

cuello, se retiran y se aplican simétricamente en uno y otro borde del ángulo superior, que forma la incisión del cuello. (Fig. 84.)

Cúidese mucho de no retirar simultáneamente las dos pinzas, sino de fijar constantemente el útero abatido con una ú otra de ellas. (Figura 85.)

Colocadas ya las pinzas en el ángulo de la incisión cervical anterior, se prosiguen con más vigor las tracciones sobre el útero, con el objeto de descubrir una extensión mayor de su borde anterior.

Logrado esto, las tijeras prolongan la incisión cervical sobre el cuerpo del útero, hasta donde sea posible; y así subiendo las inserciones de las pinzas y prolongando la incisión hacia arriba, se llega hasta el fondo del órgano y se realiza la hemisección de la pared anterior del útero. (Figura 86.)

Las tracciones de las pinzas permiten atraer hacia la vulva el fondo uterino, abierto en su parte anterior. (Figura 87.)

Cuando el útero y los anexos son poco voluminosos y están libres de grandes adherencias, estos últimos se presentan siguiendo el fondo uterino, al través de la incisión vaginal anterior.

Basta tirar un poco más del cuerpo del útero y dirigirlo hacia la derecha del operador, para poder reconocer libremente los anexos derechos, y basta aplicar una pinza larga y fuerte sobre el ligamento ancho correspondiente, pediculizando el ovario y la trompa, para libertar el cuerpo uterino, seccionando sus inserciones laterales correspondientes.

Libre el órgano de ese lado, es muy fácil repetir la maniobra sobre el ligamento del lado opuesto, y el útero queda enteramente desprendido y sale junto con los anexos. (Figura 88.)

OTRA TECNICA DE DOYEN.

Asido el cuello uterino por sus comisuras laterales, se practica la hemisección del cuello hacia adelante.

Bien protegida la vejiga por medio de un separador, se ataca el tumor uterino hacia su polo inferior con el tubo cortante, á modo de hacer el vaciamiento de él. (Figura 89.)

Una vez disminuído el volumen del neoplasma todo lo posible, se traza en la cara anterior del útero una incisión profunda en V: el vértice de la V corresponde al borde libre del cuello, y una de sus ramas coincide con la incisión primera del mismo cuello.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

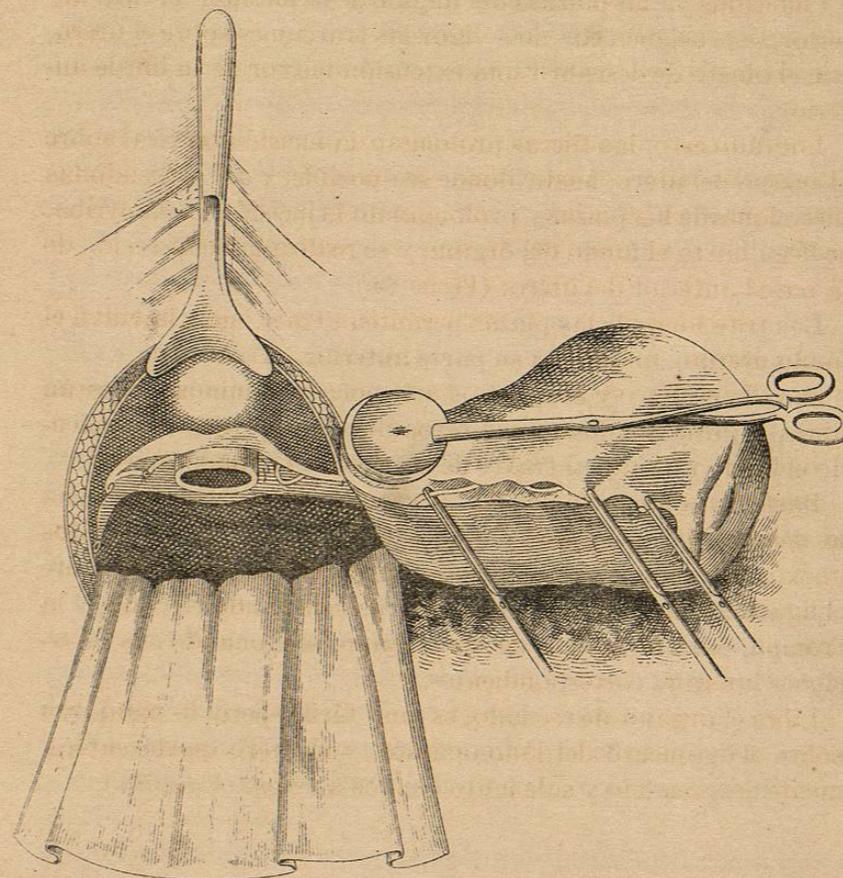


Fig. 70.—Histerectomía abdominal total. Procedimiento americano.

La extremidad inferior del colgajo se toma fuertemente con una pinza, y en él se traza otra nueva V, más pequeña que la primera.

Uniendo por incisiones transversales las ramas de las dos V, se obtienen colgajos en forma de rombos, que se extirpan con unas tijeras fuertes curvas y pinzas de MUSSEUX.

El tumor bascula hacia adelante. De V en V y resecaando rombos siempre hacia arriba, se llega hasta alcanzar el fondo del útero.

Las mismas maniobras pueden repetirse hacia atrás, si se estima conveniente.

Una vez alcanzado el fondo del órgano, se le toma vigorosamente con una pinza-erigna y se le trae hacia la vulva, practicando la resección en rombos de su cara anterior ó la fragmentación en escala, si es posible.

TERCER MÉTODO.—*Método mixto*.—SEGOND es el propagador de este modo de extracción del útero.

Comienza por verificar el fraccionamiento del cuello, según el modo de PEAN, cuidando desde luego, de asir, ligar y seccionar la base de los ligamentos anchos y los ligamentos útero-sacros.

Continúa haciendo el despedazamiento de la cara anterior del útero, en lo posible, por cortes longitudinales.

Fija el fragmento por quitar con dos pinzas de tracción, una á la derecha y otra á la izquierda. Comienza la incisión hacia la derecha, llevando el filo del cuchillo dirigido un poco hacia arriba, y se detiene á la altura que cree conveniente.

Por medio de otra pinza de tracción, que hace sostener por un ayudante, toma el cuerpo del útero en el labio superior de la incisión.

Vuelve de nuevo á traer su incisión de izquierda á derecha, hasta encontrar la trazada primitivamente, y ese fragmento de útero se desprende.

El resto del órgano queda fijo por la pinza que sostiene el ayudante.

Continúa así, hasta lograr invertir el fondo. Conseguido esto, aplica dos pinzas sobre los restos de los ligamentos anchos y corta en block el fondo uterino.

CUARTO TIEMPO DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL. —Una vez extraídos el útero y los anexos, se procede á practicar el aseo del campo operatorio.

Por medio de separadores anchos se abre bien la vagina y se

extraen todos los coágulos con esponjas, ó mejor con tapones de algodón montados en pinzas, y se vigila que la hemostasis sea perfecta, muy especialmente en el corte posterior de la vagina, que siempre sangra.

La mayor parte de los operadores se limitan á llenar suavemente la vagina con gasa yodoformada. Más correcto es unir los cortes vaginal y peritoneal por medio de algunos puntos de sutura y estrechar la abertura vagino-peritoneal de la misma manera.

Si se dejan pinzas á permanencia, se las envolverá bien con gasa yodoformada; el peritoneo se canaliza si se cree prudente, y la vagina se llena con tiras de gasa yodoformada, ligeramente comprimidas.

PROCEDIMIENTOS PARTICULARES.

TECNICA DE TUFFIER.

Este autor practica la histerectomía vaginal sin pinzas ni ligaduras, y en su procedimiento realiza la hemostasis por medio de un instrumento especial, que llama *angiotribo*. (Figura 90.)

La técnica es por demás sencilla:

TUFFIER practica la ablación del órgano siguiendo las reglas generales de la histerectomía vaginal; pero cuando el útero ha basculado, en vez de asir los ligamentos anchos con pinzas de forcipresión permanentes, los aprieta fuertemente entre las ramas de su *angiotribo*, que retira inmediatamente después.

Si la histerectomía presenta dificultades y se hace menester practicar el fraccionamiento del útero, el autor de este método comienza por asegurar la hemostasis por medio de pinzas comunes; pero cuando la operación está terminada, las reemplaza por su *angiotribo*, haciendo el machacamiento de los ligamentos según va retirando las pinzas. (Figuras números 90, 91, 92 y 93.)

Para practicar la hemostasis por medio del *angiotribo*, TUFFIER aconseja apretar completamente las ramas del instrumento, y vigilar que durante el esfuerzo de presión, no se hagan estiramientos sobre los ligamentos anchos.

TUFFIER ha ejecutado así la extirpación de *veintitrés* úteros,

con el resultado siguiente: Una de las operadas murió de septicemia peritoneal, otra murió de congestión pulmonar, y las veintiuna restantes curaron perfectamente.

TECNICA DE L. M. BOSSI.

Comienza siempre por hacer las ligaduras vasculares, á fin de no embarazar el campo operatorio con las pinzas. Cuando las condiciones anatómicas lo exigen, asocia los dos métodos de hemostasis: las ligaduras y la forcipresión.

No utiliza valvas vaginales — salvo el caso de una hemorragia durante la operación, — y las substituye por los dedos de un ayudante, dejando así más libertad para la acción de los dedos del operador.

Practica la oclusión de la brecha vagino-peritoneal en un número muy reducido de casos, pues sostiene que la abertura amplia del peritoneo pélvico es una de las mejores garantías para la curación de la operada.

Bossi limita el despedazamiento de los neoplasmas uterinos, á modo de no perder la continuidad y la orientación del tumor.

Refiere veintisiete casos de histerectomía vaginal operados por él, por medio de su procedimiento, de Noviembre de 1895 á Noviembre de 1896, todos con éxito.

TECNICA DE V. PAUCHET.

El abatimiento del útero se hace, en los casos sencillos, por la misección de QUÉNU-MÜLLER; en los difíciles, por fraccionamiento. Sea cual fuere la maniobra, sucede que llega un momento en que se tienen fuera de la vulva, á derecha é izquierda, dos fragmentos de útero, con sus anexos correspondientes, pendientes de los ligamentos anchos.

Los ligamentos anchos se atraviesan por medio de una aguja que conduce un hilo doble; éste se cruza; sus cabos superiores se anudan sobre la parte superior del ligamento, adentro de los anexos; sus cabos inferiores, aprietan la base del mismo ligamento; un corte con las tijeras separa la masa útero-anexial del muñón ligamentoso; un hilo de reforzamiento asegura la estabi-

lidad de la mucosa, y para terminar, se fijan los muñones en la cavidad vaginal, á fin de facilitar su eliminación.

De los resultados obtenidos en sus operaciones, V. PAUCHET deduce las conclusiones siguientes:

I. La castración vaginal total debe hacerse, según los casos, por medio de pinzas á permanencia ó por medio de ligaduras. Cada uno de estos métodos tiene sus indicaciones propias, formuladas ha tiempo ya por POZZI.

II. Se recurrirá á la forcipresión en los casos difíciles, tales como: supuración pélvica, grandes fibromas, celulitis no supuradas, estrechez excesiva de la vagina ó duración extraordinaria de la intervención operatoria.

III. La castración vaginal total terminada por ligaduras presenta las siguientes ventajas: el arsenal operatorio es insignificante, los cuidados post-operatorios son menos complicados, y es inútil sondear á la enferma ó inyectarle morfina. No hay hemorragia que temer después de la operación ó al retirar las pinzas; no hay dolores durante 48 horas, como después de la histerectomía con pinzas; ninguna precaución hay que tomar para inmovilizar á la enferma en su cama; y finalmente, el escurrimiento vaginal es insignificante.

TECNICA DE M. STRAUCH.

Abatida la porción vaginal, se hace una incisión circular de la mucosa por medio de las tijeras de COWPER; se abre al mismo tiempo el fondo de Douglas, se despega por medio del dedo la vejiga del útero y de los ligamentos anchos. Se introduce en el fondo vaginal anterior, ya abierto, una valva que protege la vejiga é impide la salida de los intestinos y se trae el útero con los anexos hacia la vulva; si es preciso, se hace la hemisección ó el despedazamiento del útero. Se aplica una ligadura elástica sobre cada ligamento ancho, sostenida por otra con seda. Uno ó dos puntos de sutura disminuyen la amplitud del corte vaginal.

El autor ha operado así veintitres enfermas, sin haber observado jamás accidentes.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

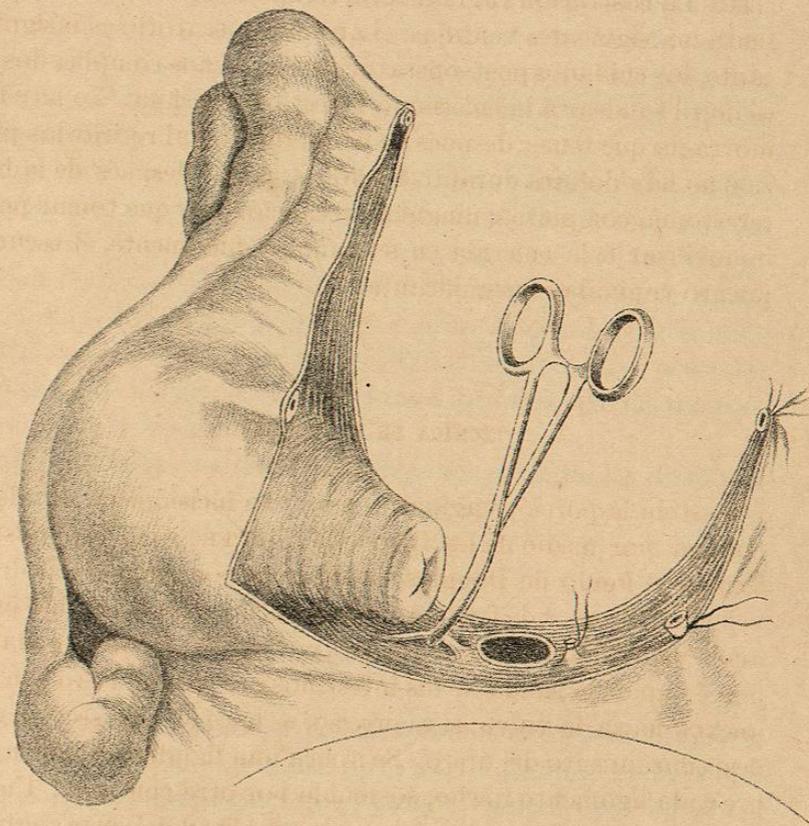


Fig. 71.—Histerectomía abdominal total, por salpingo oovariitis, (según KELLY.)
—Procedimiento americano. El útero, separado á la izquierda de sus inserciones ligamentosas, está inclinado á la derecha.

LIT. DEL TIMBRE.



DR. SUAREZ GAMBOA