
MANUAL OPERATORIO

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

Estos diversos métodos, son:

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

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

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

I

MÉTODO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.

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

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

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

LAPAROTOMÍA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

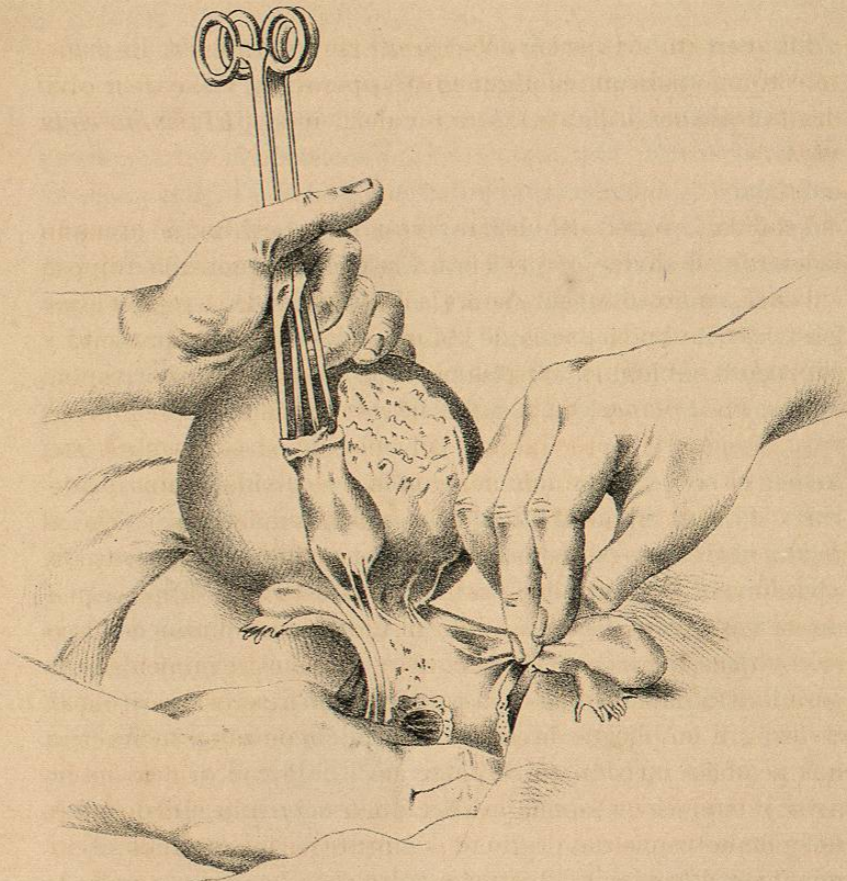


Fig. 60.—Histerectomía abdominal total. Desprendimiento del ligamento ancho izquierdo. (DOYEN).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se procede entonces á la exploración de la pelvis.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Continuemos ahora nuestro estudio primitivo:

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