

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.

Todos los tiempos operatorios, hasta descubrir los órganos genitales internos, son comunes á las otras intervenciones abdominales sobre el útero.

CHROBAK comienza ligando los ligamentos anchos y seccionándolos hasta el límite de sus inserciones vaginales.

En las caras anterior y posterior del útero, desprende dos colgajos peritoneales bastante anchos, que despega hasta las inserciones vaginales del cuello.

El útero se amputa entonces en su totalidad, exceptuando una pequeña fracción del cuello, que corresponde á la implantación de la vagina.

La cavidad cervical y la superficie de sección se cauterizan energicamente con el termo-cauterio y se canaliza la cavidad del cuello con una mecha de gasa yodoformada.

Los muñones de los ligamentos anchos se suturan entre sí por encima del fragmento cervical y el todo se cubre á su vez con los colgajos peritoneales, tallados anteriormente.

El muñón y las suturas ligamentosas, se encuentran cubiertas por una superficie peritoneal sana, que evita los temores de infección por las suturas.

TECNICA DE BAER.

Muy semejante á la anterior.

BAER practica la sutura en cadena de los ligamentos anchos y los secciona entre la ligadura y una pinza larga colocada rasando el útero. Hecho esto, corta el peritoneo circularmente á un centímetro distante del pliegue visico-uterino. Despega el peritoneo adelante y atrás, hasta descubrir el cuello, y liga las arterias uterinas en la base de los ligamentos anchos. Corta el útero lo más abajo posible y cubre el muñón cervical, suturado sobre él, el peritoneo.

Este procedimiento recuerda en sus puntos principales el de CHROBAK

TECNICA DE TERRIER.

Posición de Trendelenburg.—Se tira el útero hacia arriba y se exterioriza, sea por medio de fuertes pinzas dentadas, sea por medio del tirabuzón de H. DELAGENIÈRE, ó por medio de mi erig-

na especial, que es muy cómoda y que no estorba de ninguna manera las maniobras subsecuentes.

Ligadura en cada lado de los anexos, por medio de un hilo doble: uno de los nudos queda sobre el útero, el otro sobre el pedículo útero-ovárico. En algunos casos, para impedir el deslizamiento de los nudos, TERRIER hace tres: uno sobre el pedículo uterino y dos sobre el anexial.

Se corta entre las dos ligaduras y se resecan los anexos: trompa y ovario.

En los casos de lesiones anexiales: quistes, salpingitis piouísticas ó no, hemosalpinx, etc., el primer tiempo debe ser absolutamente idéntico al de una operación de ooforo-salpingectomía doble, presentando ó no las lesiones que motivan la intervención, adherencias al fondo de Douglas y á la cara posterior del útero.

El *segundo tiempo* consiste en tallar un colgajo convexo hacia arriba y terminando lateralmente sobre los muñones de los pedículos útero-anexiales ya ligados.

Comunmente es tarea fácil la talla de este colgajo que, en su marcha progresiva, permite aislar la vejiga y descubrir las arterias uterinas en las regiones laterales del cuello uterino.

Tercer tiempo.—El colgajo anterior bien despegado y sostenido con pinzas de presión, TERRIER ataca el útero después de haber asegurado la hemostasis, sea con pinzas hemostáticas fuertes, colocadas lateralmente sobre las arterias uterinas, sea, lo que es preferible, después de haber descubierto, aislado y ligado convenientemente el tronco del vaso principal del útero.

TERRIER corta entonces con el bisturí la porción supra-vaginal del útero, para darse espacio y poder terminar cómodamente la operación. Si hay pequeños vasos que sangren, coloca pinzas de KOCHER.

En el *cuarto tiempo* abre los fondos vaginales comenzando hacia adelante, guiándose por una pinza curva larga, colocada en el canal vaginal, que al separar sus ramas, hace un surco útil para la incisión. Antes de introducir esta pinza-guía en la vagina, se ha tenido cuidado de tomar el muñón uterino por medio de una pinza fuerte de RICHELLOT, que permite dirigirlo hacia arriba.

El cuello desinsertado hacia adelante, hacia los lados y luego hacia atrás, se extrae como un verdadero tumor. Si hay vasos vaginales abiertos, se toman con pinzas, y no se ligan sino los más voluminosos.

Luego procede TERRIER á suturar la vagina, cerrando absolutamente su cavidad, aplicando el borde anterior de la sección contra el borde posterior, mediante una sutura cuidadosa, sea en hilván, sea entrecortada. Una vez cerrada la vagina, se suturan por medio de un hilván dirigido de un pedículo ovárico al otro, el ligamento ancho de un lado, el colgajo peritoneal anterior, que se une con el peritoneo del fondo recto-vaginal, y por último, el ligamento ancho del lado opuesto.

Se cierra, como es debido, la cavidad abdominal.

TECNICA DE PEAN.

PRIMER TIEMPO.—Incisión sobre la línea media, abertura de la cavidad abdominal y destrucción de las adherencias, si existen.

SEGUNDO TIEMPO.—PEAN atraviesa el tumor uterino con un trócar curvo, con mango, construido especialmente para este objeto y que le permite tirar hacia afuera el útero y su tumor.

TERCER TIEMPO.—Corta el ligamento ancho izquierdo, liga las ramas de la arteria útero-ovárica.

CUARTO TIEMPO.—Introduce una sonda en la vejiga y un dedo en el recto para guiarse, y mientras que un ayudante comprime entre sus dedos los ligamentos anchos y otro hace bascular el fondo del útero hacia la derecha y hacia atrás, desprende el peritoneo y la vejiga que cubren el cuello uterino sobre la cara anterior, y abre el fondo vaginal correspondiente con un bisturí.

QUINTO TIEMPO.—Por esta abertura PEAN introduce una aguja armada con un hilo metálico doble, resistente, que pasa al través del fondo de la vagina, contorneando el cuello de adelante hacia atrás, pasa abajo de la arteria uterina derecha y sale por la línea media, abajo del peritoneo que separa el cuello de la cara anterior del recto: retira después la aguja dejando colocado el hilo doble, y corta el asa de este hilo, á fin de obtener dos hilos separados, bien que reunidos.

SEXTO TIEMPO.—Tomando las extremidades libres del hilo izquierdo, PEAN liga la base del ligamento ancho izquierdo, de modo que asegure una buena hemostasis.

SÉPTIMO TIEMPO.—Confía el útero á un ayudante, quien lo hace bascular, mientras que PEAN corta transversalmente, de izquierda á derecha, el fondo de la vagina y la arteria, que liga. Aprieta el hilo que está colocado al pie del ligamento ancho derecho y le

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

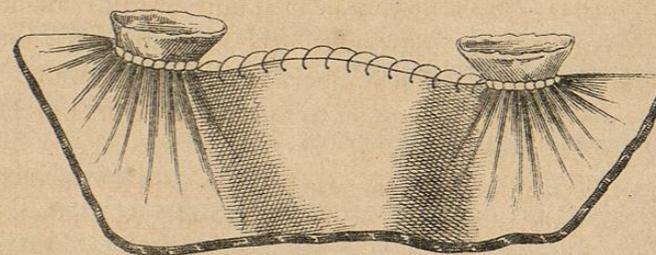


Fig. 68.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento de DELAGENIÈRE.

desprende de abajo hacia arriba de sus conexiones uterinas, cortando precisamente entre la ligadura metálica y el cuerpo del útero.

OCTAVO TIEMPO.—Una vez extraído el útero, cauteriza PEAN la superficie de sección de los ligamentos anchos con el termo-cauterio, aprieta aun más las ligaduras metálicas de los ligamentos cauterizados, tuerce las extremidades y corta arriba del nudo de torsión. Aproxima la una hacia la otra las dos superficies de sección ligamentosa y las sutura así reunidas. Hace la *toilette* del peritoneo.

NOVENO TIEMPO.—Cierra la herida abdominal por medio de suturas metálicas.

TECNICA DE TH. JONNESCO.

PRIMER TIEMPO.—Laparotomía en la posición de Trendelenburg y aislamiento de los órganos abdominales, por medio de compresas asépticas.

SEGUNDO TIEMPO.—Exploración de la pelvis. Destrucción de las adherencias.

TERCER TIEMPO.—Si el útero es pequeño, se aplica sobre su fondo una pinza de MUSSEUX, que se confía á un ayudante, el cual por tracciones suaves y sucesivas trae el órgano junto con sus anexos, hasta el nivel de la herida abdominal; si el útero es voluminoso, la tracción no es necesaria, pues por su propio peso el útero salido del vientre tiende sus ligamentos. Se comienza el aislamiento de los anexos por el lado izquierdo, es decir, por el correspondiente al operador. Bajo cada uno de los dos paquetes vasculares, pedículo anexial y ligamento redondo, se pasa con la aguja de COOPER un hilo de seda doble y se hacen dos ligaduras para practicar la sección entre ellas. La misma maniobra se repite del lado derecho. Se halla entonces el operador en presencia del útero con sus anexos adheridos lateralmente, y éstos aislados de sus conexiones pélvicas, sin que durante el acto operatorio se haya derramado ninguna cantidad de sangre.

CUARTO TIEMPO.—Incisión del fondo peritoneal vésico-uterino. Desprendimiento de la vejiga. Abertura del fondo vaginal anterior. Pellizcamiento y luxación del cuello uterino. Aislamiento, ligadura y sección de las arterias uterinas. Circuncisión del cuello del útero. Después de haber cortado transversalmente y sin

conductor el fondo peritoneal vésico-uterino, se despega la vejiga del útero y de la vagina con el dedo; ó si las adherencias son muy íntimas, con tijeras curvas, siguiendo exactamente la pared uterina para evitar la ruptura de la vejiga; las arteriolas vesicales abiertas no exigen hemostasis. Después se abre el fondo vaginal anterior al nivel del cuello uterino, fácil de determinar por la palpación entre el pulgar y el índice izquierdos. Una pinza de MUSSEUX se aplica sobre el labio anterior del cuello, que el ayudante tira hacia arriba y luxa hacia adelante.

De cada lado del cuello se despega, con la pinza de disección y una sonda acanalada, la hoja peritoneal anterior del ligamento ancho, en una dirección oblicua hacia abajo y adelante y se perciben en el tejido celular subperitoneal, flanqueando el cuello del útero, las arterias uterinas, flexuosas, latiendo y á menudo muy voluminosas. Se les aísla de las venas que las acompañan, y á uno y medio ó dos centímetros afuera del borde uterino, es decir, antes de haber encontrado las ramas vaginales y vesicales, se ligan las arterias y se las secciona entre dos ligaduras. Por lo común no se ve el uréter; mas si apareciese, se le separa fácilmente, sin exponerle al peligro de ser herido ó ligado. Después de haber ligado y seccionado las dos arterias uterinas, se termina la amputación del útero, cortando la vagina en todo el contorno de sus inserciones uterinas, laterales y posteriores. La pieza extraída está formada por el útero, cuyo cuello disecado presenta un pequeño collar correspondiente á las inserciones vaginales y de cuyos cuernos laterales penden flácidos ambos anexos.

QUINTO TIEMPO.—Tratamiento subperitoneal del pedículo; oclusión del piso pélvico peritoneal y sutura del borde seccionado de la vagina. Con una sutura en hilván, hecha con catgut ó seda, se cierra el peritoneo pélvico de izquierda á derecha. Los pedículos anexiales se colocan bajo el peritoneo: éste se sutura á la manera de LEBERT. El orificio vaginal se cierra si la operación ha sido aséptica, ó se deja abierto para permitir la canalización de la pelvis por la vagina, si el contenido de los anexos supurados se ha derramado en la pelvis.

SEXO TIEMPO.—Oclusión de la cavidad abdominal haciendo la sutura en cuatro planos: uno peritoneal, otro músculo-aponeurótico, un tercero subcutáneo y el último intradérmico.

II

METODO DE HISTERECTOMIA VAGINAL.

Diariamente parece disminuir la práctica de la histerectomía por la vagina.

El procedimiento vaginal que en un tiempo fuera cuna de la histerectomía, hoy cede su puesto al abdominal.

Sin embargo, no desmerece la bondad de él en ciertas indicaciones, y aquí, como en todo punto de terapéutica quirúrgica, pueden hallarse notables ventajas, siempre que se realicen las verdaderas indicaciones y se conozcan las técnicas de los procedimientos en sus numerosos detalles.

La extirpación del útero por la vagina es una operación sencilla y rápida, cuando el útero es poco voluminoso y sus adherencias orgánicas inflamatorias suaves.

Puede transformarse en una operación laboriosa y difícil en casos contrarios, y el cirujano no debe nunca olvidar los tropiezos y vicisitudes de ella.

TECNICA.

La enferma se coloca en la posición dorso-sacra, los muslos levantados y en aducción, una valva ancha y corta deprime la horquilla y facilita el acceso de la luz á la vagina,

El cuello se fija con pinzas de tracción y se abate todo lo posible. Suele suceder que el tejido cervical esté quebradizo y blando y no resista las tracciones de las pinzas: colóquense varias en los labios anterior y posterior, úsense las de ancha superficie de presión, ó tómese el cuello en conjunto con una de varios dientes.

Puede facilitarse el descenso del órgano haciendo presiones sobre su fondo, al través de las paredes abdominales.

PRIMER TIEMPO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL.—El cuello fuertemente dirigido hacia adelante, tiende el fondo vaginal posterior, que se divide lo más cerca posible de sus inserciones uterinas.

Rápidamente se llega al fondo de Douglas, que se perfora con