

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

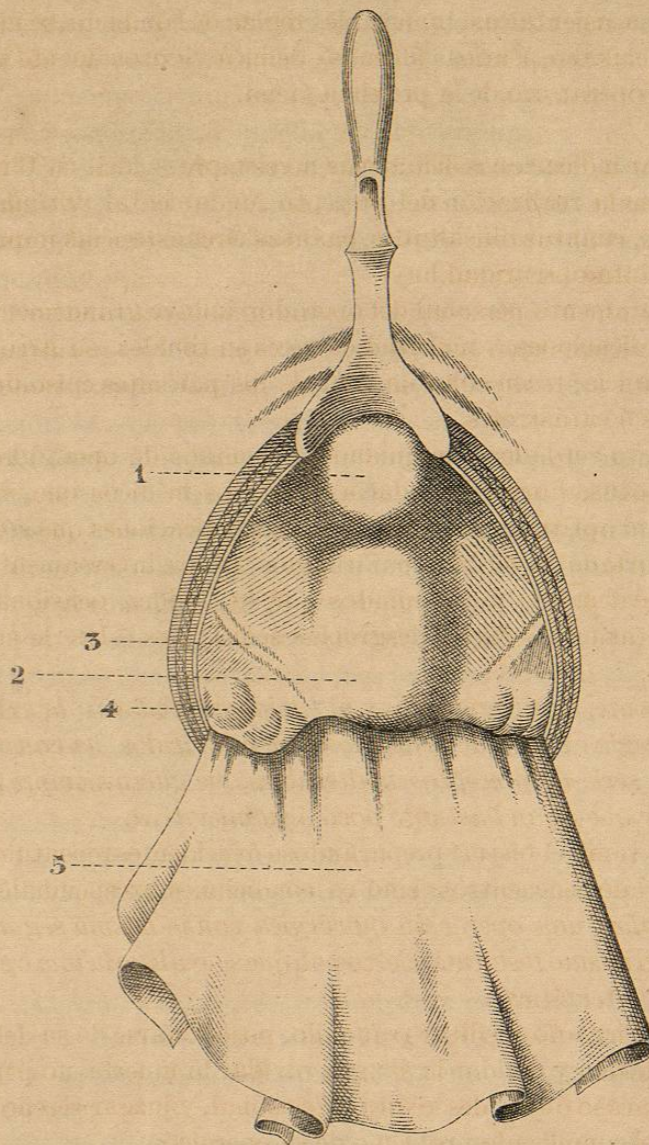


Fig. 61.—Histerectomía abdominal total, por el método de L. G. RICHELOT (Primer tiempo).

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

LIT. DEL TIMBRE.



DR. SUAREZ GAMBOA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

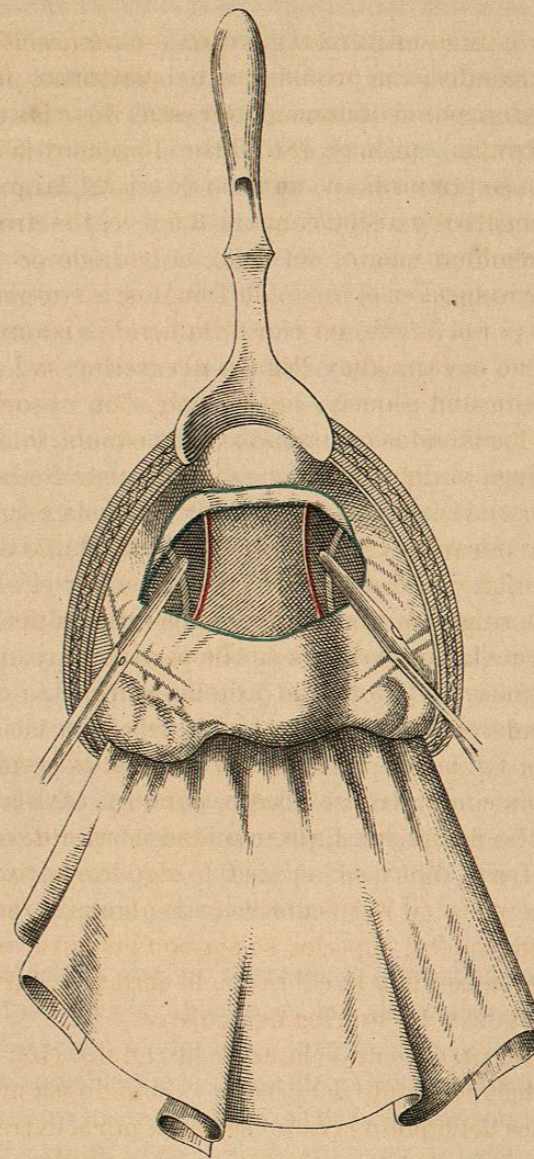


Fig. 62.—Histerectomía abdominal total, por el método de L. G. RICHELOT. (Segundo tiempo).

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

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

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

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

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

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

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

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

MÉTODO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.

SUPRA-VAGINAL.

TOTAL.

Extra-peritoneal, intra-peritoneal y mixta

I.—Histerectomía abdominal supra-vaginal.

Hemos visto que encierra á su vez tres procedimientos principales:

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

Véamoslos separadamente.

A.—Procedimientos extra-peritoneales.

TECNICA DE HEGAR.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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