

Cura y cuidados consecutivos. — «Cuando la matriz ha sido separada, lo cual no requiere más allá de cinco á diez minutos, vuélvase á colocar la valva posterior; hágase entreabrir la herida vaginal manejando las dos pinzas como separadores laterales; llévase una esponja hasta el peritoneo, rechácese el epiplón y el intestino que se presentan y sáquense algunos pequeños coágulos que se encuentran; luego cohíbese por medio de pinzas larguillas la pequeña hemorragia que tiene lugar en el tejido celular pre-rectal entre la sección del peritoneo y la de la vagina. Finalmente, cuando todo está bien seco, colóquese á la

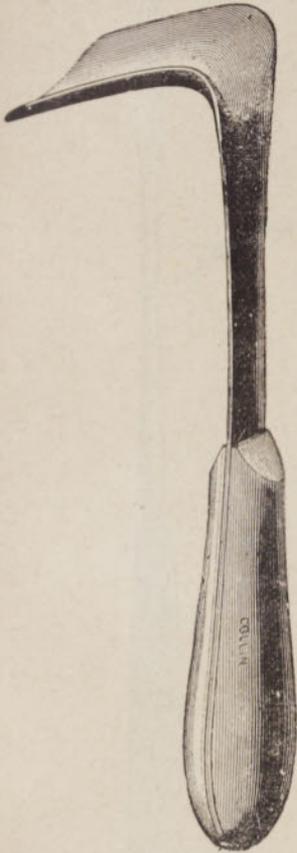


FIG. 921

Valva corta de Péan



FIG. 922

Separador largo acodado de Péan

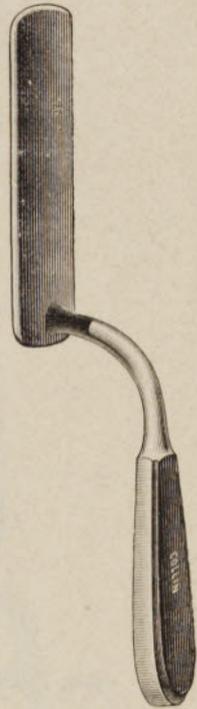


FIG. 923

Separador bi-acodado de Péan

entrada del peritoneo una primera torunda de uata yodofórmica, seguida de otras muy flojas.

»Vuélvase la enferma á su cama, sosteniendo el haz de las pinzas con un grueso pelotón de uata colocado debajo, las piernas ligeramente en flexión. No se pone sonda permanente; se sondará á la paciente cada dos ó tres horas durante los dos primeros días. Algunas inyecciones hipodérmicas de morfina para combatir los vómitos clorofórmicos, la molestia y el dolor causados por la presencia de las pinzas. No se pone hielo sobre el vientre.

»La mañana del tercer día, es decir, al cabo de cuarenta y ocho horas, quítense las pinzas con mucha suavidad; se suelta cada una con precaución, bien abierta para que las ramas se desprendan, luego se saca al exterior sin mover las torundas. Estas, aparte la más exterior, que se renueva, deben permanecer siete ú ocho días. Si, accidente raro, se produce una hemorragia en el

momento de la ablación de las pinzas, acuéstese en seguida á la enferma de través, quítense las torundas, colóquense los separadores y vuélvanse á coger los tejidos. Las pinzas larguillas, agentes de tracción excelentes, permiten volver á encontrar la sección vaginal, la base casi borrada del ligamento ancho; poco á poco, cada parte de la herida se encuentra de frente; los chorros arteriales aparecen, y se colocan algunas pinzas más, permanentes.

»Las enfermas dejan la cama de los quince á los veintiún días. Pero se

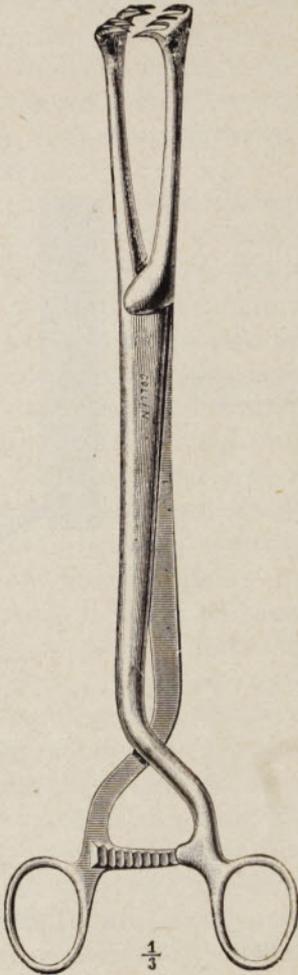


FIG. 924

Pinza-erina con cuatro dientes



FIG. 925

Pinza-clamp
de ramas cortas
de Segond

FIG. 926

Bisturi recto de Segond

necesita á lo menos un mes para que la herida vaginal esté completamente cicatrizada.

»Las últimas estadísticas, nos dice Pozzi (1), reducen 'á 5 por 100 próximamente la cifra de la mortalidad después de la histerectomía vaginal para el cáncer. En cuanto á la *supervivencia*, sería ilusorio hablar de curación definitiva para el cáncer del útero más que para las otras neoplasias malignas. Creemos que se debe desconfiar 'del diagnóstico primitivo de las operadas que no recidivan. Para nosotros, la histerectomía es solamente un tratamiento paliativo de una duración más ó menos larga: el término medio de ésta nos parece, según nuestras experiencias, que *no excede apenas de un año, después*

(1) Pozzi (*Traité de gynécologie*, 1897, págs. 437 y 444).

del cual la recidiva se produce y acarrea la muerte en un año á lo más. En las enfermas jóvenes y con la forma papilar ó vegetante, la recidiva es á veces excesivamente rápida. No por esto se está menos autorizado para practicar la histerectomía, como se practica la amputación de la mama con raspado de la axila, cuyo pronóstico es ciertamente más grave. La recidiva es siempre de temer en uno y otro caso; *pero una curación temporal es también una curación.*» Estos datos concuerdan, en general, con los que Olshausen había dado á conocer anteriormente (véase pág. 832).

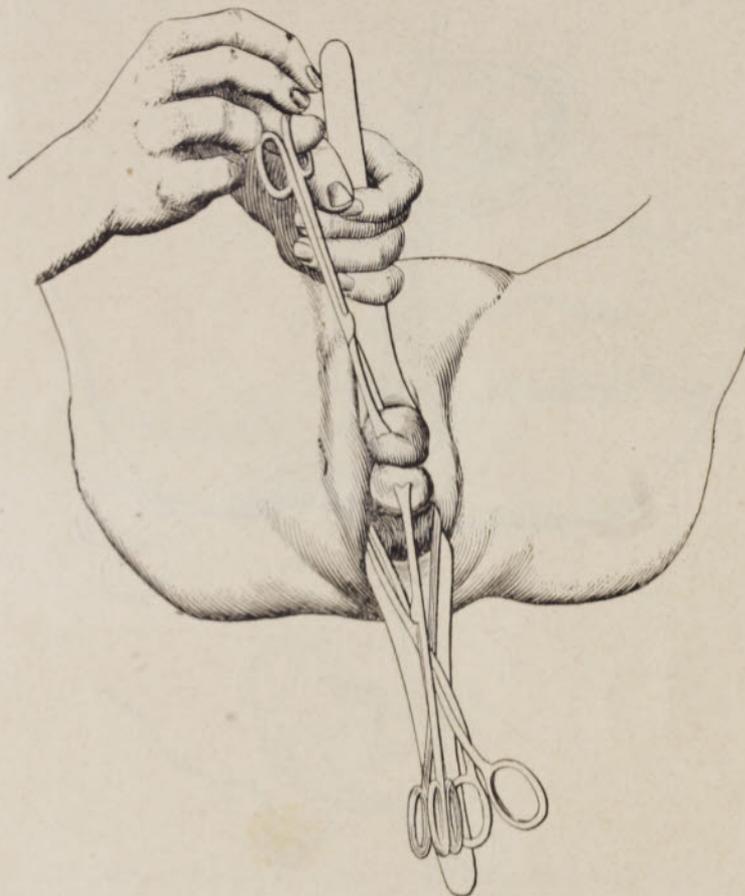


FIG. 927.—Histerectomía vaginal (operación de Péan)

Las dos arterias uterinas han sido cogidas con las pinzas y el cuello libertado es dividido en dos valvas anterior y posterior (Baudron)

b. *Histerectomía por supuraciones pélvicas.* — *Procedimiento de Péan*, según Segond (1), quien ha expuesto, en una excelente Memoria, todas las ventajas de la *fragmentación por valvas*.

Aparato instrumental:

- Una valva corta de Péan (fig. 921);
- Dos separadores largos acodados de Péan, en ángulo recto (fig. 922);
- Un separador bi-acodado de Péan (fig. 923);
- Cuatro pinzas-erinas de cuatro dientes (fig. 924);
- Seis pinzas-clamps, larguillas, pequeñas;

(1) Segond, *De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes*, Paris, 1891, y *Soc. de chir.*, 25 Febrero de 1891 y 4 Mayo de 1892 Véase también la excelente Tesis de su discípulo Baudron, Paris, 1894.

- Cuatro pinzas-clamps medianas rectas;
 - Dos pinzas-clamps medianas curvas;
 - Dos pinzas-clamps de ramas cortas de Segond (fig. 925);
 - Un bisturí recto de Segond (fig. 926);
 - Dos pares de tijeras largas, rectas y curvas;
 - Seis pinzas porta-esponjas de Segond con anillos dorados;
 - Una pinza de cuadro para fragmentos de anexos.
- Estando la mujer colocada en decúbito lateral izquierdo cuando el útero

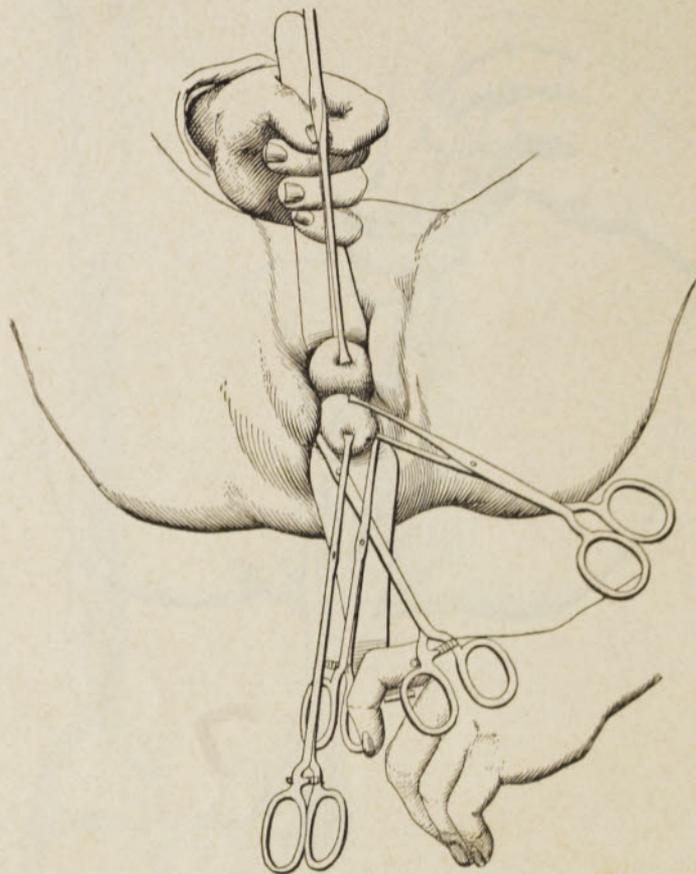


FIG. 928.—Histerectomía vaginal (operación de Péan)

Fijación en su base, de la valva posterior con otra urina para prepararse á la excisión de esta valva (Baudron)

no se deja bajar, — ó en la posición dorso-sacra si este órgano parece ceder más fácilmente á las tracciones, — mantenida abierta la vulva con separadores acomodados y sólidamente cogido el cuello con una pinza de Museux, — incíndase la mucosa vaginal como en toda histerectomía, libétese el cuello lo más arriba posible por vía de desprendimiento y procédase á la fragmentación. Esta se hace progresivamente por etapas sucesivas y cada una de estas etapas comprende cuatro maniobras especiales: 1.º *el aislamiento de las caras anterior y posterior del útero*; 2.º *la sección de los ligamentos anchos*; 3.º *la división en dos valvas de la porción de útero aislada por las dos maniobras precedentes*; 4.º *la excisión de las dos valvas así obtenidas*.

Aíslense las caras anterior y posterior del útero por el desprendimiento yuxta-uterino con ayuda de la extremidad roma del separador largo de Péan que se maneja como si fuera una legra.

Mientras los dos separadores que han sido introducidos junto á las dos caras anterior y posterior del útero, ya por desprendimiento subperitoneal, ya por efracción de las colecciones purulentas yuxta-uterinas, ya también por penetración intra-peritoneal, quedan colocados para proteger la vejiga y el recto, cójase á cada lado en una pinza clamp de ramas paralelas, la porción de los ligamentos anchos correspondiente al segmento uterino hecho accesible y visible por los separadores, luego secciónesele á ras del útero.

Divídase en dos valvas, una anterior y otra posterior, el segmento de

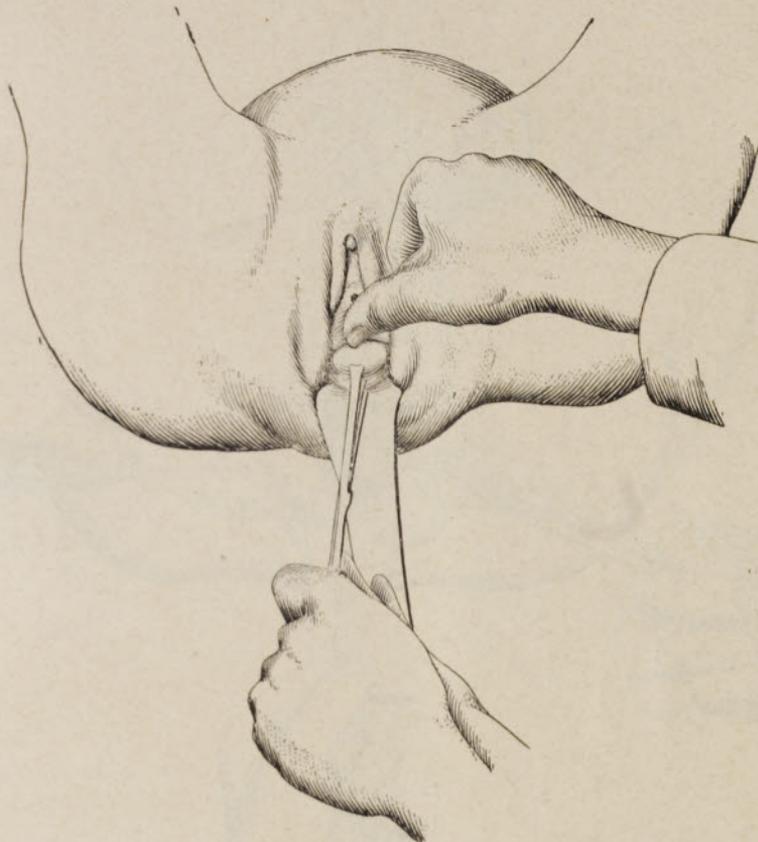


FIG. 929.—Histerectomía vaginal por el procedimiento de Segond
Desprendimiento de la vejiga con el pulgar (Baudron)

útero así aislado por la sección parcial de los ligamentos anchos (fig. 927) y excíndanse una tras otra, después de haber tenido cuidado de fijar la base de cada una de ellas por dos pinzas de descenso (fig. 928). Un primer segmento de útero (3 centímetros de altura) *segmento cervical*, es desprendido de este modo.

Repítanse en seguida las mismas maniobras para *la porción restante del cuerpo uterino*. De esta manera se llega á practicar poco á poco la ablación de todo el útero. La fragmentación total se hace en dos, en cuatro tiempos, según la altura del órgano (1).

Taponamiento de la cavidad pelvi-vaginal con gasa yodofórmica; sonda permanente en la vejiga. Las pinzas quedan colocadas durante cuarenta y ocho horas.

(1) En lugar de fragmentar el útero y de comprimir sus anexos por etapas sucesivas. Quénu prefirió dividir el útero en la línea media, de abajo arriba, luego ligar la parte inferior de cada ligamento ancho y comprimir la parte restante. (*Sóc. chir.*, 4 Nov. 1891 y 27 Abril 1892).

Ahí termina el manual operatorio para los casos «en que el útero está en contacto inmediato con las colecciones purulentas que le rodean y en que la abertura de estas colecciones se hace simplemente por el trabajo de los separadores *durante el aislamiento del útero.*» Se ha quitado la *presa ó compuerta* que contenía todas las colecciones purulentas pélvicas y creado en lugar del útero un vasto conducto de desagüe.

Pero otras veces, «la ablación del útero se efectúa y se termina con y hasta sin abertura de los fondos de saco peritoneales, *sin que el pus sea desalojado*

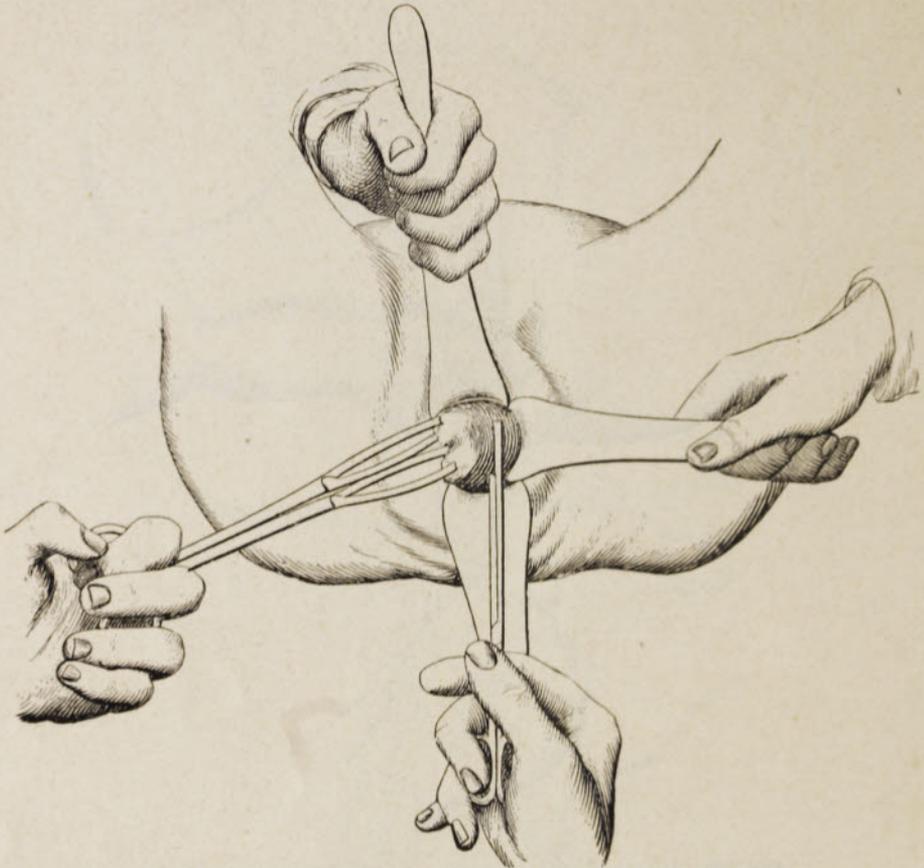


FIG. 930.—Histerectomía vaginal por el procedimiento de Segond

Colocación de la primera pinza-clamp sobre la arteria uterina en la base del ligamento ancho izquierdo (Baudron)

de las regiones más ó menos lejanas que ocupa... Es necesario entonces, después de la ablación del útero, ir en busca del pus, ya abriendo simplemente las eminencias fluctuantes que se presentan bajo el dedo cuando se explora por el tacto la cavidad resultante de la ablación del útero, ya practicando la ablación de los anexos. La determinación que se debe tomar es asunto de experiencia y de tacto. Cuando los ovarios y las trompas no son demasiado adherentes y ceden á la tracción de las pinzas á la vista del operador, no se debe vacilar en quitarlos, asegurando siempre la hemostasia por la forcipresión. Pero cuando se teme provocar un desgarro visceral cualquiera, hay que saber contentarse, ya con una ablación incompleta, ya con la simple abertura de las colecciones purulentas accesibles al ojo y al dedo» (Segond).

Procedimiento de Segond: *Excavación conoidea central* (1). Desde 1893,

(1) Según Baudron, pág. 41, *Th. de Paris*, 1894.

Segond asocia sistemáticamente á la fragmentación por valvas de Péan la *excavación conoidea central* ó las *hemisecciones uterinas* para hacer bascular el fondo del útero hacia adelante ó hacia atrás y practicar más seguramente su ablación completa.

«Estando el cuello fuertemente cogido por cada uno de sus labios con pinzas de Museux, incíndase circularmente la mucosa vaginal y añádanse dos pequeñas incisiones laterales paralelas á la base de los ligamentos anchos.

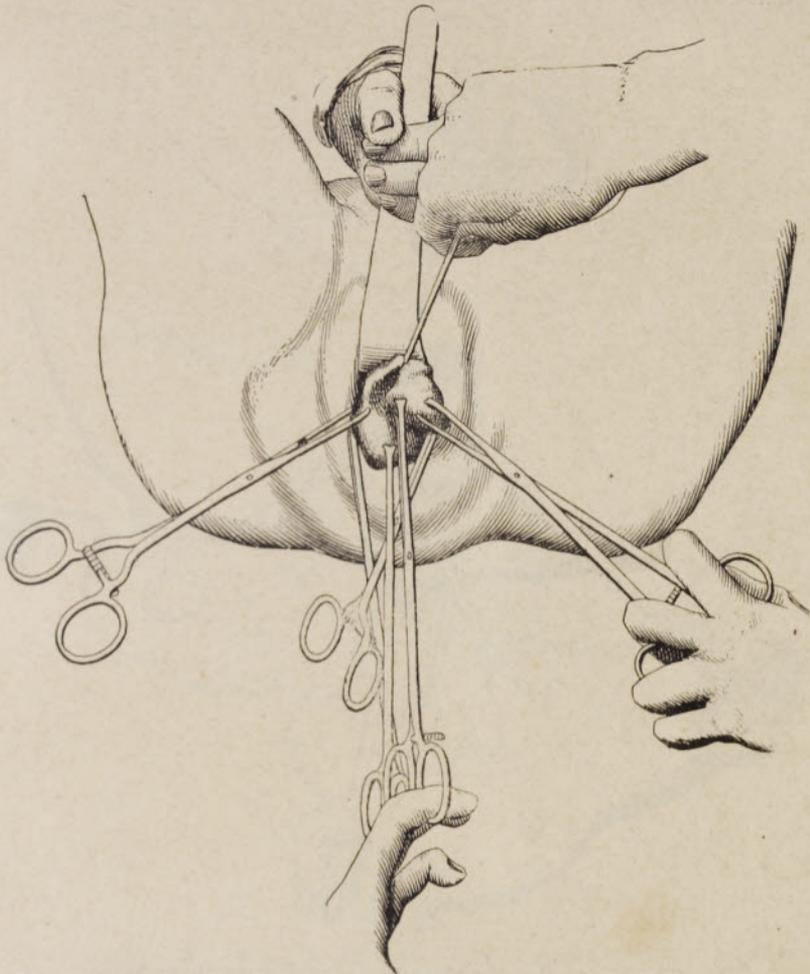


FIG. 931.—Histerectomía vaginal por el procedimiento de Segond

Sección de un cono sobre la pared anterior del útero (Baudron)

Abierto el fondo de saco posterior y completamente desprendida la vejiga del cuello con el dedo (fig. 929), colóquense dos pinzas larguillas cortas en la base de los ligamentos anchos sobre las arterias uterinas (fig. 930) y seccionese la porción del ligamento en que se ha hecho la hemostasia.

»Divídase el cuello, así aislado, mediante dos incisiones laterales, en dos valvas anterior y posterior y reséquese sucesivamente cada una de estas valvas como en el procedimiento de Péan.

»Aguántese fuertemente con una pinza de Museux el labio anterior del muñón uterino é inténtese una hemisección anterior según el modo de Doyen. Si esta maniobra no basta para hacer descender el útero, procédase inmediatamente á la excavación central conoidea, es decir, á excavar la pared anterior

del útero delante de su cara peritoneal hacia la cavidad uterina manteniéndose siempre en el centro del órgano.

»Armado el cirujano con un bisturí curvo, trácese en pleno tejido uterino, un cono cuya base corresponda á la pinza de Museux (fig. 931). Antes de desprender completamente este cono, cójase con una pinza bidentada el labio del cono concéntrico que se acaba de tallar y termínese la ablación del cono macizo (fig. 932). Repítase la misma maniobra marchando paso á paso, cono por cono, desde el cuello hacia el fondo del útero.

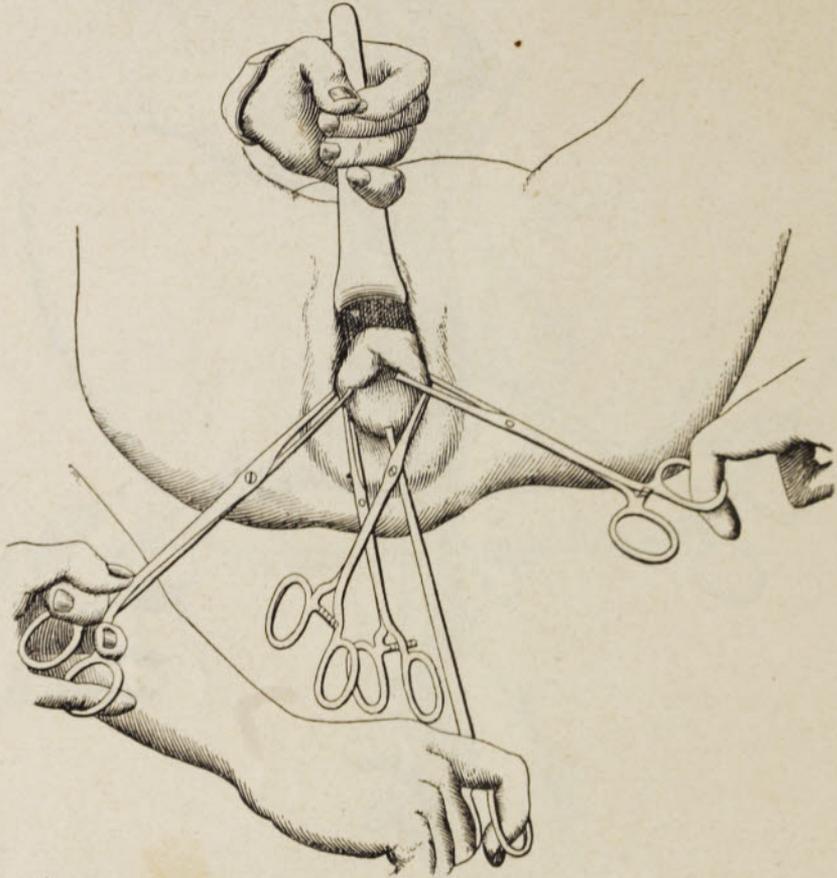


FIG. 932.—Histerectomía vaginal por el procedimiento de Segond
Aspecto después de la ablación del primer cono de la pared anterior (Baudron)

»Poco á poco, gracias á la desaparición de la pared uterina anterior, así reseca por segmentos cónicos sucesivos, el órgano bascula hacia adelante en el fondo de saco anterior, arrastrando consigo el borde superior de los ligamentos anchos. Por fuera de los anexos, si éstos son arrastrados tras el cuerpo uterino (fig. 933), ó por dentro de ellos, si adherencias sólidas les impiden descender, colóquense de arriba abajo pequeñas pinzas larguillas, generalmente dos por cada ligamento ancho. Secciónese cada ligamento; las pinzas colocadas de arriba abajo caen haciendo describir á la porción del ligamento ancho que comprimían, una torsión de 180°.

»El órgano así separado es un útero sin cuello y sin pared anterior. En caso de existir adherencias sólidas que fijen la pared posterior en el fondo de saco de Douglas, trátesela como la pared anterior, excávase su porción media, de tal

suerte que el útero, reducido á sus dos ángulos tubarios, se dobla á nivel de su fondo como por una charnela.»

La histerectomía vaginal en manos de Segond (1) (200 casos) sólo ha dado una mortalidad de 7 por 100.

c. *Histerectomía por fibromas. Procedimiento de Doyen* (2) *hemisección media*. — «Habiendo aplicado durante cuarenta y ocho horas un pesario de Gariel para dilatar la vagina, colocada la enferma en posición dorso-sacra, con las piernas elevadas, cójase el cuello lateralmente con dos pinzas de garfios que quedan allí fijas hasta el fin de la operación. Cuando el descenso es todo lo

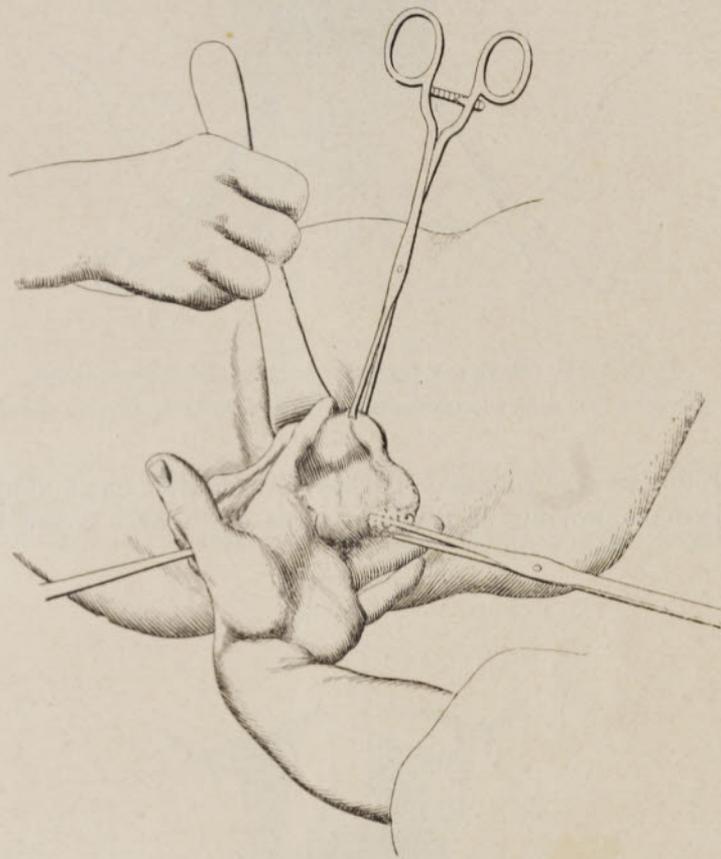


FIG. 933.—Histerectomía vaginal total por el procedimiento de Segond
Útero basculando al exterior con los anexos, por fuera de los cuales se ha colocado una pinza (Baudron)

completo posible, incíndase con las tijeras la mucosa vaginal alrededor del cuello (fig. 934). Ábrase rápidamente el fondo de saco posterior con el índice derecho, y despréndase de sus adherencias, si existen, la cara posterior del útero. Explórese entonces la pelvis menor y decídase si debe el útero ser sacrificado.

Practíquese con el dedo el aislamiento de la vejiga seguida de los uréteres.

Atraídas hacia abajo las dos pinzas del cuello y sostenido un separador corto por el ayudante, encima del pubis, seccionese de abajo arriba la pared anterior del cuello (fig. 935); el fondo de saco peritoneal vésico-uterino, en general aparente bajo el separador, es abierto al primero ó segundo tijeretazo. Ensánchese la abertura por medio de las tijeras entreabiertas y obrando como

(1) Baudron, *Th. Paris*, 1891.

(2) Doyen (*Arch. prov. de chir.*, Diciembre de 1892).

un instrumento romo y cárguese sobre el separador la cara anterior de la serosa.

Cójase el útero á derecha é izquierda, sobre los labios de la sección longi-

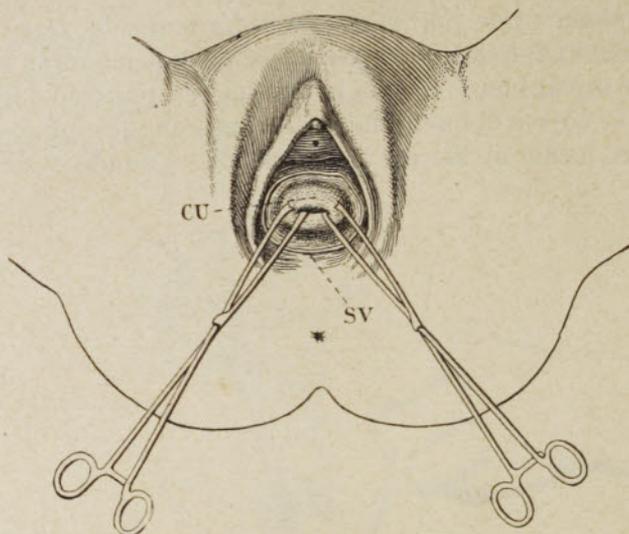


FIG. 934.— Histerectomía vaginal por el procedimiento de Doyen

CU, cuello uterino, sujeto con dos erinas comisurales.—SV, sección circular de la mucosa vaginal (Doyen)

tudinal, por dos nuevas pinzas de garfios y atráigasele hacia abajo (fig. 936); un nuevo tijeretazo prolonga la sección y otras dos pinzas cogen el órgano lo

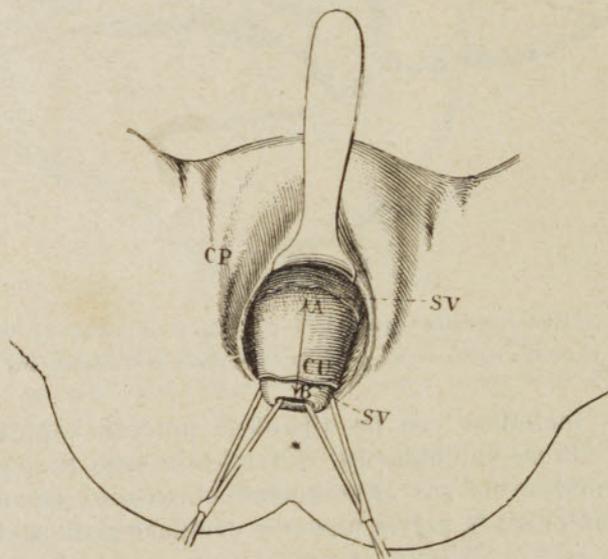


FIG. 935.— Histerectomía vaginal por el procedimiento de Doyen

AB, línea de sección de la pared anterior del útero.—SV, SV, sección de la vagina.—CU, cuello uterino.—CP, fondo de saco peritoneal debajo del separador (Doyen)

más arriba posible. Quitense las dos pinzas inmediatamente subyacentes para colocarlas más arriba.

Prolónguese la sección hasta el fondo del útero, si es necesario, para obtener su extracción (fig. 937). Lo más á menudo, si la vulva no es demasiado

estrecha y si el útero sólo está duplicado de volumen, la inversión progresiva

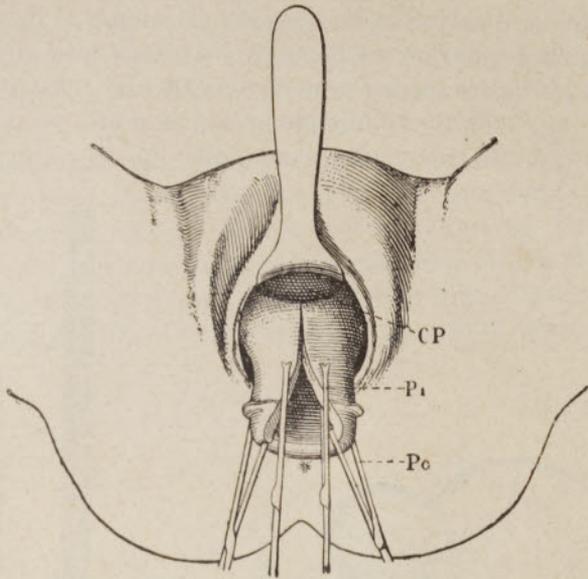


FIG. 936.—Histerectomía vaginal por el procedimiento de Doyen

Amarre de los labios de la hendidura anterior por dos nuevas pinzas Pi.—Pc, pinza comisural.
—CP, fondo de saco peritoneal (Doyen)

se hace sin dificultad y sin que sea necesario prolongar muy arriba sobre el cuerpo la sección longitudinal.

Si se trata de un útero enorme, de fibromas múltiples, el procedimiento no

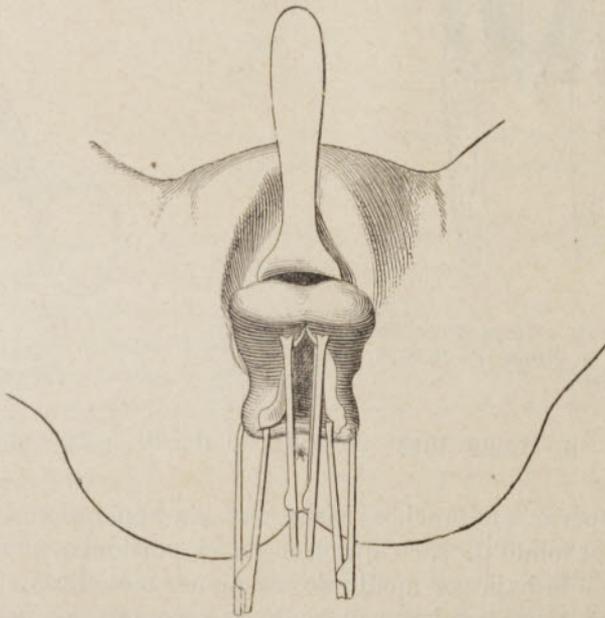


FIG. 937.—Histerectomía vaginal por el procedimiento de Doyen

Modo de bascular el fondo del útero hacia adelante, y su atracción a la vulva después de prolongada la sección media (Doyen)

difiere en sus grandes líneas: descendido el útero, ampliamente abiertos los fondos de saco peritoneales, incídase el cuello,—lateralmente sostenido por sus dos pinzas,—á lo largo, por su cara anterior, y cójasele más arriba por los

labios de la sección con dos nuevas pinzas. Se puede entonces escoger entre dos métodos: quitar de cada lado de la sección longitudinal fragmentos de tejido lo mayores que se pueda, ó lo que es más rápido, seccionar el cuerpo del útero en forma de V por su cara anterior, respetando las caras laterales del órgano. En la mayor parte de los casos apenas es necesario reseca más de dos ó tres fragmentos del tumor (fig. 938); descendiendo sucesivamente, ya la V media, ya los colgajos laterales del útero, ocurre á menudo que se quita por completo y

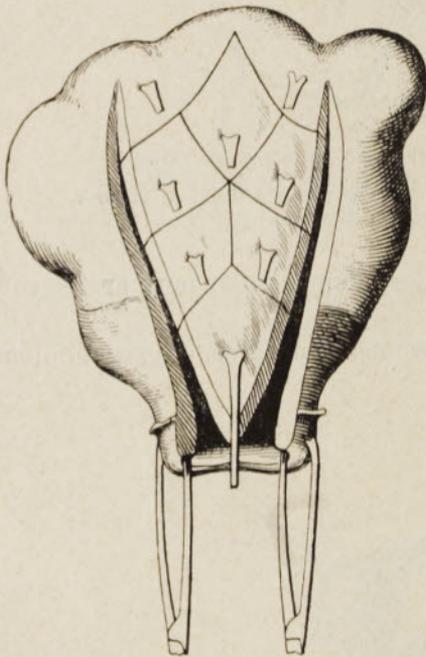


FIG. 938. — Fragmentación de un grueso fibroma por una doble incisión en forma de V de la pared anterior del útero (Doyen).

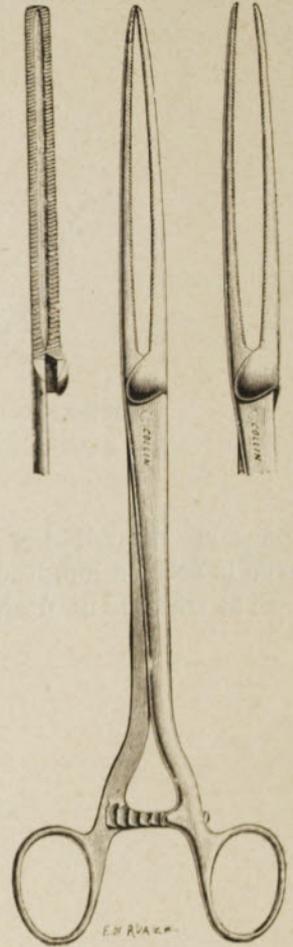


FIG. 939.
Pinzas de Doyen
con ramas elásticas

en poco tiempo un tumor muy voluminoso de 10 á 12 centímetros de diámetro.

Se puede operar en muchos casos casi sin separador: el índice derecho, introducido por el fondo de saco anterior en el peritoneo, sirve para guiar el tumor mientras se le baja por medio de tracciones metódicas.

A veces es preciso abandonar el fondo de saco anterior para atacar por el posterior un fibroma subperitoneal enclavado. En tal caso, nunca se practica más que la sección media parcial del útero, y en el momento en que aparece el fondo, éste se encuentra todavía unido al cuello, al que quedan sujetas las dos primeras pinzas.

Cuando el útero está fuera de la vulva, no se ha hecho todavía hemostasia alguna.

Despréndanse con los dedos, si há lugar, y atraíganse lo más abajo posible, con pinzas de anillos, los anexos alterados ó no, y aplíquense las pinzas de Doyen de ramas elásticas (fig. 939), empezando, á menos de indicaciones contrarias, por el ligamento ancho del lado izquierdo. Cogido este ligamento con la mano izquierda, más allá de los anexos, introdúzcase una primera pinza casi verticalmente, una de las ramas delante, la otra detrás, y ciérrsele moderadamente, asegurándose por el contacto directo de sus extremidades con el índice izquierdo, á nivel del fondo de saco posterior, de que nada le escapa, y, por el contrario, que no coge ningún órgano extraño. Apriétese entonces la pinza al máximum; aplíquese otra más pequeña debajo para mayor seguridad, y seccionese el ligamento ancho á algunos milímetros de ella. Trátase de igual manera el otro ligamento (fig. 940). Si la pinza mayor, lo que es muy raro, no ha podido

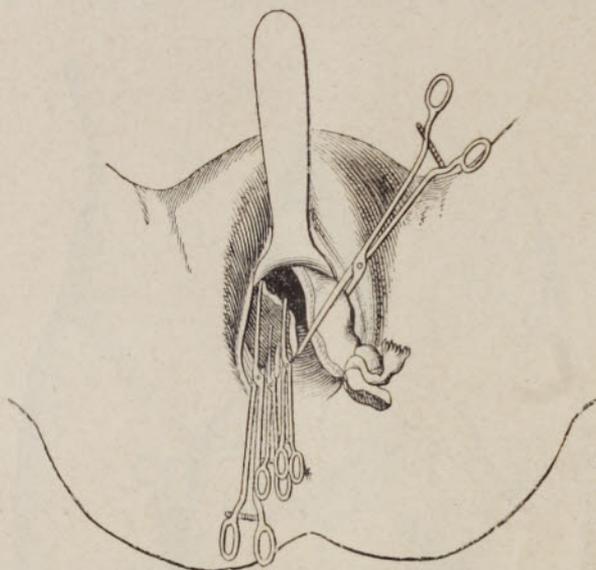


FIG. 940. — Histerectomía vaginal por el procedimiento de Doyen

Sección del ligamento ancho izquierdo después de colocar las pinzas. Prehensión del ligamento ancho derecho

ser aplicada hasta más arriba de los anexos, colóquese luego más allá del ovario y de la trompa otra pinza más pequeña y reséqueselos.

Se hace el taponamiento con una compresa esterilizada, teniendo cuidado de adosar los colgajos peritoneales anterior y posterior.

Se retira al cabo de cuarenta y ocho horas la pinza mayor de cada lado; esta pinza se desprende fácilmente gracias á la elasticidad de sus ramas. Se quita la pequeña por la tarde ó á la mañana siguiente, así como la gasa, si ésta parece haber sensiblemente ascendido hacia la profundidad.»

La histerectomía vaginal por fibromas uterinos es una operación relativamente poco grave, como lo atestiguan en particular las recientes estadísticas de varios cirujanos. En 248 casos operados desde Enero de 1890 á Enero de 1895, Péan (1) no cuenta más que 4 defunciones ó sea 1,6 por 100. Richelot (2) ha tenido 3 muertos en 76 histerectomías = 3,9 por 100. La mortalidad es más considerable en verdad en la estadística de Segond (3) = 10 por 100. Pero las 66 observaciones que le sirven de base, «tomadas de la estadística general de histerec-

(1) Péan, *Des fibromes utérins* (Congr. fr. de chir., pág. 921, 1895).

(2) Richelot, *Derniers résultats de l'hystérectomie vaginale* (Ibid., pág. 905, 1895).

(3) Segond, *Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie* (Ibid., pág. 927, 1895).

tomías por fibromas, no comprenden sino los casos en que la masa que se debía fragmentar pesaba desde 1,200 gramos á lo menos, hasta 4 kilogramos á lo más, llegando más ó menos francamente al nivel del ombligo. Todas las enfermas de esta serie presentaban una ó varias de las indicaciones formales de la intervención. Muchas de ellas se encontraban en estado muy grave, resultante lo más á menudo de la abundancia de las hemorragias anteriores y dependiente en los otros casos de los fenómenos de compresión ó de lesiones supurativas peritónicas.»

B. — HISTERECTOMÍA TOTAL, ABDOMINAL Ó ABDÓMINO-VAGINAL

Practicada por primera vez por Péan en 1869, la histerectomía total, abdominal ó abdómino-vaginal apenas se practica actualmente, por lo menos en

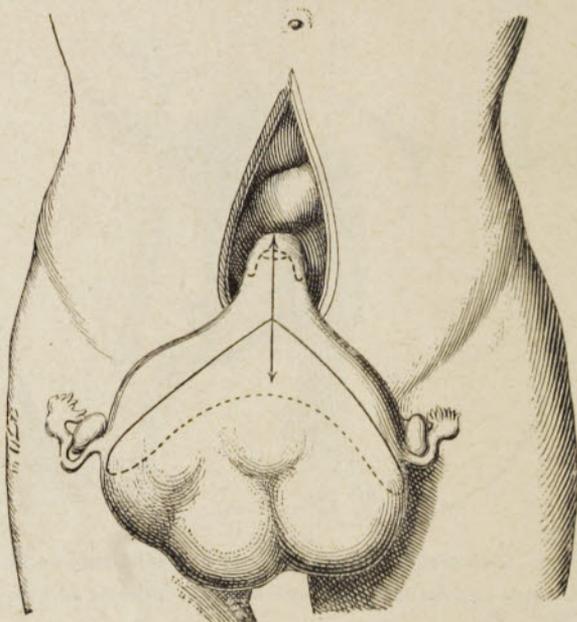


FIG. 941.—Histerectomía abdominal total por fibromioma por el procedimiento de Doyen
Útero invertido sobre el pubis. Incisión del peritoneo, primero según la flecha y luego en raqueta

Francia, más que por fibromiomas, y cuando el volumen del útero excede de de una cabeza de feto ó rebasa el nivel del ombligo.

a. *Histerectomía por fibromiomas. Procedimiento de Doyen* (1). — «Estando acostada la enferma sobre el dorso, después de haberse colocado el cirujano á su derecha, ábrase el abdomen en la línea media, sáquese el tumor del vientre y échesele hacia adelante sobre el pubis cubierto de compresas esterilizadas.

Incíndase el peritoneo (fig. 942, según la flecha) de un solo golpe desde el fondo de saco de Douglas hasta el punto más saliente del tumor.

Abrase la vagina por detrás del cuello sobre una punta introducida por la vulva. Secciónese entonces vivamente el peritoneo en toda la superficie del tumor, de modo que la sección, en forma de raqueta, partiendo, para volver á ella, de la sección longitudinal posterior de la serosa, siga poco más ó menos el ecuador del tumor y pase lateralmente por encima de los anexos y por delante muy lejos de la vejiga (véase la misma figura).

(1) Doyen (*Arch., prov. chir.*, I, 1892, pág. 496).

Haciendo tener entre los dedos del ayudante el ligamento ancho izquierdo, despréndasele rápidamente del útero con las tijeras ó el bisturí, teniendo cuidado de coger ligeramente el tejido uterino. Colóquese una ligadura sobre los anexos, lo cual basta de ordinario para asegurar la hemostasia.

Despéguese rápidamente la serosa con los dedos ó con tijeras romas, de las caras anterior y posterior del tumor; despréndase y líguese á su vez el segundo ligamento ancho.

Rasando el tejido uterino, despréndase de un solo golpe, completando la decorticación subperitoneal, la totalidad del tumor, incluso el cuello, visible por la incisión del fondo de saco posterior. Apenas es necesario ligar aisladamente más que una ó dos arteriolas cerca del cuello.

Pásense á la vagina los hilos que aseguran la hemostasia de los pedículos laterales, así como el vasto collarín peritoneal que rodeaba al tumor. Cíérrese

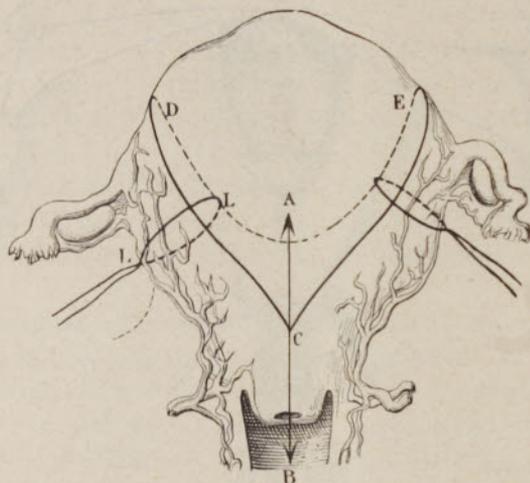


FIG. 942. — Histerectomía abdominal total por fibromioma, siguiendo el procedimiento de Doyen

A B, incisión media posterior del peritoneo.—C D E, incisión en raqueta del peritoneo alrededor del tumor
L L, ligadura de los vasos (Doyen)

momentáneamente el vientre por medio de tres ó cuatro pinzas de garfios embotados, colóquese á la enferma en posición de histerectomía vaginal y practíquese la hemostasia definitiva de los ligamentos anchos con ayuda de dos pinzas de ramas elásticas de Doyen colocadas en la vulva (fig. 943); luego tapónese la vagina y colóquese, si es necesario, debajo del tapón de gasa un doble desagüe.

Bájense los muslos, vuélvase al abdomen, hágase la limpieza del peritoneo, cíérrese con una sutura á punto por encima el peritoneo que cubre el recto, los ligamentos anchos y la vejiga y, por fin, cíérrese la herida abdominal.»

«Una de las particularidades de este procedimiento es la ausencia de toda hemostasia preventiva: se desprenden los ligamentos anchos antes de pellizcar ni de ligar nada, lo cual abrevia considerablemente la operación. No es útil fragmentar el tumor sino en los casos en que es demasiado adherente y en que la imposibilidad de tumbarlo sobre el pubis hace difícil el acceso del fondo de saco de Douglas, que entonces no puede ser abierto hasta más tarde.»

En 11 enfermas que había operado cuando publicó su procedimiento, Doyen había obtenido 10 éxitos, y la única defunción fué debida á una bronco-pneumonía.

Procedimiento de H. Delagénère (1).— Preparada la enferma mucho tiempo antes de la operación por un tratamiento vaginal antiséptico, dormida luego con el clorofórmico é instalada sobre el plano inclinado á 45°, incíndase la pared abdominal desde el pubis hasta dos traveses de dedo por arriba del vértice del tumor.

Abierto el vientre, explórese el tumor con la mano para determinar su volumen, para reconocer la situación de su vértice, de los anexos del útero, para darse cuenta de las adherencias que se pueden encontrar. *Partéese*, es decir hágase salir el tumor fuera de la herida abdominal por medio de una especie de sacacorchos, *desenclavador* de Delagénère (fig. 944), que se hunde en su parte más prominente.

Inclínese el tumor de modo que se hagan accesibles los anexos de un lado;

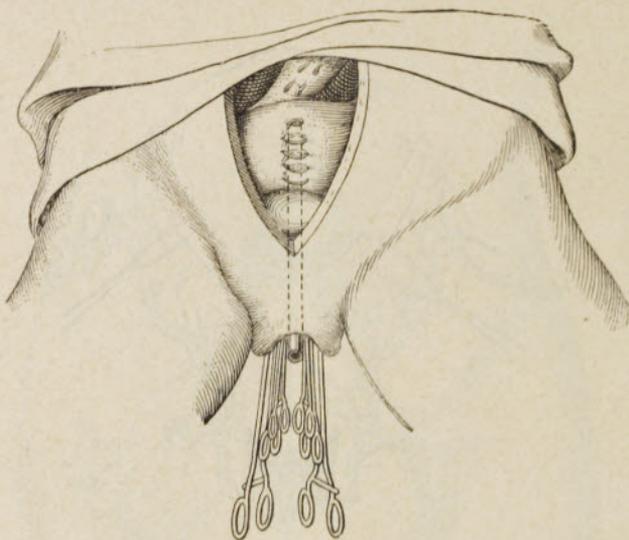


FIG. 943.— Histerectomía abdominal total por fibromioma, siguiendo el procedimiento de Doyen
Pinzas hemostáticas sobre los ligamentos anchos. Sutura del peritoneo pélvico, ya á punto por encima ántero-posterior, ya por una ligadura en forma de bolsa (Doyen)

colóquese horizontalmente una fuerte pinza-clamp debajo del ovario, llegando el pico del instrumento á ras del tumor. Por debajo de esta primera pinza-clamp, á 1 centímetro y medio, pásese una seda gruesa á través de la parte adherente del ligamento ancho y delante del tejido uterino. Se pasará el centro de este hilo formando anillo (según el procedimiento de ligadura de Delagénère) por en medio de los tejidos destinados á formar el pedículo; luego el hilo será ligado en ese anillo. Así queda ligada la arteria útero-ovárica. Secciónese luego entre el hilo y la pinza, decapitando así el borde superior del ligamento ancho, quitándole sus aletas.

Trátense igualmente los anexos del otro lado.

Después de haber reconocido el fondo de la vejiga por la faja blanca nacarada que corresponde al punto de reflexión peritoneal del útero sobre la vejiga, divídase horizontalmente el peritoneo uterino, partiendo del borde superior del ligamento ancho izquierdo, cruzando la cara posterior del útero, alcanzando el borde superior del otro ligamento ancho, y finalmente, pasando á 2 centímetros por lo menos más arriba de la vejiga. Diséquese el collar peritoneal así dibu-

(1) H. Delagénère (*Arch. prov. de chir.*, pág. 333, 1894; *Ibid.*, 1895; *Ibid.*, 1897). Véase también Defontaine (*Ibid.*, 1896) y Pantaloni (*Ibid.*, Febrero de 1897).

jado, con preferencia con el instrumento cortante, rasando el útero. Márquense con pinzas la arteria uterina y sus numerosos ramos durante la disección del collarín. Por delante, la vejiga se encuentra desprendida al mismo tiempo que el collarín, y es apartada con los uréteres, de los que no hay que preocuparse.

Al llegar cerca del cuello uterino, averígüese la situación del fondo de saco posterior vaginal hundiendo el dedo en la cavidad de Douglas; se puede también sentir el tapón ya colocado en la vagina. Si el tumor estorba por su volumen para la abertura de la vagina, facilítese esta investigación incindiendo el collarín por detrás en la línea media hasta lo más hondo del fondo de saco de Douglas. En este punto, ábrase la vagina, luego incíndasela alrededor del cuello con tijeras curvas.

Pásese por la pared lateral de la vagina, paralelamente á su sección circular, un asa de seda mediana. Inclínense hacia el eje de la pelvis todas las pinzas colocadas sobre el asa uterina y sus ramas, á fin de permitir cruzar los cabos del hilo fuera de las pinzas. Hágase el nudo y apriétesele vigorosamente, mientras el ayudante quita todas las pinzas una tras otra. De ello resulta una especie de pedículo lateral, sólidamente sujeto á la vagina.

Para hacer la hemostasia de la sección vaginal, pásense, á la manera de Martin, tres asas de seda n.º 1 por delante y por detrás, que deben unir la sección al borde del collarín.

Ciérrese por completo el suelo de la pelvis por la sutura del collarín, hágase la limpieza del peritoneo, instálese en el fondo de saco de Douglas un tubo de desagüe de caucho de 12 á 14 milímetros, que está sujeto, por otra parte, al ángulo inferior de la herida abdominal, y finalmente, ciérrese el abdomen por arriba del tubo como de ordinario. El tubo no debe quedar colocado más de cuarenta y ocho horas; se cambia cada día el tapón vaginal durante los cinco ó seis primeros días, luego se empiezan las inyecciones antisépticas.

En 30 casos así operados, Delagénière sólo cuenta dos muertes.

Procedimiento de Richelot (1).—Sea, por ejemplo, un caso tipo de útero fibromatoso, «desprovisto de las diversas complicaciones, adherencias, lesiones de los anexos, multiplicidad de los fibromas, que hacen á menudo la operación difícil, pero no cambian en ella nada esencial.

»Colocada la enferma sobre el plano inclinado, el cirujano á su izquierda, hágase la incisión y sáquese el útero del abdomen; varias compresas, metidas hasta la excavación, mantienen el intestino y sirven de cama á la masa fibrosa. Una ó dos pinzas de tracción muerden el fondo del útero y la atraen, ayudadas por su peso; una valva ancha, colocada hacia el pubis, abre la herida y da luz. Se ve bien la vejiga, que forma una proeminencia ligera, y á veces remonta bastante arriba sobre el tumor. Búsquense las trompas y los ovarios, sáquense afuera y colóquense simétricamente los ligamentos anchos.

»Córtese un colgajo peritoneal anterior mediante una incisión transversal que va de un ligamento ancho al otro y que pasa á distancia de la vejiga, por

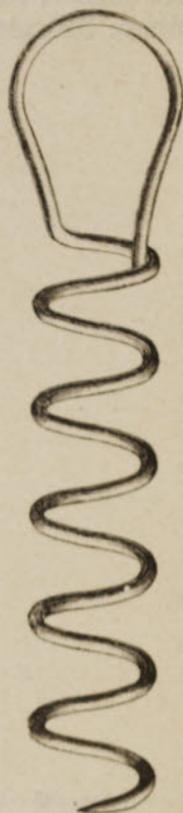


FIG. 944

Desenclavador de
Delagénière

(1) Richelot. La histerectomía abdominal total en los fibromas del útero (*Rev. de gynéc. et de chir. abdom.*, n.º 2, 1897).

el punto en que el revestimiento seroso del cuerpo uterino se desprende del tejido muscular y se hace movilizable sobre la cara anterior del cuello. Con el dedo desgárrase, ensánchese la incisión, despréndase el colgajo y apártesele; húndase la vejiga en la excavación y denúdense el segmento inferior, así como el tejido paramétrico, en medio del cual se ve por transparencia la arteria uterina.

»Para aislar el útero á derecha é izquierda, córtense los ligamentos anchos de arriba abajo. Póngase una pinza larguilla sobre el asta y otra por fuera de los anexos; con las tijeras córtese á ras de la segunda dirigiéndose al borde del útero. Una pinza en la parte media del ligamento, otra pinza en la región de la

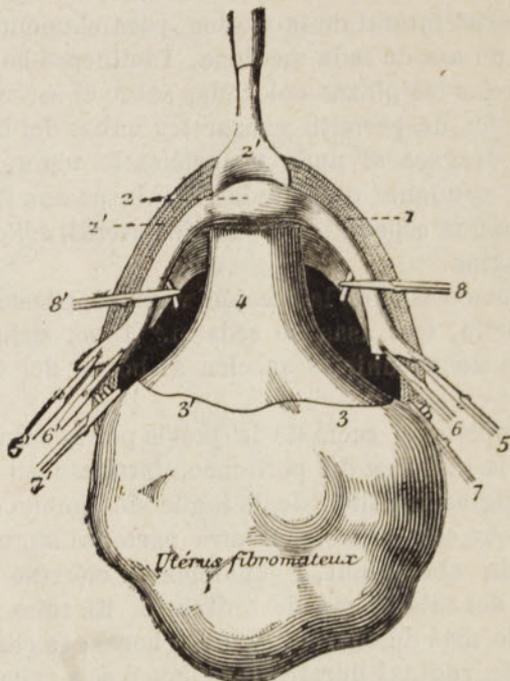


FIG. 945.—Histerectomía abdominal total por fibromas uterinos según el procedimiento de G. Richelot

1, 1', labios de la herida abdominal; 2, vejiga; 2', espéculum colocado detrás de la sínfisis púbica; 3, 3', sección del peritoneo entre la vejiga y el útero; 4, cuello uterino y parte superior de la vagina puesta al descubierto; 5, 5', pinzas clamps sobre la sección externa de los ligamentos redondos derecho é izquierdo; 6, 6', pinzas sobre la sección externa de los vasos útero-ováricos derechos é izquierdos; 7, 7', pinzas sobre la sección inferior de los vasos útero-ováricos derechos é izquierdos; 8, 8', pinzas sobre la sección inferior de las arterias uterinas derecha é izquierda.

uterina y un último tijeretazo que se detiene próximamente á nivel de la inserción vaginal, sin descender demasiado. Igual maniobra en el lado opuesto; tres pinzas, en general, son escalonadas de este modo en cada uno de los ligamentos (fig. 945).

»Para desprender el útero, córtese circularmente la inserción vaginal con las tijeras, dirigidas oblicuamente hacia el hocico de tenca. Se la corta á ojo, por decirlo así, penetrando un poco en el tejido uterino, de tal suerte que quede un poco en cada labio de la herida vaginal, lo cual hará más fácil la coaptación y la oclusión. Cuando el labio anterior de la herida empieza á desprenderse, cójasele con una pinza de tracción, y lo mismo el posterior. En cuanto queda abierta la vagina se termina la sección muy fácilmente y se quita el útero. La herida vaginal, sostenida por las pinzas de tracción (fig. 946), no toca en la cavidad pélvica y la operación puede continuar sin detención.

»Sutúrese la vagina con tres hilos de catgut separados n.º 3, menos para prevenir la infección de abajo que para hacer la hemostasia de la sección posterior.

»Quítense entonces las pinzas y hágase la hemostasia de los ligamentos anchos. Colóquese, á partir de la herida vaginal ya cerrada, uno ó dos catguts separados, perpendiculares al trayecto de la arteria uterina y al eje vertical del ligamento ancho; aun sin verla, deben cogerla en uno ó dos puntos de su trayecto. Más arriba, hacia el borde superior del ligamento, ciérrense las arteriolas de esta región mediante dos ó tres hilos colocados de un modo análogo ó bien con

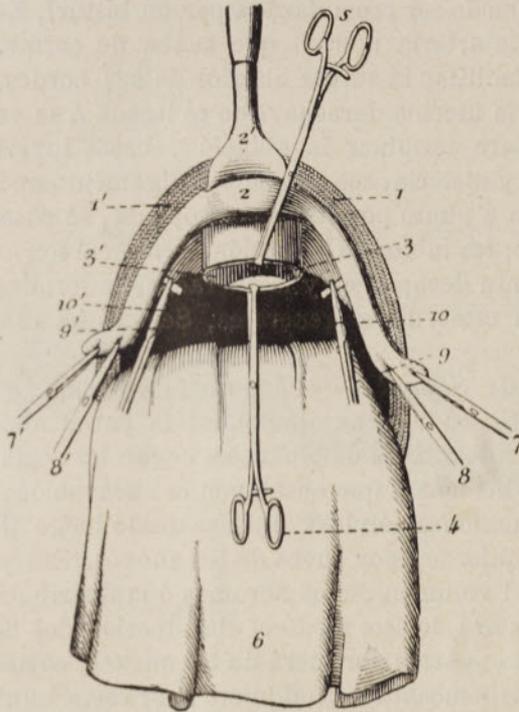


FIG. 946.—Histerectomía abdominal total por fibromas uterinos según el procedimiento de G. Richelot

1, 1', labios de la herida abdominal; 2, vejiga; 2', espéculum detrás de la sínfisis púbica; 3, 3', sección de la vagina mantenida abierta por las pinzas erinas 4, 5; 6, ancha compresa de gasa que protege el intestino por detrás y arriba de la vagina; 7, 7', pinzas clampa sobre la sección externa de los ligamentos redondos derecho ó izquierdo; 8, 8', pinzas sobre la sección externa de los vasos útero-ováricos derechos ó izquierdos; 9, 9', pinzas sobre la sección inferior de las arterias uterinas derecha é izquierda; 10, 10', espacio de Douglas ampliamente descubierto detrás de la sección de la vagina.

algunos puntos por encima; y aproxímense las hojas peritoneales por medio de algunos otros puntos; el resultado es una línea de suturas sero-serosa en forma de media luna ó de herradura.

»Cierre del abdomen sin desagiüe; cura de la vagina con yodoformo.»

La operación se puede hacer en un cuarto de hora en los casos sencillos, pero se necesita á veces una hora y aún más en los otros casos (disposición anormal de los fibromas, lesiones anexiales, etc.).

En diez operaciones de histerectomía total así conducidas, Richelot cuenta diez éxitos. Nosotros desde 1893, hemos practicado, sobre plano inclinado, unas veinte panhisterectomías por un procedimiento absolutamente análogo, salvo la ligadura en masa de las arterias ováricas y uterinas y el no cerrar la sección vaginal; el éxito ha sido la regla casi absoluta.

Procedimiento americano según Howard Kelly (1) y Segond (2): *Ablación en masa del útero por incisión continua de izquierda á derecha ó de derecha á izquierda*, según la disposición de las lesiones; conviene para los grandes fibromas, así como para las supuraciones pélvicas con masas inflamatorias muy voluminosas (Segond).

«El cirujano, colocado á la derecha de la paciente, ataca primero el borde superior del ligamento ancho izquierdo por fuera de los anexos. Ligadas aisladamente la arteria útero-ovárica y la del ligamento redondo, secciona el ligamento ancho izquierdo de arriba abajo y cae así sobre la arteria uterina, que es en seguida ligada y luego seccionada. Tomando una especie de pala cortante, que por otra parte puede ser reemplazada por un bisturí, Kelly corta el cuello debajo del nivel de la arteria uterina que acaba de cortar. Esta sección, que hace excavar para facilitar la sutura ulterior de sus bordes, conduce matemáticamente á la arteria uterina derecha, que es ligada á su vez y luego cortada.

»Finalmente, para terminar la ablación, basta invertir hacia su lado la masa útero-ovárica y aislarla, seccionando el ligamento ancho de abajo arriba. Mediante una sutura á punto por encima apropiada, se cose el pequeño muñón del cuello respetado; los labios de la sección peritoneal son asimismo afrontados, toda superficie cruenta desaparece y la operación ha terminado.»

Fundándose en estos datos generales, Segond ha establecido el procedimiento siguiente:

Procedimiento de Segond. — «Póngase la enferma en posición inclinada, colóquese el cirujano á su derecha, incíndase la pared abdominal, procédase con las adherencias intestinales ó epiploicas, según las reglas habituales y, sin preocuparse más de las masas que obstruyen la excavación, del volumen de los tumores ó de sus conexiones pélvicas, dirijase desde luego al borde superior del ligamento ancho izquierdo, por fuera de los anexos. Esto es siempre posible, cualquiera que sea el volumen de los fibromas ó la distribución de las lesiones supurativas. Descubierta de este modo el ala superior del ligamento ancho, líguese la arteria útero-ovárica por fuera de los anexos, cójasela por el lado del útero con una pinza hemostática cualquiera, córtese entre la ligadura y la pinza y luego seccionese toda el ala correspondiente. Trátese del mismo modo la arteria del ligamento redondo y córtese toda la altura del ligamento ancho de arriba abajo, hasta la arteria uterina.

»Reconózcase bien este vaso y, como las hojas del ligamento ancho flotan libremente, como no hay en ninguna parte pinza alguna que constriña los tejidos y marque las conexiones, esta investigación es sencilla. Si el ligamento ancho está ocupado por un tumor sólido ó líquido, hay que desembarazarse de él según las reglas habituales, para proceder luego á la investigación precedente. Una vez aislada la arteria, líguesela por fuera, póngase una pinza por el lado del útero y aislesela sobre hilo y pinza. Prosígase luego este desprendimiento por abajo de la arteria uterina y rasando el útero; luego, de un tijeretazo, péntrase directamente en la vagina, sin auxilio de instrumento alguno que haga abultar el fondo de saco vaginal correspondiente y sin otro guía que la percepción digital del cuello á través de las partes blandas. Como decía Richelot, las tijeras cortan la inserción vaginal cuando la encuentran.

»En este momento, la hemostasia nunca está completamente asegurada por

(1) H. Kelly (*Bull. of the John Hopkins hosp.*, pág. 27, Febrero 1896).

(2) Segond. *L'hystérectomie abdominale totale dans l'ablation des gros fibromes et le traitement des suppurations pelviennes*. Consideraciones sobre el manual operatorio y sobre la superioridad del procedimiento americano (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdom.*, pág. 605, 1897).

el hilo único de la arteria uterina; las pequeñas ramas colaterales dan á menudo más sangre de lo que se suele decir, y es evidente que se debe asegurar su oclusión mediante ligaduras apropiadas. Procédase en seguida sucesivamente á lo siguiente: prehensión del cuello á través de la brecha vaginal; inclinación del hocico de tenca hacia arriba y á la derecha, con ayuda de una pinza adecuada; aislamiento completo del cuello por detrás y por delante, con la precaución de recortar á este nivel y sobre la cara uterina anterior un colgajo peritoneal suficiente. Finalmente, continuación de las tracciones sobre el cuello hacia arriba y á la derecha, hasta descubrir la arteria uterina correspondiente; ligadura de ésta y sección del ligamento ancho de abajo arriba, con ligaduras sucesivas de la arteria del ligamento redondo y de la arteria útero-ovárica.

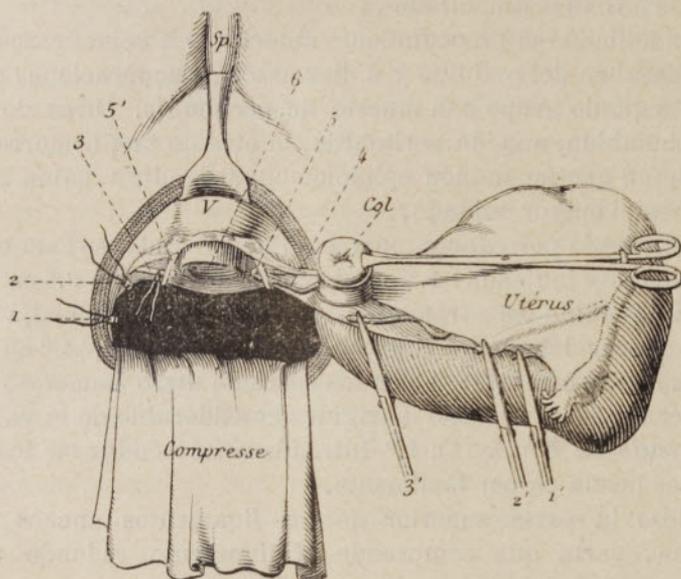


FIG. 947.—Histerectomía abdominal total por el método americano

1, 2, 3, ligadura de las arterias ovárica, funicular, uterina izquierda (porción central); 1', 2', 3', forcipresión de las mismas arterias (porción periférica); 4, arteria uterina derecha puesta al descubierto por la inclinación lateral del útero; 5, 5', uréteres; 6, sección de la vagina; V, vena; Sp, espéculum detrás de la sínfisis. (Según Segond)

»En esta última parte de la operación, el descubrimiento de la arteria uterina por el arrancamiento del cuello hacia arriba, es de una facilidad sorprendente. En cuanto queda libre de sus inserciones vaginales, el cuello se deja decorticar muy fácilmente por tracción y, como indica la fig. 947, se ve inmediatamente la arteria uterina denudada en una gran extensión y tendida en el fondo del desprendimiento producido. Otro detalle importante que notar es, que en casos de grandes fibromas, la masa útero-ovárica tumbada á la derecha, gravita con todo su peso en el vacío ó en el delantal del operador. Conviene, pues, hacerla sostener para evitar un arrancamiento demasiado brusco y vigilar que el delantal en que viene á apoyarse sea perfectamente aséptico.

»Quitada la masa útero-ovárica, es necesario, para terminar, completar la hemostasia, suprimir las superficies cruentas mediante una sutura peritoneal á punto por encima y asegurar el desagüe con una mecha de gasa aséptica ó antiséptica colocada en la vagina.

»Hay necesidad urgente de cuidar bien la hemostasia. Cuando no se deja, al modo de Kelly, una rodaja de cuello, es, en efecto, muy raro que las seis ligaduras maestras sean suficientes. Numerosas arteriolas sangran debajo del muñón de las uterinas ó en la superficie de sección vaginal y, para evitar las

complicaciones hemorrágicas, hay que poner una atención muy particular ya en la ligadura de las arteriolas que se pueden coger aisladamente, ya en la sutura á punto por encima muy sólida que conviene colocar sobre el collarín vaginal para agotar en él todo derrame sanguíneo y suturarlo al peritoneo vecino. Como hilo se emplea con preferencia seda fina y sólida.»

Segond considera «la operación americana como la mejor manera actual de quitar por el abdomen el útero y los anexos.» Es extremadamente sencilla, completamente segura, y reúne «la gran superioridad de *ser aplicable á todos los casos sin excepción.*» El procedimiento de Doyen, muy notable por su rapidez y su elegancia, debe reservarse para los grandes fibromas «cuando la conformación del útero se presta á él, cuando el fondo de saco de Douglas es accesible sin demasiadas dificultades.»

Segond ha aplicado el procedimiento americano á veinte casos de grandes fibromas que pasaban del ombligo y á diez casos de supuraciones pélvicas. Dos operadas del segundo grupo han muerto de peritonitis. Otras dos del primer grupo han sucumbido, una de peritonitis, la otra de una hemorragia sobrevenida á nivel de un grueso muñón epiploico cuya ligadura había sido, no obstante, hecha con el mayor cuidado.

b. *Histerectomía por cáncer* (operación de Freund). — Esta operación nos parece especialmente indicada: 1.º en el cáncer del cuerpo; 2.º en el cáncer del cuello que ha invadido los parametros, ya más acá, ya más allá de los uréteres; 3.º en el cáncer del cuello de forma muy ensanchada; 4.º en los casos de útero canceroso y fibromatoso; 5.º en los casos de útero canceroso y voluminoso; 6.º en los casos de estrechez ó de rigidez considerable de la vagina.

Procedimiento de Clark (1): 1.º Introdúzcanse sondas en los uréteres de modo que se les pueda palpar fácilmente.

2.º Líguese la parte superior de los ligamentos anchos cerca de la pared pelviana, parte que comprende el ligamento redondo y la arteria ovárica;

3.º Ábranse las dos hojas de cada ligamento ancho; diséquese la arteria uterina hasta su origen y líguesela antes de la emisión de su rama vaginal;

4.º Quítense no solamente el útero, sino los ligamentos anchos enteros, y, si es necesario, más ó menos parte de vagina;

5.º Se puede suturar el peritoneo vesical al peritoneo rectal, sin desagüe.

Clark ha hecho diez veces esta operación y ha obtenido con ella excelentes resultados. Noble (de Filadelfia) la considera como un progreso manifiesto y como muy susceptible de disminuir las recidivas.

Procedimiento del autor (2) para los cánceres propagados á los parametros ó á la vejiga; *trasplatación sistemática de los dos uréteres y ligadura preventiva de las dos arterias ilíacas internas.*

Cuidados preliminares: limpieza vulvo-vaginal, luego abdominal; anestesia general, dilatación forzada del ano, lavado y luego relleno flojo del recto con dos largas mechas de gasa yodofórmica, cuyos cabos superiores se hundan lo más arriba posible y los cabos inferiores se dejan al exterior.

Instalada la enferma en el plano inclinado á 45º hágase una incisión en la línea alba, desde el ombligo al pubis. Mientras un ayudante levanta el útero hacia la sínfisis púbica por medio de una pinza de cuadro aplicada sobre el cuerpo, trasplátense un uréter ó los dos uréteres, según los casos, ya á la mis-

(1) Clark (de Baltimore). *A more radical method of performing hysterectomy for cancer of the uterus* (Bull. of the John Hopkins hospit., VI, 52-53, pág. 120, Julio-Agosto, 1895).

(2) V. Chalot (Indépend. méd., n.º 33, 1896, París).

ma vejiga, ya al recto ó á otra parte del intestino grueso, como se ha dicho en la pág. 787.

Líguense sucesivamente cada arteria iliaca interna, que se encuentra inmediatamente después de haber reconocido, latiendo con fuerza bajo el índice, el ángulo de bifurcación y las ramas de la iliaca primitiva. La pequeña herida peritoneal que ha servido para aislar el uréter, sirve también para aislar el tronco hipogástrico. La ligadura se hace con seda gruesa, á unos 12 milímetros de su origen.

Terminados estos preliminares, líguense y córtense á derecha é izquierda los haces vasculares tubo-ováricos y luego los ligamentos redondos; después, por pequeños paquetes, la extremidad inferior externa de los ligamentos anchos hasta el suelo de la pelvis. Despréndase la vejiga del cuello y de la vagina y seccionense los trozos periféricos de los uréteres cerca de la vejiga, ó bien, si se trata de un cáncer propagado á la vejiga, seccionese ésta alrededor de la parte afecta y déjese esta parte adherente al útero. En fin, ábrase de un tizeretazo el fornix anterior ó la pared anterior de la vagina, luego seccionese circularmente su extremidad superior para quitar en masa *todos* los órganos genitales internos. De ordinario no es necesario *practicar ninguna ligadura ni forcipresión*; á veces solamente son necesarias dos ó tres ligaduras sobre algunas ramas de una ó de las dos uterinas.

Establézcase el desagüe hacia la vagina y hacia la herida abdominal con mechas de gasa yodofórmica, porque la septicemia es particularmente temible. Cierre de la herida abdominal por encima de las mechas é instalación de una gruesa cánula metálica ó de otra clase en el recto, después de haber quitado las mechas que habían sido introducidas en este órgano antes de empezar la operación.

Vemos en esta operación una nueva extensión de nuestra potencia terapéutica y puede permitirnos salvar algunas enfermas abandonadas ó, en todo caso, darles una supervivencia apreciable.

c. *Histerectomía por supuraciones peri-uterinas.* — Esta operación, muy á menudo practicada en América, donde es conocida con el nombre de *operación de Polk* (1), apenas es aceptada entre nosotros sino á título de método excepcional, pues la vía vaginal tiene la preferencia. Chaput, H. Delagénière (2), Richelot (3), Hartmann (4) han publicado cierto número de casos; Hartmann ha obtenido 18 éxitos en 18 operaciones.

Procedimiento de Pryor (según Pozzi). — «Estando la enferma en la posición de Trendelenburg y habiendo sido abierto el vientre como para una laparotomía ordinaria, divídase la parte superior del ligamento ancho entre dos ligaduras. Entonces levántese el útero, despréndase la vejiga y ábrase el fondo de saco posterior. El útero ya no está sujeto más que por dos pedículos laterales que contienen las arterias uterinas; lígueselas por medio de la aguja de Deschamps y quítese el útero. Ciérrase á cada lado la superficie de sección de los ligamentos anchos mediante una sutura continua á punto por encima: los pedículos superiores cortados cortos son abandonados en el vientre, los inferiores hundidos en la vagina. Sutúrese completamente la cavidad peritoneal ó deságüese la pelvis con una mecha de gasa yodofórmica que es llevada á la vagina. En todos los casos ciérrase completamente la herida abdominal.»

Richelot corta primero el colgajo peritoneal anterior y coloca pinzas sobre

(1) Polk (*N.-York f. of gyn and obst.*, III, n.º 5, 1893).

(2) Delagén:ère (*Soc. chir.*, pág. 157, 1894).

(3) Richelot (*Soc. chir.*, 16 de Junio de 1897).

(4) Hartmann (*Ibid.*, 21 Julio de 1897).

las arterias uterinas; incinde luego circularmente la vagina y atrae á la herida el hocico de tenca cogido con una pinza, haciéndole bascular de atrás á delante. Para terminar la operación desprende los anexos de abajo arriba. Cierre de la vagina sin desagüe, si no ha habido bolsas rotas en el curso de la operación.

C. — HISTERECTOMÍA TOTAL SACRA

(Operación de Herzfeld-Hochenegg)

El método que Kraske acababa de introducir en la práctica para atacar extensamente los cánceres altos del recto, no podía tardar en ser aplicado igualmente á la extirpación del cáncer del útero. En efecto, en el curso de 1888, Herzfeld y Hochenegg estudiaron primero en el cadáver esta nueva aplicación; luego, el 2 de Diciembre del mismo año, Hochenegg (1) y Gersuny hicieron la operación en dos enfermas; éstas curaron. La histerectomía sacra fué muy pronto conocida en todas partes. Si el lector desea pasar revista á todas las observaciones, y conocer todos los trabajos que han visto la luz hasta ahora sobre el asunto, le remitiremos á la completa y juiciosa memoria que Terrier y Hartmann (2) han publicado hace algunos años, así como á las tesis doctorales más recientes de Tornu y de Lathuraz Viollet (3).

Las únicas indicaciones propias de la histerectomía sacra son, en nuestro concepto: la infiltración cancerosa poco extensa de uno ó de los dos parametros, de uno ó de los dos ligamentos útero-sacros y la extensión del cáncer del cuello á la parte superior de la vagina, á condición de que las paredes de la vejiga y del recto parezcan indemnes de toda invasión. Cuando el cáncer uterino está complicado con una vaginitis adhesiva, con una estrechez considerable de la vagina, con una retro-desviación adherente, con una hipertrofia enorme del útero, con un mioma ú otro tumor, quizás es preferible, con los perfeccionamientos actuales de la técnica, practicar la operación de Freund.

Aparato instrumental:

- Dos bisturís, uno ordinario y el otro de mango largo;
- Dos pinzas largas con ramas dentadas;
- Dos separadores ordinarios y dos valvas largas acodadas, como las de Richelot;
- Una serie de pinzas hemostáticas ordinarias y varias pinzas larguillas de forcipresión, rectas y curvas;
- Una ó dos sondas acanaladas;
- Un escoplo de Mac Ewen y un martillo;
- Cizallas-osteotomos, fuertes, curvas ó acodadas;
- Un gatillo de Ollier ú otro parecido;
- Una legra de Kirmisson;
- Varias pinzas de Museux con ganchos múltiples;
- Dos largas tijeras, rectas y curvas, romas;
- Una gruesa aguja de Deschamps y una aguja obtusa de Terrier;
- Agujas de Hagedorn y un porta-agujas de Pozzi;
- Una aguja curva de Reverdin;

(1) Hochenegg (*Wien. Klin. Woch.*, pág. 171, 28 Febrero de 1889).

(2) Terrier y Hartmann, *De l'extirpation de l'utérus par la voie sacrée* (*Ann. de gynéc.*, Agosto y Septiembre de 1891).

(3) Tornu (*Th. de Bordeaux*, 1894), y Lathuraz-Viollet (*Th. de Lyon*, Noviembre de 1895).

Seda, catgut, crin de Florencia.

Accesorios: tijeras ordinarias, sonda vesical, navaja de afeitar, irrigador de Esmarch, una serie de esponjas de todas dimensiones, porta-esponjas, dos valvas de Sims, etc.

Procedimiento de Czerny (1). *Resección ósea lateral definitiva.* — 1.º *Inci-sión circular de los fondos de saco vaginales.* — Colocada la mujer en la posición sacro-dorsal, divídanse circularmente los fornix de la vagina, á fin de deslindar bien y de facilitar la exéresis ulterior del útero. (Este tiempo no es indispensable, ni siquiera siempre posible).

2.º *Inci-sión de las partes blandas, resección del sacro y abertura del peri-toneo.* — Colocada la mujer en decúbito lateral izquierdo ó derecho, según el sitio de la infiltración paramétrica, hágase una incisión que empieza en el

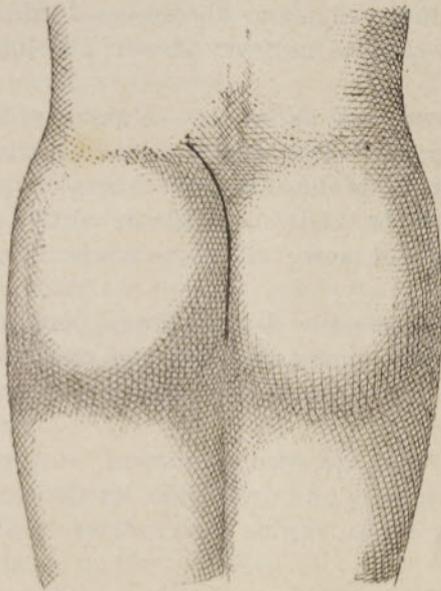


FIG. 948.—Histerectomía sacra, procedimiento de Czerny

borde inferior de la sínfisis sacro-iliaca correspondiente á esa infiltración, describe una curva de convexidad interna hasta la parte media del coxis y luego se prolonga hasta cerca del ano (fig. 948).

Profundícese rápidamente la incisión hasta el plano óseo y divídase el sacro en curva ligera con el escoplo, de modo que se corte casi toda la quinta vértebra sacra y casi la mitad de la cuarta: el tercer agujero sacro correspondiente debe quedar intacto.

Cójase el segmento óseo con un gatillo y quítese con ayuda de la legra, y luego líguense las arterias sacras que sangran.

Mientras un ayudante indica el sitio y los límites exactos del recto por medio de una esponja montada introducida en este órgano ó por medio del dedo, hágase la disección obtusa del tejido céluulo-grasoso parasacro, divídase el elevador del ano, así como la aponeurosis pélvica, y ábrase el fondo de saco peritoneal al lado del recto.

3.º *Ablación del útero.* — Después de haber apartado los intestinos por medio de dos ó tres esponjas yodofórmicas y unidas entre sí, atráigase el útero al exterior á través de la hendidura peritoneal y divídanse de arriba abajo los

(1) Czerny (*Brun's Beitr. zur klin. Chir.*, VII, 477, 1890).

ligamentos anchos, empleando las ligaduras en masa inmediatas, aplicadas á medida que se va haciendo la sección. Si existen pequeños tumores ováricos ó fibromas uterinos, quítense al mismo tiempo. Despréndase la vejiga y los uréteres de arriba abajo con prudencia; finalmente, líguense las arterias uterinas antes de seccionarlas.

4.º *Tratamiento de la herida.* — Una vez quitado el útero, ciérrase el peritoneo por medio de una sutura á punto por encima de catgut, tapónese la herida con tiras de gasa yodofórmica y reúnanse en su mayor parte los labios de la incisión.

Procedimiento de Roux-Terrier: *Resección transversal osteoplástica.* — 1.º *Incisión de las partes blandas.* — Mediante una larga incisión paralela al borde del sacro, desde la espina iliaca pósterio-inferior hasta más allá del coxis, póngase al descubierto el borde del sacro; seccionéense, cerca de sus inserciones, el glúteo mayor y luego el plano fibroso constituido por la yuxtaposición de los ligamentos sacro-ciáticos mayor y menor, absolutamente confundidos á este nivel.

2.º *Osteotomía transversal del sacro.* — Puesto así al descubierto el borde del sacro, determínese primero la situación de los agujeros sacros y, por consiguiente, el nivel de la línea de diéresis ósea. Ahora bien, por arriba del coxis, el borde del sacro forma un codo ó ángulo de vértice externo muy fácil de comprobar por la vista y el tacto; el cuarto agujero sacro está un poco más arriba.

Colóquese entonces un escoplo de Mac Ewen perpendicularmente al borde del sacro y divídase el hueso entre el tercero y el cuarto agujero sacros en sentido transversal; luego hágase caer el postigo osteo-cutáneo de Roux hacia la nalga opuesta.

3.º *Abertura del fondo de saco peritoneal.* — Ábrase el espacio de Douglas, después que un ayudante ha introducido un dedo en el recto y otro en el fondo de saco posterior de la vagina para indicar la situación respectiva de estos órganos.

4.º *Ablación del útero.*

5.º *Tratamiento de la herida.* — Colóquense algunos puntos sobre el ojal peritoneal sin cerrarlo completamente. Vuélvase á su sitio el postigo osteo-cutáneo y sutúrense, formando una especie de botones de seda, el glúteo mayor y los planos fibrosos seccionados, al rico tejido fibroso de la cara posterior del sacro. Un tubo de desagüe muy grueso y una sutura cutánea con crines, unas superficiales y otras profundas, terminan la operación.

Taponamiento yodofórmico de la vagina, que, al mismo tiempo que el peritoneo, se habrá cerrado con algunos puntos formando botón.

La histerectomía sacra es indudablemente una operación difícil, penosa y también muy larga, pues no dura generalmente menos de dos horas, sin contar que á veces ha dado lugar á accidentes operatorios graves, tales como: *hemorragias bastante fuertes*, debidas á la sección de las arterias presacras (Hégar, P. Müller); *desgarro ó perforación del recto* (Hochenegg, Zinmeister); *abertura de un asa del intestino delgado adherente* (Knie); *abertura de la vejiga* (Hochenegg, P. Müller, Knie, etc.); *sección ó ligadura de un uréter* (Hochenegg, Czerny, Kufferath, Terrier).

Los resultados inmediatos son *medianos*, como hacen constar Terrier y Hartmann. En los 23 casos de que se compone su estadística, se cuentan 7 muertes; ó sea una mortalidad de 30,4 por 100. Pero todos los casos desgraciados no se han publicado; nosotros sabemos por lo menos de algunos, de suerte que la mortalidad post-operatoria ha sido en realidad más elevada de lo que indica la cifra precedente. En cuanto á los resultados terapéuticos, su apreciación exacta es todavía imposible de determinar.

HISTEROPEXIA ABDOMINAL

(Operación de Kœberlé-Olshausen)

Con el nombre de *histeropexia abdominal* se comprende una operación que consiste en suturar el útero ó sus anexos á la cara posterior de la pared abdominal después de haber abierto el peritoneo. Kœberlé (1) es el primero que la practicó con propósito deliberado; es justo, sin embargo, recordar también que no ha entrado en la práctica corriente hasta el día en que Olshausen (2) la presentó bajo una forma sistemática al 59º Congreso de los Naturalistas alemanes (20 de Septiembre de 1886).

Las dos únicas, ó por lo menos, principales fuentes de indicación de la histeropexia son: las *retrodesviaciones dolorosas y adherentes* (sobre todo *retroflexiones*) y los *prolapsos verdaderos* del útero. Por lo que se refiere á las retrodesviaciones, la histeropexia es de regla: 1.º cuando el útero no ha podido ser reducido bajo el cloroformo por el método de Schultze, ni luego por el amasamiento y la gimnasia según el método de Thure Brandt; 2.º cuando la operación de Alquié-Alexander ha fracasado; 3.º cuando la retrodesviación coincide con una afección anexial que haga necesaria la laparotomía. En cuanto al prolapso uterino, parece demostrado que la histeropexia sola no basta generalmente para prevenir su recidiva; es, pues, prudente combinarla con la restauración del suelo de la pelvis por medio de la colpo-perineorrafia, precedida ó no de una colporrafia anterior, de una amputación del cuello, etc., según los casos.

Aparato instrumental:

- Un bisturí recto;
- Una sonda acanalada;
- Una pinza de disección;
- Una serie de pinzas de forcipresión;
- Dos anchos separadores romos;
- Una aguja de Deschamps;
- Agujas curvas de Hagedorn y un porta-aguja de Pozzi;
- Una aguja de Reverdin;
- Tijeras largas semicurvas;
- Un termo Paquelin;
- Seda,—crin de Florencia,—catgut.

Accesorios: tijeras ordinarias, sonda vesical, navaja de afeitar, esponjas ó servilletas húmedas, calientes y asépticas, el irrigador de Esmarch, etc.

Procedimiento de Czerny-Terrier: 1.º *Abertura del abdomen.*—Vacía la vejiga y cumplidas todas las reglas usuales de la asepsia, hágase en la línea media una incisión de 8 centímetros que termina á un través de dedo por encima de la sínfisis púbica y profundícesela capa por capa hasta la cavidad abdominal.

2.º *Reconocimiento y aislamiento del útero.*—Mientras un ayudante separa fuertemente los labios de la herida y otro levanta la masa intestinal por medio de una esponja ó de una servilleta (si es necesario, posición de Trende-

(1) Kœberlé (*Gaz. méd. de Strasbourg*, pág. 18, 1877, y *Bull. Soc. chir.*, París, pág. 64, 1877).

(2) Olshausen (*Centralb. für Gyn.*, 667 y 698, 1886).—Para el estudio completo del asunto consúltese: Dumoret (*Th. de Paris*, 1889); Baudouin (*Th. de Paris*, 1890); Jeannin (*Th. de Lyon*, 1896).

lenburg), diríjase el índice y el medio derechos hacia el fondo de saco de Douglas, reconózcase el fondo del útero, destrúyanse con cuidado las adheren-

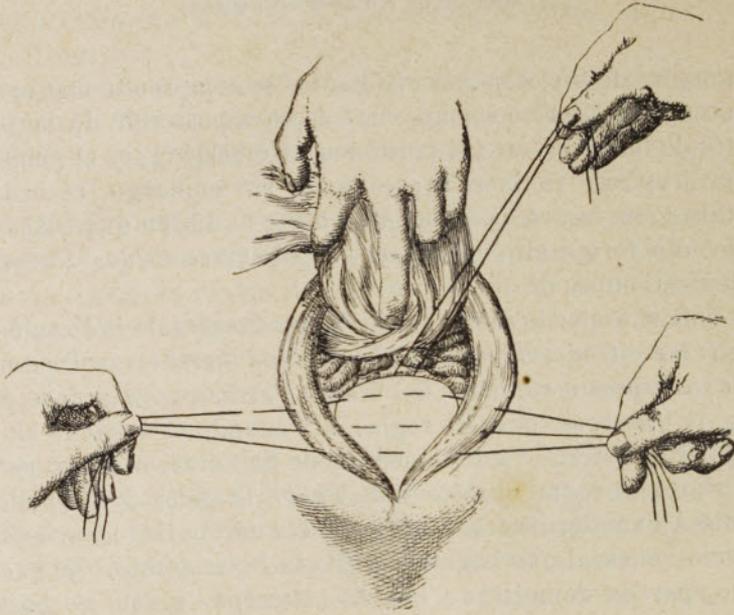


FIG. 949.—Histeropexia abdominal. Procedimiento de Czerny-Terrier

cias que le fijan al recto y á las partes vecinas, ya por medio de los dedos, ya por sección cruenta ó termocáustica, entre ligaduras perdidas, lléveselo luego

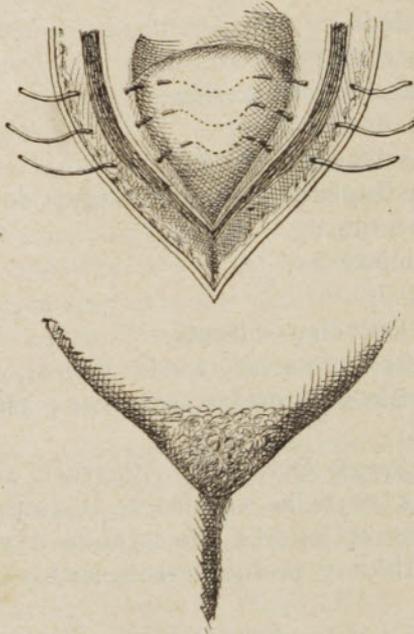


FIG. 950.—Histeropexia abdominal. Procedimiento de Léopold

hacia la herida abdominal y suspéndaselo de un asa de seda que se confía á un ayudante.

3.º *Sutura del cuerpo del útero á la pared abdominal.*—Mientras el útero

es elevado de esta suerte y mantenido junto á la pared, pásense, *hilvanando*, á través de la capa superficial de este órgano, tres hilos de seda (Terrier ha abandonado el catgut), que corresponden: el primero á la parte inferior del cuerpo, el segundo á su parte media y el tercero á su parte superior, muy cerca del fondo (fig. 949). Los extremos de estos hilos abrazan el peritoneo y el plano muscular, con *exclusión del tejido celular subcutáneo y de la piel*. Apriétense sucesivamente estos hilos y córtense sus cabos cerca de los nudos. Quitese el asa de suspensión.

4.º *Cierre del abdomen*.—Sutúrese la herida abdominal con tres planos y colóquese un tubito de desagüe en su ángulo inferior.

En un caso de histeropexia que practicamos con éxito completo por retroflexión dolorosa adherente, creímos necesario modificar algo, del modo siguiente, el procedi-

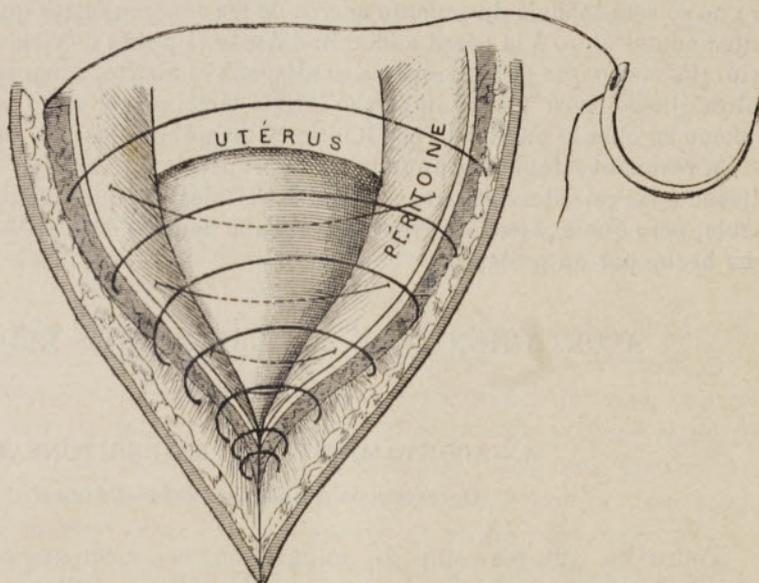


FIG. 951.—Histeropexia abdominal. Procedimiento de Pozzi

miento de Czerny-Terrier: dejamos libre toda la cara anterior y media del útero entre los puntos uterinos de entrada y salida de los hilos, y la rascamos ligeramente á la manera de Léopold, así como la cara posterior correspondiente del peritoneo parietal. Nos habíamos propuesto así asegurar mejor, si era posible, el desarrollo de las adherencias curativas (fig. 950).

Procedimiento de Pozzi (1).—1.º y 2.º tiempos.—Como en el procedimiento precedente.

3.º tiempo.—Fijese provisionalmente el fondo del útero con pinzas sacabalas colocadas muy superficialmente sobre la parte media del fondo; son confiadas á un ayudante que levanta de este modo el órgano. Por medio de una aguja de Hagedorn armada de seda fina, pero resistente, háganse en la parte inferior de la herida dos puntos de sutura que comprendan la totalidad del plano sero-muscular de las paredes abdominales, de modo que tomen en ellas un punto de apoyo. A partir de allí, hágase rápidamente una sutura á punto por encima ascendente, cuya espiral atraviese sucesivamente toda la parte profunda de la herida abdominal (exceptuando la piel y el tejido celular), la capa superficial del útero en su parte media, luego el otro labio de la

(1) Pozzi (*Traité de Gynéc.*, p. 502, 1890).

incisión abdominal; tres ó cuatro puntos de sutura son suficientes. En cuanto el útero quede fijo de este modo á la pared anterior, sujétese la sutura de seda (fig. 951).

4.º tiempo.—Ciérrase el resto de la herida mediante una sutura á punto por encima de catgut en dos planos superpuestos. Dos suturas de seda que comprendan la piel y el tejido celular y una á punto por encima superficial con catgut terminan la operación.

La hysteropexia, practicada según las reglas actuales de la asepsia, puede ser considerada como una operación *casi* completamente benigna. En un total de 235 operaciones, hechas por retrodesviaciones uterinas, Baudion sólo señala dos muertes: una por peritonitis (Sims), la otra por estrangulación intestinal, debida á adherencias peri-uterinas (Kelly).

Los trastornos vesicales que acompañan á veces á la operación son pasajeros. Pero no se está todavía de acuerdo acerca de las consecuencias que pueden resultar de la fijación del útero á la pared abdominal desde el punto de vista de la gestación y del parto. ¿Es cierto que la hysteropexia predispone al aborto, como sostiene Küster y con él otros ginecólogos? Y si el embarazo llega á término, ¿el parto, es siempre tan regular como en el caso publicado por Routier y los publicados por otros cirujanos (1)?

En revancha, desde el punto de vista terapéutico, se sabe ya que la hysteropexia aplicada á las retrodesviaciones puras ó casi tales produce generalmente un efecto estable, pero que el útero vuelve á caer al cabo de poco tiempo cuando la operación se ha hecho por un prolapso.

ACORTAMIENTO DE LOS LIGAMENTOS REDONDOS DEL ÚTERO

A.—ACORTAMIENTO EXTRA-PERITONEAL

(Operación de Alquié-Alexander-Adams)

Todos los autores están de acuerdo en reconocer que es Alquié (de Montpellier) el primero que propuso hace mucho tiempo, aplicar el acortamiento de los ligamentos redondos *al tratamiento de las diversas desviaciones de la matriz*, como lo atestigua una memoria dirigida por el célebre maestro á la Academia de Medicina. Esta proposición era como letra muerta ya hacía cuarenta años, cuando dos cirujanos ingleses Alexander (2) y Adams (3), sin conocerla, le han dado la sanción clínica. Hoy día, la operación se halla tan generalizada en el mundo entero, que apenas si se cuentan ya sus aplicaciones (4).

La operación de Alexander, así denominada por pura abreviación, está indicada: 1.º en las retrodesviaciones dolorosas inmediatamente reductibles; 2.º en aquellas que han podido ser reducidas después de una serie de sesiones;—*pero solamente* cuando el tratamiento por los pesarios se ha mostrado insuficiente, imposible ó intolerable. Se la pone también en práctica, con preferencia á la hysteropexia—operación indudablemente más agresiva,—para remediar los prolapsos del útero, haciéndola preceder ó seguir de una colpoperineorrafia.

Aparato instrumental:

Un bisturí recto;

Una sonda acanalada;

(1) Véase Piras, *Th. de Paris*, 1896; y Lucien, *Th. de Nancy*, 1896.

(2) Alexander (*Liverpool med. J.*, Enero de 1883).

(3) Adams (*Glasgow med. J.*, Junio de 1882).

(4) Consúltese: Manrique (*Th. de Paris*, 1886); — Beurnier (*Th. de Paris*, 1886; — Doléris (*Nouv. Arch. d'obst.*, pág. 32, 1890);—Pozzi (*Traité de gynéc.*, pág. 521, 1897).

Una pinza de disección;
 Una serie de pinzas de forcipresión;
 Dos separadores pequeños;
 Un par de tijeras rectas;
 Un gancho romo de estrabotomía;
 Agujas de Hagedorn y un porta-aguja de Pozzi;
 Una aguja curva de Reverdin;
 Seda,—crin de Florencia;

Accesorios: sonda vesical, navaja de afeitar, irrigador, etc.

Procedimiento del autor (1): *Incisión de los tegumentos y reconocimiento del anillo inguinal externo.*—Purgada la enferma desde la víspera, — después de haber afeitado los órganos genitales externos y vaciado la vejiga, después de haber desinfectado la vulva, la vagina y las dos regiones inguino-crurales, dése el éter ó el cloroformo, según el caso, póngase la enferma en la posición de la talla perineal y practíquese la limpieza ó raspado del útero, enderezado ó no, raspado requerido por la coexistencia habitual de una endometritis; según los casos, si es necesario también, opérese el cuello uterino (amputación, sutura de Emmet, resección de C. Schröder, estomatoplastia), la vagina (colporrafia), la vagina y el periné (colpo-perineoplastia).

En segundo lugar, y colocada ya la enferma sobre la espalda, determínese la espina de cada pubis así como el ligamento crural correspondiente; la espina está á 3 centímetros por fuera de la sínfisis púbica.

Dividánse la piel, el tejido celular subcutáneo y luego la fascia superficial, trazando una incisión de 5 centímetros que sea paralela al arco crural á 1 centímetro y medio más arriba de él y que rebase próximamente 1 centímetro por dentro la espina del pubis correspondiente. Forcipresión y luego ligadura de una ó dos ramas de la arteria subcutánea abdominal. Una vez descubierta la aponeurosis del oblicuo mayor reconócese por el tacto y por la vista *la pequeña hendidura oblicua depresible* que representa el anillo inguinal externo por encima de la espina del pubis y que se ve limitada por fuera y arriba por fibras arciformes. Esta hendidura y la espina púbica son los puntos de referencia capitales antes de pasar al segundo tiempo.

2.º *Incisión del conducto crural, carga y disección profunda del ligamento redondo.*—Excíndase de un tijeretazo, bajo los dientes de una pinza de disección, la delgada lámina celulosa que vela el anillo inguinal externo; de ordinario, una bolita grasosa, *bola de Imlach*, forma hernia al momento, se la aparta. Introdúzcase una sonda acanalada en el anillo y hágase resbalar su pico detrás de la pared anterior del conducto inguinal hasta una profundidad de 4 centímetros; divídase la pared sobre la sonda en la misma extensión. Después de haber levantado el borde inferior carnoso del oblicuo menor, *cárguese* con un gancho romo el ligamento redondo *en el fondo* del canal que representa ahora el conducto inguinal y que no contiene por abajo otra cosa que el ligamento uterino: *maniobra muy fácil y que siempre sale bien.* El ligamento se obtiene así *en todo su espesor* bajo la forma de un cordón gris blanquecino ó gris rosado, cuyo volumen ordinario es el de una pluma de ganso; á veces, sin embargo, en el conducto inguinal apenas es más grueso que una pluma de pava. El ramo genital del nervio génito-crural costea su cara superior. — Diséquese el ligamento redondo *allí mismo*, sin distenderlo demasiado, por una parte hasta la espina del pubis, por otra parte hasta el anillo inguinal interno,

(1) Véase Chalot (*Congr. de l'Assoc. fr. pour l'avanc. des sciences*, Pau, 17 Septiembre de 1892, y (*Congrès fr. de chir.*, pág. 967, 1895).

rechazando con una pinza el fondo de saco ó cono peritoneal blanquecino que cubre la parte profunda del ligamento; se puede decir, en cierto modo, que se monda el haz de las fibras carnosas. Nos ha ocurrido varias veces abrir el fondo de saco peritoneal, y nunca nos inquietamos por ello, ni nos hemos tomado el trabajo de cerrarlo. Cúbrase la herida con gruesa capa de algodón empapado en un líquido aséptico.

Póngase igualmente al descubierto el otro ligamento redondo.

3.^o *Enderezamiento del útero por la sola tracción simultánea de los dos ligamentos redondos.* — Por medio de los dedos, tírese suavemente hacia adelante, sobre las espinas púbicas, los dos ligamentos redondos, hasta que se experimente una resistencia profunda particular; sujétese entonces cada ligamento con una pinza de forcipresión, junto al anillo inguinal interno, y compruébese, ya por la palpación combinada, ya por la sola palpación hipogástrica,

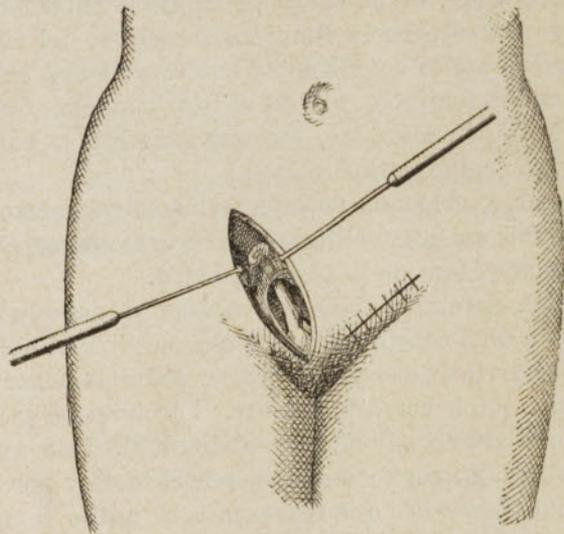


FIG. 952. — Operación de Alexander, por el procedimiento del autor
En un lado, ligamento redondo descubierto; en el otro, herida cutánea reunida

si el cuerpo del útero está bien aplicado detrás de la sínfisis púbica. Diséquense aún más los ligamentos, si ha lugar, hasta reducción perfecta.

Así es como hemos procedido muchas veces. Otras, hemos hecho en un lado la operación *entera*, incluso la sutura cutánea, antes de operar lo mismo en el otro lado (fig. 952) y no hemos notado diferencia alguna para la nueva estática del útero.

4.^o *Excisión y sutura de los ligamentos.*—Una vez obtenida la corrección, excíndase toda la parte de esos ligamentos que sobresale de la longitud del conducto inguinal; nosotros resecamos ordinariamente de 8 á 12 centímetros. — Tiéndase el resto en el fondo del conducto inguinal y fíjese allí mediante una sutura á punto por encima, de seda fina, que se extiende del uno al otro anillo y cuya espiral abraza el ligamento y los dos labios del ojal aponeurótico del músculo oblicuo mayor.

5.^o *Cierre de cada herida cutánea.*—Reúnase *completamente* cada herida cutánea con puntos entrecortados con crin de Florencia; sin desagüe. Cura yodofórmica.

Tapón vaginal con gasa yodofórmica, sonda de Pezzer permanente, etc.

La duración media de la doble operación es de veinte á treinta minutos; la pérdida de sangre es perfectamente despreciable.