

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.

Amputa el útero y anexos arriba de la ligadura, reduce el muñón en el vientre y cierra la herida abdominal.

Luego, por la vagina reseca el pedículo, recurriendo á la forcipresión de los ligamentos anchos en su base, y al fraccionamiento del cuello con los restos del cuerpo uterino que quedaron después de las maniobras abdominales.

TECNICA DE RICHELOT.

Una vez verificada la incisión abdominal, el útero se tira fuera de la cavidad, al través de la herida.—La ligadura elástica provisional no tiene razón de ser y no se utiliza.

La masa uterina se recuesta sobre el abdomen, tirada por varias pinzas de tracción, y sirve para ayudar á cerrar el ángulo superior de la herida.

Si el fibroma se desarrolla en el segmento uterino inferior ó se hunde y llena la excavación, es preciso hendir verticalmente el útero, enuclear el tumor en block ó por fraccionamiento, colocar algunas pinzas hemostáticas y cerrar la gran cavidad que se forma en el útero, mediante pinzas dentadas.

El útero vacío y flojo, deja ya toda libertad para obrar sobre sus bordes.

Con una incisión transversal, sobre la cara anterior del órgano, se talla un colgajo peritoneal, que va de un ligamento ancho al otro, comprendiendo el origen del ligamento redondo. Despégase y abátese este colgajo hacia la pequeña pelvis, á fin de alejarse de la vejiga y los uréteres.

El índice y el medius de la mano izquierda introducidos profundamente por la vagina, hacia adelante del cuello, hacen salir el fondo anterior, que se perfora y corta con tijeras.

Déjase la vagina, y por arriba se amplía la perforación vaginal desde un ligamento ancho al otro, utilizando el índice izquierdo como conductor.

Ahora se toma un ligamento ancho con toda la mano izquierda, el pulgar hacia adelante, los otros dedos hacia atrás; con unas tijeras cerradas perforase el fondo vaginal posterior, exactamente en sus límites con el ligamento ancho, y se retiran las tijeras abiertas.

Esta abertura está adentro de la uterina y lejos del uréter.

Entonces la gran pinza, que tiene 9 ó 10 centímetros de longi-

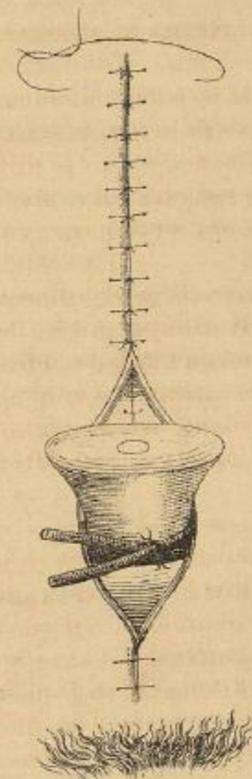


Fig. 72.—Pedículo abdominal, en la histerectomía supra-vaginal, fijo en la pared del vientre.

tud en las ramas, y que se cuida apriete igualmente en toda su extensión, se introduce por la vagina; la rama posterior penetra en el orificio hecho á la vagina, la anterior pasa por el corte vaginal anterior. (Figura 95).

Nada más fácil ya que comprender en la pieza todo el ligamento ancho, afuera de los anexos, se entiende.

Repítese la maniobra del otro lado, y se coloca otra pinza larga.

Se corta rápidamente sobre los bordes del útero, y la masa no queda detenida más que por las inserciones posteriores de la vagina, que unos cuantos golpes de tijera destruyen.

Una vez quitado el tumor, se toman por la vagina, con pinzas largas, los puntos que sangran en el corte vaginal posterior. (Figura 96.)

Se introduce una tira de gasa yodoformada en la vagina, que se comprime suavemente y se cierran las paredes abdominales. La operación está terminada.

Hay otros procedimientos de histerectomía abdomino-vaginal, tales como los de BARDENHEUER, de ROUFFART, de JACOBS y de LAMPHEAR; pero los principales son, indudablemente, los que hemos visto ya, los de PEAN y de RICHELLOT.

IV

METODO DE HISTERECTOMIA PERINEAL.

No conformes los cirujanos con las vías ya conocidas para atacar los órganos contenidos en la pelvis, han recurrido á nuevos procedimientos, que aunque parecen prometer bastante en el porvenir, hoy son casi considerados como estudios simplemente experimentales.

TECNICA DE OTTO ZUCKERKANDL.

ZUCKERKANDL, hace una profunda incisión que comienza un poco más arriba de la articulación sacro-coccigea y como á uno ó dos centímetros afuera de ella, y dirigiéndose hacia abajo, en una dirección ligeramente cóncava hacia afuera, la termina á dos ó tres centímetros distante de la horquilla.

Por esta incisión se penetra en la fosa isquio-rectal, se desinserta y reseca parte del gran gluteo, se dividen los ligamentos sacro-ciáticos, el elevador del ano, y se separa la vagina del recto.

Se cortan los fondos peritoneales y se procede á la histerectomía, según las reglas ya conocidas.

Una vez terminada la resección uterina, se ocluye la herida con suturas y se canaliza si es menester.

V

MÉTODO DE HISTERECTOMIA POR LA VIA SACRA.

TECNICA DE TERRIER.

La enferma se coloca en el decúbitus lateral derecho. Se hace una larga incisión que comienza en la espina ilíaca póstero-inferior izquierda y termina abajo del coxis.

Con un cincel se divide el sacro al nivel del tercer ó cuarto agujero sacro y se abate el fragmento huesoso.

Desviando el recto hacia la izquierda y abriendo el fondo peritoneal posterior, se llega sobre el útero y se ejecuta su resección.

SUTURA ABDOMINAL DESPUES DE LA LAPAROTOMÍA.

Sea en la histerectomía abdominal, sea en otra intervención quirúrgica cualquiera, la pared del vientre debe suturarse después de hecha la operación, llenando indicaciones inmediatas y tardías de extraordinaria importancia.

Una de las consecuencias más frecuentes y más desagradables de la laparotomía, es la hernia de la línea blanca. Esta hernia constituye por sí sola una amenaza para la vida ó una imposibilidad para la práctica de los quehaceres en la labor diaria: de aquí que requiera constantemente la práctica de una operación nueva y la exposición del operado ú operada, á nuevos peligros.

De este modo, la laparotomía primitiva, remediando una enfermedad, origina otra cuya curación es esencialmente operatoria y cuyo pronóstico no siempre será benigno.

La eventración post-operatoria, no sin razón, es un cargo tremendo que pesa sobre la laparotomía, y un motivo más para que los partidarios de la colpotomía, propaguen ardientemente sus procedimientos.

Es preciso que los laparotomistas se esfuercen en precaver á sus operadas de la hernia consecutiva, y el estudio de la sutura abdominal les ofrece un buen campo de experimentación y estudio.

Habitualmente se emplean tres métodos principales de sutura abdominal:

I. Sutura en masa.

II. Sutura por planos anatómicos y

III. Sutura mixta.

En el primer grupo, (Figura 97) se atraviesan todos los tejidos de la pared abdominal en conjunto, agregando suturas aisladas de la piel, si fuere necesario.

Durante el Congreso Médico Pan-Americano, celebrado recientemente en esta Ciudad, expuse mi primera serie de laparotomías y me mostré adversario de este sistema. Los distinguidos ginecólogos, Drs. TOMÁS NORIEGA y FRANCISCO HURTADO, tomaron la defensa de él, reconociéndole entre otras ventajas, la de su rapidez de ejecución y la de no haber observado ellos accidentes después de su empleo.

En la segunda variedad de suturas, (Figura 97) se vigila el afrontamiento cuidadoso y exacto de los diversos planos que constituyen la pared abdominal, y se colocan por lo común tres series de suturas, una en el peritoneo, otra en la aponeurosis y otra en la piel.

Y en la tercera, es decir, en la mixta (Figura 97) se combinan los procedimientos anteriores.

Se puede reunir al segundo grupo, la sutura en ocho, de SCHAEFER y KEHEER, que permite quitar fácilmente los hilos de la aponeurosis. (Figura 97.)

La sutura de PRIOR y de QUETREL, es por demás original, pero no ha tenido fortuna: estos señores suturan cuidadosamente el peritoneo, los músculos y la aponeurosis; pero el plano cutáneo-celular queda abierto y lleno con gasa yodoformada, á modo de producir la supuración y la cicatrización de la herida por la producción de yemas supurantes. Se obtendría así, en tres ó cuatro

semanas, una cicatriz gruesa y fuerte, que prestaría mucha solidez á la pared abdominal, al decir de PRIOR y de QUEIREL. (Figura 97)

En la cuestión de las suturas abdominales, preciso es estudiar las condiciones que debe tener una buena cicatriz abdominal, y luego la manera de lograrlas.

La parte más resistente del vientre y la que sufre mayores presiones, es incontestablemente *la zona de la línea blanca*. La aponeurosis abdominal anterior, es una espesa capa de tejido fibroso, constituida por las expansiones aponeuróticas de músculos tan poderosos como el grande oblicuo, el pequeño oblicuo y el transversal del abdomen: encierra, en su interior otro músculo no menos poderoso, el gran recto abdominal. (Figura 98.)

La mayor parte de las contracciones enérgicas del sistema muscular, hacen rudo eco sobre la *prensa abdominal*. En la presión del abdomen se reflejan desde el ligero ondular de la respiración, hasta el vigoroso esfuerzo del ejercicio muscular más intenso.

Todo este trabajo de energía y fuerza, halla en el abdomen el apoyo del esqueleto y la resistencia de las aponeurosis. Es precisamente sobre la línea blanca donde se verifica la resultante de las fuerzas musculares del abdomen, y es precisamente ahí, donde el cirujano destruye la continuidad de las resistencias.

El peritoneo es una membrana de revestimiento y un órgano esencialmente dispuesto para los deslizamientos: cede con facilidad suma ó se desgarrá. La piel, el más elástico y suave de nuestros órganos, es el tejido más susceptible de modificarse sin ofrecer seria resistencia. ¿Qué queda, pues, para resistir el empuje de las vísceras abdominales? ¿Cuál es el plano de resistencias que sujeta, oprime y forma barrera infranqueable, á los órganos del vientre? La aponeurosis.

Es ahí donde el cirujano dirigirá su atención, es ese su principal y único estudio. *La sutura de la aponeurosis, por sí sola, constituye el porvenir de toda la sutura de la herida abdominal, consecutiva de la laparotomía.*

Ahora bien, esta aponeurosis se puede encontrar de dos modos, según el camino que recorra el bisturí: ó forma una sola capa gruesa y muy resistente, si la hoja del instrumento recorre exactamente la línea media (Figura 98 A), ó constituye dos láminas delgadas y menos fuertes si la incisión está á derecha ó izquierda de la línea media. (Figura 98 B.) En el primer caso no se descubren los bordes de los músculos rectos, en el segundo sí. (Figura 98 A y B)

Suele suceder que aun cuando la incisión esté exactamente so-

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

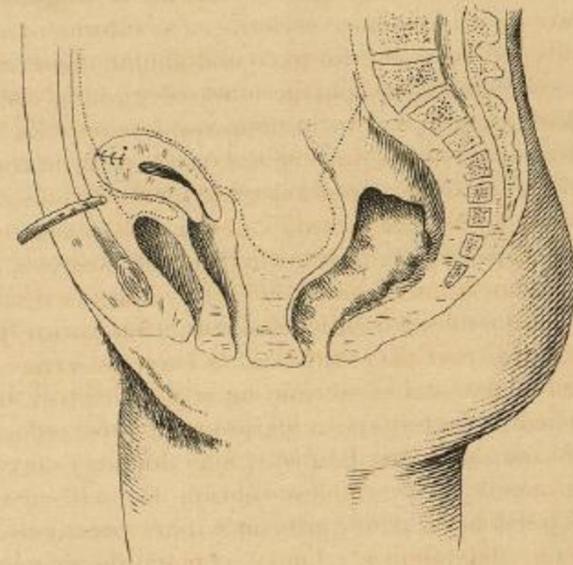


Fig. 73.—Canalización del pedículo. (Según WOLFLER-HACKER.)

bre la línea media, se descubran los bordes de los músculos rectos. Hay aquí una peculiaridad anatómica muy frecuente en la mujer mexicana y que no he visto jamás descrita en los tratados de Anatomía: los dos músculos rectos están comprendidos en un mismo y único lóculo aponeurótico, y sus bordes internos, contiguos, están separados únicamente por una pequeña lámina de tejido celular flojo. (Figura 99.) En estos casos hay que buscar este intersticio inter-muscular, para abrir el peritoneo sin maltratar el músculo. Recientemente practiqué en Zamora, Estado de Michoacán, cuatro ovariectomías consecutivas y las cuatro señoras ofrecían claramente esta modalidad anatómica: mucho insistí sobre esto, llamando la atención de las personas que me hacían el honor de acompañarme, entre las que recuerdo, los Sres. Dres. ALVAREZ, TORRES, MADRIGAL y ENRIQUEZ, del Cuerpo Médico de Zamora. Reasumiendo: ó el Cirujano encuentra una sola aponeurosis ó encuentra dos. En el primer caso, el plano de resistencia abdominal es homogéneo; en el segundo, está constituido por tejido fibroso y tejido muscular.

Esto es de capital importancia para la sutura: es la clave esencial del éxito.

En este caso la situación es más compleja: hay una vaina fibrosa que tiene dos paredes, una anterior y otra posterior; hay dos músculos enérgicos unidos por tejido flojo á modo de poder contraerse y deslizar con facilidad, y hay un tejido de conexión:

Aquí, para rehacer el plano de resistencia, hay que unir la hoja aponeurótica posterior, primero; el músculo, después; y la hoja aponeurótica anterior, al fin. Estas tres capas deben quedar suturadas aisladamente.

Algunas veces, durante mis laparatomías, suelo decir á mis amigos, en sentido ligero y familiar, que el secreto de la no producción de las hernias post-operatorias está en aplicar al abdomen la regla de cortesía y urbanidad siguiente: *dejar las cosas como se encuentran*.

Para que la cicatriz abdominal sea enteramente correcta, se debe procurar dejar los tejidos en las condiciones más análogas á las que guardaban antes de la incisión. Es decir, que salvo una ligera línea de cicatriz, el peritoneo debe continuarse con el peritoneo, la aponeurosis con la aponeurosis, el músculo con el músculo y la piel con la piel.

En el Congreso de Ginecología de Génova, LATZKO mostró una serie de preparaciones microscópicas hechas sobre cortes transversales de sutura abdominal, en mujeres muertas después de la

laparatomía. En ellas se veían tejidos no homólogos reunidos por tejidos de cicatriz, más ó menos abundante. Esto prueba que pueden cicatrizar tejidos no semejantes; pero esta reunión es defectuosa y débil.

El tejido cicatricial ofrece menos resistencia vital que los tejidos normales, y debe procurarse que sea lo menos extenso posible: de aquí que se busquen cicatrizaciones por primera intención constituidas exclusivamente por una línea de tejido nuevo.

Esta cicatriz no debe perturbar el funcionamiento de los órganos contenidos en la pared abdominal, y por lo tanto no ha de reunir el borde de los músculos rectos con las hojas aponeuróticas.

La reunión de los bordes de la aponeurosis debe ser exacta en toda la extensión de la herida. La aponeurosis debe rehacerse con toda esmerosa, suturando una con otra las hojas anterior y posterior, cuando no se divide con el bisturí exactamente sobre la línea media.

La protección de la cicatrización aponeurótica debe ser eficaz contra los estiramientos que las contracciones musculares hacen sufrir á la línea de reunión.

La verificación de estas condiciones debe realizarse en toda herida penetrante del vientre, ya sea quirúrgica ó no, ya se trate de vientres gruesos y tersos, ya de vientres delgados y flojos.

Examinemos ahora si las diversas suturas de vientre propuestas llenan todas las condiciones anteriores, es decir, homogeneidad en los contactos, pequeñez de la línea cicatricial, adherencias normales, exactitud en la reunión de la aponeurosis y protección al proceso cicatricial.

La primera variedad de las suturas, aquella que se verifica en masa (Fig. 97), no está en condiciones de garantizar la perfecta reunión de los planos, y mucho menos aún de realizar la coaptación perfecta y sólida de los bordes de la capa aponeurótica, delgados y móviles: al contrario, hay razón para suponer que esta coaptación no se haga y que pequeñas porciones de peritoneo, de músculo ó de tejido celulo-adiposo, se interpongan en la línea de reunión.

La segunda variedad, la sutura en planos, también es defectuosa. Los hilos de sutura, estrangulando los tejidos que comprenden, bajo la acción muscular, corren constantemente el riesgo

de desgarrar esos tejidos ó de romperse ellos mismos, dejando porciones débiles en la cicatrización de la herida.

La tercera forma de sutura, la mixta, es la única adecuada á las circunstancias y la que ofrece solamente ventajas reales para la correcta reunión abdominal.

La sutura mixta fué descrita por el cirujano de Norte América, WYLIE, en el año de 1887.

He aquí su técnica descrita por N. RATCHYNSKI, operador distinguido de San Petersburgo:

“La sutura mixta se aplica de la manera siguiente: se sutura en masa, por puntos profundos, todo el espesor de la pared abdominal; luego, antes de anudar los hilos de estas suturas, se reúnen por suturas la aponeurosis y después se anudan los hilos profundos. No queda más que reunir por puntos superficiales el corte de la piel.” (Fig. 97.)

En el Congreso de Ginecólogos, de Génova, durante 1896, AMANN (junior), describió un procedimiento de sutura mixta, empleando un solo hilo (Fig. 97). Esta sutura hace temer que una vez apretados los nudos, el fruncimiento de los tejidos impida la buena coaptación.

He aquí como procedo yo para la sutura de la pared abdominal (Fig. 100):

Inspirado en las costumbres de mi buen maestro, Dr. FRANCISCO DE P. CHACÓN, comienzo por aplicar una sutura en hilván en todo el corte del peritoneo.

Procuró comenzar y terminar en la serosa íntegra, arriba y abajo de los ángulos de la incisión. El hilván procuró que sea con catgut grueso y tomando partes anchas de peritoneo: en las mujeres de vientre flojo que han tenido muchos hijos ó tumores abdominales voluminosos, esta sutura gruesa es muy fácil de obtener. En las mujeres nulíparas de vientre tenso, suele ofrecer dificultades.

Ya suturado el peritoneo, coloco cuatro ó cinco puntos profundos con crín de Florencia, que comprenden la piel, la aponeurosis y los músculos. Estos hilos no los anudo.

Si en el corte de la aponeurosis hay una hoja fibrosa única-

mente, procedo inmediatamente á suturarla con un hilván reforzado con catgut grueso.

Si son dos las hojas aponeuróticas, suture con puntos entrecortados las hojas posteriores, procurando fijar abajo de esta sutura el borde grueso que forma el hilván peritoneal.

Los músculos rectos los uno por algunos puntos aislados.

Es muy particularmente en la sutura de la aponeurosis donde fijo toda mi atención, procurando la reunión firme y sólida de sus bordes.

Algunos puntos separados unen el tejido celulo-adiposo en las mujeres muy gruesas, y antes de anudar los hilos profundos, suture muy cuidadosamente los bordes de la piel con crén de Florencia.

Esta sutura ofrece el inconveniente de su duración un poco prolongada; pero en cambio es de una seguridad absoluta y de una solidez completa.

La sutura gruesa del peritoneo forma en la cara profunda de la cicatriz un cordón fibroso, duro y poco extensible.

La reunión de la hoja posterior de la aponeurosis es esencial para la reconstrucción de la pared abdominal.

La sutura de los músculos rectos en uno ó dos puntos, no impide sus funciones y evita estiramientos á las suturas profundas.

La sutura de la hoja aponeurótica anterior, con hilván reforzado, es muy sólida y de absoluta confianza.

Los puntos de sutura en masa, protegen el proceso reparador contra las contracciones musculares bruscas.

Los contactos son exactamente homogéneos, la línea cicatricial es delgada, las adherencias de la cicatriz son casi normales, la reunión de la aponeurosis es completa y segura y la cicatrización se halla protegida por las suturas profundas.

Próximamente completaré ochenta laparotomías, con esta sutura mixta, y jamás he observado un solo caso de hernia postoperatoria.

Este modo de proceder es usado también, con el mismo éxito, por mi hábil amigo el DR. RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ.

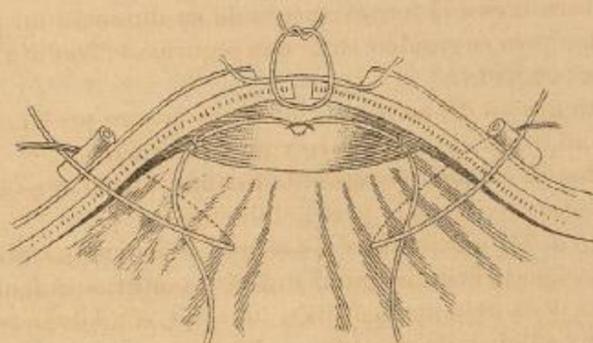


Fig. 74.—Tratamiento del pedículo en la histerecctomía de Wolfier-Hacker.