

Cuando el tumor es grande como el puño ó más y llena completamente la vagina, se hace difícil á veces llegar á circunscribir el pedículo, porque los dedos no alcanzan á dar la vuelta por la circunferencia del tumor, ni éste, por su tamaño, puede salir fuera de la vulva. En este caso pongo el tumor al descubierto mediante una valva anterior y otra posterior, y con el tumor á la vista procedo al *morcellement* fijando una pinza de garfios en la superficie del mioma y cortando una cuña con el bisturí; en seguida, al lado del hueco formado, saco otros pedazos, bien hacia el centro del tumor, bien hacia la superficie, hasta disminuirlo bastante de volumen, para explorar el pedículo con los dedos y cortarlo con pinza ó sin ella y extraerlo; no es de temer en estos casos la hemorragia, sobre todo si se procede con rapidez, porque lo único que sangra ligeramente es la mucosa que recubre el tumor. Cuando el pedículo es ancho, es preferible, en vez de cortarlo, hacer la enucleación, según indicaré luego.

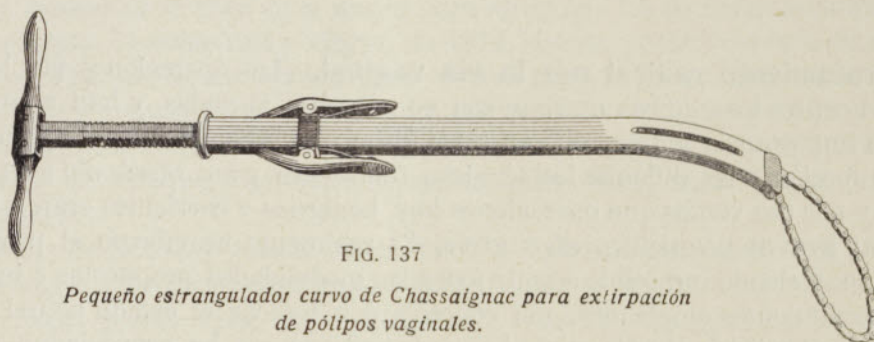


FIG. 137

Pequeño estrangulador curvo de Chassaignac para extirpación de pólipos vaginales.

En los pequeños tumores intra-uterinos que ocupan la cavidad del cuello y son asequibles por estar dilatado el hocico de tenca, se coge el tumor entre los bocados de una pinza de garfios, una vez puesto el cuello al descubierto mediante valvas y fijado debidamente, se ensaya si el tumor puede dar vueltas sobre su eje, lo que indica un pedículo muy delgado y susceptible de romperlo por torsión con cuatro ó seis vueltas de la pinza; si el pedículo es grueso, no es posible la torsión y debe cortarse siguiendo la misma técnica que en los miomas vaginales, sea de un tijeretazo, sea introduciendo una pinza al través del cuello ó bien el estrangulador de Chassaignac; á poco que el pedículo sea grueso, es preferible recurrir á la enucleación. Si el tumor es intra-uterino y el cuello está cerrado, es tributario de la histerotomía.

ENUCLEACIÓN.—La enucleación simple, indicada por Velpeau, preconizada y realizada por Amussat, abandonada luego en Francia por varios fracasos acontecidos, fué bien acogida por Atlee en Inglaterra y por Emmet en América. En Alemania, Kustner, Schröder y otros la preconizaron más tarde; pero en rigor hasta estos últimos tiempos no se ha generalizado y convertido en operación corriente, gracias sobre todo á los trabajos de Pean, Doyen, Pozzi y otros en Francia; Landau y Martin en Alemania; Munde, Thomas y otros entre los ingleses. De una operación temible, difícil y laboriosa, á la que se señalaba una mortalidad de 20 por 100, ha quedado convertida en una operación benigna, si

no fácil para todos, fácilmente realizable para quien conoce bien la técnica de estas operaciones vaginales (1).

Está indicada esta intervención en los miomas sesiles del cuello del útero, en los sesiles útero-vaginales con inversión del útero.

Los miomas del cuello raras veces se pediculizan, son casi siempre sesiles; si pertenecen á la porción vaginal del cuello, el labio correspondiente anterior ó posterior, más frecuentemente el primero, les forma como una especie de



FIG. 138

Espátula metálica roma para enucleación de miomas.

ancho pedículo, por detrás ó por delante del cual se halla el hocico de tenca. Si son de la porción supra-vaginal ó media del cuello, se les encuentra en el fondo de saco anterior ó posterior, más á menudo el primero, formando un tumor más ó menos grande que llega á obstruir por completo la vagina, con el hocico de tenca hacia adelante ó detrás del tumor, pero distendido y deformado por el mismo; el conducto cervical está desviado y el histerómetro penetra á veces con dificultad. En estos casos la operación es sencillísima: se practica una incisión transversal en la mucosa y algo de tejido subyacente, siempre cerca del hocico de tenca, y si éste no es asequible, en la parte más prominente del

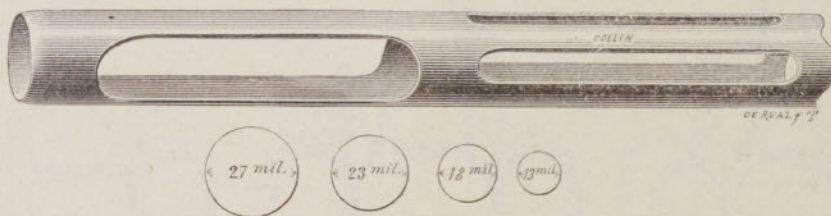


FIG. 139

Tubo vacía-miomas de Doyen.

tumor, pero aproximándose al orificio uterino; en seguida con el dedo se desprenden los tejidos hasta que se encuentra la cápsula del mioma, lo que se conoce por la facilidad con que aquél corre entre los tejidos aislando el núcleo miomatoso; si éste es muy grande, se cortan pedazos cuneiformes para disminuirlo de volumen, procurando siempre dejar en el núcleo restante una pinza de garfios fuertemente engarzada para hacer tracciones, á la vez que el dedo

(1) Véase HART y BARBOUR, *Manuel de Gynecologie*, 1886, pág. 462. — SCHROEDER: *Organes genitaux de la femme*, 1885, pág. 266. — POZZI: *Traité de Gynecologie*, 1897, pág. 308. — KELLY: *Operative Gynecology*, 1898, tomo I, pág. 528. — RICHELOT: *Chirurgie de l'uterus*, 1902, pág. 364; y además, en todas las revistas y Congresos de la especialidad durante los ultimos veinticinco años.

va despegando la periferia del tumor á medida que va resultando asequible; si el mioma es el del labio anterior, se procura desprender de atrás adelante, y si es del posterior, al revés, con objeto de evitar con mayor seguridad la vejiga y los fondos de saco peritoneales, hasta que á veces, no sin haber tenido que cortar bastantes trozos por *morcellement*, el núcleo cede y sale al través de la vulva un casquete más ó menos grande. Entonces se explora si queda algún

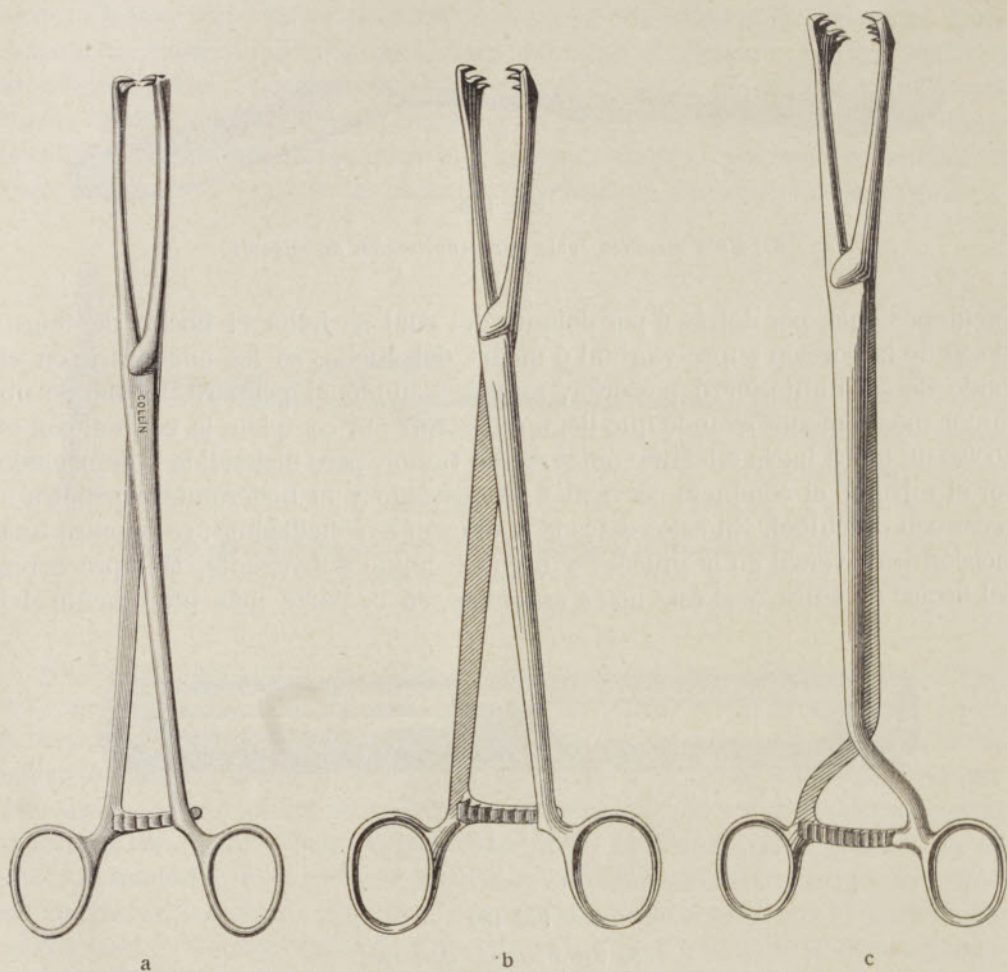


FIG. 140

Pinzas largas de dos (a), de tres (b) y de cuatro garfios (c), para la histerectomía y morcellement de miomas.

otro núcleo para extirparlo también. Raras veces he echado mano de una espátula (fig. 138) para enuclear el mioma como la ideada por Simpson ó Gaillard-Thomas, ni encuentro precisa la uña metálica inventada por Emmet y usada por otros; creo que en estos casos ningún instrumento puede substituir el dedo, el que basta para la enucleación, á condición de que sepa encontrarse el intersticio entre el mioma y su cápsula.

Terminada la operación, si se encuentra algún punto que sangra con exceso se aplica una pinza; pero generalmente basta un buen taponamiento. He

notado que la enucleación de estos miomas es de las que da más hemorragia, sin duda porque la cápsula del mioma no está en el cuerpo del útero y no se contrae con tanta facilidad. Con todo, á pesar de haber operado algunos grandes miomas del cuello por este método, nunca he visto hemorragias alarmantes. La cáscara del mioma forma una cavidad que se reduce bien pronto por atrofia de la misma y retracción de los tejidos vecinos.

Los grandes miomas útero-vaginales que se encuentran parte en la vagina

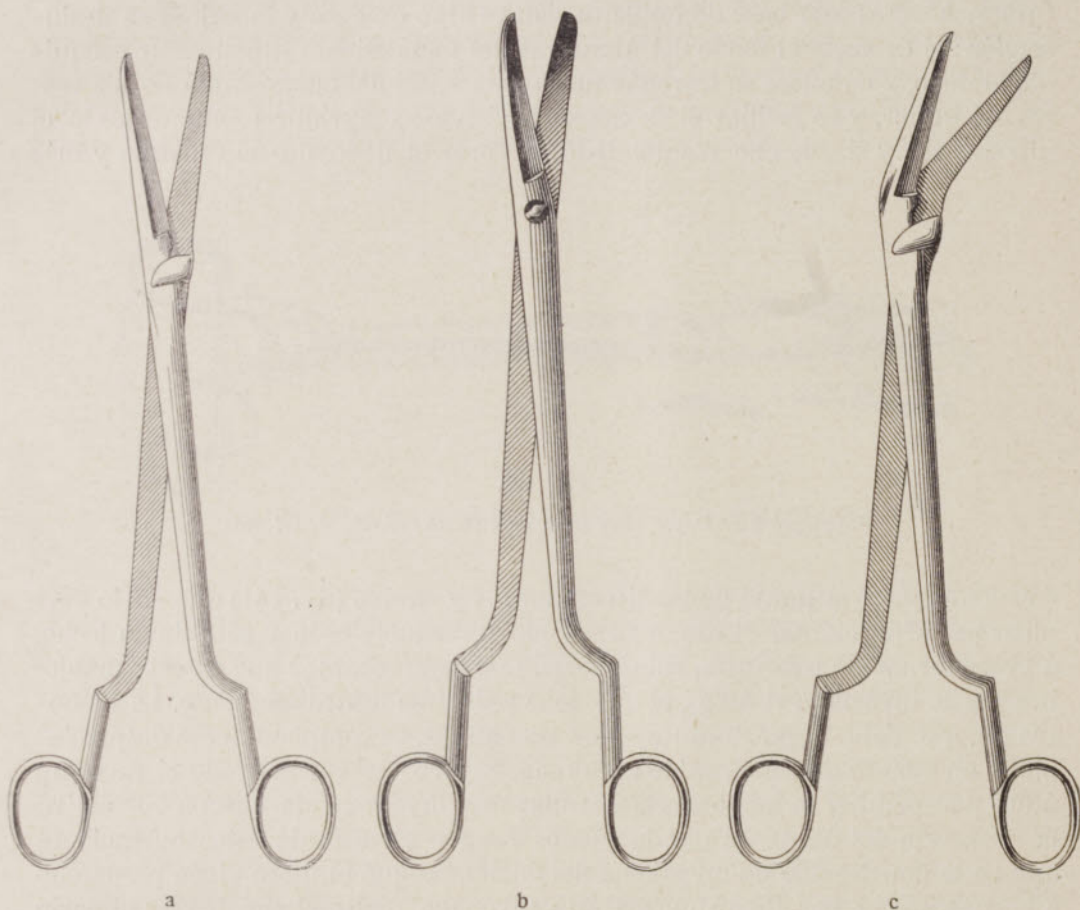


FIG. 141

Largas tijeras rectas (a), curvas sobre el plano (b) y acodadas (c), para la histerectomía y morcellement de miomas.

y parte aun dentro de la cavidad uterina, manteniendo el cuello dilatado y presentando á veces una estrangulación en dicho sitio, son más fáciles de operar por enucleación que los anteriores. Descubierto el tumor, se sacan grandes fragmentos por *morcellement*; en estos casos sirve perfectamente el gran tubo vacía-fibromas de Doyen (fig. 139) para sacar un gran cilindro que puede alcanzar el interior del útero; se van cortando alrededor del hueco grandes cuñas, no perdiendo nunca la pinza sobre el resto del tumor hasta que la vagina queda vacía y libre, y podamos ya ver y explorar el cuello del útero, el que se

fija en seguida con pinzas de garfios (fig. 140). Se explora con el dedo el interior del útero, paseándolo entre el tumor y la pared del órgano, con el fin de buscar su implantación; ésta se hace asequible extirpando nuevos trozos de tumor si es preciso, hasta que la punta del dedo desgarré la mucosa y penetre en la base de implantación del mioma, separándolo del músculo uterino; los restos de cápsula que del útero pueden ir al tumor en estos casos, no son bastante resistentes para oponerse á la penetración del dedo; pocas veces he tenido que recurrir á la tijera para abrir paso al dedo en la base de implantación del tumor. A veces esta base de implantación es algo extensa y laboriosa su desinserción; si es hacia el fondo del útero, resulta en ocasiones difícilmente asequible al dedo, y entonces se tira más fuertemente, así del cuello como de los restos del tumor, y se facilita el descenso haciendo comprimir el útero desde el hipogastrio, y si con ello resulta todavía corto el dedo, uso la espátula y más

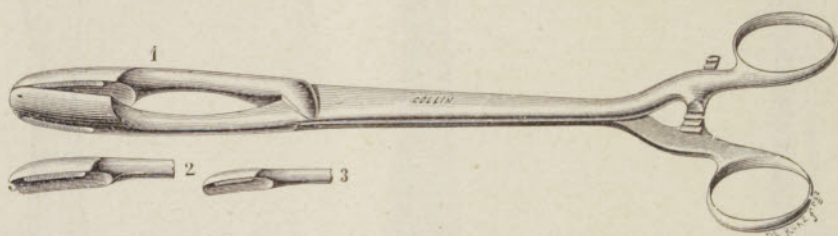


FIG. 142

Pinza-gubia de Doyen para la extracción de pedazos de miomas.

frecuentemente la punta de las tijeras largas y curvas (fig. 141) que suelo emplear para fragmentar el tumor hasta que el casquete cede y sale de su lecho, á veces formando una masa voluminosa. Conviene recordar que en esta maniobra puede invertirse el útero, el que debe reducirse inmediatamente. La hemorragia, que tiene lugar durante estas maniobras, es completamente despreciable, y en cuanto queda extraído el mioma, el útero se retrae como si fuese un útero puerperal, y la hemorragia es nula; una inyección de agua á 50° activa la retracción del útero. Se pierde menos sangre en una de estas operaciones que en la enucleación de un mioma del cuello, porque el útero viene preparado á la contracción por los esfuerzos que tuvo que realizar para lograr el parto parcial del mioma.

A veces se trata de miomas más pequeños que están, por decirlo así, á la puerta, con el cuello dilatado, por donde asoma el tumor sin que salga á la vagina, porque no ha tenido tiempo de pediculizarse; en estos casos la operación queda reducida á la segunda parte del caso anterior. La vagina ya está libre; se fija y descende el cuello, se coge el tumor, se explora con el dedo su tamaño é implantación, y, si es pequeño, lo desimplanta el dedo y se extrae, y si es mayor, se sacan trozos para disminuir su volumen y hacer asequible al dedo la implantación hasta que queda libre y se extrae; por lo general, resultan estos miomas más grandes de lo que había hecho sospechar la exploración.

Actualmente no puede aceptarse la práctica que Simpson, Chassaignac, Schröder y algunos otros habían tenido que seguir, y que por ciertos autores

habíase descrito como un método especial. Consistía en extirpar en una primera sesión toda la parte asequible del tumor hasta que el operador, agotado ó falta de medios técnicos, tenía que renunciar á proseguir la operación, hecho que ocurría muy pronto, porque el estrangulador, el aprieta-nudos y las pinzas miotribos que se habían inventado eran muy deficientes. Se abandonaba la operación para comenzar de nuevo y terminar á los dos ú ocho días; así se operaban miomas en varias sesiones, y muchas de las enfermas morían de infección, porque fácilmente el mioma restante se esfacelaba y entraba en fusión.

Hoy no es aceptable este método; los medios de fragmentación del tumor nos permiten extraer rápidamente miomas voluminosos sin preocuparnos de hemostasia ninguna y procurando llegar pronto á la base del tumor para desimplantarlo; en menos de una hora he podido enuclear completamente un mioma que desde la vulva alcanzaba al ombligo, teniendo por casquete el útero.

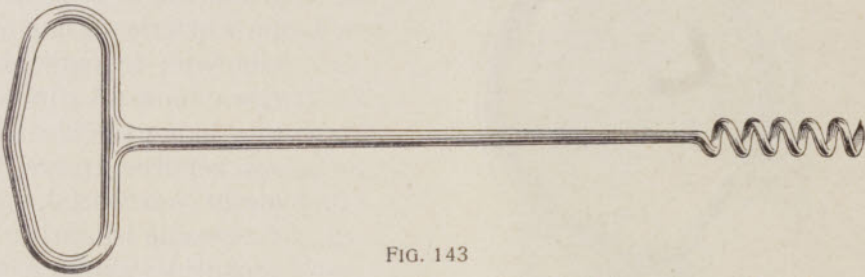


FIG. 143

Tirabuzón para enroscar pequeños miomas al través de la vagina y del cuello.

Claro está que el ginecólogo no puede en estos casos hacerse esclavo de una técnica prefijada, pero unas veces con la tijera, otras con el bisturí ó el tubo vacía-fibromas de Doyen, ó la pinza-gubia (fig. 142) de dicho autor para coger y arrastrar trozos blancos y edematosos, ó con un tirabuzón de espirales estrechas (fig. 143) para coger y arrastrar un nódulo duro que se presente obstruyendo el campo operatorio, ora haciendo que un ayudante comprima el tumor desde el hipogastrio ó tirando fuertemente desde la vagina, logrará su objeto; en medio de este aparente desorden de medios técnicos, hay una regla que los ordena y hace útiles: extraer rápidamente el tumor sin miedo á la hemorragia y con la seguridad de que la operación podrá llevarse á cabo; alguna vez he sentido el desfallecimiento que produce la incertidumbre de que la operación no pueda terminarse, pero hasta ahora he logrado siempre mi objeto.

Hay que contar con los casos en que el mioma ha arrastrado total ó parcialmente el útero hacia la vagina produciendo una inversión del órgano. En ellos, más que en ninguno, sería censurable recurrir á procedimientos arcaicos, como la ligadura elástica del pedículo ó la aplicación del asa del estrangulador, que si fueron buenos en el período de tanteo, deben desecharse actualmente (1), porque pueden perforar el útero ó amputar una parte del mismo. Importa en tales circunstancias hacer visible el punto de unión del mioma con el útero, en

(1) *De la intervención quirúrgica en los miomas uterinos. Anuario de la clínica privada del doctor Fargas, 1895, pág. 6.*

donde existe siempre un surco que lo señala, y desimplantar el mioma sin instrumentos cortantes, reduciendo luego el órgano previo un raspado de la mucosa endométrica; varias veces he procedido así, aplicando luego un taponamiento intra-uterino que he retirado á los dos ó tres días. En un caso en que me pareció que el sitio de implantación del tumor penetraba mucho en el espesor de la cáscara uterina, apliqué una sutura con catgut y á punto pasado, con éxito completo.

Estas intervenciones, así como la extirpación de pólipos gigantes, no son graves. Existe, sin embargo, una contingencia peligrosa, cuando el mioma está esfacelado y la enferma presenta síntomas de septicemia; en estos casos la operación puede resultar grave, y lo mejor es proceder inmediatamente á la

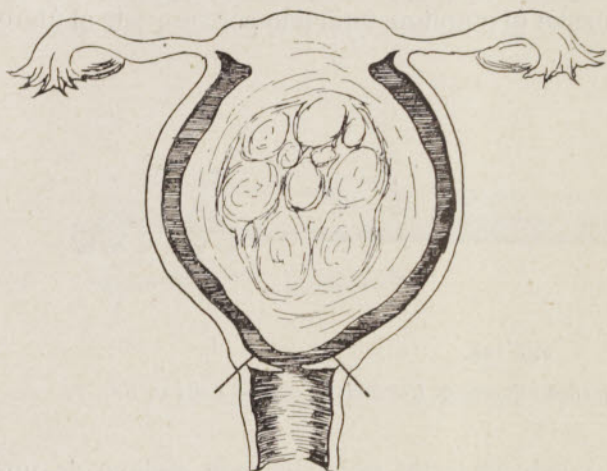


FIG. 144

Esquema de mioma cavitario con el cuello adelgazado.

extirpación, teniendo cuidado el ginecólogo de no producirse rasguños en las maniobras de *morcellement*, pues podría inocularse fácilmente; se registran varios casos de ginecólogos que han padecido afecciones sépticas graves, y aun algún caso mortal, á consecuencia de inoculaciones producidas durante la extirpación de un mioma esfacelado; no olvidaré nunca la intranquilidad que experimenté enucleando un mioma: se desprendió una pinza de garfios, rozando los garfios de una de las ramas la palma de mi mano derecha, que estaba practicando la desimplantación, ocasionando en ella tres surcos; suspendí breves momentos la operación para desinfectarme la mano, cauterizar las heridas con cloruro de zinc, cubrirlas con una gasa y seguir la operación. Es preferible, cuando el mioma está esfacelado, extraerlo inmediatamente que entretenerse unos días en desinfectar la región, como algunos aconsejan, porque con un mioma en putrefacción no hay medio de desinfectar la cavidad útero-vaginal. Si la enferma no tiene septicemia, extraído el foco la curación es rápida.

Longuet (1) publica una estadística de varios autores que comprende 34 casos con 7 defunciones. Me parece muy exagerada; yo tengo la operación por benigna, pues en bastantes casos que poseo no he tenido una sola defunción.

HISTEROTOMÍA. — Tiene por objeto hacer asequibles miomas intra-uterinos perfectamente extirpables. El hecho puede variar según la topografía del tumor, pero depende principalmente de que el cuello del útero esté ó no íntegro.

Pueden presentarse dos casos, según que el tumor haya adelgazado el cue-

(1) *Semaine Gynecologique*, 1899, núm. 41.

llo del útero y la cavidad cervical esté dilatada y ocupada por la neoplasia, ó que el mioma sea del todo intra-uterino con un cuello íntegro.

En el primero (fig. 144) se descubre el cuello, se cogen los labios del mismo por su parte anterior y posterior, y de un tijeretazo se incinde el cuello hasta el fondo de saco vaginal en cada lado; el tumor aparece á la vista y se extrae si es pequeño y pediculado por torsión ó sección del pedículo, previa fragmentación si es de mayor tamaño, ó enucleándolo si es sesil (fig. 145). Luego se suturan con catgut las incisiones transversales, y queda terminada la operación. Este procedimiento, debido á Pean, es sumamente útil y permite obtener un gran campo operatorio; he recurrido á él muchas veces, siempre con éxito y sin ninguna dificultad; las incisiones cervicales sangran ligeramente, pero al aplicar la sutura queda el campo del todo exangüe. Cuando el conducto cervical está dilatado, da un campo operatorio extenso, de 4, 5 y 6 centímetros de diámetro, que luego puede ir aumentando por la dilatación que el mismo tumor hace al extraerlo del útero. En uno de mis primeros casos pude extraer un mioma de cerca 2.000 gramos previa fragmentación (1). He recurrido muchas veces á este procedimiento desde 1888, que lo empleé por primera vez, y siempre con resultado feliz, tanto respecto á vencer las dificultades técnicas como al éxito operatorio.

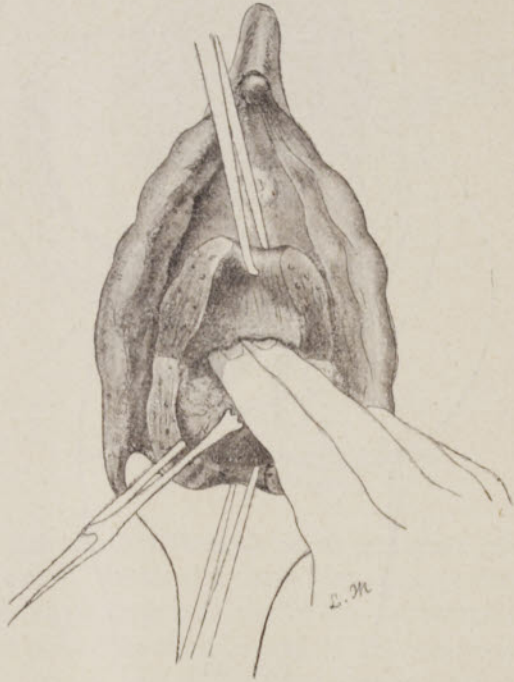


FIG. 145

Histerotomía bilateral y enucleación de un mioma intra-uterino.

Cuando el cuello no se ha adelgazado y permanece íntegro (fig. 146), es preferible recurrir á la incisión media anterior de Doyen que á la sección bilateral de Pean. En ésta, cuando el cuello está todavía íntegro, para obtener campo operatorio es preciso llevar la incisión hasta el istmo y algo más arriba, incindiendo, por tanto, en regiones peligrosas, por existir la arteria uterina, y aunque Segond lo haya presentado, pretendiendo darle cierta novedad, en el Congreso de París (2), con el nombre de *histerotomía cérvico-vaginal*, basta leer la *Monografía* de su discípulo Dartignes (3) para convencerse de que es exacta y real esta dificultad:—recuérdese que el fondo de saco peritoneal vé-sico-uterino no desciende hasta el nivel del istmo, y que, por tanto, podemos

(1) *Actas de la Academia y laboratorio de Ciencias médicas de Cataluña*, 1892, pág. 37.

(2) *Comptes rendus*, 1900, pág. 121.

(3) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1901, pág. 744.

llegar por este sitio á la cavidad del útero sin penetrar en el peritoneo. La técnica es muy sencilla: se incinde transversalmente el fondo de saco vaginal anterior (como veremos se hace en la histerectomía), se separa la vejiga de la cara anterior del cuello, que se mantiene todo lo bajo posible mediante pinzas laterales, hasta llegar al fondo peritoneal, que se respeta, y se incinde con las tijeras la pared anterior hasta el límite de separación, con lo que queda abierta y asequible la cavidad del útero, abertura que puede aumentarse más ó menos

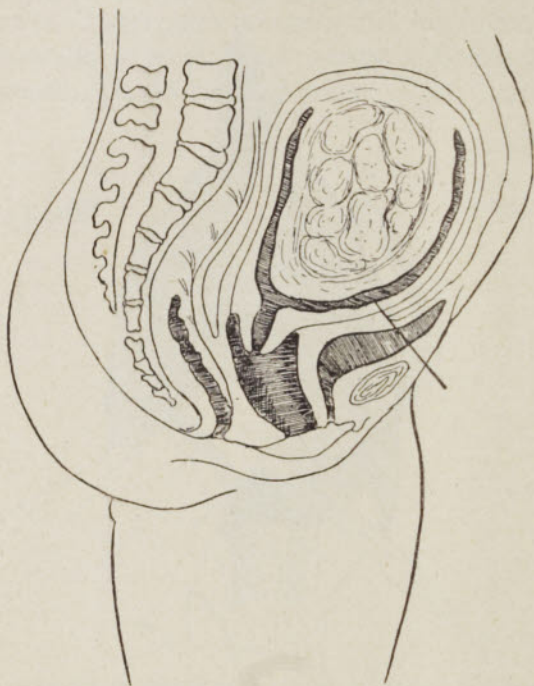


FIG. 146

Esquema de mioma cavitario con cuello íntegro.

según las necesidades del caso (fig. 147). En seguida se introduce el dedo y se explora la cavidad del útero para darse cuenta de la situación del mioma, si es pediculado ó sesil, y proceder á su extirpación como en el caso anterior, previa fragmentación cuando el volumen del tumor lo requiera (figura 148).

Pero además, así como la sección bilateral sólo permite extirpar miomas enteramente cavitarios ó sub-mucosos, esta sección media de la pared anterior permite extraer miomas intersticiales; si son de la pared anterior, se nos vienen, por decirlo así, á la mano, y podemos extraerlos de su cápsula; si son de la pared posterior, lo que nos permitirá apreciar el dedo introducido en el útero,

incindiendo al través de la mucosa la cara posterior y poniéndolo á nuestra vista. Pueden, por este medio, hacerse asequibles tumores situados bastante altos, en las paredes del útero y aun los del fondo á poco que formen relieve hacia la cavidad. La técnica para la enucleación de estos miomas no se diferencia de la descrita; la histerotomía media anterior no tiene más objeto que ensanchar nuestro campo de acción haciendo asequibles tumores profundos y permitiendo hacer ginecología conservadora; puede sacarse gran partido de esta intervención aprovechando todos los recursos de la técnica actual. Veit (1) se declara entusiasta de la misma, y demuestra cuán socorrida es en casos de esta índole.

Algunos autores han hecho extensiva la intervención penetrando en el peritoneo al través del fondo de saco anterior ó posterior para extirpar pequeños miomas sub-peritoneales. No hay duda que puede hacerse sin dificultad: pero estos pequeños miomas no suelen dar síntomas, y por lo tanto hay pocas indi-

(1) *Loc. cit.*, pág. 615.

caciones, en tanto que los grandes miomas sub-serosos que indican la intervención, es preferible operarlos por el abdomen. En la enucleación por la vía vaginal debe evitarse penetrar en el peritoneo.

La operación resulta exangüe y las cavidades que los miomas dejan tampoco sangran; terminada la enucleación, que á veces será, no de uno, sino de varios miomas, se sutura la incisión del cuello con catgut y luego la de la vagina con igual substancia.

Los accidentes que pueden ocurrir en esta intervención, son: dificultad de terminar la operación por ser varios los miomas, en cuyo caso se hace la histerec-tomía inmediatamente; al enu-clear un mioma, puede abrirse el peritoneo, porque la cáscara del mioma sea muy delgada: el dedo lo aprecia inmediatamente por la diferencia de tacto, y entonces es preferible también hacer la histerec-tomía. La hemorragia no es de temer más que en el caso que enucleemos un mioma del borde del útero que se haya desarrollado hacia el ligamento ancho, en cuyo caso será preferible no proceder por la histerotomía media anterior, sino por colpotomía lateral, lo que nos dejará

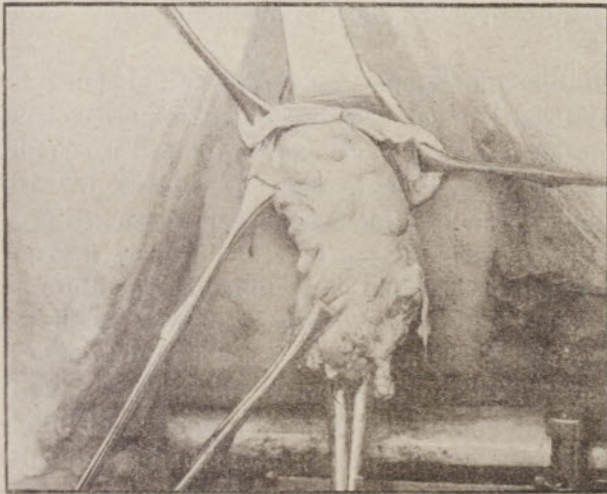


FIG. 148

Extracción por fragmentación de un voluminoso mioma intra-uterino, previa la histerotomía media anterior.

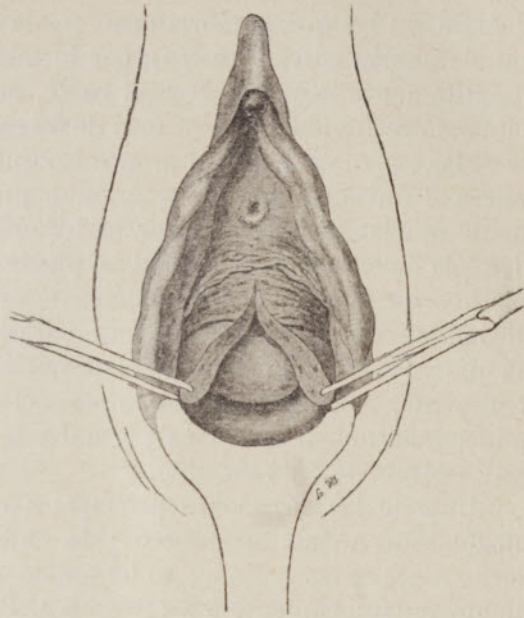


FIG. 147

Histerotomía media anterior y mioma que debe extirparse.

rá al descubierto la uterina, que podrá ligarse ó pinzarse. De modo, que los accidentes que pueden presentarse, más que de la operación en sí, dependen de quererla hacer extensiva á casos en que es preferible hacer la histerec-tomía.

En cuanto al pronóstico de la intervención, estamos muy lejos de las estadísticas de Guserow, Martin, Schroeder, Hegar y Kaltenbach (1), que daban de un

(1) HEGAR y KALTENBACH: *Gynecologie operatoire*, 1885, página 398.

20 á un 30 por 100 de mortalidad. Actualmente la operación es benigna, como lo atestiguan las estadísticas de Chroback, Landau, Veit, Noble, Braun, etcétera, en las que la mortalidad queda reducida casi á cero (Chroback tiene una defunción entre 97 casos); por lo tanto, la operación puede calificarse de absolutamente benigna. Por mi parte, no he tenido ningún caso desgraciado, habiendo recurrido á ella en más de 60 casos.

Más importante que el pronóstico inmediato de la intervención es el que se refiere al funcionamiento del órgano, pues muchas veces resultaría técnicamente mucho más fácil hacer la histerectomía que la enucleación. Dartignes dice que de los casos de Segond no puede presentar ninguno de embarazo consecutivo en apoyo de la operación conservadora; ya en mi trabajo citado de 1895 citaba dos casos que tuvieron varios embarazos; hoy puedo decir que de las que yo sepa, son ocho las que después de dicha intervención han concebido. Realmente, después de dicha intervención el útero se atrofia, las cavidades se reducen, la menstruación es normal y la fecundación puede presentarse y lograr fácilmente feliz término.

Una de las objeciones principales á la operación es la posibilidad de que quede algún nódulo miomatoso y la enferma sufra una recidiva. El hecho es cierto, como se comprende; yo he tenido entre mis enfermas un caso que tuve que operar nuevamente á los tres años. Pero aun habida cuenta de esta posibilidad de recidiva, tratándose de una mujer joven con integridad completa del resto del aparato genital,—pues bien se comprende que las lesiones flogísticas de los anexos son una contra-indicación á esta operación conservadora,—entiendo que todo ginecólogo debe esforzarse para conservar el órgano y la función, según vengo sosteniendo desde mis primeros trabajos hace más de veinte años.

Claro está que en una mujer menopáusica ó próxima á serlo tendremos en cuenta la gravedad de la intervención para preferir la enucleación á la histerectomía, recordando siempre que al emprender la enucleación de ciertos miomas hemos de estar preparados para convertirla en una histerectomía.

HISTERECTOMÍA.—Es indiscutible que la histerectomía vaginal contra los miomas del útero, así como la enucleación, es obra de iniciativa, perfeccionamiento y vulgarización puramente francesas. Nada he de cambiar al juicio que en 1895 (1) me mereció la elección de procedimiento para la histerectomía vaginal por miomas: «Pean ha sido el verdadero iniciador de esta clase de intervenciones, dándolas por fundamento su *morcellement* y su hemostasia preventiva por medio de pinzas. La histerectomía vaginal de Pean contra los fibromas del útero, descrita por su autor en los tomos de *Clinica quirúrgica*, y de una manera magistral por Scheyron en su obra sobre la histerectomía, he de decir que nunca me ha parecido un procedimiento destinado á vulgarizarse, y falta mía será, indudablemente, pero he de manifestar que aun comprendiendo la técnica descrita por tan eximio cirujano, y teniendo á mano su instrumental propio, siempre me pareció una operación sumamente engorrosa, ciega en algunos tiempos de la misma y poco socorrida en casos difíciles para llevar á feliz

(1) *Loc. cit.*, pág. 12, y *Apuntes de Ginecología*, pág. 279.

término una operación comenzada con buenos auspicios. Todos los defectos del procedimiento de Pean arrancan de la necesidad de la hemostasia preventiva. La aplicación sucesiva de pinzas en número indeterminado, llena y obstruye el campo operatorio, ya de sí limitado antes de extraer una gran porción de tumor, y la colocación de dichas pinzas *in situ* expone fácilmente á coger un uréter ó un repliegue intestinal, accidentes siempre temibles. Adolece del defecto, el procedimiento de Pean, de ser una de tantas aplicaciones de su maravilloso método de *forcipresión* y no un procedimiento hijo de un momento de inspiración, basado en la topografía y el modo de ser de dichas neoplasias. Se comprende así fácilmente que, con ser aceptable la técnica, no tendrá para la colpo-histerectomía por fibromas la brillantez que el método tiene aplicado á la extirpación del bocio, de un tumor del mesenterio ó de una neoplasia difusa del muslo; las condiciones de región y de campo operatorio son esencialmente distintas.

» Por otra parte, el método de colpo-histerectomía por ligaduras sucesivas de los ligamentos anchos no resulta fácilmente aplicable en la inmensa mayoría de casos tributarios de dicha operación, por la dificultad de hacer asequibles dichos ligamentos, dado el volumen del útero, que lo retiene hacia arriba á pesar de nuestras tracciones, ó que un nódulo fibroso empotra previamente entre las hojas de dicho ligamento.

» El procedimiento de Doyen esencialmente distinto del de Pean y de las modificaciones que este último ha sufrido, tiene la ventaja de ser perfectamente reglado, estar fundado en el modo de ser de los miomas uterinos y de que sus tiempos se suceden siempre naturalmente; está basado en la supresión completa de la hemostasia preventiva, en operar siempre bajo la comprobación de la vista ó del tacto y en efectuar la hemostasia definitiva de una manera segura, eficaz y exenta de peligros. El procedimiento es original, ejecutivo, hijo de la inspiración artística, y para que todo sea nuevo, hasta el instrumental es expreso y sumamente útil y práctico.»

Supondré un caso fácil de un útero poco voluminoso en que la operación no presenta dificultades :

Primer tiempo. — Descubierto el cuello del útero mediante la aplicación hacia atrás de la valva de 10 centímetros, y hacia adelante la de 6, se engarzan fuertemente á cada lado del cuello unas pinzas de dos garfios. Con ellas se tira fuertemente del útero y con los dedos se exploran los fondos de saco movilizándolo en lo posible.

Segundo tiempo. — Se practica, á tijeretazos ó con el bisturí, una incisión circular alrededor del cuello sobre su porción vaginal: hacia atrás se procura que la incisión abra el fondo de saco de Douglas; en seguida con los dedos se despega el manguito vaginal del cuello del útero por delante y por detrás; se introducen en el fondo de Douglas para explorar la cavidad pelviana y desprender las adherencias que el útero pueda tener en dicho sitio, como ocurre cuando ha habido perimetritis, teniendo en cuenta que las adherencias posteriores del útero son las que más se oponen á su descenso.

Tercer tiempo. — La valva anterior se coloca debajo del manguito vaginal,

con lo que queda al descubierto la cara anterior del cuello. Con los dedos se va

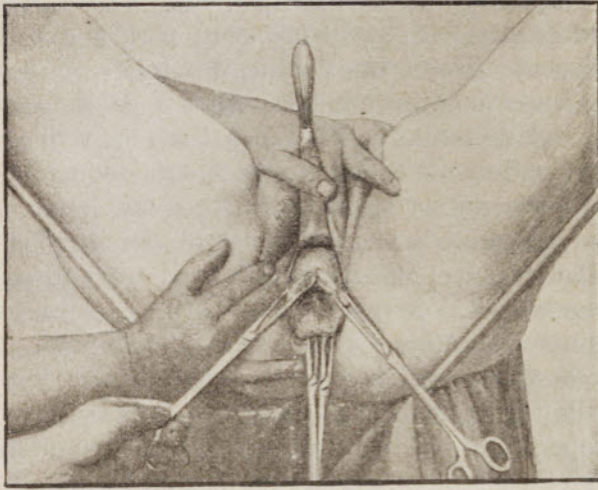


FIG. 149

Incisión media de la cara anterior del útero y aplicación de pinzas en sus bordes para bascular el órgano.

desprendiendo la vejiga, que la valva anterior va protegiendo; á veces es preciso algún tijeretazo para separar alguna trabécula vésico-uterina; si se tienen dudas de estar en el intersticio vésico-uterino, se introduce la sonda metálica en la vejiga y se explora la región; así se llega hasta muy cerca del fondo peritoneal vésico-uterino. Entonces se incide la pared anterior del cuello hasta el punto de separación vésico-uterina, y próximas á los ángulos de esta incisión se engarzan dos pinzas de tres garfios que abrazan fuertemente la pared del útero. Con ellas se tira hacia afuera para hacer asequible á la vista y á los dedos una nueva porción de la cara anterior, sobre la que se prolonga la incisión, que generalmente alcanza ya al fondo de saco peritoneal, y si no, se repite la maniobra hasta que con la tijera ó con el dedo queda abierto el fondo de saco peritoneal vésico-uterino, lo que el dedo introducido en la abertura reconoce fácilmente. En seguida se substituye la valva anterior corta por una larga que se introduce profundamente en el peritoneo, quedando la vejiga protegida por la valva y no teniéndonos que ocupar ya más de ella: la cara anterior del útero, en su superficie peritoneal, queda á nuestra vista (fig. 149). A veces es difícil introducir la valva de Doyen por la abertura peritoneal porque ésta es pequeña, ó principalmente porque la superficie convexa del órgano forma relieve, y para facilitarla me sirvo hace ya años de una valva especial en forma de pico de pato con punta roma que hice construir por Collin, y que penetra siempre con gran facilidad (fig. 150).

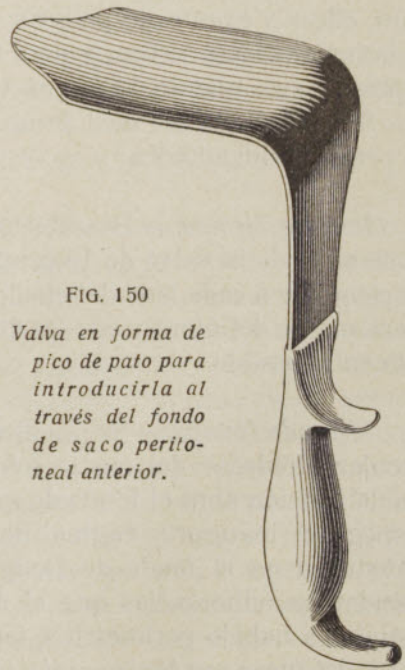


FIG. 150

Valva en forma de pico de pato para introducirla al través del fondo de saco peritoneal anterior.

Cuarto tiempo.—Se continúa la incisión media anterior hasta donde al-

cance la vista, tirando fuertemente de las pinzas de garfios (las del cuello, sin quitarlas, se abandonan desde que se colocan las pinzas en la incisión), y se engarzan otras en el ángulo de la incisión en plena cara anterior del cuerpo del útero. Se tira de éstas llevando el fondo del útero hacia adelante hasta que el órgano bascula y aparece su fondo en la vulva: á veces hay que prolongar más la incisión y aplicar otras pinzas antes de lograr la basculación del útero; en el fondo aparecen los anexos si están libres, ó si no el epíploon ó las asas intestinales, que vemos y apreciamos perfectamente (fig. 151). Si los anexos están adheridos y no descienden, introducimos el índice y medio de la mano derecha hacia la fosa derecha para despegarlos, y los de la mano izquierda hacia la izquierda.

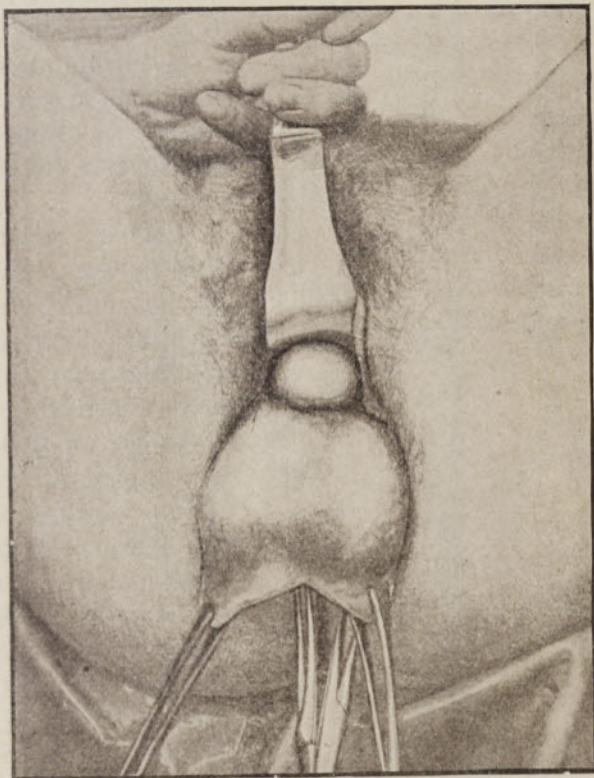


FIG. 151

*Útero miomatoso basculado fuera de la vulva:
ovario quístico que aparece detrás.*

Quinto tiempo. — Se tira el útero basculado hacia la derecha, incluso la pinza correspondiente al cuello, que hasta este momento quedó libre, y aparece el ligamento ancho izquierdo á la vista. Guiando sus bocados con los dedos índice y medio, se introduce de arriba abajo y de delante atrás la gran pinza cintrada de presión de Doyen (fig. 152), y se busca con los dedos que sus bocados traspasen el límite inferior de los ligamentos anchos sin que cojan ninguna asa intestinal ni epíploon; se aprieta fuertemente la pinza y se coloca al lado y por dentro la pequeña pinza de seguridad, que se aprieta también. En seguida se corta al ras de esta segunda pinza, con lo que el útero queda libre del lado izquierdo y sólo unido al ligamento ancho derecho. Sobre éste se aplican otras dos pinzas de igual manera y se separa el órgano, que queda libre por completo (lámina IV, figs. I, II, III y IV).

Sexto tiempo. — Se colocan las cuatro pinzas horizontalmente, situación en la que se colocan ya por su propio peso, y se hace la *toilette* final con gasas esterilizadas ó con un lavado de agua esterilizada. En el fondo de la vagina se ven aparecer con frecuencia el epíploon y las asas intestinales, lo que obliga, ó bien á hacer dos puntos de sutura que unan el borde anterior del peritoneo al posterior, ó bien á aplicar un taponamiento contentivo; éste es, el que suelo

usar, aplicando una tira de gasa hervida en glicerina y escurrida, con lo que se tiene la seguridad de que es aséptica, y además la glicerina que la empapa es un buen tópico antiséptico; este taponamiento debe penetrar hasta la pelvis, más arriba de la abertura vagino-peritoneal, para impedir el descenso de los intestinos ó del epiploon y proteger la punta de las pinzas. Se introduce en la vejiga una sonda permanente de caucho, larga, que se fija en las mismas pinzas, y una vez la enferma en cama conduce la orina á un depósito colocado entre las piernas de la enferma. En la vagina se coloca un taponamiento suave de gasa esterilizada que llega hasta la vulva, envolviendo los mangos de las pinzas para proteger á esta última. Se traslada la enferma á la cama y se le hace una inyección de morfina.

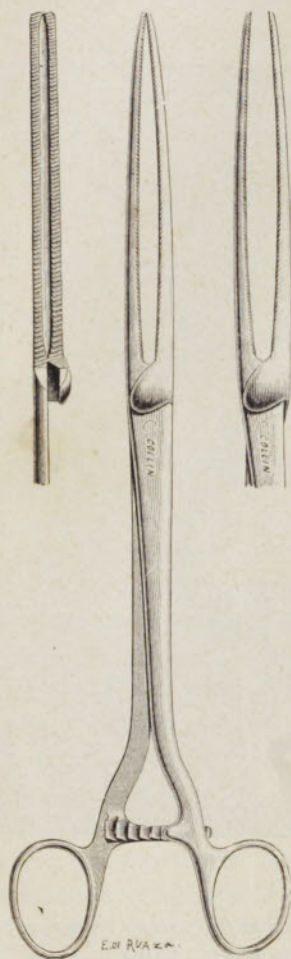


FIG. 152

Grandes pinzas cintradas de
Doyen para la forcipresión
de los ligamentos anchos.

Esta operación puede hacerse, en los casos favorables, con gran rapidez. En diez, quince ó veinte minutos puede quedar terminada; durante ella no hay nunca hemorragia, porque como el útero está siempre tirado hacia abajo, los paquetes vasculares resultan comprimidos entre el órgano y las paredes pelvianas; en general, no se ve sangrar el útero hasta que está fuera de la vulva y cesa dicha compresión, y aun entonces nunca sangra en abundancia. Aplicadas las pinzas, queda el campo completamente exangüe, siendo muy raro tener que aplicar alguna pinza *longuette* en el labio anterior ó en el posterior de la mucosa vaginal. Conviene aplicar á cada ligamento las dos pinzas, porque siendo elásticas, son friables, y aunque raramente, puede ocurrir que una se rompa; recuerdo casos en que esto ocurrió sin ocasionar contratiempo, gracias á la pinza de refuerzo.

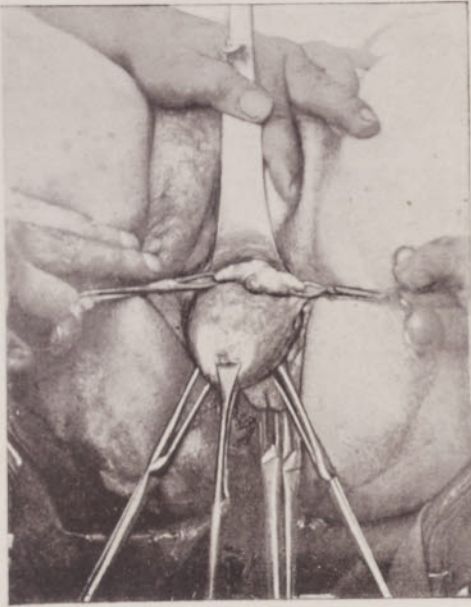
En el segundo y tercer tiempo pueden ocurrir dificultades: al separar la vejiga del útero, puede aquélla perforarse, pero procediendo con cuidado, este accidente se evita siempre en los casos de mioma en que los tejidos están sanos; no sucede lo mismo cuando se trata de neoplasias malignas. A veces resulta también difícil la abertura del fondo de saco

peritoneal, sobre todo en los miomas de la pared anterior, que pueden haberlo levantado; debe contarse con que no siempre este fondo de saco está á la misma altura, y con ello basta para obviar la pequeña contrariedad que significa no poder penetrar pronto en el peritoneo.

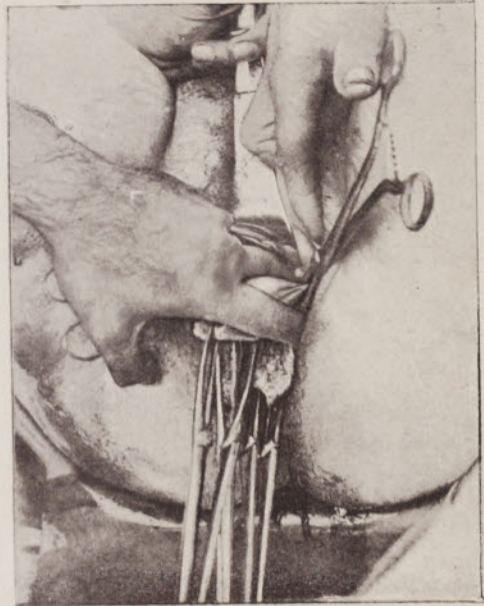
Las dificultades mayores provienen del volumen del útero y de la topografía de los miomas. Abierta la cara anterior del órgano, debe procederse á disminuir su volumen para que pueda continuar su descenso y basculación, haciendo la enucleación de los miomas ó procediendo á su fragmentación con pinzas y

LÁMINA IV

Histerectomía vaginal



I.—Útero basculado fuera de la vulva seguido de los anexos.



II.—Aplicación de la pinza de presión sobre el ligamento ancho izquierdo.



III.—Útero separado del ligamento ancho izquierdo y retenido tan sólo por el derecho.



IV.—Útero separado de ambos ligamentos y retenido por una pequeña adherencia hacia el fondo de saco posterior. Hemostasia completa.

tijeras, ó con las pinzas gubias, ó el tubo vacía-fibromas, ó el tirabuzón, según los casos y según he descrito anteriormente: los miomas cavitarios, los de la cara anterior y aun los de la posterior, no suelen ofrecer dificultades; con más ó menos lentitud va disminuyéndose el volumen del útero y las pinzas de garfios pueden engarzarse cada vez más arriba, hasta que libre el útero de miomas, bascula, presentado sus paredes más ó menos mutiladas. Los miomas que

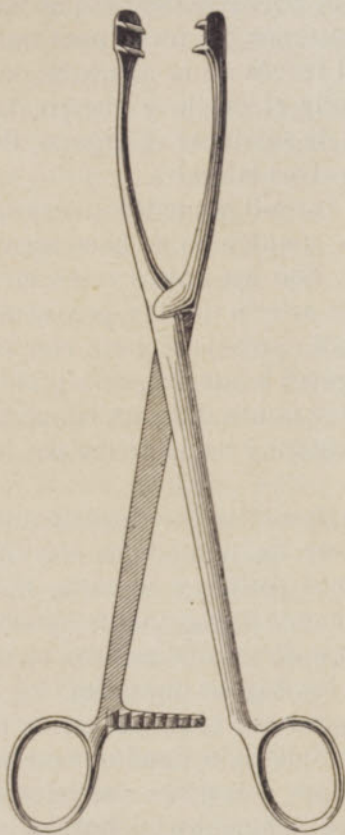


FIG. 153

Pinzas de láminas imbricadas para coger trozos de mioma laminosos.

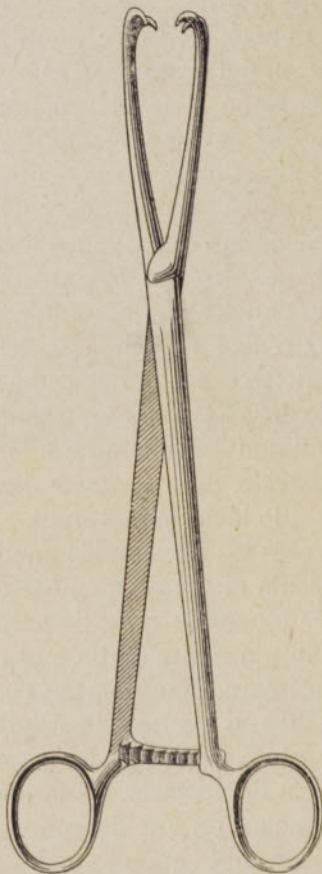


FIG. 154

Pinzas de garfios romos para miomas blandos que se desgarran fácilmente.

oponen mayores dificultades son los sub-peritoneales de la cara anterior y del útero, que apoyándose contra la valva pueden impedir en absoluto el descenso y basculación del órgano, llegando á imposibilitar la maniobra; á veces con las tracciones se desprende uno de esos miomas, el útero bascula, y cuando es extraído aparece en el fondo de la pelvis como un nuevo tumor; una vez me ocurrió esto, y como el tumor era como una mandarina, bastó cogerlo con una pinza para extraerlo; si es mayor y no puede salir, se comprime por el hipogastrio para fijarlo, se engarza una pinza para mayor seguridad y se clava el tubo vacía-fibromas; alrededor de la cavidad cilíndrica se va haciendo presa para fragmentarlo y extraerlo.

Cuando el volumen excesivo del útero no depende de nódulos miomatosos, sino de una hipertrofia excesiva del órgano por gigantismo uterino ó miomas difusos, entonces no es posible disminuir su volumen por enucleación, pero se puede lograr haciendo sobre su cara anterior incisiones en V escalonadas; se hacen una ó varias, procurando proceder simétricamente hacia cada lado, con lo que se van extrayendo cuñas de pared uterina que permiten al fin el paso del órgano hacia la vulva; estas secciones en V alcanzan á veces hasta el fondo mismo del útero.

Cuando es un mioma sub-peritoneal de la pared posterior que impide la basculación del órgano, se atraviesa la cara posterior del útero para enuclearlo ó bien se va en busca del mismo por detrás al través de la abertura del fondo de Douglas; no hay inconveniente en incidir el cuello y cuerpo del útero hacia atrás en estos casos, teniendo necesidad de sacrificar el órgano; llegamos al tumor al través del cuello dividido en dos valvas laterales.

Otra de las dificultades son los tumores intra-ligamentosos; éstos, por lo general, no impiden la extracción del útero, y entonces se hace secundaria-mente la enucleación del mioma con facilidad. Son los únicos casos en que el ginecólogo debe preocuparse del uréter y de la arteria uterina; pero como extirpado el útero el lecho del tumor está á la vista, podemos obrar con libertad; recuerdo dos casos de este género en que desgarré la uterina, que pude pinzar muy fácilmente por tenerla á la vista. El uréter nunca dificulta la operación ni resulta herido, porque queda dislocado hacia afuera y hacia arriba por la valva anterior que levanta la vejiga.

A veces los ligamentos anchos son poco extensibles por flogosis anteriores y no bascula el útero con libertad para alcanzar los ligamentos con una sola pinza. Entonces se coge de arriba abajo lo más posible y se corta, aplicando luego una pinza supletoria en la base del ligamento ancho que no pudo abarcar la primera. Esto ocurre pocas veces en los úteros miomatosos; en cambio, es frecuente en las neoplasias malignas y en las flogosis anxiales.

El quinto tiempo de la operación puede variar por completo en la manera de hacer la hemostasia. Nada más fácil que ir aplicando ligaduras en los ligamentos anchos en vez de pinzas; estas ligaduras deben ser parciales y no en masa, recordando que el vértice y la base de los ligamentos anchos son los puntos más peligrosos, porque por ellos corren la ovárica y la uterina. Para quien sea partidario de la hemostasia por ligadura, no ofrece dificultades, y de igual modo que pueden aplicarse las pinzas se aplican las ligaduras.

Se han discutido mucho las ventajas de realizar la hemostasia con ligaduras ó con pinzas; al estudiar el curso post-operatorio veremos de qué lado pueden estar, pues durante el acto quirúrgico todos son buenos, aunque la hemostasia con pinzas es más rápida y elegante.

Muchos autores alemanes son partidarios de la hemostasia con ligaduras; en cambio, los franceses y muchos ingleses y norte-americanos prefieren las pinzas. Algunos ginecólogos alemanes, como Veit, que encuentran ser el mejor el procedimiento de Doyen, después de haberlo usado mucho tiempo, han vuelto á las ligaduras. Otros han aplicado á la histerectomía por miomas el procedimiento de Martin, que consiste en ir practicando ligaduras escalonadas desde abajo arriba en los ligamentos anchos á la vez que se van cortando éstos, ora

de un lado, ora de otro, hasta la extracción total del órgano. Uno de los inconvenientes de la hemostasia con ligaduras es la dificultad de comprimir bastante el ligamento ancho para asegurar una hemostasia definitiva; este inconveniente hoy no existe empleando la laminación de los pedículos con la pinza de fuerte presión de Doyen ó de otro autor, no olvidando, sin embargo, que á aquél se debe la introducción en la técnica contemporánea de este medio realmente útil y socorrido.

Actualmente empleo algunas veces la ligadura siguiendo la siguiente técnica, inspirada del todo en la que he visto practicar á Doyen, y que ha descrito, después de la publicación de su obra de técnica quirúrgica, en el Congreso de Moscou (1).

Después del primer tiempo y antes de incindir la pared anterior del órgano, dirijo el cuello fuertemente hacia la derecha (fig. 155), descubro la base del ligamento ancho izquierdo, aplico el angiotribo para reducirlo, y con una aguja de Deschamps de gran corvadura (fig. 156) paso un hilo de seda (fig. 157)

y ligo fuertemente (igual que se hace en la histerectomía por el procedimiento de ligaduras escalonadas de Martin), cortando en seguida á ras del útero la parte baja del ligamento ya ligada; cojo el pedículo con una pinza para tenerla á mano. Procedo igual del lado opuesto (fig. 158) y en seguida continúo la operación como se ha descrito antes.

Ya basculado el útero y con los ligamentos anchos á la vista, aplico el angiotribo sobre el ligamento en vez de la pinza de presión; como está cortada la

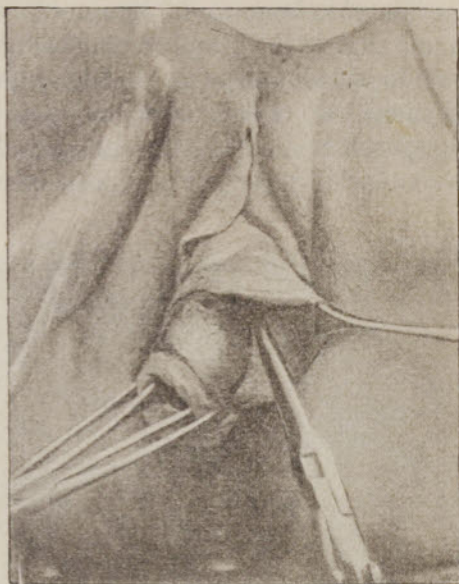


FIG. 155

*Cuello del útero desinsertado de la vagina.
Angiotripsia de la arteria uterina y de la
parte inferior del ligamento ancho izquierdo.*

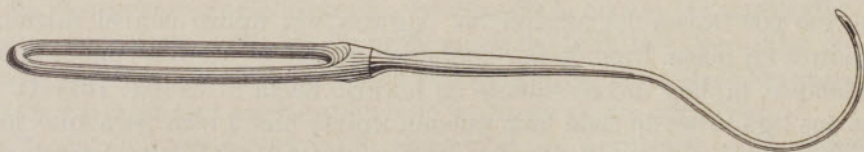


FIG. 156

Aguja curva de Deschamps para aplicar la ligadura en el ligamento ancho.

base del ligamento ancho, la pinza de presión progresiva abarca fácilmente la parte alta del ligamento ancho (figs. 159 y 160). Reducido el ligamento á una

(1) Véase DOYEN: *Technique chirurgicale*, 1897. *Comptes rendus. Congrès d'Amsterdam*, 1900, pág. 489.—*Sur l'angiotripsie. Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, pág. 753.

lámina, con la misma aguja curva paso por detrás del ligamento y de arriba abajo uno de los hilos de la primera ligadura, levanto la pinza que sujeta el pedículo inferior para comprenderlo en esta segunda ligadura, y ligo entonces fuertemente la masa del ligamento ancho, que forma un solo y reducido pedículo (fig. 161). Practicada así la ligadura, tiene todas las garantías, pues cogiendo aisladamente la base del ligamento comprime la uterina, y al abarcar en masa todo el ligamento ancho no puede soltarse, porque sus cabos atraviesan el espesor de dicho ligamento; con el angiotribo se evita seguramente que con la exudación y reabsorción post-operatorias se adelgace el pedículo y afloje la

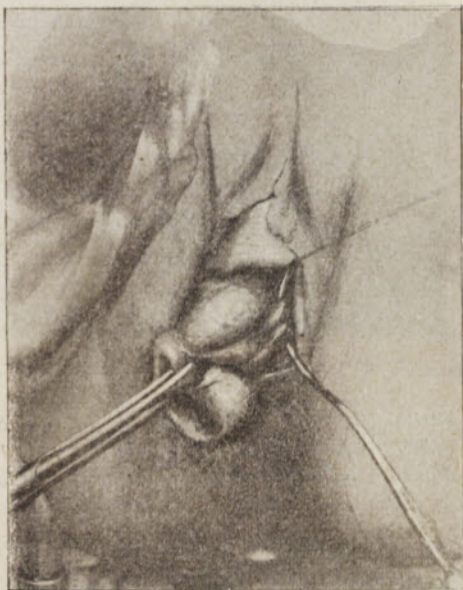


FIG. 157

Aplicación de la ligadura en el ligamento ancho izquierdo.

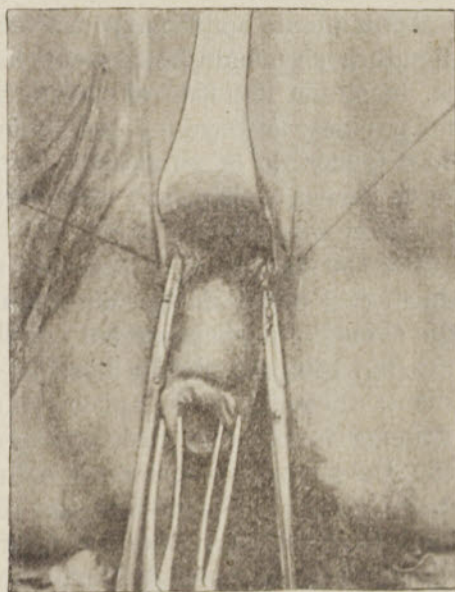


FIG. 158

Ambos pedículos de la parte baja de los ligamentos anchos ligados y sujetos con una pinza.

ligadura, que sin duda era el mayor inconveniente de este método antes de la introducción por Doyen del angiotribo. Alguna vez aplico con el mismo hilo otra ligadura en masa. Cuando por cualquier motivo el útero no puede bascular hacia adelante, no hay inconveniente en hacerlo hacia atrás (fig. 161) (1).

Las dos ligaduras de cada lado pueden unirse una á otra para que los pedículos no se retraigan tan fácilmente y remonten á la cavidad abdominal. En seguida se yuxtaponen, con sutura ó sin ella, los labios de la abertura vaginoperitoneal y se tapona la vagina ligeramente.

Se ha propuesto por Tuffier (2) confiar la hemostasia definitiva tan sólo á la compresión de los ligamentos anchos. Ha tenido algunos imitadores, aunque

(1) Doderlein y algunos ginecólogos alemanes verifican la basculación del útero hacia atrás como procedimiento de elección. (*Loc cit.* pág. 362 y siguientes).

(2) *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, pág. 563.

pocos, y creo que el procedimiento está ya abandonado por su propio autor. De mí sé decir que no me creería autorizado á aconsejarlo siendo tan fácil como es aplicar una ligadura después de la laminación, y además, porque entiendo que no debe exigirse á los procedimientos técnicos más de lo que pueden dar de sí, y el angiotribo no hace más que asegurar el efecto de la ligadura, que no habría inconveniente en hacerla con catgut en vez de seda. Por otra parte, cuando se ha usado bastante el angiotribo, se ve que no es un instrumento de fácil manejo, porque hay tejidos friables que se rasgan á la acción del instrumento cuando ésta es demasiado enérgica, y entonces no sirve como hemostático. Do-

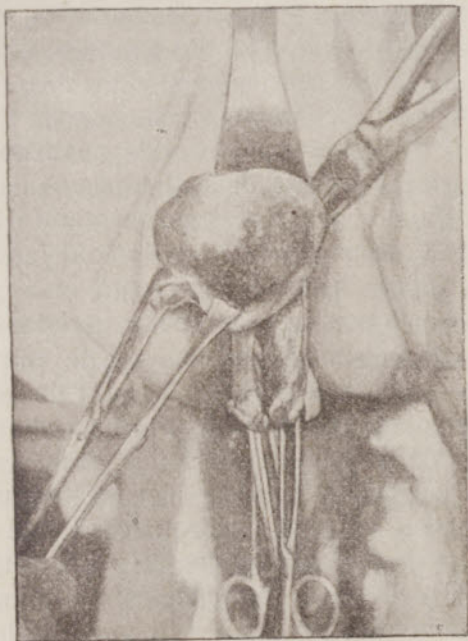


FIG. 159

Angiotripsia de la arteria ovárica y parte alta del ligamento ancho izquierdo. El fondo del útero está fuera de la vulva.



FIG. 160

Angiotripsia de la parte alta del ligamento ancho derecho.

yen ha demostrado perfectamente, estudiando la acción del angiotribo sobre los vasos, que no sirve como medio de hemostasia definitiva, pero que es un gran recurso para facilitar la hemostasia por ligaduras, reduciéndolos antes á la más mínima expresión, y asegurando, por tanto, su efecto definitivo.

El método electro-térmico de Skeene se ha empleado en la histerectomía vaginal con éxito, pero no se ha generalizado, y es dudoso, dadas las condiciones de la región, que pueda substituir á la forcipresión ó á la magullación con ligaduras.

En cuanto á los anexos del útero, si están alterados se extirpan comprendiéndolos en la ligadura ó en la pinza, y si están sanos pueden abandonarse sin inconveniente ninguno; por el contrario, si la mujer es joven conviene dejar por lo menos un ovario para evitar en parte las molestias de una menopausia prematura.

Tratamiento post-operatorio.—Cuando se han empleado las pinzas, deben éstas quedar colocadas un *mínimum* de cuarenta y ocho horas. Durante este tiempo hay enfermas que las toleran perfectamente sin gran incomodidad, y otras en las que es preciso recurrir á las inyecciones de morfina; á las cuarenta y ocho horas pueden retirarse las pinzas, y lo he hecho muchas veces sin inconveniente ninguno; sin embargo, aunque no haya sido nunca grave, tres ó cuatro veces he visto sobrevenir una hemorragia molesta y algo regular: nunca he tenido que llevar la enferma á la sala de operaciones. Desde hace unos ocho años procedo de la manera siguiente: si la enferma está tranquila, á

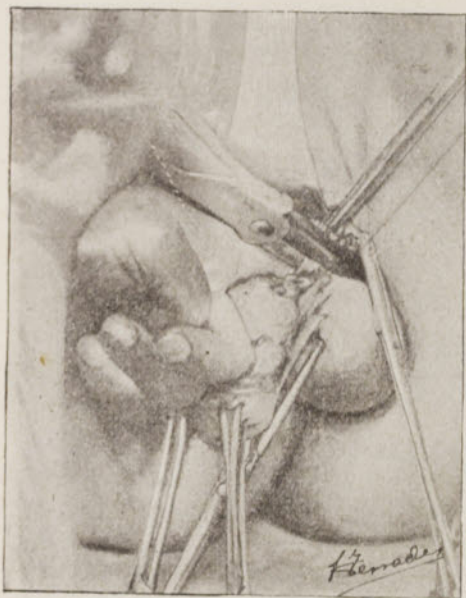


FIG. 161

Angiotripsia del ligamento ancho derecho en un caso en que fué preciso bascular el útero hacia atrás. A la izquierda pedículo único.

las cuarenta y ocho horas quito las pinzas pequeñas y las suplementarias, y á las sesenta y dos las dos grandes; pero si las pinzas ocasionan sufrimientos, las retiro á las cuarenta y ocho horas.

Se retira también el taponamiento vaginal, pero se deja el taponamiento profundo hasta el sexto ó séptimo día, que se desprende casi por sí sólo, dejando en el fondo de la vagina un embudo formado por las adherencias peritoneales que aislan completamente la vagina; veinticuatro horas después de retirado el taponamiento, el que ordinariamente es bastante fétido, empiezan á hacerse diariamente lavados vaginales con solución de lisol; á los diez ó doce días se desprenden colgajos de tejido esfacelado procedentes del ligamento ancho comprendido entre las pinzas, y va cesando la leucorrea, que, hasta este momento, suele ser regular. A los diez y ocho ó veinte días abandona la enferma la cama, y á los treinta

se encuentra en el fondo de la vagina una cicatriz lineal.

En la mayoría de casos no ocurre accidente ninguno. No obstante, recuerdo una enferma que á las tres horas presentó una hemorragia copiosa. Llevada á la sala de operaciones, encontré la uterina que se había escapado de las pinzas; apliqué una *longuette* y quedó cohibida. Al retirar las pinzas observé que las del lado, cuya uterina se escapó, no cerraban bien sus bocados, porque con el uso habían perdido parte de su elasticidad, así es que ahora, antes de emplear la pinza, miro siempre si ésta cierra bien. En más de cien hysterectomías vaginales por distintos conceptos en que he hecho la hemostasia con pinzas, éste es el único caso que he tenido de hemorragia. Otro accidente propio de la forcipresión son las hemorragias tardías; las he visto ligeras en dos casos y algo seria en uno: se presentan quince ó veinte días después de la operación, por la retracción consecutiva de los ligamentos anchos dado el estiramiento que sufren en el acto de la intervención; nunca he visto que revistieran gravedad.

Cuando se ha hecho la hemostasia con ligaduras, empleando la técnica que he descrito, la convalecencia es del todo tranquila y libre de accidentes. Pero cuando se empleaba la ligadura simple sin angiotribo, se registraban bastantes casos de hemorragias secundarias al segundo ó tercer día, algunas mortales, y el fenómeno se comprende porque, de un lado, no siempre es fácil apretar bien la ligadura en el fondo vaginal, y de otro, y éste es el principal motivo, los pedículos disminuyen de volumen por la exudación y reabsorción, y si todavía no se han obturado las arterias, sobreviene la hemorragia en muy malas condiciones. De aquí que algunos (Strauch entre ellos) propusieran y realizaran ligar el ligamento ancho con un lazo ó hilo de caucho. Hoy tenemos seguridad bajo este punto de vista; las ligaduras se desprenden ordinariamente á los quince ó veinte días, pero no siempre, y cuando no lo hacen, ocasionan molestias acentuadas, porque sostienen leucorrea que con nada cede y á veces dolores intensos; últimamente he tenido un caso en que tardaron cuatro meses en caer, á pesar de haberlas dejado largas y tirar de ellas suavemente cada dos ó tres días; vi hace años un caso operado por Schauta con ligaduras que á los siete meses todavía tenía leucorrea y algún trayecto fistuloso; cuando las ligaduras se desprendieron, cedió todo. Por esto aconsejo no cortarlas nunca al ras, sino dejar un fiador para poderlas extraer.

No siempre es fácil poner bien asequibles los ligamentos anchos para laminarlos y ligarlos, y ello me sirve actualmente para elegir el procedimiento; si hay dificultades para la ligadura por cortedad ó friabilidad de los ligamentos, dejo pinzas; si urge terminar la operación, también dejo pinzas, porque hay que contar que las ligaduras alargan la operación unos quince minutos. A Doyen le he visto pasar unos veinte minutos para ligar los ligamentos anchos de un útero muy voluminoso cuya extracción no le ocupó más de diez. En los demás casos pueden emplearse aun habida cuenta de las molestias tardías que puede ocasionar, porque éstas son realmente raras.

Pronóstico.—El pronóstico de la intervención ya queda indicado (pág. 282): 46 por 100 según la última estadística de Richelot; menos de 2 por 100 en mi estadística personal. Considero la operación muy benigna, porque en mis casos los he tenido sumamente laboriosos y algunos en enfermas en el último grado de anemia. El único caso que he perdido fué el de una enferma con mioma uterino esfacelado y fenómenos graves de infección general, de los que falleció al séptimo día de la intervención.

LIMITACIONES DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL.—Es inútil discutir qué volumen debe tener el mioma para operarlo por la vagina ó por el abdomen. Antes todo el empeño del ginecólogo debía ser por la vía vaginal; á medida que va siendo más benigna la vía abdominal, mucho más fácil que la vaginal, este empeño está menos motivado. Muchos casos que parecen inoperables por la vagina, son perfectamente susceptibles de ser llevados á feliz término, influyendo mucho en esto la afición del operador; con destreza y paciencia pueden realizarse con toda felicidad intervenciones vaginales que algunos consideran completamente irrealizables.

Dada la benignidad alcanzada por la vía abdominal en las operaciones de

miomas, se comprende que no habrá tanto empeño como antes en ensanchar el campo de acción de la vía vaginal: alguna vez me había ocurrido años atrás no poder terminar una operación emprendida por la vía vaginal y tener que practicar la laparotomía inmediata; actualmente no me ocurre nunca esto, porque descartada la mortalidad de la vía abdominal, prefiero ésta en los casos dudosos y aun en algunos que perfectamente podría llevar á feliz término por la vagina. Aun bajo el punto de vista de la ginecología conservadora, la enucleación y la histero-miomectomía abdominales, restan contingente á la vía vaginal, ya que logran el mismo objeto de respetar la función: con todo, para estas últimas, creo preferible la vía vaginal en los casos tributarios de la misma, porque con ella no queda en el cuerpo del útero una cicatriz que pueda producir accidentes en el acto del parto.

Tratamiento radical por la vía abdominal.—Recordando la anatomía patológica y la topografía de los miomas, veremos que hacia el abdomen encontramos las mismas formas y variedades que hacia la vagina. Pequeños ó grandes miomas pediculados, cuyo pedículo, en ocasiones delgado y largo, se presenta á veces corto y ancho; al lado de éstos, otros miomas sub-peritoneales sesiles con relieve en la superficie del útero y una base de implantación más ó menos ancha; otros completamente empotrados en las paredes del órgano y en sus diferentes sitios, lo deforman más ó menos y corresponden á los intersticiales; finalmente, desde el abdomen vemos úteros hipertrofiados, regulares, sin prominencia ninguna y que contienen en su interior un mioma voluminoso.

Cuando vamos á practicar el tratamiento radical de los miomas por la laparotomía, se nos ofrecen, por tanto, las mismas variedades que cuando les atacamos por la vagina; la diferencia estriba en que en el primer caso aprovechamos la vía natural del conducto cérvico-vaginal, y en el segundo fraguamos una vía artificial abriendo la cavidad del peritoneo para alcanzar el útero alterado.

La miomectomía, la enucleación, la histerotomía y la histerectomía se practican desde el abdomen como se practican desde la vagina. Ya he dicho antes que las operaciones vaginales contra los miomas eran de origen francés, y sus perfeccionamientos y el empeño en extender y perfeccionar su campo de acción á los franceses se debe. En cambio, Alemania y los estados Unidos, más partidarios de la vía abdominal, han demostrado tendencia á perfeccionar la técnica de las operaciones contra los miomas por dicha vía, y al llegar el momento de hacer ginecología conservadora, han practicado desde el abdomen operaciones análogas á las descritas desde la vagina; hasta 1900, gracias á las comunicaciones de Temoín, Montprofit y Tuffier en el Congreso de París (1), no han entrado los franceses en el camino de las operaciones conservadoras practicadas por medio de la laparotomía. Se nota que la afición hacia una ú otra vía llega á confundir las indicaciones, y así se observa que Martin aconseja la histerotomía abdominal en casos perfectamente tratables por la histerotomía vaginal, en tanto que en Francia, Doyen y Bouilly, por ejemplo, apenas cuentan en sus estadísticas casos de tratamiento radical conservador hechos por laparotomía; en América, Kelly y Cullen presentan numerosas estadísticas de intervenciones

(1) *Comptes rendus*, págs. 131 y siguientes.

conservadoras por la vía abdominal, y, en cambio, las de los mismos autores por la vía vaginal son pobres relativamente.

De estos hechos resulta una conclusión evidente, y es que el ginecólogo que practica la laparotomía contra un útero miomatoso debe saber que no siempre ha de proceder á la histerectomía, sino que en determinadas circunstancias debe hacer ginecología conservadora extrayendo el tumor y dejando el órgano: es el sello de las intervenciones actuales, y no dudo que esas operaciones conservadoras aumentarán á medida que su gravedad vaya disminuyendo, según ya se observa.

MIOMECTOMÍA. — La simple miomectomía se ha practicado siempre. Cuando un tumor miomatoso esté unido al útero tan sólo por un pedículo que se inserta en el fondo ó en una de sus caras, no hay por qué sacrificar el órgano; se corta el pedículo como se hace para un pólipó vaginal, sólo que en el pedículo abdominal hemos de proceder con mayor precaución, porque generalmente es vascular y debe preceder la ligadura correspondiente.

Es de notar que algunos de estos pedículos son bastante vasculares y frecuentemente friables, de modo que si se aplica el laminador ó angiotribo, hay que proceder con cautela para que no se rompa, y si es muy grande, es preferible dividirlo en dos ó más porciones para ligarlo y cauterizar su superficie. El caso es enteramente igual á una ovariectomía sencilla.

Es de notar, sin embargo, que si estos miomas pediculados son muy grandes, generalmente tienen adherencias, porque el pedículo difícilmente basta para su irrigación, y el tumor entonces irrita el peritoneo y suple la falta de vascularización del pedículo por la de las adherencias. Cuando el mioma ha sufrido la torsión del pedículo, el tumor suele adherirse también y aquél suele ser muy poco vascular. Últimamente en la clínica oficial tuve el caso de un mioma como una cabeza de feto unido por un pedículo como el dedo meñique al fondo del útero: había sufrido la torsión y estaba sinfisiado con los órganos vecinos; al llegar al pedículo, lo encontré sin vasos, y al cortarle no sangró nada; apliqué, sin embargo, una ligadura para mayor seguridad. En cambio, en otra ocasión operé un voluminoso mioma blando, como un embarazo de nueve meses, completamente libre de adherencias, y unido al fondo del útero por un pedículo de tres centímetros de longitud, extendido de uno á otro cuerno, y de uno á dos centímetros de grueso. Quise hacer la miomectomía y reducir el pedículo con el angiotribo, que rasgó los tejidos; la ligadura no contuvo la hemorragia; una serie de suturas en el fondo del útero tampoco; cada picadura era origen de nueva hemorragia; el fondo del útero parecía verdaderamente cavernoso, y para asegurar la hemostasia tuve que recurrir á la histerectomía.

Ordinariamente la miomectomía no presenta dificultades, y siempre que el ginecólogo encuentra un caso á propósito, debe realizarla.

ENUCLEACIÓN. — La enucleación no se practica tan á menudo como la miomectomía; sus indicaciones son más restringidas. Todo mioma que forma relieve en la superficie del útero, con una base de implantación que no sea mayor que su hemisferio, es susceptible de ser tratado por enucleación.

La técnica es muy sencilla: se circunscribe la base del tumor por una incisión oval que comprenda el peritoneo y las pocas fibras de su cápsula que han sido arrastradas por el mioma al pasar de intersticial á sub-peritoneal; se busca el intersticio entre el tumor y la cápsula y se enuclea el mioma con los dedos,



FIG. 162

Nueve miomas sub-peritoneales operados por enucleación (KELLY).

lo que se logra muy fácilmente; la hemorragia no suele ser mucha, porque aislado el mioma, se retrae pronto la superficie cruenta. En seguida se sutura la superficie de desimplantación con puntos de sutura entrecortados; yo la hago siempre con seda y empleando puntos profundos que abracen hasta la profundidad de la desimplantación: y puntos superficiales intercalados

con los anteriores para obtener una coaptación completa y perfecta de los bordes peritoneales de la incisión; hecha la sutura, cede por completo la hemorragia (figs. 162 y 163).

Recuerdo el caso de un mioma sumamente vascular en una mujer con un embarazo de seis meses, cuya base de implantación tenía diez centímetros de diámetro y sangraba abundantemente, que con la sutura cedió por completo, si bien tuve que colocar los puntos muy aproximados. Alguna vez he extirpado de un mismo útero dos miomas y nunca he experimentado contratiempo; bien es cierto que me he limitado á tumores no muy voluminosos y en casos especiales.

Los partidarios de la intervención han llegado á enuclear un número inconcebible; pero los más de los autores se preguntan si no habría sido preferible la histerectomía: Alexander extirpó una vez 25; Kelly, 17;

Tuffier, 17; Jaboulay, 9. Confieso que por ahora, frente á un caso de miomas tan numerosos, preferiría la histerectomía.

La enucleación limitada á los casos adecuados no reviste mayor gravedad que la miomectomía, y es operación que las consideraciones antedichas nos obligan á aceptar y practicar. Pero así limitada, el campo de acción de la enucleación es muy reducido, y de aquí que aparte de los casos tributarios de la enucleación simple, existan aquellos en que puede hacerse la enucleación previa histerotomía.



FIG. 163

El útero del caso anterior terminada la operación.