

TECNICA DE BILLROTH.

Tomaba el cuello uterino con dos pinzas erignas, y reforzaba las tracciones por medio de un hilo grueso de seda que pasaba al través del cuello uterino.

Una vez cortada circularmente la vagina, hacía la disección del cuello del útero con los dedos, ó por medio de instrumentos romos: los vasos los ligaba á medida que sangraban. Para evitar herir la vejiga, BILLROTH recomendaba dirigirla hacia adelante por medio de una sonda de hombre introducida en la cavidad, con el pico dirigido hacia abajo. Cortaba los ligamentos anchos, derecho é izquierdo, después de haberlos ligado separadamente por medio de hilos de seda gruesa, cuyas extremidades, una vez anudadas, dejaba pendientes en el interior de la cavidad de la vagina.

Una vez hecha esta maniobra, cortaba el fondo útero-rectal, dejando un puente peritoneal aun sin cortar. Hecho esto, pasaba seis ó siete hilos en el borde posterior de la herida del fondo vaginal posterior, dividía rápidamente las porciones del peritoneo aún adherentes al útero, extraía el órgano, pasaba por el labio anterior de la herida vaginal los hilos colocados en el posterior y afrontaba los dos labios anudando los hilos, que dejaba pendiendo en el interior de la vagina.

Los días subsecuentes hacía irrigaciones vaginales abundantes, con soluciones débilmente antisépticas.

TECNICA DE BAUM.

Al decir de SECHEYRON, BAUM proponía como medio hemostático la compresión abdominal de la aorta, durante toda la duración del trabajo operatorio. El fondo vaginal anterior era el primeramente atacado, y luego seguía la operación á semejanza de BILLROTH, difiriendo solamente en el cuidado que tenía de abatir fuertemente el útero, antes de operar la ligadura en masa de los ligamentos y su sección.

BAUM no cerraba enteramente la herida vaginal, sino que hacía la canalización de la pelvis.

TECNICA DE TEUFFEL.

Comenzaba atacando el fondo anterior; después del aislamiento de la vejiga, abría el fondo vaginal posterior, ligaba en masa y seccionaba los ligamentos anchos, haciendo, para terminar, la sutura de las heridas vaginal y peritoneal.

TECNICA DE SHREDER.

Después del abatimiento del útero y de la incisión circular del cuello, desprendía por completo la vejiga y abría ampliamente el fondo de Douglas. Al través de esta abertura, tiraba del útero tomándolo del fondo por medio de dos dedos ó por medio de unas pinzas curvas de MUSSEUX. Introducía un dedo en la cavidad abdominal, y haciendo con él relieve en el fondo vaginal anterior, cortaba la vagina á este nivel. La matriz quedaba libre de sus inserciones anteriores y posteriores; ligaba en una ó varias porciones los ligamentos anchos y los cortaba cerca del útero, entre dos ligaduras. Todos los vasos gruesos que seccionaba, los ligaba aisladamente. Una vez extraído el útero, colocaba un tubo grueso en la pelvis y suturaba parcialmente la herida vaginoperitoneal.

TECNICA DE FRITSCH DE BRESLAU.

Empieza poniendo una ligadura profunda en masa que comprime los vasos sanguíneos principales, y su incisión inicial la hace amplia y alcanzando desde luego el pie de los ligamentos anchos.

El útero antevertido se trae hacia la vagina, al través del fondo vaginal anterior, previa desinserción de la vejiga.

Los ligamentos anchos se ligan en dos series y se seccionan: el útero sale enteramente libre.

TECNICA DE DUVELLIUS.

Este autor propone las siguientes modificaciones: después de haber abierto el fondo de Douglas, como de costumbre, ligado

los ligamentos anchos, desprendido la vejiga y puesto el útero en retroversión forzada, pasa la mano atrás de él y coloca tres ligaduras sobre los ligamentos anchos, vigilando que en la inferior quede comprendida la vagina, en la parte correspondiente á sus fondos laterales.

Una vez el útero separado de sus ligamentos laterales, bien ligados, se ven los dos pedículos ligamentosos hacer salientes en la cavidad de la vagina: dos hilos pueden reunirlos entre sí.

TECNICA DE LEOPOLD.

Procedimiento muy semejante al que conocimos ya, patrocinado por MARTIN.

A medida que va haciendo la desinserción vaginal del cuello, sutura los bordes de la incisión de la vagina con el peritoneo vésico-uterino y recto-uterino, y practica la ligadura de la vagina y de los ligamentos anchos en pequeñas porciones, á fin de asegurar una completa hemostasis.

Una vez desprendido el útero, deja abierta la vagina, llenando el canal con tiras de gasa yodoformada suavemente comprimidas.

III

METODO DE HISTERECTOMIA ABDOMINO-VAGINAL.

La extirpación del útero por maniobras combinadas en la vagina y en el vientre, cuenta con dos métodos principales: el de PEAN y el de RICHELLOT.

PEAN, hace la extracción del cuello por la vagina y la del cuerpo por el abdomen; RICHELLOT, extrae todo el órgano por el vientre.

TECNICA DE PEAN.

Abierto el vientre y exteriorizado el útero con el tumor, PEAN forma un pedículo un poco arriba de las inserciones vaginales del cuello, y liga en este lugar con una asa metálica, por medio del ligador de CINTRAT.

Amputa el útero y anexos arriba de la ligadura, reduce el muñón en el vientre y cierra la herida abdominal.

Luego, por la vagina reseca el pedículo, recurriendo á la forcipresión de los ligamentos anchos en su base, y al fraccionamiento del cuello con los restos del cuerpo uterino que quedaron después de las maniobras abdominales.

TECNICA DE RICHELOT.

Una vez verificada la incisión abdominal, el útero se tira fuera de la cavidad, al través de la herida.—La ligadura elástica provisional no tiene razón de ser y no se utiliza.

La masa uterina se recuesta sobre el abdomen, tirada por varias pinzas de tracción, y sirve para ayudar á cerrar el ángulo superior de la herida.

Si el fibroma se desarrolla en el segmento uterino inferior ó se hunde y llena la excavación, es preciso hendir verticalmente el útero, enuclear el tumor en block ó por fraccionamiento, colocar algunas pinzas hemostáticas y cerrar la gran cavidad que se forma en el útero, mediante pinzas dentadas.

El útero vacío y flojo, deja ya toda libertad para obrar sobre sus bordes.

Con una incisión transversal, sobre la cara anterior del órgano, se talla un colgajo peritoneal, que va de un ligamento ancho al otro, comprendiendo el origen del ligamento redondo. Despégase y abátese este colgajo hacia la pequeña pelvis, á fin de alejarse de la vejiga y los uréteres.

El índice y el medius de la mano izquierda introducidos profundamente por la vagina, hacia adelante del cuello, hacen salir el fondo anterior, que se perfora y corta con tijeras.

Déjase la vagina, y por arriba se amplía la perforación vaginal desde un ligamento ancho al otro, utilizando el índice izquierdo como conductor.

Ahora se toma un ligamento ancho con toda la mano izquierda, el pulgar hacia adelante, los otros dedos hacia atrás; con unas tijeras cerradas perfórase el fondo vaginal posterior, exactamente en sus límites con el ligamento ancho, y se retiran las tijeras abiertas.

Esta abertura está adentro de la uterina y lejos del uréter.

Entonces la gran pinza, que tiene 9 ó 10 centímetros de longi-

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

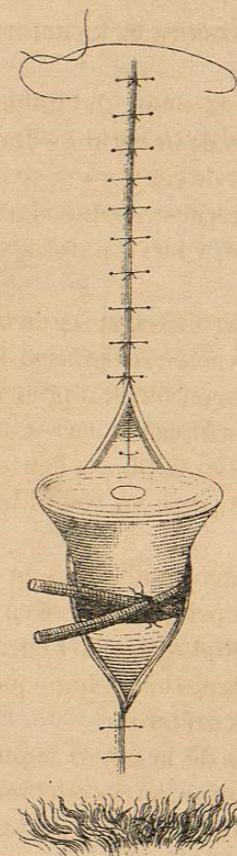


Fig. 72.—Pediculo abdominal, en la histerectomía supra-vaginal, fijo en la pared del vientre.

tud en las ramas, y que se cuida apriete igualmente en toda su extensión, se introduce por la vagina; la rama posterior penetra en el orificio hecho á la vagina, la anterior pasa por el corte vaginal anterior. (Figura 95).

Nada más fácil ya que comprender en la pieza todo el ligamento ancho, afuera de los anexos, se entiende.

Repítese la maniobra del otro lado, y se coloca otra pinza larga.

Se corta rápidamente sobre los bordes del útero, y la masa no queda detenida más que por las inserciones posteriores de la vagina, que unos cuantos golpes de tijera destruyen.

Una vez quitado el tumor, se toman por la vagina, con pinzas largas, los puntos que sangran en el corte vaginal posterior. (Figura 96.)

Se introduce una tira de gasa yodoformada en la vagina, que se comprime suavemente y se cierran las paredes abdominales. La operación está terminada.

Hay otros procedimientos de histerectomía abdomino-vaginal, tales como los de BARDENHEUER, de ROUFFART, de JACOBS y de LAMPHEAR; pero los principales son, indudablemente, los que hemos visto ya, los de PEAN y de RICHELLOT.

IV

METODO DE HISTERECTOMIA PERINEAL.

No conformes los cirujanos con las vías ya conocidas para atacar los órganos contenidos en la pelvis, han recurrido á nuevos procedimientos, que aunque parecen prometer bastante en el porvenir, hoy son casi considerados como estudios simplemente experimentales.

TECNICA DE OTTO ZUCKERKANDL.

ZUCKERKANDL, hace una profunda incisión que comienza un poco más arriba de la articulación sacro-coccigea y como á uno ó dos centímetros afuera de ella, y dirigiéndose hacia abajo, en una dirección ligeramente cóncava hacia afuera, la termina á dos ó tres centímetros distante de la horquilla.