

TECNICA DE OLSHAUSEN.

LIGADURA ELÁSTICA PERDIDA.— Aun cuando KLEBERG, el cirujano de Odessa, fué el inventor de la ligadura elástica y fué también el primero que redujo un muñón uterino alrededor del que había colocado una ligadura elástica, le corresponde á OLSHAUSEN el mérito de haber estudiado, descrito y metodizado el procedimiento nuevo que vulgarizó con sus escritos de 1881.

TERRILLON es un gran propagandista del procedimiento de OLSHAUSEN, y tiene razón cuando dice que es el procedimiento más rápido y sencillo de histerectomía abdominal supra-vaginal, con pedículo perdido.

He aquí la técnica de OLSHAUSEN:

Después de haber extraído el tumor del abdomen y colocado una ligadura elástica en su pedículo, secciona el tumor sobre la ligadura. TREUB emplea como ligadura una sonda de NELATON, números 11 á 13, de la hilera de CHARRIÈRE.

Los restos de la mucosa intra-cervical se destruyen con el termo-cauterio; se desinfecta la superficie de sección con una solución antiséptica fuerte, y se reduce en la cavidad del abdomen el muñón rodeado de su ligadura: la herida tegumentosa se cierra suturándola convenientemente.

Pozzi aconseja con justicia, fijar en el ángulo inferior de la incisión abdominal las extremidades de la ligadura elástica, con objeto de poderla retirar cuando se considere oportuno.

TECNICA DE ZWEIFEL.

LIGADURAS PARCIALES YUXTA-PUESTAS.— La exteriorización abdominal del tumor es idéntica á la empleada en los procedimientos anteriores. Pero cuando el tumor tiene ligado el pedículo y se hace la sección de él, varía la técnica de ZWEIFEL de las anteriores, procediendo á la aplicación de sus ligaduras parciales yuxta-puestas. Las hace en el muñón pedicular, sobre la ligadura elástica, y comprenden todo el espesor de los tejidos. ZWEIFEL las coloca por medio de una aguja de REVERDIN y utiliza como hilo de sutura la seda.

Las ligaduras en número variable, según el espesor del muñón,

comprenden una porción de tejido uterino, como de un centímetro de espesor, y dividen el muñón en un gran número de segmentos pequeños: esto permite obtener una constricción suficiente para impedir toda hemorragia.

CHAPUT liga separadamente las dos arterias uterinas.

Cuando las ligaduras están bien colocadas y anudadas, se cubren con un colgajo peritoneo-muscular, que se ha tenido la precaución de tallar sobre la cara anterior del útero, antes de seccionar el pedículo. Se retira la ligadura elástica y se reduce el muñón.

ZWEIFEL no canaliza el peritoneo, sino en aquellos casos en que á pesar de la construcción de las suturas, se hace un escurrimiento tenaz por la superficie de reunión.

TECNICA DE BYFORD.

INVERSIÓN VAGINAL DEL PEDÍCULO.—BYFORD, ginecólogo de Chicago, pretendiendo remediar los accidentes que la presencia del muñón causa en la cavidad abdominal, recurre á la práctica siguiente:

Después de la ablación del tumor, separa la vejiga de la vagina é introduce el muñón uterino en el eje del canal vaginal, por medio de un tenaculum. Une, después, el peritoneo que viene de la vejiga, con el peritoneo de la cara posterior del pedículo invertido en la vagina.

Un clamp se aplica entonces por la vagina, sobre el pedículo uterino, y se deja hasta que el reblandecimiento de la escara permite su caída espontánea: esto tiene lugar del décimo al décimo-quinto día de la operación.

TECNICA DE RICHELLOT.

PROCEDIMIENTO RETRO-PERITONEAL.—La hemostasis del segmento superior de los ligamentos anchos se hace con seda. El tumor se liberta en sus caras laterales superiores, entre ligaduras en cadena ejecutadas con seda. El peritoneo, sobre la cara anterior del útero, se secciona transversalmente de un ligamento ancho al otro, á cinco ó seis centímetros arriba del pliegue

útero-vesical: si es menester hacer relieve en los límites de la vejiga, se introduce una sonda en su cavidad.

El labio inferior de la sección peritoneal, se disecciona en una extensión de cinco á seis centímetros, según el espesor del futuro muñón que va á ser preciso cubrir. La ligadura elástica se coloca sobre el cuello uterino tan abajo como sea posible, y se amputa el tumor algunos centímetros arriba de ella. Se substituye el tubo elástico que comprime el pedículo, por una serie de ligaduras en masa, y se cauteriza al hierro rojo, toda la superficie seccionada del pedículo. El colgajo peritoneal anterior, diseccionado anteriormente, se abate sobre el pedículo y se sutura sobre su borde posterior, á modo de alejar la línea de suturas, de la cavidad del cuello.

TECNICA DE MILTON.

MILTON procede como RICHELLOT; pero en vez de un colgajo peritoneal anterior, talla dos, desiguales: uno anterior y otro posterior; este último más grande que el primero. Además, no coloca ligadura elástica, sino que procede desde luego á la hemostasis definitiva hecha con seda.

TECNICA DE F. TERRIER.

El procedimiento que más comunmente utiliza TERRIER para la histerectomía supra-vaginal, lo divide en cuatro tiempos:

PRIMER TIEMPO.—Extracción del útero fuera de la cavidad abdominal y resección total de los anexos, estén ó no sanos.

SEGUNDO TIEMPO.—Construcción de un colgajo peritoneal ante-uterino, que se extienda de un pedículo ovárico al otro. Sobre la cara posterior del tumor, hace una incisión peritoneal transversa y despega la serosa del neoplasma.

TERCER TIEMPO.—Después de haber formado bien el colgajo peritoneal anterior y de haberle despegado de la cara respectiva del útero y aun de sus caras laterales, se buscan las arterias uterinas y se ligan lo más abajo posible. Algunas veces el volumen del tumor es tal, que hace difícil la investigación de estas arterias, y es preferible colocar transitoriamente unas pinzas largas de presión que serán reemplazadas por ligaduras cuando las ute-

rinas estén más al alcance del operador, una vez extirpado el tumor.

CUARTO TIEMPO.—Asegurada ya la hemostasis, se ataca el útero sobre su cuello y se le secciona transversalmente. La cavidad del cuello y el plano de sección del pedículo se cauterizan vigorosamente con el termo-cauterio.

Si hay pinzas sobre las uterinas, se substituyen por ligaduras convenientes: si en la superficie del muñón surge algún chorrito de sangre, se pellizca y liga el vaso que sangra.

Se practica la sutura del útero, apretando un poco los hilos, á fin de terminar completamente la hemostasis, y se suturan sobre el útero el corte de los dos peritoneos seccionados, el anterior y el posterior del tumor.

TERRIER se preocupa en su técnica operatoria de dos puntos cardinales:

I. Aislar absolutamente la cavidad del cuello uterino de la cavidad peritoneal y aun del tejido celular comprendido entre las dos hojas de los ligamentos anchos.

II. Cerrar completamente por una sutura bien hecha toda la cavidad peritoneal, cuya superficie debe quedar lisa y bien unida.

TECNICA DE JULIAN VILLARREAL.

Abierto el abdomen y sacado el tumor fuera de la cavidad, si lleva los anexos consigo, se ve el estado que guardan y si es ó no necesario conservarlos, y así se ligarán los ligamentos anchos á partir de los cuernos uterinos, ó desde el ligamento infundíbulo-pélvico. La ligadura encadena á la WALLICH, ó como se esté más acostumbrado, comprende de uno y otro lado los ligamentos anchos, lo más aproximado posible de los bordes del neoplasma, hasta su porción más inferior y accesible del mismo, quedando así las arterias uterinas ligadas á este nivel, las ováricas y funiculares, habiéndolo sido al comenzar las ligaduras. Los ligamentos anchos han sido seccionados á paso y medida de su ligadura, cogiendo con pinzas la porción adherente al tumor, para evitar la efusión de sangre, que por otra parte no es muy considerable, y en caso de urgencia pudiera dispensar de este pellizcamiento. Se corta luego el peritoneo alrededor del futuro muñón, encima de las uterinas ligadas, para formar un manguillo que se disea con el dedo; en seguida se hiende el tumor como si

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

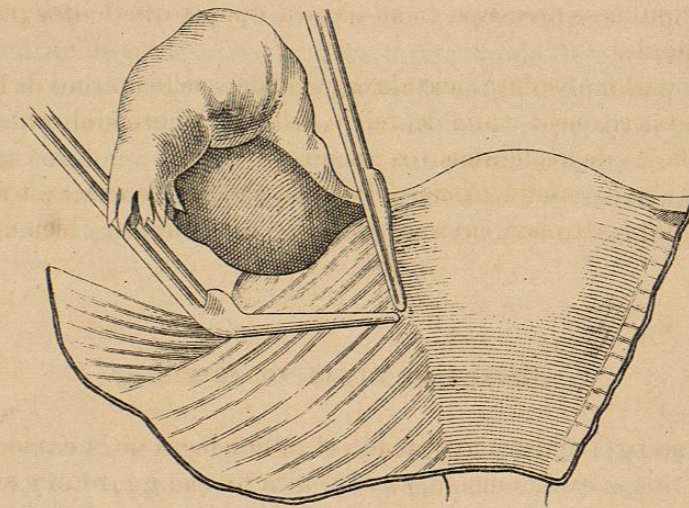


Fig. 65.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento de DELAGENIÈRE.

se quisieran formar dos colgajos, uno anterior y otro posterior, de manera que su borde libre quede debajo de la sección peritoneal. El corte del tumor se hace rápidamente, no dando casi sangre la superficie de sección, que sólo recibe sangre de las arterias que nacen de la uterina al nivel del cuello del útero. Durante la extirpación, los dedos del ayudante y en seguida pinzas hemostáticas, detienen la sangre, que definitivamente queda estanca da por hilos de seda ó catgut, como en un muñón del antebrazo ú otro.

La mucosa del cérvicis se reseca, y se suturan con catgut los bordes de la resección, usando hilos de catgut dispuestos á la LEMBERT, para asegurar la asepsia del pedículo, el que se sutura con puntos entrecortados de seda, pasados por la masa carnosa de la matriz sin tocar el peritoneo; según la extensión del muñón, se pondrán de cuatro á seis puntos, intercalando algunos de catgut si se considera necesario, pues los de seda es mejor emplearlos como de sostén. Se sutura por último el peritoneo con un surjete continuo, puntos LEMBERT, con seda ó catgut.

Las superficies del muñón así afrontadas y cubiertas, representan hasta cierto punto la matriz en su situación normal.

TECNICA DE RICARDO SUAREZ GAMBOA.

Aun cuando no soy partidario de los métodos parciales de histerectomía, he aquí cómo procedo en las pocas veces que he realizado esta operación:

Incisión abdominal media, en la posición de Trendelenburg; abertura del vientre y exteriorización del tumor.

Sin ligaduras previas separo los anexos en cada lado de sus inserciones ligamentosas, estén ó no enfermos, y coloco una ó dos ligaduras en los ramos seccionados de las arterias útero-ováricas; de igual modo separo el útero de sus inserciones laterales, hasta ligar las arterias uterinas directamente. El útero lo secciono sobre las inserciones vaginales, formando un colgajo músculo-peritoneal anterior, de dimensiones variables, cuyo límite inferior corresponde al orificio del endometrio y cuya dirección desde este punto es transversal. La línea de sección representaría aproximadamente la forma de una letra L, con sus dos ramas ligeramente convexas y con el vértice del ángulo correspondiendo al orificio cervical.

Destruyo enérgicamente la superficie interna del endometrio con el termo-cauterio al rojo blanco; abato el colgajo anterior sobre la superficie del corte transversal, sosteniéndolo fijo por medio de algunas suturas profundas, con seda, y reuniendo el borde de unión mediante una sutura cuidadosa á la LEMBERT, interrumpida por puntos separados que comprenden el espesor del tejido propio del órgano.

Termino la operación con el afrontamiento y sutura sero-serosa de las dos hojas de los ligamentos anchos seccionados.

C.—Procedimientos mixtos.

Los procedimientos mixtos, combinación más ó menos feliz de los procedimientos anteriores, parecen deberse á la iniciativa de FREUND; pero fueron dos discípulos de BILLROTH, los que constituyeron y vulgarizaron el procedimiento que se conoce actualmente con ese nombre.

TECNICA DE WOLFLER Y HACKER.

Se amputa el tumor y se hacen las ligaduras y suturas por el método de SCHROEDER, es decir, por planos sucesivos. Luego se deja descender el pedículo, hasta que su extremidad superior llegue al nivel de las capas profundas de la pared abdominal. Para fijarle en este lugar, se sutura sobre sus contornos el peritoneo parietal del vientre, y sobre su extremidad el espesor de los tegumentos abdominales: arriba y abajo del punto de implantación del muñón pedicular se cierra la incisión abdominal, como es de regla ordinaria.

La incisión de la pared del abdomen se puede dejar sin suturar en un punto que corresponda exactamente al de la inserción pedicular, á fin de hacer por esta abertura, la canalización del muñón.

II.—Histerectomía abdominal total.

TECNICA DE RICARDO SUAREZ GAMBOA.

Desde que la exploración directa de la enferma revela la necesidad absoluta del sacrificio total del útero, procedo inmediatamente á colocar en la vagina mi *sonda acanalada vaginal*, procurando que la curvatura de ella abrace el cuello uterino, por su cara posterior, y haga la ocupación neta del fondo vaginal correspondiente.

Mi atención se dirige, entonces, al estudio cuidadoso de los anexos uterinos: delicadamente procuro reconocerlos en su situación pélvica, tratando de exteriorizarlos por medio de tracciones muy suaves, directas sobre ellos, combinadas con movimientos de lateralidad del útero ó del tumor uterino.

Si salen libre y fácilmente, mejor, esto facilitará mucho la operación; pero si están quísticos, si ofrecen adherencias parietales ó viscerales peligrosas, la tarea del operador se complica y se ve precisado á desplegar toda su destreza y á ejercer toda su pericia.

Una vez libres los anexos y extraídos fuera de la cavidad pélvica, procedo á libertarlos de sus conexiones ligamentosas: sobre el ligamento ancho, á dos centímetros abajo del punto que corresponde al pabellón de la trompa, coloco por medio de una aguja *Reverdin*, una asa de seda gruesa, con extremidades muy largas que salen fuera del campo operatorio y que quedan unidas y fijadas por una pinza de presión. El objeto de esta asa de seda, es facilitar el encuentro del límite externo de la incisión superior de los ligamentos anchos.

Cuando se ha sostenido así el ligamento ancho, con unas tijeras rectas se dividen, en uno ó varios golpes, los ligamentos del ovario, de la trompa y el ligamento redondo: el ovario y la trompa quedan unidos al útero por las inserciones tubarias, y completamente desprendidos del borde superior del ligamento ancho. En el corte de este último, se ven surgir dos ó tres chorritos de sangre, por lo regular solamente dos: con pinzas hemostáticas se toman estos ramúsculos de la arteria útero-ovárica y se ligan para no tener pinzas estorbosas en el campo de la operación.

De igual manera se desprenden los anexos del ligamento ancho