

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 fijas 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

opuesto: en los casos sencillos, los anexos de ambos lados quedan separados de sus inserciones inferiores, en unos cuantos minutos.

Queda el útero, con los ovarios y las trompas colgantes lateralmente: una ligera tracción sobre él extiende y aclara las inserciones de los ligamentos anchos en los bordes uterinos.

Con las mismas tijeras, *exactamente sobre el borde del útero*, se comienza de arriba hacia abajo el desprendimiento de los ligamentos anchos; un ayudante va tomando con pinzas de presión los vasos uterinos que sangran y las arteriolas divididas en los ligamentos.

En ciertos casos de fibromas muy voluminosos, la hemorragia que se produce en el plano de sección lateral, sobre el útero, puede ser de cierta importancia: entonces hay que proceder con rapidez al desprendimiento del ligamento ancho, colocando pinzas en las regiones muy sangrantes, hasta descubrir la arteria uterina que se toma y comprime con una pinza. Una vez comprimidas las arterias uterinas en los dos lados, la hemorragia del tumor disminuye y pueden retirarse bastantes pinzas, dejando únicamente las que cierran el corte de las gruesas venas del tumor: en el ligamento ancho, se reemplazan las pinzas por ligaduras definitivas.

Cuando se ha limpiado convenientemente el campo operatorio de los coágulos sanguíneos, de la sangre líquida y de las pinzas inútiles, se substituyen las pinzas que comprimen las arterias uterinas, por ligaduras de seda, á fin de asegurar la hemostasis definitiva.

Algunos autores de Ginecología proponen la desnudación de la arteria y su ligadura directa; pero yo en todas mis operaciones he ligado siempre el paquete uterino en masa, y nunca he observado accidentes.

La desinserción ligamentosa lateral debe llevarse hasta alcanzar una buena porción de la vagina: la ligadura de las arterias principales se hace, por consecuencia, muy abajo.

El útero está ahora enteramente libre, en sus regiones laterales y superior: queda retenido tan sólo por las inserciones de la vagina, por los ligamentos útero-sacros y útero-cisto-púbicos, y por los pliegues peritoneales vésico-uterino y recto-uterino ó de DOUGLAS.

Por medio de las erignas implantadas en el útero, se dirige éste fuertemente hacia arriba y hacia atrás, á modo de tender y aclarar bien el fondo peritoneal útero-vesical.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

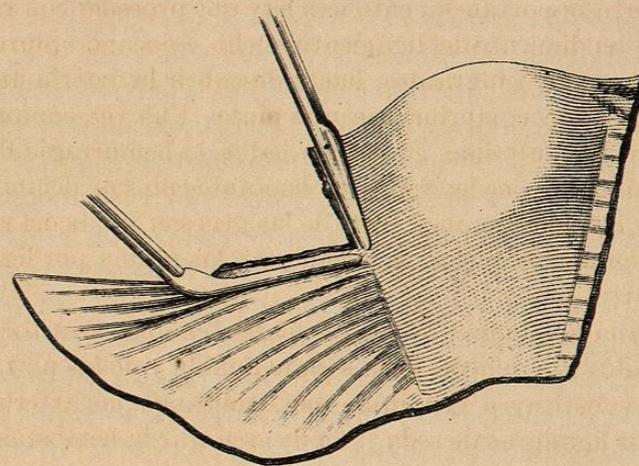


Fig. 66.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento de DELAGENIÈRE.

Con el bisturí se comienza en la línea de la sección lateral izquierda—sobre el resto del peritoneo que queda en la cara anterior del útero, una vez dividido el ligamento ancho correspondiente,—una incisión ligeramente convexa hacia arriba, que se lleva hasta encontrar el borde de la sección del lado opuesto.

Esta incisión circunscribe un colgajo peritoneal anterior, que se disecciona rápidamente, reforzándolo con pequeños fragmentos del tejido propio del órgano, hasta descubrir los límites de la vejiga: una vez descubierta ésta se despega suavemente de la vagina, descubriendo este órgano en una extensión como de tres centímetros.

Ahora, mediante las erignas, se lleva el útero fuertemente hacia adelante, apoyándolo sobre las compresas del pubis, á modo de descubrir y exponer bien la cara posterior del órgano: en esta cara se traza otro colgajo sero-muscular, análogo al anterior, procurando bajar la disección de él todo lo posible, para descubrir bien las inserciones vaginales posteriores.

Se trae el útero á su dirección y posición normales: con la sonda vaginal, colocada desde el principio de la operación en el fondo vaginal posterior, se estudian y hacen aclarar la situación y verdadero estado de las inserciones vagino-uterinas. A un centímetro abajo de ellas, en todo el contorno de la vagina, y guiándose sobre la ranura externa de la sonda vaginal, se coloca en el conducto una sutura circular, hecha con seda y susceptible de fruncirse y apretar la vagina en un momento dado: es una verdadera *sutura en bolsa ó en jareta*. Las extremidades libres de la seda de esta sutura, que no se anudan inmediatamente, se toman con una pinza y contribuyen al sostenimiento elevado de la vagina.

Ahora, sobre la ranura superior de la sonda vaginal, exactamente sobre las inserciones uterinas de la vagina, es decir, á un centímetro arriba de la sutura en bolsa colocada ya, se perfora con tijeras el fondo vaginal anterior: se descubre la sonda vaginal, se aprovecha su ranura superior para guiar la lámina de las tijeras curvas, y siempre rasando la superficie uterina se desinserta circularmente el útero de la vagina, y se extrae el órgano fijo en las erignas, mientras la vagina queda sujeta y tensa por los hilos de su sutura circular. La sonda vaginal se retira por la vulva. Se hace rápidamente la *toilette* del peritoneo pélvico, y se decide si hay que canalizar ó no la cavidad abdominal. En este último caso se anudan los hilos vaginales, se aprieta la sutura y se cierra la vagina, frunciéndola. Si hay que canalizar, se coloca el tubo en el eje del corte vaginal, y sobre él se frunce la

vagina suavemente. Si la canalización ha de ser muy amplia, se corta y retira la sutura en bolsa y se deja la vagina abierta en toda su amplitud.

Para continuar mi descripción, supongamos que no hay necesidad de canalizar la pelvis.

En este caso, como dije ya, se anuda la sutura, frunciendo la vagina, y se obtiene un pequeño muñón cuyas dimensiones varían de dos centímetros á dos centímetros y medio. Al formar este muñón, la sutura hace la hemostasis completa del corte vaginal. Se reducen las dimensiones de este muñón de la vagina, suturando sus bordes, uno con otro, con catgut fino.

Sobre este muñón se abate el colgajo peritoneal anterior y se levanta el posterior, cubriendo bien toda su superficie con esta serosa que se sutura á la LEMBERT. Si es menester, se recortan con tijeras estos colgajos, dejándoles las dimensiones exactamente indispensables para cubrir bien el muñón vaginal, *que debe quedar absolutamente excluído de la cavidad abdominal*.

Para terminar, utilizando las sedas que marcan el extremo de las incisiones de los ligamentos anchos, colocadas desde el principio de la operación, se reúnen cuidadosamente las hojas anterior y posterior de los ligamentos anchos, por medio de una sutura fina de LEMBERT.

Cuando los ligamentos redondos lo permiten, se unen por medio de suturas al muñón vaginal, cubierto ya de serosa, constituyendo una verdadera *colpopexia ligamentosa*.

La superficie peritoneal debe quedar enteramente lisa y sin ninguna solución de continuidad, ni fruncimientos marcados en las líneas de suturas.

Se retiran todas las asas de seda que han servido de sostén y de guía, y se cierra convenientemente el abdomen.

TECNICA DE DOYEN.

La enferma en la posición de TRENDLENBURG. Se abre la cavidad abdominal sobre la línea media, en la extensión conveniente.

Una erigna helicoidal del autor, se implanta sobre el fondo del útero y se tira hacia afuera de la cavidad, reclinándolo si los ligamentos lo permiten, sobre un lecho de compresas colocadas en el pubis.

Compresas colocadas en el estrecho superior y sobre los flancos,

evitan, tanto la salida de las asas intestinales, cuanto la contaminación del peritoneo con el moco ó líquidos uterinos.

Una larga pinza curva se introduce en la vagina por un ayudante, á modo de hacer relieve en el fondo vaginal posterior y una asa de seda fuerte se pasa abajo del punto designado para abrir la vagina.

Este hilo será muy útil al fin de la operación, para tirar hacia arriba los labios del corte vaginal, facilitando la colocación de las suturas.

El fondo de Douglas se corta longitudinalmente sobre el relieve de la pinza, y la extremidad de ésta, impulsada por el ayudante, aparece bien pronto en la cavidad peritoneal.

La abertura completa de la pinza amplía, desgarrando, la herida vaginal, y al través de ésta se toma el cuello uterino con una pinza erigna especial del autor.

Haciendo tracciones sobre el cuello hacia arriba y cortando con tijeras las inserciones útero-vaginales, se liberta completa y rápidamente el útero de sus conexiones inferiores.

El órgano queda sujeto solamente por los ligamentos anchos, de los cuales se desprende rápidamente á golpes de tijeras.

Las arterias que dan sangre se toman con pinzas hemostáticas y se ligan.

Los anexos se pediculizan y resecan á derecha é izquierda.

Los bordes de la sección vaginal se tiran hacia arriba, merced al hilo de seda colocado en el fondo posterior, y se reúnen por puntos de sutura.

El corte del peritoneo se reúne por una sutura circular en bolsa, y se fijan sobre él los muñones consecutivos al corte de los anexos.

TECNICA DE L. G. RICHELLOT.

La enferma se coloca en la posición de TRENDLENBURG, el cirujano á su izquierda, y el vientre se abre según es usado.

Descubierto el útero, se aísla del resto de los órganos pélvicos por medio de compresas que sostienen y protegen las asas intestinales.

Una pinza de tracción ase y permite tirar hacia arriba el fondo uterino; mientras una valva ancha, colocada hacia el pubis, abre el ángulo inferior de la herida abdominal y facilita el alumbrado de la pelvis.

Por medio de una incisión que parte del ligamento ancho izquierdo hacia el derecho, se talla sobre la cara anterior del útero un colgajo peritoneal, tratando de evitar la lesión de la vejiga.

El dedo despega este colgajo peritoneal anterior, y levanta la vejiga hasta descubrir todo el segmento inferior del útero y las inserciones anteriores de la vagina.

En el tejido celular peri-metrítico se ven y se sienten latir las arterias uterinas.

Se trata ahora de atacar el útero de abajo hacia arriba.

Comiencese, asegurando la hemostasis de las uterinas, por medio de pinzas ó de ligaduras.

El fondo vaginal anterior se abre con tijeras, se toma el cuello uterino con pinzas adecuadas, y lentamente se dividen todas las inserciones cervicales de la vagina.

Como quiera que el corte vaginal posterior sangra mucho, suele hacerse menester la aplicación de dos ó tres pinzas largas de hemostasis.

Los ligamentos anchos se cortan de abajo hacia arriba, y se extraen en conjunto el útero y los anexos.

Si el peritoneo ha sido suficientemente protegido, y no ha habido escurrimiento sospechoso, se hace la oclusión de la vagina, mediante algunos puntos de sutura con catgut.

Se cuida de ligar convenientemente los vasos divididos en los ligamentos anchos, de suturar cualquiera desgarradura peritoneal, y la línea de suturas vaginales se cubre con el colgajo peritoneal útero-vesical, que se sutura con la serosa vagino-rectal.

El autor mismo confiesa que ha usado su método un número pequeño de veces y que espera los resultados de la estadística.

TECNICA DE DELAGENIÈRE.

La enferma se coloca en el plano inclinado de TRENDELENBURG, la pared abdominal se divide y los anexos se libentan de sus adherencias si existen.

Una vez libres los anexos, se resecan entre dos pinzas colocadas como lo indican las figuras 65 y 66. Estas pinzas permanecen fijas: se procede inmediatamente á quitar el útero.

Sobre las caras anterior y posterior de este órgano, se trazan dos incisiones sobre el peritoneo uterino que unen las extremidades de las pinzas colocadas anteriormente bajo los anexos. (Fi-

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

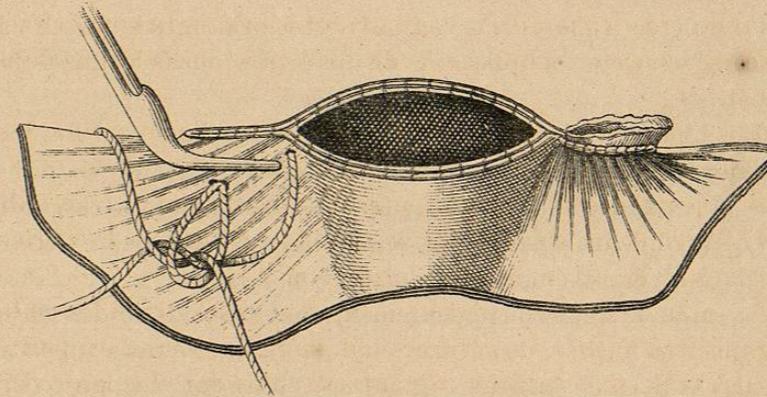


Fig. 67.--Histerectomía abdominal total. Procedimiento de DELAGENIÈRE.

LIT. DEL TIMBRE.



DR. SUAREZ GAMBOA

gura 66.) Esta incisión debe hacerse hacia adelante, algunos centímetros arriba del fondo peritoneal vésico-uterino. Disecando el peritoneo hacia adelante y hacia atrás, se obtiene una especie de bolsa serosa cuyo fondo corresponde á la extremidad superior de la vagina y que por sus bordes se continúa con los pliegues de los ligamentos anchos. Los bordes de esta bolsa peritoneal se fijan por medio de pinzas.

El fondo vaginal posterior se abre, y por esta abertura se desinserta la vagina en todo el contorno del cuello.

Sobre cada arteria uterina se colocan ligaduras; lo mismo el pedículo útero-ovárico se liga abajo de la pinza horizontal. (Figura 67.) La bolsa peritoneal se cierra por medio de una sutura, salvo indicaciones especiales de canalización. (Figura 68.)

TECNICA DE KELLY.

Bajo el nombre de *procedimiento americano*, describe SEGOND el siguiente: La enferma se coloca en el plano inclinado, el cirujano á su derecha; la pared abdominal se abre, y sin preocuparse por el tumor que llena la pequeña pelvis, se buscará inmediatamente el borde superior del ligamento ancho izquierdo hacia afuera de los anexos.

Una vez descubierto éste, se liga la arteria útero-ovárica hacia afuera de los anexos. Todo el ligamento ancho correspondiente se corta hasta encontrar la arteria uterina, que se liga. (Figuras 69 y 71.) Se desprenden las conexiones de la vagina con el cuello del útero y se procede á seccionar el ligamento ancho derecho comenzando por su base. (Figura 70.) Las arterias que sangran se ligan y las superficies peritoneales seccionadas se reúnen por una sutura.

Este método esencialmente sencillo, es muy usado por POLK, KRUG, EASTMANN, BOLDT, EDEBOHLS, KELLY y otros cirujanos de Norte América.

TECNICA DE CHROBAK.

No obstante que en el pedículo vaginal queda comprendida una pequeña porción del cuello, merece describirse como total la histerectomía de CHROBAK.