

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

el dedo, con tijeras ó con el mismo bisturí. Cierta cantidad de serosidad peritoneal escurre regularmente al perforar el peritoneo.

La extremidad de una pinza larga de RICHELOT, se introduce cerrada por la pequeña abertura del peritoneo y se retira abierta en toda su extensión. El ojal peritoneal se desgarrar y amplía, sin ocasionar escurrimiento sanguíneo.

El corte vaginal posterior sangra abundantemente y aun pueden verse surgir los pequeños chorros de dos ó tres arteriolas.

Algunas pinzas largas aplicadas en los puntos que sangran, terminan rápidamente con la hemorragia.

MARTIN aconseja practicar la sutura transversal del corte de la vagina, por medio de la aguja de DESCHAMPS; (figuras números 75 y 76) TANGER aplica el termo-cauterio como hemostático; pero comunmente nada de esto se necesita, y la pequeña hemorragia se detiene sola.

Si en este momento alguna asa de intestino hiciere irrupción en la vagina, se la reducirá y contendrá por medio de una compresa aséptica.

El índice de la mano derecha, introducido en la cavidad peritoneal, al través de la incisión de la vagina, reconoce la cara posterior del útero, la existencia y naturaleza de las adherencias, el estado de los anexos y la ausencia ó presencia de colecciones líquidas ó de infiltraciones organizadas.

Si las enseñanzas de esta exploración impelen al cirujano á extraer todo el útero, procédase inmediatamente al segundo tiempo; mas si alguna esperanza ofreciese el estado del órgano de poder ser conservado, ó se encontrasen lesiones periféricas tales, que la histerectomía se pudiese considerar poco útil ó se temiese algún fracaso quirúrgico, límtese la intervención á esta colpotomía posterior, tratando de obtener de ella el máximum de ventajas posibles para la enferma.

SEGUNDO TIEMPO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL.—El cuello abatido y dirigido hacia atrás, se completa adelante y lateralmente la sección periférica de las inserciones cervicales de la vagina.

Hacia adelante hay que cuidar de aproximarse lo más posible al tejido uterino, á fin de alejarse de la vejiga.

Una sonda introducida en el receptáculo de la orina, hará más fácil el reconocimiento de sus límites. Cuando se tiene cierta práctica en esta operación, y el dedo suficientemente educado, la sonda es inútil.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

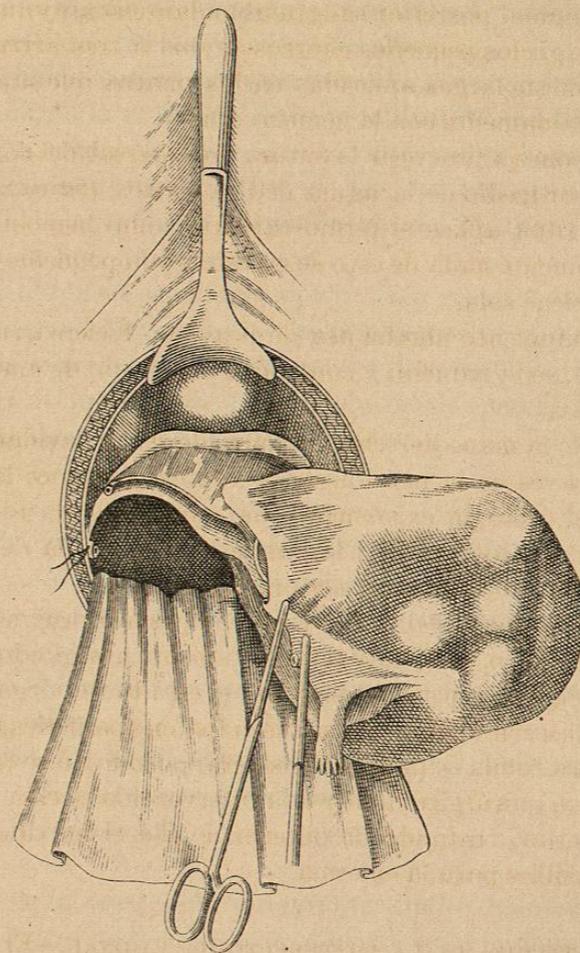


Fig. 69.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento americano.

Lateralmente la incisión será conducida con precaución á fin de evitar en lo posible el encuentro de las arterias uterinas. Sin embargo, la división ligera del borde inferior de los ligamentos anchos facilita las maniobras de abatimiento del útero.

Se lleva el despegamiento de la vejiga sobre la cara anterior del útero, lo más alto posible, verificándolo con el dedo índice y cuidando mucho de desnudar el órgano sin violencias que puedan comprometer las paredes vesicales.

Si el tejido peri-uterino, esclerosado y duro, ofreciese mucha resistencia á la acción del dedo, se utilizarán las tijeras curvas de punta roma. Introducidas cerradas sobre la cara anterior del útero, se abren al retirarse. La maniobra es exactamente igual á la empleada en la enucleación del ojo, para el despegamiento de la conjuntiva ocular.

Lograda la separación completa de la vejiga y abierto el fondo peritoneal vésico-uterino, se practica en la cara anterior del útero la misma exploración que en la posterior, tratando de librarla de aquellas adherencias que fueren susceptibles de ceder ante las ligeras presiones del dedo.

TERCER TIEMPO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL.—La excisión del útero comienza verdaderamente en este momento.

Varios son los métodos que se pueden seguir para lograrla.

- I. *Sección primitiva de los ligamentos anchos, previa hemostasis.*
- II. *Sección media del útero, seguida de hemostasis y división de los ligamentos anchos.*
- III. *Método mixto.*

PRIMER MÉTODO.—*Sección primitiva de los ligamentos anchos, previa hemostasis.*—Los procedimientos que permiten realizarlo son también variados.

PRIMER PROCEDIMIENTO.—*Excisión total del útero por sección bilateral.*—Estando ya el útero bien libre de sus inserciones vaginales, se le hace bascular hacia atrás. Para lograrlo se toma el fondo del órgano con los dedos con erignas, ó mejor aún con una pinza de MUSSEUX, curva, y se intenta atraerlo hacia la vagina, al través de la abertura del fondo de Douglas.

Si se experimentase dificultad ó resistencia notable en la eje-

cución de la maniobra, se practicará la sección de la base de los ligamentos anchos, pediculizando pequeñas porciones de ella, con ligaduras de seda.

Cuando la retroversión del útero se ha conseguido, los ligamentos se encuentran torcidos, y el borde superior de ellos, portador de los anexos, se presenta por la vagina.

Inmediatamente se hace la ligadura en cadena, ó en pequeñas porciones, del ligamento izquierdo, y se secciona rápidamente, separando el ovario y la trompa juntamente con el útero.

Dividido el ligamento izquierdo el órgano cae en la vagina, sostenido únicamente por el ligamento lateral derecho.

La ligadura de este último es muy fácil, y el útero no tarda en quedar completamente separado.

Si la estrechez de la vagina ó el volumen del útero impidiesen la maniobra de la retroversión, se pueden ir ligando y seccionando los ligamentos anchos, en pequeñas porciones, de uno y otro lado, hasta desprender totalmente el órgano. La aguja de DESCHAMPS facilita esta maniobra.

La hemostasis por medio de ligaduras, puede reemplazarse ventajosamente con el empleo de la forcipresión constante.

SPENCER-WELLS y RICHELLOT SON los verdaderos iniciadores y propagandistas de este modo de hemostasis.

Desde que los ligamentos anchos y el útero son bien accesibles, se toman aquellos entre los dedos de la mano izquierda, y con la derecha se trata de introducirlos entre las ramas abiertas de la gran pinza de hemostasis, llamada de RICHELLOT.

Menester es vigilar muy atentamente que no se introduzcan entre las ramas de las pinzas y el ligamento correspondiente, asas de intestino ó porciones de epiplón. Se cuidará también que la pinza se aplique á un centímetro afuera de los bordes del útero, y que pase uno ó dos centímetros en altura el borde superior del ligamento. La sección se hará rasando el tejido uterino.

Para la hemostasis de cada ligamento es preferible utilizar dos pinzas en vez de una sola. Aplicadas éstas en la mitad inferior de los ligamentos, que se seccionan, se hace bascular el útero hacia atrás, aplicándose otras en el borde y mitad superiores, antes de terminar la liberación uterina.

SEGUNDO PROCEDIMIENTO.—*Excisión total del útero por fraccionamiento valvular.*—Consiste especialmente en un fraccionamiento del útero, por regiones sucesivas que se dividen después de obtener la hemostasis.

Los ligamentos se dividen en secciones pequeñas que se cortan á medida que se ligan.

Las porciones de útero comprendidas entre dos ligaduras ligamentosas, se cortan en dos mitades y se amputan parcialmente. Nunca se debe amputar un fragmento ó colgajo uterino, sin asir previamente el órgano con una pinza en el lugar de sección.

SEGUNDO MÉTODO.—*Sección media del útero, seguida de hemostasis, y división de los ligamentos anchos.*

TECNICA DE MULLER Y DE QUENU.

Dos pinzas de tracción se colocan lateralmente á derecha é izquierda del orificio cervical: con unas tijeras fuertes se practica la sección completa del cuello. (Figura 77.)

Las pinzas se retiran de su lugar primitivo y se colocan más alto, sobre el límite de la sección mediana cervical.

Nuevas tracciones abaten más el útero; el dedo aísla bien sus caras anterior y posterior, y se continúa hacia arriba la división comenzada con las tijeras sobre el cuello.

A medida que se descubre la cavidad uterina, se toca la mucosa con solución fuerte de ácido fénico, con cloruro de zinc, termo-cauterio, etc.

Así sucesivamente, subiendo el punto de implantación de las pinzas y prolongando la incisión, se llega rápidamente á dividir el útero en dos mitades.

La hemostasis se realiza por medio de la ligadura ó la forcipresión de los ligamentos, y se cortan las mitades uterinas sobre sus inserciones laterales. (Figura 78.)

TECNICA DE DOYEN.

Aislado el cuello de sus relaciones vaginales, despegada completamente la vejiga hacia adelante, y libre el útero hacia atrás, se colocan dos pinzas de tracción en los ángulos laterales del orificio cervical, y con unas tijeras fuertes se divide todo lo posible del labio anterior. (Figuras números 79, 80, 81, 82 y 83.)

Las pinzas que estaban colocadas en las partes laterales del