

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.

El catgut es poco conveniente, pues que á su asepsisación dudosa reúne el defecto de su higrometría y dilatabilidad.

Los nudos deben ser sólidos, y tan firmes y seguros como si cada eslabón de la cadena fuese una ligadura aislada.

Es una buena práctica ligar aisladamente sobre la superficie de sección las extremidades perceptibles de las arterias de cierto calibre.

Las figuras 49, 50 y 51, muestran de una manera suficientemente explícita, el procedimiento ordinario para la construcción de la ligadura en cadena.

He creído que la construcción de esta cadena podría simplificarse haciéndola más rápida y menos molesta.

La figura núm. 52 enseña la técnica de la ligadura que uso más comunmente.

He dicho ya que considero más útil y cómodo pasarse sin hemostasis preventiva en el mayor número de las histerectomías.

Unas tijeras rectas desprenden, en uno ó dos golpes, los anexos de los ligamentos anchos, y dos ó tres pinzas de hemostasis toman directamente los vasos que sangran y permiten colocarles pequeñas ligaduras con seda.

Con las mismas tijeras y cortando exactamente sobre el borde del útero, se dividen los ligamentos anchos desde su borde superior hasta el punto en que se desee.

La trompa y el ovario quedan unidos directamente al útero: el ligamento redondo se corta sobre su inserción uterina.

Solamente dos ó tres arterias pequeñas dan sangre si se ha tenido cuidado de ir seccionando sobre el borde uterino. Se ligan como los vasos anexiales.

Libre el útero de sus relaciones laterales, queda solamente fijo por la vagina y por los pliegues útero-sacros, útero-rectales y útero-vesicales.

Es aquí cuando la conducta del Cirujano varía según que sea su intención practicar la *histerectomía abdominal total*, la *histerectomía supra-vaginal intra-peritoneal*, ó la *histerectomía supra-vaginal extra-abdominal*.

Nosotros vamos á ejecutar la *histerectomía supra-vaginal extra-peritoneal*, ó *histerectomía de HEGAR*.

Se tiende, ahora, lo más posible la vagina haciendo tracciones

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

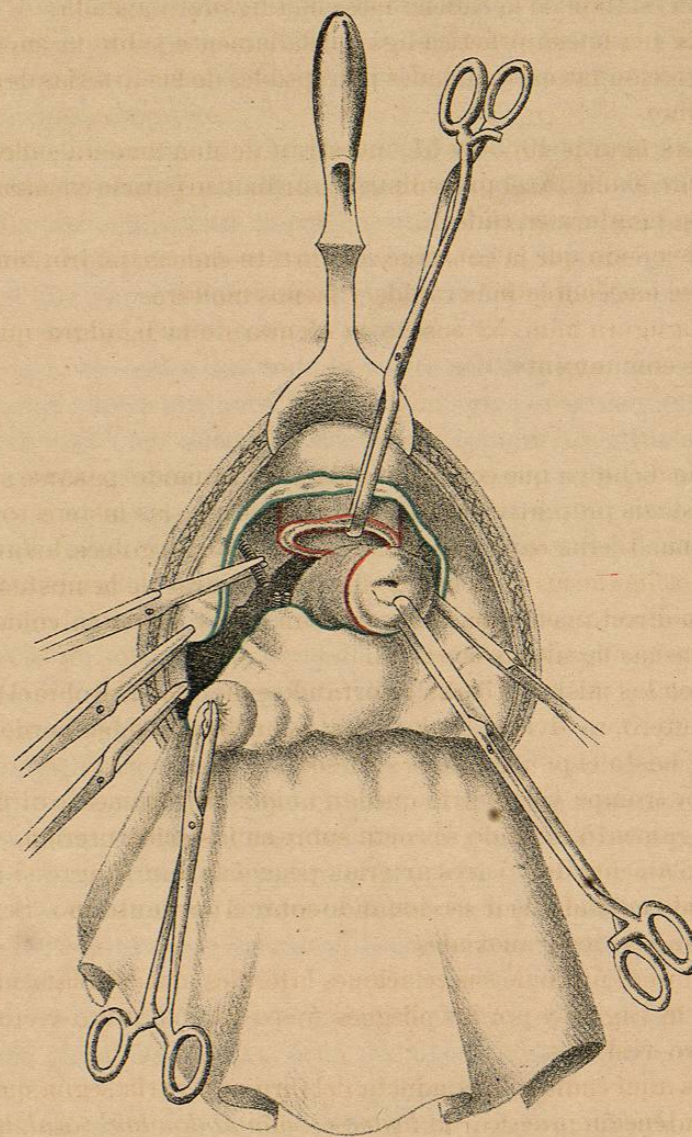


Fig. 63.—Histerectomía abdominal total, por el método de L. G. Richelot. (Tercer tiempo).

suaves sobre el útero, y se aplica sobre las inserciones vagino-uterinas una ligadura hemostática que es costumbre ejecutar con un tubo elástico.

Multitud de aparatos curiosos se han ideado á fin de facilitar la aplicación y la permanencia de la ligadura elástica. Yo, en mis tendencias de simplificar el arsenal y las maniobras quirúrgicas, no uso ninguno.

Hé aquí cómo procedo. El tubo ó el hilo sólido elástico lo tiendo todo lo más posible, estirándolo fuertemente hacia su parte media. La parte más tensa la coloco sobre el útero en la parte posterior del segmento que se trata de ligar. El ayudante que sostiene el útero apoya fuertemente el órgano sobre la ligadura, á fin de evitar tracciones sobre la vagina.

Siempre estirando, doy toda la vuelta con el tubo sobre el útero, lo cruzo hacia adelante, lo paso de nuevo por atrás y anudo los extremos hacia adelante, siempre estirando. Una vez anudado el tubo, coloco una fuerte ligadura de seda sobre el nudo mismo. Una aguja fuerte y seda gruesa me permiten poner dos ligaduras más atravesando el cuerpo mismo del tubo, como se atravesaría un pedículo orgánico.

Cuando las tres ligaduras del tubo, la del nudo y las dos de arriba están sólidamente anudadas, aflojo la extensión y corto el exceso de tubo. La ligadura elástica se mantiene perfectamente apretada.

Sólo resta poner uno ó dos puntos de sutura entre las vueltas del tubo y el pedículo, hacia el lado externo, para abandonar tranquilamente la ligadura, sin temor de que se afloje ó deslice.

Una vez constituido el pedículo, procédase á cortar el útero dos ó tres centímetros arriba del tubo. El termo-cauterio destruye inmediatamente los restos de endo-metrio que se vean en el muñón.

Antes de desprender completamente el tumor, se fija el pedículo con una pinza de MUSSEAU, á fin de impedir que se hunda en la pelvis.

Algunos autores—y yo mismo acostumbraba en mis primeras histerectomías supra-vaginales,—acostumbran atravesar el pedículo, arriba de la ligadura elástica, con dos agujas largas en forma de cruz, con objeto de asegurar la situación extra-peritoneal del pedículo.

A ejemplo de mi maestro el Dr. FRANCISCO DE P. CHACÓN, he suprimido estas agujas que son incómodas, molestas, estorbosas y no siempre indispensables. (Fig. 72).

Extirpado el útero con todo y anexos, sólo queda revisar el peritoneo pélvico. Si se ha despegado la vejiga, se sutura cuidadosamente el colgajo peritoneal, que formaba el fondo vesíco-uterino, sobre el pedículo vaginal.

Se cuida que el corte de los ligamentos anchos no ofrezca desigualdades ni desgarraduras, y en caso de tenerlas, se cubre todo el borde con una sutura en hilván con catgut muy fino.

La sutura del peritoneo parietal se comienza sobre el ángulo inferior de la herida, y al llegar al pedículo se continúa la sutura de uno y otro lado de él, entre el peritoneo parietal y el peritoneo pedicular. Es menester cuidar mucho de cerrar perfectamente la cavidad abdominal, muy particularmente sobre el borde pedicular, con objeto de evitar que los líquidos formados durante la necrosis del pedículo infecten la serosa peritoneal.

La unión de los bordes de la herida de los tegumentos no se hará completa sobre el muñón del pedículo, sino que dejando toda la parte en relación con él, libre, se facilitará la curación y desinfección rigurosa del fragmento pedicular necrosado.

Es buena costumbre tratar el pedículo con curación seca, cubriéndolo cuidadosamente con una capa de polvo hecho con yodoformo y tanino.

La sutura de la piel se hace con crín de Florencia. La seda tiene el inconveniente de ulcerar los tejidos, en cuanto duren algún tiempo puestos los puntos.

Nunca es por demás fijar el pedículo con uno ó dos puntos de sutura, con seda gruesa, sobre los bordes cutáneos de la herida, para evitar que la elasticidad misma de la vagina, los movimientos ó los esfuerzos de la operada,¹ hagan tracciones sobre la sutura pedículo-peritoneal.

La momificación del pedículo es completa y rápida con el uso del tanino. Por lo común, la primera curación dura diez ó doce días sin indicación de levantarla.

Pasado este tiempo, acostumbro retirar el tubo elástico; y las curaciones yodoformotánicas las prolongo hasta la caída completa del muñón momificado, en el vigésimo ó vigésimo quinto día. Si la caída del muñón se hace esperar, la apresuro extirpándolo con tijeras.

En su lugar queda una ulceración granulosa que cicatriza rápidamente.

Fístulas abdómino-cervicales suelen ser consecuencia de la cicatrización viciosa de esta ulceración.

¹ Sobre todo, los esfuerzos durante los vómitos post-anestésicos.

B.—Procedimientos intra-peritoneales.

El *tratamiento intra-peritoneal del pedículo*, permitiendo la oclusión inmediata de la herida abdominal, suprime, por este hecho, una multitud de inconvenientes del método extra-peritoneal.

SCHREEDER, el primero, dió una técnica operatoria para el tratamiento intra-peritoneal del pedículo: su procedimiento ha sufrido multitud de modificaciones en manos de MARTIN, LÉOPOLD, BALDY, VON ANTAL y de otros varios.

Describiremos primero el método de SCHREEDER, y veremos luego el de la *ligadura elástica*, el de las *ligaduras parciales yuxtapuestas*, el de la *versión vaginal del pedículo* y los procedimientos *retro-peritoneales*, que están todos relacionados con el método intra-peritoneal del pedículo.

TECNICA DE SCHREEDER.

La enferma se coloca en la *posición de Trendelenburg*, se hace la incisión sobre la línea media, se abre el vientre conforme á las reglas establecidas y se aíslan el útero y los anexos de sus relaciones con los ligamentos anchos, como en el procedimiento anterior.

Habiendo quedado el útero libre de sus inserciones ligamentosas laterales, queda sujeto por las conexiones vaginales y ligamentosas de su segmento inferior.

Este conjunto de tejidos, que constituirán el futuro pedículo, es ahora el objeto de la atención del cirujano.

Desde luego se procede á practicar su ligadura.

Por medio de una aguja, y sobre la inserción cervical de la vagina, se pasa un hilo doble de seda fuerte, al través del cuello uterino y precisamente en la parte media de lo que será el muñón pedicular.

Estos hilos se anudan á uno y otro lado de la circunferencia uterina, cuidando de enlazarlos con una ó dos torsiones, á fin de dividir la masa en dos partes, unidas por los mismos hilos de las ligaduras. Si se hace la ligadura con un solo hilo, se anuda según el método de BANTOCK ó el de LAWSON-TAIT.

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.)

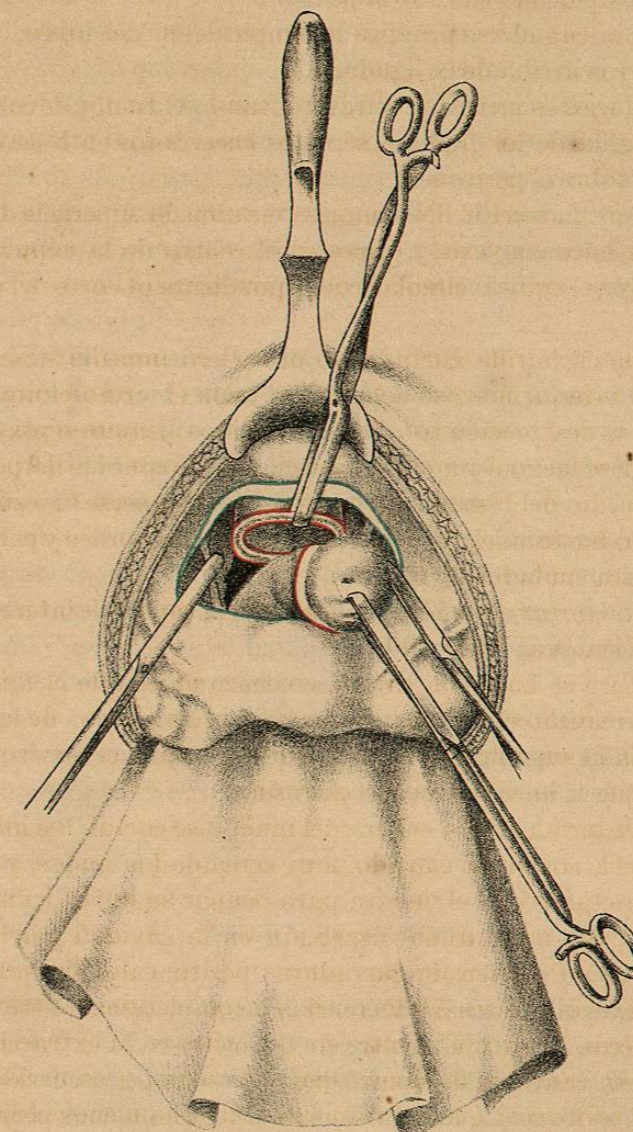


Fig. 64.—Histerectomía abdominal total, por el método de L. G. Richelot. (Cuarto tiempo)