

HISTEROTOMÍA. — Sirve para abrirse camino al través de las paredes uterinas y verificar la enucleación de miomas que no son sub-peritoneales.

Pueden presentarse dos casos: ó el tumor es intersticial y no simétrico formando relieve en el útero, pero no en la línea media, ó relieves en distintos sitios si el tumor es múltiple, ó bien el tumor es sub-mucoso y el útero se presenta hipertrofiado y casi simétrico. La técnica varía en ambos casos.

En los tumores intersticiales (1) se practica una incisión longitudinal según su mayor diámetro, que comprenda peritoneo y cápsula, hasta encontrar el intersticio del mioma con su cápsula, apartándose siempre de las partes laterales, que son las más vasculares;

se coge el mioma con una pinza de garfios y se enuclea rápidamente, sea con los dedos, sea con una espátula; la enucleación es fácil y bastan, por lo común, los dedos; se cogen con pinzas ovas los labios de la incisión y se examina la cavidad que ha dejado el mioma para buscar los vasos que sangran, pues alguno se encuentra de los que desde la cápsula se dirigen al mioma: se comprime luego la cavidad rellenándola con una compresa y se espera un momento, durante el cual se examina si hay algún otro mioma que deba enuclearse, lo que se hace por el mismo procedimiento. Luego se

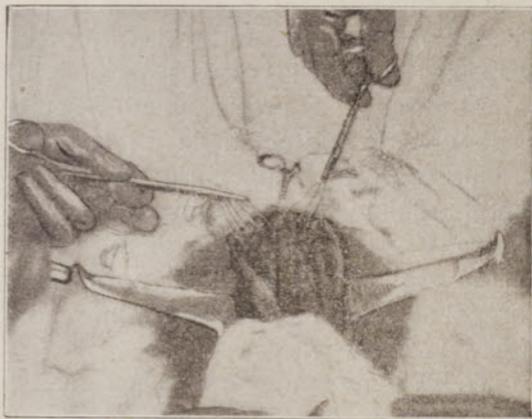


FIG. 164

Enucleación de un voluminoso mioma intersticial del fondo y cara posterior del útero. Sutura de la cavidad resultante.

examina la cavidad resultante, y pocos son los vasos que sangran, pues la cáscara se reduce mucho y hace hemostasia espontánea; á la vez se examina si al desencapsular el tumor se ha penetrado en la cavidad del útero, accidente al que creo dan los autores más importancia de la que tiene; tratándose de tumores intersticiales, este accidente no es frecuente. En seguida se sutura la cavidad resultante con puntos profundos, y si conviene perdidos para coaptar sus superficies, y no dejar espacios muertos, y los bordes de la incisión tal como queda dicho anteriormente (fig. 164); antes de suturar la cavidad debe examinarse si algún otro nódulo puede enuclearse aprovechando la brecha existente. Algunos recomiendan reseca parte de la cubierta del tumor: esto sólo tendrá aplicación en los casos que dicha cubierta sea muy delgada como hice en el caso de la fig. 164.

Si el tumor es sub-mucoso, la incisión, como recomiendan Martin y Tuffier (2), debe hacerse en la línea media ó avascular; es una verdadera operación

(1) KELLY: *Operative Gynecology*, págs. 355 y siguientes.

(2) Véase TUFFIER: *Comp'tes rendus du Congrès de Paris, 1900*, pág. 138; y LOUBET: *Enucleation par voie abdominale des fibromes uterines. Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, 1902, pág. 195.

cesárea por mioma. Se incide profundamente la pared uterina hasta llegar sobre el tumor (Lám. V, 1), y por tanto dentro de la cavidad del órgano: en seguida se extirpa el tumor enucleándolo y fragmentándolo si es preciso para extraerlo al través de la abertura uterina; esta enucleación es más rápida y fácil que la de los tumores intersticiales; algunos han llegado á extraer por esta vía miomas que dilatando el cuello llegaban cerca de la vulva. Bouilly, en un caso, extrajo una gran masa por el abdomen y el resto por la vulva. En una palabra, substituyen con esta operación la miomectomía vaginal. El útero se retrae muy pronto y es menos de temer la hemorragia en los casos anteriores, no porque no exista hemorragia ó rezumamiento, sino porque tiene salida hacia la vagina; para facilitar esta salida se drena el útero al través del cuello por medio de un tubo ó una tira de gasa. En seguida se sutura la pared del útero igual que en los casos anteriores. (Lám. V, I, II, III, IV, V).

Creo que no es preciso, como recomendaba al principio Martin y han practicado otros, la aplicación de un lazo elástico en el cuello ó pedículo uterino para prevenir la hemorragia durante las maniobras de enucleación; procediendo rápidamente, es despreciable, y no deja de ser engorrosa la compresión elástica, y aparte de esto no siempre fácil; estos casos difíciles han evidenciado que no era precisa, y que si en un momento (1) dado la hemorragia es importante, el ayudante puede comprimir manualmente los ligamentos anchos y los vasos yuxtacervicales.

Todas estas maniobras deben realizarse extra-abdominalmente, ó sea llevando el útero fuera de la cavidad abdominal y protegiendo á ésta con compresas; también debe protegerse el útero en cuanto se incinden sus paredes y se llega á tocar el tumor; terminada la operación, se reduce el órgano.

Doderlein tiene en su estadística 21 casos con una defunción: en realidad, últimamente los resultados han mejorado mucho, al igual que lo han hecho los de la histerectomía. En los últimos años he practicado 26 operaciones conservadoras con una defunción; sin duda representa un gran progreso en pro de la ginecología conservadora.

Martin, que es el verdadero promotor de esta operación, presentó en 1890 una estadística de 96 casos con 18 defunciones; de estos 96, en 72 no abrió la cavidad del útero y tuvo 10 defunciones, y en 24 en que abrió dicha cavidad 8 defunciones. Schauta, hasta 1900 había practicado 25 enucleaciones con 5 defunciones (2). Tuffier, en 34 observaciones, tiene 4 defunciones (3). Kelly, uno de sus más ardientes partidarios, sin dar cifras, dice que es más grave que la histerectomía, y Emsgtrom cita una estadística de 180 casos con 8 defunciones.

Las indicaciones estriban todas en una aspiración: la de conservar la función genital íntegra con la posibilidad de una fecundación. Que esto es posible no cabe duda, sabiendo como sabemos que, extirpados los miomas, el útero recobra su volumen y forma normales por atrofia consecutiva; el fenómeno es enteramente igual que para las operaciones por la vía vaginal; la mucosa se

(1) Véase KELLY: *loc. cit.*, pág. 360.

(2) *Annales de Gynecologie et d'Obstetrice*, 1889, tomo II, pág. 389.

(3) LOUBET: *loc. cit.*, pág. 203.

LÁMINA V

Hístero-miomectomía



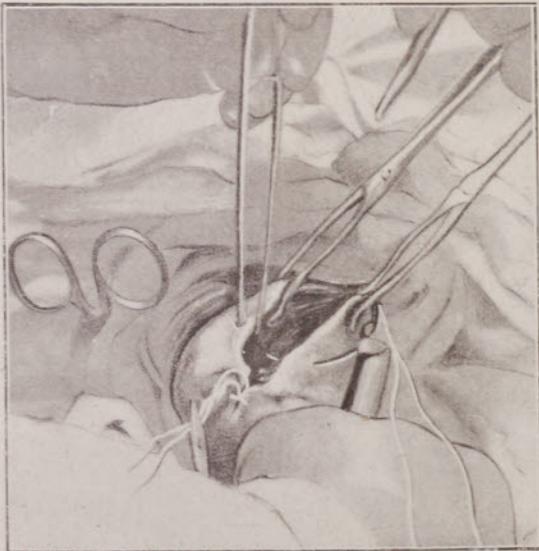
I. — Incisión antero-posterior del útero.



II. — Enucleación del mioma cavitario.



III. — Colocación del desagüe.



IV. — Sutura de las paredes uterinas.



V. — Operación terminada (antes de cortar las suturas).

restablece y la capa muscular recobra la normalidad; aparte estos hechos, los casos clínicos demuestran la verdad de lo dicho, y Martin, Olshausen, Emsgrom, Cullen, Schroeder y otros, citan casos de concepción y parto feliz después de tales intervenciones. De mis casos, y que yo tenga noticia, cuatro han concebido y parido felizmente: se trataba en tres de ellos de miomas sub-serosos é intersticiales y en el cuarto de una histero-miomectomía. Doderlein cita uno, el único en que le consta haber sobrevenido el embarazo, que durante el parto tuvo rotura del útero por la cicatriz de la histero-miomectomía, lo que obligó á una laparotomía de urgencia, de la que se curó. Este caso de Doderlein, y aunque poca, alguna mayor gravedad que tienen esas miomectomías comparadas con las vaginales, hacen que no deba abandonarse esta última vía porque exija una técnica más difícil. Cuando el cuello esté dilatado ó cuando el tumor sea francamente sub-mucoso y bien asequible con una histerotomía vaginal, conserva ésta todas las ventajas.

Las contra-indicaciones son varias y de distinto valor: 1.º, la edad de la enferma: es preciso que sea joven para que haya probabilidad de fecundación; no parece justificado esforzarse en operaciones conservadoras en mujeres que pasan de cuarenta y cinco años, como en 11 de los casos que presenta Tuffier; yo pondría el límite en los cuarenta años y aun concurriendo otras circunstancias, como mujer sin hijos y mioma único; 2.º, lesiones de los anexos, pues si éstos no gozan la integridad necesaria (por lo menos unos), la función no se restablece y representan un peligro; 3.º, número limitado de miomas, pues en los casos de miomas múltiples es muy expuesto tener que recurrir á una nueva intervención; 4.º, miomas esfacelados, por la facilidad de contaminar con su extracción el peritoneo; 5.º, volumen excesivo del tumor. Kelly señala como límite máximo el volumen de un embarazo de seis meses (1); me parece bien, y por mi parte soy aún más exigente cuando se trata de tumores intersticiales ó cavitarios; en cuanto á los extra-uterinos, creo no hay más limitación que las necesidades técnicas y éstas permiten mucho.

Recuerdo un caso que patentiza claramente la importancia de las indicaciones y contra-indicaciones: se trataba de una joven de veinticinco años, soltera y en buena posición social; sufría un mioma como una cabeza de adulto con síntomas de intolerancia; al proceder á la laparotomía encontré el mioma adherido al fondo del útero por una estrecha base que me permitió la enucleación; en la cara anterior del útero otro pequeño mioma como una mandarina, que también pude enuclear fácilmente. El resultado fué bueno, pero á los seis años tuve que practicar la histerectomía total porque el útero estaba infiltrado de gran número de miomas. La notificación á la enferma de la conveniencia de una nueva operación le ocasionó, como se comprende, gran contrariedad; entonces le expliqué cuál había sido mi criterio en el momento de la operación mirando á su porvenir, y aunque continuaba soltera, me dijo con toda sinceridad que lo comprendía y me daba las gracias, añadiendo que *creía que toda joven soltera que se hallara en igual caso, agradecería se procediese de tal manera*. Yo creo que el ginecólogo debe contar siempre, en casos parecidos, con los deseos de la enferma. Por otra parte, no exagerando la indicación conservadora

(1) KELLY: *loc. cit.*, pág. 355.

con la enucleación de muchos miomas, esos casos de recidiva no son muy frecuentes: Kelly, entre 93, cita tan sólo 2.

La operación combinada de enucleación y castración para evitar el crecimiento de otros miomas realizada por Olshausen, Schauta (1) y otros, no tiene hoy razón de ser, pues no conservando la función, el único motivo de practicarla sería su menor gravedad, y bajo este concepto, en los momentos presentes, ocurre lo contrario.

HISTERECTOMÍA.—Desde que Kœberle, en 1863, practicó el primero de una manera preconcebida y con una técnica reglada la histerectomía abdominal, hasta que Schröder, en 1881, dió á conocer su método de tratamiento intra-peritoneal del pedículo, transcurrió para esta operación un largo período de tanteo y de perfeccionamiento durante el que aparecieron un gran número de procedimientos y de variedades de procedimientos en que lucía la inventiva de los ginecólogos para idear técnicas distintas con las que sortear las dificultades y peligros que entonces ofrecía la intervención; no se me han olvidado todavía las dificultades que tuve en 1884 cuando quise llevar á cabo por primera vez la histerectomía abdominal por miomas para elegir un procedimiento. Ya entonces el primer punto á resolver era el tratamiento intra-peritoneal ó extra-peritoneal del pedículo; ambos tenían sus partidarios, y cada cual procuraba demostrar que el método que había escogido era el mejor. Yo me acogí al método extra-peritoneal, al que permanecí fiel, siempre que el caso lo permitía, hasta 1895 (2), recurriendo tan sólo á otros procedimientos cuando las circunstancias me obligaban. Desde esta última fecha he abandonado del todo el tratamiento extra-peritoneal (3) para no emplear más que una ú otra forma de histerectomía sin pedículo externo. Emmet (4) decía: «Hasta el momento que se habrá inventado el procedimiento que debe equiparar esta operación á la ovariectomía, deberá escogerse entre estos dos métodos.»

Pienso que este momento ha llegado ya, y que el pleito entre el tratamiento intra-peritoneal y el extra-peritoneal del pedículo ha terminado y pertenece á la historia, y aunque á los que hemos intervenido más ó menos directamente en la cuestión, procurando perfeccionar la técnica y atildarla en todos sus detalles para lograr los mejores resultados, nos produzca algo así como un efecto de olvido ó desagrado hacia hechos y nombres que absorbieron buena parte del tiempo dedicado á nuestras reflexiones científicas, al fin y al cabo no representan para las generaciones actuales más que una serie de tanteos y esfuerzos que ha venido á durar unos cuatro lustros. ¡Cuántos nombres, estadísticas y argumentos traídos y llevados durante este tiempo en revistas, congresos y obras de la especialidad! En el Congreso de Amsterdam (1899) ya no se

(1) OLSHAUSEN: *Enciclopedia de Ginecología*, tomo II, pág. 691.

(2) Véase *loc. cit.*, pág. 42.

(3) FARGAS: *Le meilleur proc. de d'histerectomie abdominale totale*. Comunicación al Congreso de Ginebra de 1896. *Comptes rendus*, tomo II, pág. 214. *El mejor procedimiento de histerectomía abdominal en los casos de miomas uterinos*, folleto de 26 páginas con 20 historias clínicas y 10 grabados; Madrid, 1897.

(4) EMMET: *La pratique des maladies des femmes*, 1887, pág. 609.

discutió esta cuestión, y en realidad, prácticamente puede considerarse que pertenece á la historia.

El que primero resolvió la cuestión fué Martin en 1889, recomendando la histerectomía total, y por tanto suprimiendo el pedículo; su método consistía en ligar de arriba abajo los ligamentos anchos en porciones sucesivas hasta llegar á la vagina, extirpando todo el órgano; en 1891 ideó Doyen su método, el cual, perfeccionado en 1895, resulta ser el más fácil de todos; á su vez, en América iba evolucionando el método americano, conocido también por procedimiento de Kelly, para la histerectomía total (1894) (1). Entretanto, el procedimiento primitivo que Schröder recomendó y practicó contra las neoplasias malignas del cuerpo del útero, ó sea la amputación baja en vez de la amputación alta que aplicaba á los miomas, volvió á preponderar, aunque algo modificado. Longuet dió á esta histerectomía el nombre de *sub-total* (2), que hizo rápida fortuna, distinguiéndose en Europa los métodos de histerectomía sub-total y total, que en América se llaman respectivamente *histero-miomectomía* y *pan-histerectomía*.

La cuestión del pedículo interno ó externo ha sido substituída por la histerectomía total ó sub-total.

Al que hoy lea las comunicaciones y la obra de Schröder ó de Emmet, le parecerá imposible que se hayan tardado veinte años para dar solución definitiva á un problema ya entonces planteado y resuelto técnicamente con toda claridad. No importa que los nombres hayan cambiado y que en algún pequeño detalle haya variado la técnica; la histerectomía sub-total pertenece á Schröder y la total á Martin, porque ambos, aunque no fueron los primeros en practicar la operación, dieron una técnica completa que apoyaron en casos numerosos; todos los procedimientos de histerectomía sub-total apenas ofrecen novedad comparados con el de Schröder. Así como todos los procedimientos de histerectomía total, incluso el de Kelly, no presentan tampoco un principio nuevo, porque Kelly, como Martin, liga un ligamento ancho de arriba abajo, bascula el útero y liga el otro de abajo arriba, pero obedece al mismo principio de Martin de ir ligando á medida que va separando las ataduras del útero; quien se separa de todos sus antecesores y contemporáneos es Doyen, que inspirado por un principio nuevo y atrevido, propone y practica su procedimiento de histerectomía prescindiendo de ligaduras y de hemostasia preventiva, demostrando que hay una cirugía de verdadera inspiración y fecunda en inventiva que no se pone fácilmente al alcance de todos.

Tenemos, pues, hoy el problema entre la histerectomía total y la sub-total, que plantearé exponiendo mi manera de proceder en ambas intervenciones, é indicando en qué casos juzgo preferible una y otra, prescindiendo de los procedimientos anticuados y pasados á la historia, por más que algunos autores contemporáneos emplean largos capítulos en describirlos (3). En todas las obras,

(1) *The evolution of my technique in the treatment of fibroid uterine tumors. American journal of obstetrics*, 1900, tomo I, pág. 295.

(2) *Semaine Gynecologique*, 1899, núms. 22 y 23.

(3) RICHELLOT: *Chirurgie de l'uterus*, 1902, pág. 379. LABADIE-LAGRAVE y LEGUEUX: 1898, página 883. — *Enciclopedia de Ginecología*, tomo II, pág. 701.

revistas y actas de congresos de estos últimos veinticinco años, se encuentran multitud de detalles y procedimientos con mención de los autores que más se han distinguido. Obra hay (1) en la que se describen 64 procedimientos de histerectomía. Pasaré por alto la mayor parte, limitándome á los que juzgo útiles y á los que yo pongo en práctica actualmente.

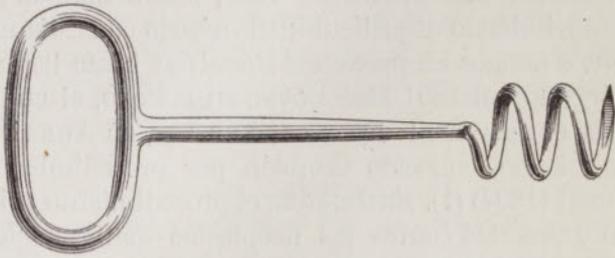


FIG. 165

Tirabuzón grande para engarzar los miomas en la laparotomía.

practicar por lo menos una vez la histerectomía abdominal típica por el método de Doyen, tal como la describí en 1895 y en mis trabajos posteriores ya citados.

Después he ido modificando algo la técnica, de manera que con un pequeño cambio práctico la histerectomía total ó la sub-total. Mi objeto al practicar el procedimiento típico sin hemostasia previa ninguna, y escogiendo siempre, si lo tengo á mano, un caso de tumor voluminoso, es enseñar prácticamente á mis alumnos lo que á muchos ginecólogos y cirujanos curtidos en las lides operatorias les costó comprender y aceptar. Dice Doyen (2) que á menudo le escribían que deseaban ver cómo, *no haciendo hemostasia preventiva, puede usted evitar la hemorragia*; y yo recuerdo perfectamente que cuando el

HISTERECTOMÍA TOTAL.
— En mis cursos de clínica, cada año acostumbro



FIG. 166

Histerectomía abdominal. Útero miomatoso basculado contra el pubis; relieve que en el fondo de Douglas forma la pinza introducida por la vagina.

(1) DELAGENIERE: *Chirurgie de l'uterus*, 1898, págs. 102 y siguientes.

(2) *Comptes rendus du Congrès d'Amsterdam*, pág. 477.

Congreso de Ginebra, después de mi comunicación, se me acercaron muchos pidiéndome detalles, expresando sus dudas y demostrando extrañarse de que fuese práctica y viable una técnica que parece más atrevida de lo que realmente es.

Tiempo preliminar. — Previa *toilette* de la región operatoria por la vía abdominal y vulvo-vaginal, y colocada la enferma en posición de Trendelen-

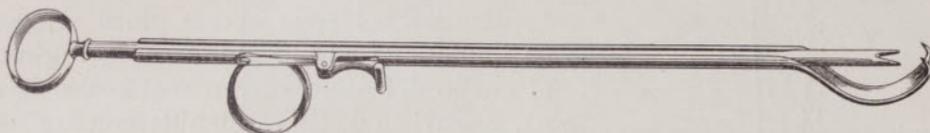


FIG. 167

Erina deslizable de Doyen para coger el cuello del útero desde el abdomen.

bourg, se practica la laparotomía previa, se descubre el tumor, se aísla de sus adherencias altas al epiploon é intestino, si las tiene, hasta que queda libre la cara anterior y el fondo del útero.

Primer tiempo. — Se implanta en el fondo del útero un tirabuzón (figura 165), se extrae el útero fuera del abdomen y se bascula fuertemente contra el pubis; la cara posterior del útero queda al descubierto y se desprenden adherencias, si las hay, hasta dejarlo libre. En seguida se introducen grandes compresas que aíslan la gran cavidad peritoneal de la pequeña pelvis.

Segundo tiempo. — Un ayudante introduce por la vagina una pinza en el fondo de saco posterior para que forme relieve en la pared anterior del fondo de Douglas (fig. 166). (Un peligro fácil de evitar puede ocurrir en este tiempo, y que lo menciono porque me sucedió una vez: el ayudante encargado de introducir la pinza lo hizo sin acompañarla con los dedos y enfiló por la uretra; la pinza empujó la vejiga por el lado del cuello hacia el fondo de Douglas, y yo advertí el error cuando, practicada la abertura hasta la pinza, encontré una cavidad sin cuello de útero; rectificado el error, penetré en la vagina y corregí

luego la herida vesical, que no tuvo consecuencias. Desde entonces obligo al ayudante á guiar la pinza, por el tacto). Sobre el relieve de la pinza, por medio de uno ó dos tijeretazos, se practica un corte transversal que llegue á la vagina; inmediatamente la pinza sale hacia el abdomen, y al través de la abertura los dedos reconocen el cuello del útero. Con la pinza deslizable de Doyen se coge

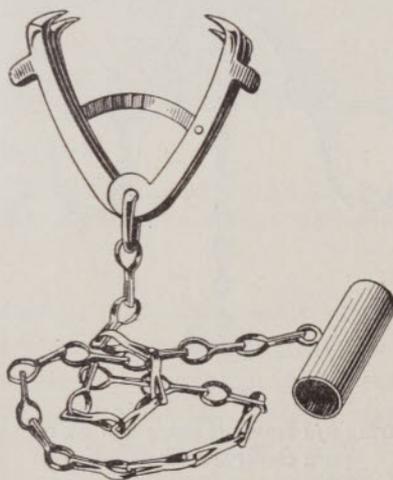


FIG. 168

Erina fija con cremallera para coger el cuello del útero por la vía vaginal.

el cuello, y tirando se hace asomar el hocico de tenca hacia el abdomen, el cual, ya á la vista, se coge con una pinza de garfios que cierre la abertura cervical si no lo hace la pinza deslizante.

El acto de coger el cuello del útero puede hacerse con una pinza usual, pero como á veces queda algo oculto, resulta difícil. Por eso Doyen después de

los primeros casos, notando la dificultad, inventó su pinza deslizante (fig. 167), sumamente práctica. Para vencer la misma dificultad había ideado yo una pinza erina que se implanta fuertemente desde la vagina, en el cuello del útero, cerrando el hocico de tenca, y provista de una cadenilla con un dedal en el extremo (figs. 168 y 169); se monta éste sobre la pinza que el ayudante introduce por la vagina, y en cuanto queda abierto el fondo de Douglas, el operador no tiene que hacer más que coger el dedal (lámina IV, I) y tirar de la cadena para que el cuello asome en el abdomen (lámina IV, II), reforzando la pinza con otra de garfios si la erina no parece bastante fuerte; esto evita buscar el cuello desde el abdomen, pero en cambio obliga á un tiempo preliminar por la vía vulvo-vaginal; si se quiere aprovechar este tiempo para desprender las uniones del cuello con la vagina antes de practicar la laparotomía, es muy útil mi pinza erina, porque preparada así la operación, cuando se abre el abdomen se extirpa el útero en dos ó tres minutos (1). Pero en los demás casos y usualmente prefiero la pinza deslizante de Doyen, porque no obliga al operador á practicar maniobra ninguna por la vagina (2), y queda, por lo tanto, el acto operatorio reducido á mayor sencillez.

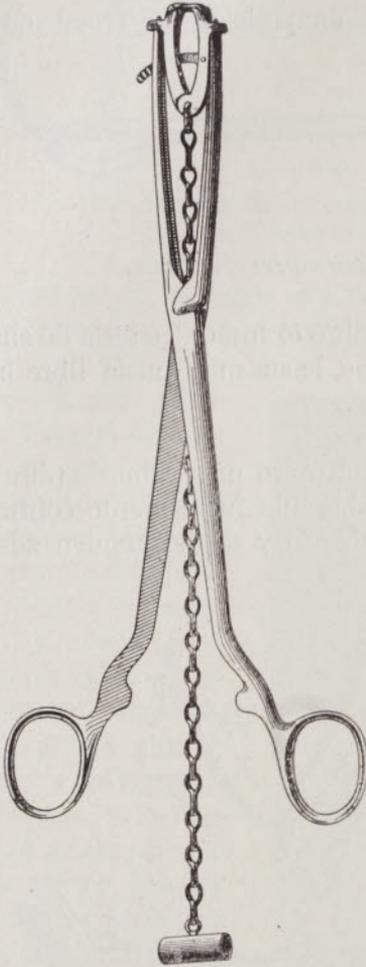


FIG. 169

Erina fija montada sobre una pinza para clavarla en el cuello.

cada lado del cuello y en el fondo de saco anterior de la vagina, y entonces, ayudándose con los dedos, se desprende el cuello de sus uniones á la vejiga ó á los ligamentos anchos y remonta hacia arriba, quedando libre de sus uniones vaginales, vesicales y paramétricas (fig. 170 y lámina VI, III).

Cuarto tiempo. — Se introduce el índice y medio de la mano derecha de-

(1) DOYEN: *Technique chirurgicale*, 1897, pág. 592.

(2) FARGAS: *El mejor procedimiento de histerectomía abdominal*, 1897, pág. 11.

bajo del ligamento ancho derecho y se separa por desgarro de sus conexiones con el útero hasta llegar al vértice del ligamento ancho, que se rasga también ó se corta de un tijeretazo. Libre el útero del ligamento ancho derecho, que coge el ayudante (fig. 171 y lámina VI, IV), se bascula hacia la izquierda, se corta ó rasga el peritoneo, que sigue adherido á su cara anterior, y se desprende el útero del ligamento ancho izquierdo de abajo arriba hasta su vértice (fig. 172), que el operador retiene en su mano izquierda.

Quinto tiempo. — Está destinado á la hemostasia. Extraído el útero, el campo operatorio suele estar inundado por la sangre que sale del mismo tumor por las venas que se rasgan, y podemos convencernos de ello contemplando entonces el campo operatorio y viendo que tan sólo algunas colaterales de la uterina sangran ligeramente, pues el corte de la arcada útero-ovárica la re-

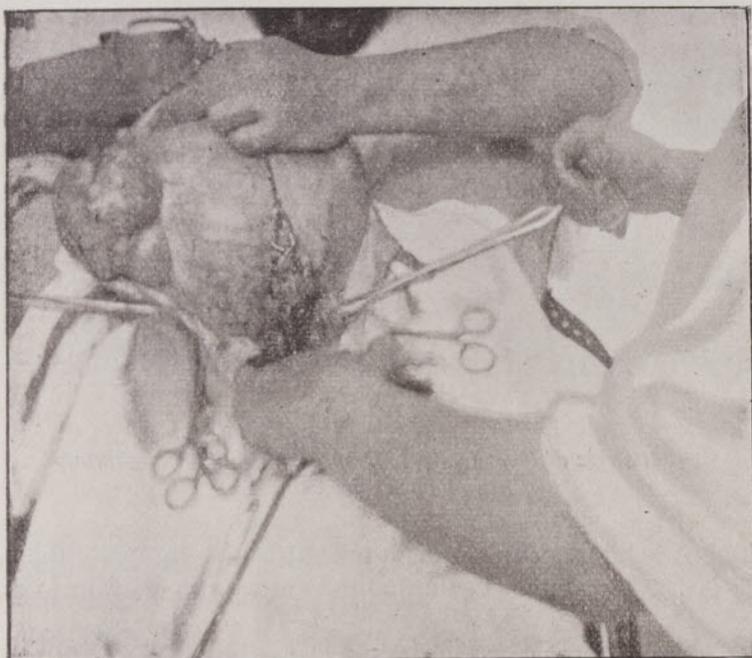


FIG. 170

Histerectomía abdominal. } Cuello del útero estirado desde el abdomen, con la cadena de la erina fija al través de la abertura del fondo de Douglas.

tiene y comprime por el lado derecho el ayudante y por el izquierdo el operador. Como, por otra parte, la separación se hace por desgarro y teniendo tensos todos los tejidos, sangran éstos mucho menos de lo que parece debían sangrar. En la base de los ligamentos anchos se ven serpentear las uterinas disecadas y aisladas; algunas veces se rasgan y se ven saltar en chorro, lo que es preferible porque se cogen mejor; alguna vez, y como accidente, al cortar las ataduras vaginales del útero se interesa la uterina; cuando esto ocurre, sobre todo si la enferma está muy anémica, debe pinzarse para evitar la pérdida que supone la hemorragia de la uterina durante tres ó cuatro minutos.

Para practicar la hemostasia, se cogen los ligamentos anchos con pinzas largas de presión que substituyen las manos del ayudante y del operador, y se aplican pinzas de presión sobre las uterinas; si en la brecha de la desinserción vaginal hay alguna arteriola importante, se coge también con pinzas y se coloca la valva abdominal para descubrir completamente el fondo de la pelvis (fig. 173).