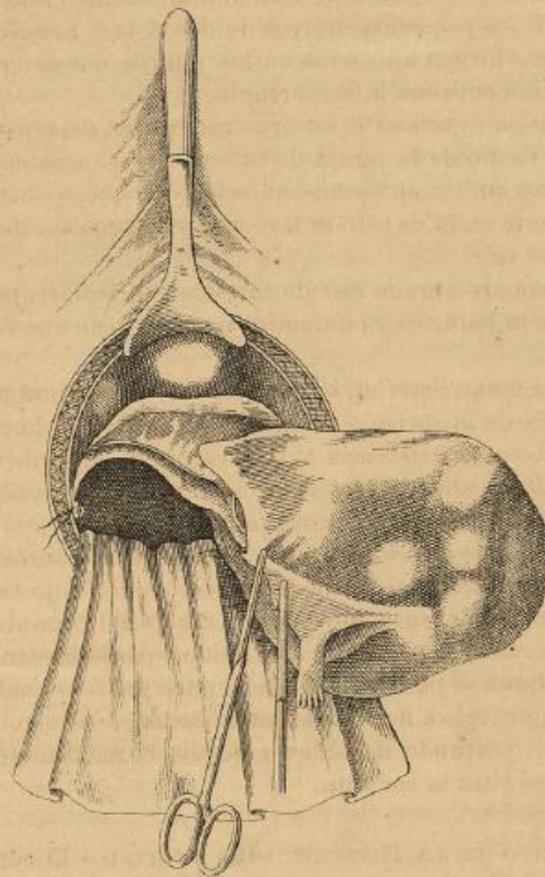


Fig. 69.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento americano.

Lateralmente la incisión será conducida con precaución á fin de evitar en lo posible el encuentro de las arterias uterinas. Sin embargo, la división ligera del borde inferior de los ligamentos anchos facilita las maniobras de abatimiento del útero.

Se lleva el despegamiento de la vejiga sobre la cara anterior del útero, lo más alto posible, verificándolo con el dedo índice y cuidando mucho de desnudar el órgano sin violencias que puedan comprometer las paredes vesicales.

Si el tejido peri-uterino, esclerosado y duro, ofreciese mucha resistencia á la acción del dedo, se utilizarán las tijeras curvas de punta roma. Introducidas cerradas sobre la cara anterior del útero, se abren al retirarse. La maniobra es exactamente igual á la empleada en la enucleación del ojo, para el despegamiento de la conjuntiva ocular.

Lograda la separación completa de la vejiga y abierto el fondo peritoneal vésico-uterino, se practica en la cara anterior del útero la misma exploración que en la posterior, tratando de librarla de aquellas adherencias que fueren susceptibles de ceder ante las ligeras presiones del dedo.

TERCER TIEMPO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL.—La excisión del útero comienza verdaderamente en este momento.

Varios son los métodos que se pueden seguir para lograrla.

- I. *Sección primitiva de los ligamentos anchos, previa hemostasis.*
- II. *Sección media del útero, seguida de hemostasis y división de los ligamentos anchos.*
- III. *Método mixto.*

PRIMER MÉTODO.—*Sección primitiva de los ligamentos anchos, previa hemostasis.*—Los procedimientos que permiten realizarlo son también variados.

PRIMER PROCEDIMIENTO.—*Excisión total del útero por sección bilateral.*—Estando ya el útero bien libre de sus inserciones vaginales, se le hace bascular hacia atrás. Para lograrlo se toma el fondo del órgano con los dedos con erignas, ó mejor aún con una pinza de MUSSEUX, curva, y se intenta atraerlo hacia la vagina, al través de la abertura del fondo de Douglas.

Si se experimentase dificultad ó resistencia notable en la eje-

cución de la maniobra, se practicará la sección de la base de los ligamentos anchos, pediculizando pequeñas porciones de ella, con ligaduras de seda.

Cuando la retroversión del útero se ha conseguido, los ligamentos se encuentran torcidos, y el borde superior de ellos, portador de los anexos, se presenta por la vagina.

Inmediatamente se hace la ligadura en cadena, ó en pequeñas porciones, del ligamento izquierdo, y se secciona rápidamente, separando el ovario y la trompa juntamente con el útero.

Dividido el ligamento izquierdo el órgano cae en la vagina, sostenido únicamente por el ligamento lateral derecho.

La ligadura de este último es muy fácil, y el útero no tarda en quedar completamente separado.

Si la estrechez de la vagina ó el volumen del útero impidiesen la maniobra de la retroversión, se pueden ir ligando y seccionando los ligamentos anchos, en pequeñas porciones, de uno y otro lado, hasta desprender totalmente el órgano. La aguja de DESCHAMPS facilita esta maniobra.

La hemostasis por medio de ligaduras, puede reemplazarse ventajosamente con el empleo de la forcipresión constante.

SPENCER-WELLS y RICHELOT son los verdaderos iniciadores y propagandistas de este modo de hemostasis.

Desde que los ligamentos anchos y el útero son bien accesibles, se toman aquellos entre los dedos de la mano izquierda, y con la derecha se trata de introducirlos entre las ramas abiertas de la gran pinza de hemostasis, llamada de RICHELOT.

Menester es vigilar muy atentamente que no se introduzcan entre las ramas de las pinzas y el ligamento correspondiente, asas de intestino ó porciones de epiplón. Se cuidará también que la pinza se aplique á un centímetro afuera de los bordes del útero, y que pase uno ó dos centímetros en altura el borde superior del ligamento. La sección se hará rasando el tejido uterino.

Para la hemostasis de cada ligamento es preferible utilizar dos pinzas en vez de una sola. Aplicadas éstas en la mitad inferior de los ligamentos, que se seccionan, se hace bascular el útero hacia atrás, aplicándose otras en el borde y mitad superiores, antes de terminar la liberación uterina.

SEGUNDO PROCEDIMIENTO.—Excisión total del útero por fraccionamiento valvular.—Consiste especialmente en un fraccionamiento del útero, por regiones sucesivas que se dividen después de obtener la hemostasis.

Los ligamentos se dividen en secciones pequeñas que se cortan á medida que se ligan.

Las porciones de útero comprendidas entre dos ligaduras ligamentosas, se cortan en dos mitades y se amputan parcialmente. Nunca se debe amputar un fragmento ó colgajo uterino, sin asir previamente el órgano con una pinza en el lugar de sección.

SEGUNDO MÉTODO.—Sección media del útero, seguida de hemostasis, y división de los ligamentos anchos.

TECNICA DE MULLER Y DE QUENU.

Dos pinzas de tracción se colocan lateralmente á derecha é izquierda del orificio cervical: con unas tijeras fuertes se practica la sección completa del cuello. (Figura 77.)

Las pinzas se retiran de su lugar primitivo y se colocan más alto, sobre el límite de la sección mediana cervical.

Nuevas tracciones abaten más el útero; el dedo aísla bien sus caras anterior y posterior, y se continúa hacia arriba la división comenzada con las tijeras sobre el cuello.

A medida que se descubre la cavidad uterina, se toca la mucosa con solución fuerte de ácido fénico, con cloruro de zinc, termo-cauterio, etc.

Así sucesivamente, subiendo el punto de implantación de las pinzas y prolongando la incisión, se llega rápidamente á dividir el útero en dos mitades.

La hemostasis se realiza por medio de la ligadura ó la forcipresión de los ligamentos, y se cortan las mitades uterinas sobre sus inserciones laterales. (Figura 78.)

TECNICA DE DOYEN.

Aislado el cuello de sus relaciones vaginales, despegada completamente la vejiga hacia adelante, y libre el útero hacia atrás, se colocan dos pinzas de tracción en los ángulos laterales del orificio cervical, y con unas tijeras fuertes se divide todo lo posible del labio anterior. (Figuras números 79, 80, 81, 82 y 83.)

Las pinzas que estaban colocadas en las partes laterales del

cuello, se retiran y se aplican simétricamente en uno y otro borde del ángulo superior, que forma la incisión del cuello. (Fig. 84.)

Cuidese mucho de no retirar simultáneamente las dos pinzas, sino de fijar constantemente el útero abatido con una u otra de ellas. (Figura 85.)

Colocadas ya las pinzas en el ángulo de la incisión cervical anterior, se prosiguen con más vigor las tracciones sobre el útero, con el objeto de descubrir una extensión mayor de su borde anterior.

Logrado esto, las tijeras prolongan la incisión cervical sobre el cuerpo del útero, hasta donde sea posible; y así subiendo las inserciones de las pinzas y prolongando la incisión hacia arriba, se llega hasta el fondo del órgano y se realiza la hemisección de la pared anterior del útero. (Figura 86.)

Las tracciones de las pinzas permiten atraer hacia la vulva el fondo uterino, abierto en su parte anterior. (Figura 87.)

Cuando el útero y los anexos son poco voluminosos y están libres de grandes adherencias, estos últimos se presentan siguiendo el fondo uterino, al través de la incisión vaginal anterior.

Basta tirar un poco más del cuerpo del útero y dirigirlo hacia la derecha del operador, para poder reconocer libremente los anexos derechos, y basta aplicar una pinza larga y fuerte sobre el ligamento ancho correspondiente, pediculizando el ovario y la trompa, para libertar el cuerpo uterino, seccionando sus inserciones laterales correspondientes.

Libre el órgano de ese lado, es muy fácil repetir la maniobra sobre el ligamento del lado opuesto, y el útero queda enteramente desprendido y sale junto con los anexos. (Figura 88.)

OTRA TECNICA DE DOYEN.

Asido el cuello uterino por sus comisuras laterales, se practica la hemisección del cuello hacia adelante.

Bien protegida la vejiga por medio de un separador, se ataca el tumor uterino hacia su polo inferior con el tubo cortante, á modo de hacer el vaciamiento de él. (Figura 89.)

Una vez disminuído el volumen del neoplasma todo lo posible, se traza en la cara anterior del útero una incisión profunda en V: el vértice de la V corresponde al borde libre del cuello, y una de sus ramas coincide con la incisión primera del mismo cuello.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

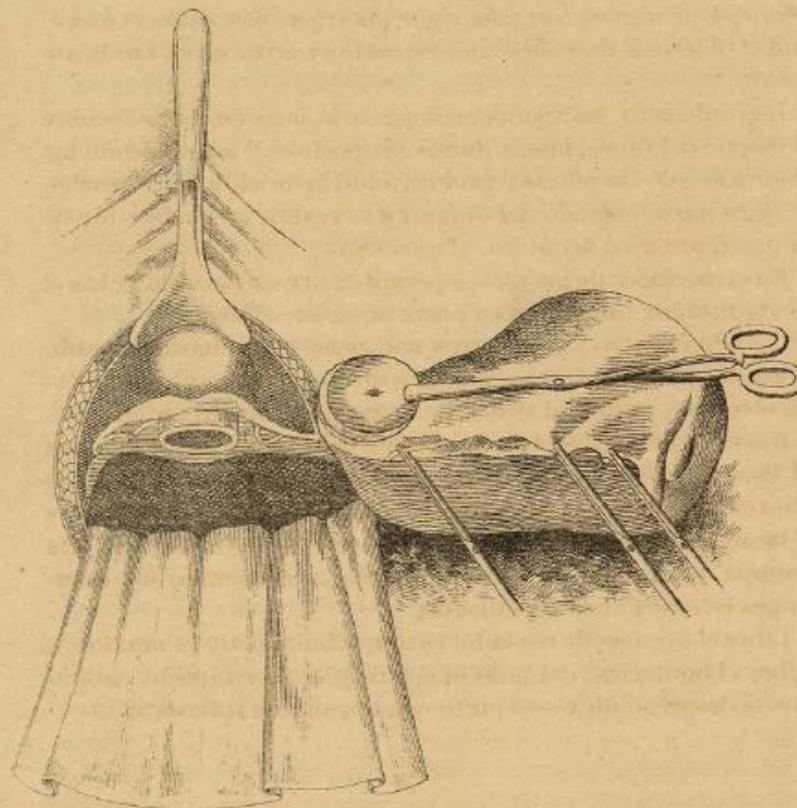


Fig. 70.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento americano.

La extremidad inferior del colgajo se toma fuertemente con una pinza, y en él se traza otra nueva V, más pequeña que la primera.

Uniendo por incisiones transversales las ramas de las dos V, se obtienen colgajos en forma de rombos, que se extirpan con unas tijeras fuertes curvas y pinzas de MUSSEUX.

El tumor bascula hacia adelante. De V en V y resecaando rombos siempre hacia arriba, se llega hasta alcanzar el fondo del útero.

Las mismas maniobras pueden repetirse hacia atrás, si se estima conveniente.

Una vez alcanzado el fondo del órgano, se le toma vigorosamente con una pinza-erigna y se le trae hacia la vulva, practicando la resección en rombos de su cara anterior ó la fragmentación en escala, si es posible.

TERCER MÉTODO.—*Método mixto.*—SEGOND es el propagador de este modo de extracción del útero.

Comienza por verificar el fraccionamiento del cuello, según el modo de PEAN, cuidando desde luego, de asir, ligar y seccionar la base de los ligamentos anchos y los ligamentos útero-sacros.

Continúa haciendo el despedazamiento de la cara anterior del útero, en lo posible, por cortes longitudinales.

Fija el fragmento por quitar con dos pinzas de tracción, una á la derecha y otra á la izquierda. Comienza la incisión hacia la derecha, llevando el filo del cuchillo dirigido un poco hacia arriba, y se detiene á la altura que cree conveniente.

Por medio de otra pinza de tracción, que hace sostener por un ayudante, toma el cuerpo del útero en el labio superior de la incisión.

Vuelve de nuevo á traer su incisión de izquierda á derecha, hasta encontrar la trazada primitivamente, y ese fragmento de útero se desprende.

El resto del órgano queda fijo por la pinza que sostiene el ayudante.

Continúa así, hasta lograr invertir el fondo. Conseguido esto, aplica dos pinzas sobre los restos de los ligamentos anchos y corta en block el fondo uterino.

CUARTO TIEMPO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL. —Una vez extraídos el útero y los anexos, se procede á practicar el aseo del campo operatorio.

Por medio de separadores anchos se abre bien la vagina y se

extraen todos los coágulos con esponjas, ó mejor con tapones de algodón montados en pinzas, y se vigila que la hemostasis sea perfecta, muy especialmente en el corte posterior de la vagina, que siempre sangra.

La mayor parte de los operadores se limitan á llenar suavemente la vagina con gasa yodoformada. Más correcto es unir los cortes vaginal y peritoneal por medio de algunos puntos de sutura y estrechar la abertura vagino-peritoneal de la misma manera.

Si se dejan pinzas á permanencia, se las envolverá bien con gasa yodoformada; el peritoneo se canaliza si se cree prudente, y la vagina se llena con tiras de gasa yodoformada, ligeramente comprimidas.

PROCEDIMIENTOS PARTICULARES.

TECNICA DE TUFFIER.

Este autor practica la histerectomía vaginal sin pinzas ni ligaduras, y en su procedimiento realiza la hemostasis por medio de un instrumento especial, que llama *angiotribo*. (Figura 90.)

La técnica es por demás sencilla:

TUFFIER practica la ablación del órgano siguiendo las reglas generales de la histerectomía vaginal; pero cuando el útero ha basculado, en vez de asir los ligamentos anchos con pinzas de forcipresión permanentes, los aprieta fuertemente entre las ramas de su *angiotribo*, que retira inmediatamente después.

Si la histerectomía presenta dificultades y se hace menester practicar el fraccionamiento del útero, el autor de este método comienza por asegurar la hemostasis por medio de pinzas comunes; pero cuando la operación está terminada, las reemplaza por su *angiotribo*, haciendo el machacamiento de los ligamentos según va retirando las pinzas. (Figuras números 90, 91, 92 y 93.)

Para practicar la hemostasis por medio del *angiotribo*, TUFFIER aconseja apretar completamente las ramas del instrumento, y vigilar que durante el esfuerzo de presión, no se hagan estiramientos sobre los ligamentos anchos.

TUFFIER ha ejecutado así la extirpación de veintitrés úteros,

con el resultado siguiente: Una de las operadas murió de septicemia peritoneal, otra murió de congestión pulmonar, y las veintiuna restantes curaron perfectamente.

TECNICA DE L. M. BOSSI.

Comienza siempre por hacer las ligaduras vasculares, á fin de no embarazar el campo operatorio con las pinzas. Cuando las condiciones anatómicas lo exigen, asocia los dos métodos de hemostasis: las ligaduras y la forcipresión.

No utiliza valvas vaginales —salvo el caso de una hemorragia durante la operación,— y las substituye por los dedos de un ayudante, dejando así más libertad para la acción de los dedos del operador.

Practica la oclusión de la brecha vagino-peritoneal en un número muy reducido de casos, pues sostiene que la abertura amplia del peritoneo pélvico es una de las mejores garantías para la curación de la operada.

Bossi limita el despedazamiento de los neoplasmas uterinos, á modo de no perder la continuidad y la orientación del tumor.

Refiere veintisiete casos de histerectomía vaginal operados por él, por medio de su procedimiento, de Noviembre de 1895 á Noviembre de 1896, todos con éxito.

TECNICA DE V. PAUCHET.

El abatimiento del útero se hace, en los casos sencillos, por la hemisección de QUÉNU-MÜLLER; en los difíciles, por fraccionamiento. Sea cual fuere la maniobra, sucede que llega un momento en que se tienen fuera de la vulva, á derecha é izquierda, dos fragmentos de útero, con sus anexos correspondientes, pendientes de los ligamentos anchos.

Los ligamentos anchos se atraviesan por medio de una aguja que conduce un hilo doble; éste se cruza; sus cabos superiores se anudan sobre la parte superior del ligamento, adentro de los anexos; sus cabos inferiores, aprietan la base del mismo ligamento; un corte con las tijeras separa la masa útero-anexial del muñón ligamentoso; un hilo de reforzamiento asegura la estabi-

lidad de la mucosa, y para terminar, se fijan los muñones en la cavidad vaginal, á fin de facilitar su eliminación.

De los resultados obtenidos en sus operaciones, V. PAUCHET deduce las conclusiones siguientes:

I. La castración vaginal total debe hacerse, según los casos, por medio de pinzas á permanencia ó por medio de ligaduras. Cada uno de estos métodos tiene sus indicaciones propias, formuladas há tiempo ya por Pozzi.

II. Se recurrirá á la forcipresión en los casos difíciles, tales como: supuración pélvica, grandes fibromas, celulitis no supuradas, estrechez excesiva de la vagina ó duración extraordinaria de la intervención operatoria.

III. La castración vaginal total terminada por ligaduras presenta las siguientes ventajas: el arsenal operatorio es insignificante, los cuidados post-operatorios son menos complicados, y es inútil sondear á la enferma ó inyectarle morfina. No hay hemorragia que temer después de la operación ó al retirar las pinzas; no hay dolores durante 48 horas, como después de la histerectomía con pinzas; ninguna precaución hay que tomar para inmovilizar á la enferma en su cama; y finalmente, el escurrimiento vaginal es insignificante.

TECNICA DE M. STRAUCH.

Abatida la porción vaginal, se hace una incisión circular de la mucosa por medio de las tijeras de COWPER; se abre al mismo tiempo el fondo de Douglas, se despega por medio del dedo la vejiga del útero y de los ligamentos anchos. Se introduce en el fondo vaginal anterior, ya abierto, una valva que protege la vejiga é impide la salida de los intestinos y se trae el útero con los anexos hacia la vulva; si es preciso, se hace la hemisección ó el despedazamiento del útero. Se aplica una ligadura elástica sobre cada ligamento ancho, sostenida por otra con seda. Uno ó dos puntos de sutura disminuyen la amplitud del corte vaginal.

El autor ha operado así veintitres enfermas, sin haber observado jamás accidentes.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

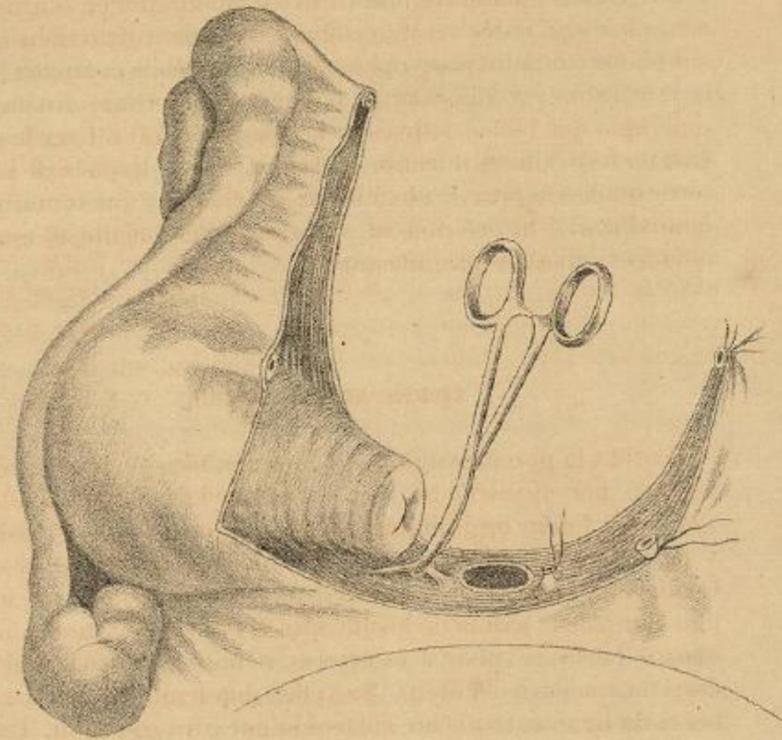


Fig. 71.—Histerectomía abdominal total, por salpingo ovaritis, (según KELLY.)
—Procedimiento americano. El útero, separado á la izquierda de sus inserciones ligamentosas, está inclinado á la derecha.

TECNICA DE BILLROTH.

Tomaba el cuello uterino con dos pinzas erignas, y reforzaba las tracciones por medio de un hilo grueso de seda que pasaba al través del cuello uterino.

Una vez cortada circularmente la vagina, hacía la disección del cuello del útero con los dedos, ó por medio de instrumentos romos: los vasos los ligaba á medida que sangraban. Para evitar herir la vejiga, BILLROTH recomendaba dirigirla hacia adelante por medio de una sonda de hombre introducida en la cavidad, con el pico dirigido hacia abajo. Cortaba los ligamentos anchos, derecho é izquierdo, después de haberlos ligado separadamente por medio de hilos de seda gruesa, cuyas extremidades, una vez anudadas, dejaba pendientes en el interior de la cavidad de la vagina.

Una vez hecha esta maniobra, cortaba el fondo útero-rectal, dejando un puente peritoneal aun sin cortar. Hecho esto, pasaba seis ó siete hilos en el borde posterior de la herida del fondo vaginal posterior, dividía rápidamente las porciones del peritoneo aún adherentes al útero, extraía el órgano, pasaba por el labio anterior de la herida vaginal los hilos colocados en el posterior y afrontaba los dos labios anudando los hilos, que dejaba pendiendo en el interior de la vagina.

Los días subsecuentes hacía irrigaciones vaginales abundantes, con soluciones débilmente antisépticas.

TECNICA DE BAUM.

Al decir de SECHEYRON, BAUM proponía como medio hemostático la compresión abdominal de la aorta, durante toda la duración del trabajo operatorio. El fondo vaginal anterior era el primeramente atacado, y luego seguía la operación á semejanza de BILLROTH, difiriendo solamente en el cuidado que tenía de abatir fuertemente el útero, antes de operar la ligadura en masa de los ligamentos y su sección.

BAUM no cerraba enteramente la herida vaginal, sino que hacía la canalización de la pelvis.

TECNICA DE TEUFFEL.

Comenzaba atacando el fondo anterior; después del aislamiento de la vejiga, abría el fondo vaginal posterior, ligaba en masa y seccionaba los ligamentos anchos, haciendo, para terminar, la sutura de las heridas vaginal y peritoneal.

TECNICA DE SHROEDER.

Después del abatimiento del útero y de la incisión circular del cuello, desprendía por completo la vejiga y abría ampliamente el fondo de Douglas. Al través de esta abertura, tiraba del útero tomándolo del fondo por medio de dos dedos ó por medio de unas pinzas curvas de MUSSEUX. Introducía un dedo en la cavidad abdominal, y haciendo con él relieve en el fondo vaginal anterior, cortaba la vagina á este nivel. La matriz quedaba libre de sus inserciones anteriores y posteriores; ligaba en una ó varias porciones los ligamentos anchos y los cortaba cerca del útero, entre dos ligaduras. Todos los vasos gruesos que seccionaba, los ligaba aisladamente. Una vez extraído el útero, colocaba un tubo grueso en la pelvis y suturaba parcialmente la herida vaginoperitoneal.

TECNICA DE FRITSCH DE BRESLAU.

Empieza poniendo una ligadura profunda en masa que comprime los vasos sanguíneos principales, y su incisión inicial la hace amplia y alcanzando desde luego el pie de los ligamentos anchos.

El útero antevertido se trae hacia la vagina, al través del fondo vaginal anterior, previa desinserción de la vejiga.

Los ligamentos anchos se ligan en dos series y se seccionan: el útero sale enteramente libre.

TECNICA DE DUVELLIUS.

Este autor propone las siguientes modificaciones: después de haber abierto el fondo de Douglas, como de costumbre, ligado

los ligamentos anchos, desprendido la vejiga y puesto el útero en retroversión forzada, pasa la mano atrás de él y coloca tres ligaduras sobre los ligamentos anchos, vigilando que en la inferior quede comprendida la vagina, en la parte correspondiente á sus fondos laterales.

Una vez el útero separado de sus ligamentos laterales, bien ligados, se ven los dos pedículos ligamentosos hacer salientes en la cavidad de la vagina: dos hilos pueden reunirlos entre sí.

TECNICA DE LEOPOLD.

Procedimiento muy semejante al que conocimos ya, patrocinado por MARTIN.

A medida que va haciendo la desinserción vaginal del cuello, sutura los bordes de la incisión de la vagina con el peritoneo vesíco-uterino y recto-uterino, y practica la ligadura de la vagina y de los ligamentos anchos en pequeñas porciones, á fin de asegurar una completa hemostasis.

Una vez desprendido el útero, deja abierta la vagina, llenando el canal con tiras de gasa yodoformada suavemente comprimidas.

III

METODO DE HISTERECTOMIA ABDOMINO-VAGINAL.

La extirpación del útero por maniobras combinadas en la vagina y en el vientre, cuenta con dos métodos principales: el de PEAN y el de RICHELLOT.

PEAN, hace la extracción del cuello por la vagina y la del cuerpo por el abdomen; RICHELLOT, extrae todo el órgano por el vientre.

TECNICA DE PEAN.

Abierto el vientre y exteriorizado el útero con el tumor, PEAN forma un pedículo un poco arriba de las inserciones vaginales del cuello, y liga en este lugar con una asa metálica, por medio del ligador de CINTRAT.