

5.º Procedimiento de Simon Marckwald. (Amputación bicónica.) — Se aplica sobre todo a la prolongación hipertrófica del cuello.

El cuello es amarrado con dos pinzas, bajado y hendido en dos valvas por sección de las comisuras.

Levántese el labio posterior, y de dos cortes oblicuos que se reúnen en la profundidad, uno practicado en la cara vaginal de fuera adentro y el otro en

la cara uterina de dentro afuera, quítese por escisión cuneiforme toda la parte exuberante del labio (fig. 1285).

Reúnanse los dos bordes de esa escisión por medio de crines o de catgut, marchando por debajo de la superficie cruenta.

Óbrese igualmente en el labio anterior.



Fig. 1285. — Amputación del cuello (Simon)
Trazado de las incisiones

Hay un hilo colocado

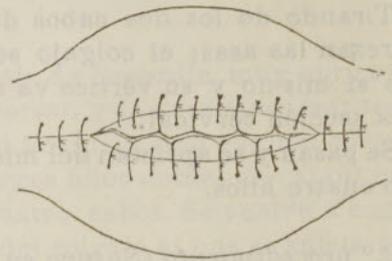


Fig. 1286. — Amputación del cuello (Simon)
Resultado, cuello visto de frente

Por último, reconstitúyanse las comisuras mediante dos puntos colocados en cada lado, uniendo el lado anterior con el posterior (fig. 1286).

§ 2. — AMPUTACIÓN SUPRAVAGINAL

Dos valvas, anterior y posterior, descubren el cuello. Dos pinzas lo amarran por cada uno de sus labios y lo bajan al máximo.

a. Liberación del cuello. — Hágase con el bisturí una incisión circular de la mucosa vaginal, a nivel de su inserción en el cuello y luego dos incisiones laterales aisladoras, una a la derecha, la otra a la izquierda, de 2 centímetros de largo, de suerte que el conjunto de la incisión toma la forma —O—.

Con el índice derecho o el extremo de la valva correspondiente que empuja progresivamente los tejidos, despéguese la vejiga por delante, el recto por detrás hasta los fondos de saco peritoneales correspondientes, que se han de respetar. Si se los abre accidentalmente, se hace su sutura inmediata.

Pásese la valva anterior por debajo de la vejiga despegada, la valva posterior por delante del recto y apártense estos órganos.

b. Ligadura de las uterinas. — Tírese e inclínese fuertemente el cuello a la izquierda para descubrir su flanco derecho. Con el pulgar y el índice izquierdos pellízquese la base del ligamento ancho derecho junto al borde derecho del útero, desgárrase con prudencia el tejido conjuntivo vecino y búsquense,

hasta sentirlos, los latidos de la uterina derecha. Una aguja curva y roma, armada de un hilo fuerte, roza el útero, para evitar el uréter, y atraviesa la base del ligamento por encima de la arteria cogida y marcada por los dedos. Se aprieta este hilo, constriñendo en su asa la arteria y sus ramas.

Repitase igual maniobra en la uterina izquierda, después de haber inclinado el cuello a la derecha.

En lugar del hilo, se puede poner en la base de cada ligamento y siempre rozando los bordes uterinos, unas pinzas que se dejan permanentes o que se reemplazan luego por una ligadura. Se puede también, con ayuda de un estrangulador, practicar la angiotripsia de la zona arterial.

c. **Resección del cuello.**— Hechas las ligaduras, se secciona con las tijeras la base de los ligamentos entre esas ligaduras y los bordes del útero.

Entonces se divide el cuello en dos anchas valvas por sección de sus comisuras. Cada una de ellas es escindida, más arriba de la lesión, habitualmente a nivel del istmo, por medio de un corte de bisturí transversal u oblicuo, formando embudo hacia la cavidad uterina (Hegar).

d. **Sutura.**— Entonces se sutura con catgut la mucosa vaginal de los fondos de saco anterior y posterior a los labios mucosos correspondientes del muñón uterino, que se encuentran así tapizados por la mucosa vaginal.

Se coloca un tubo de desagüe en el orificio uterino y se tapona la vagina con gasa.

§ 3. — AMPUTACIÓN COMBINADA POR GRAN PROLAPSO (1)

Para remediar los grandes prolapsos úterovaginales acompañados de prolongación hipertrófica del cuello, Bouilly y Loewy han propuesto una operación compleja, comprendiendo una amputación alta del cuello, asociada a una colpectomía anterior y a una colpoperineorrafia posterior. He aquí sus grandes rasgos:

Enferma aseptizada, dormida, sondada. Descubrimiento, descenso y desinfección del cuello uterino.

1.º *Corte de un colgajo vaginovesical preuterino*, por medio de una incisión transversal que cruza la cara anterior del cuello cerca del orificio externo y de dos incisiones laterales situadas muy atrás y ascendiendo hasta una línea que pasa a 1 centímetro por abajo del meato;

2.º *Disección de este colgajo*, comprendiendo la mucosa vaginal y la vejiga, que se despega cuidadosamente del útero en su parte prolapsada;

3.º *Aislamiento de la vejiga y resección del colgajo vaginal.*— La vejiga es entonces separada del colgajo vaginal hasta que quede flácida y flotante. En seguida se reseca el colgajo vaginal;

4.º *Sección comisural del cuello y amputación del labio anterior del cuello;*

5.º *Sutura de la mucosa vaginal anterior al muñón uterino anterior*, después de empujar la vejiga, de modo que se reconstituya el fondo de saco anterior;

6.º *Aislamiento y amputación del labio posterior del cuello;*

7.º *Sutura de la mucosa vaginal posterior al muñón uterino posterior*, para reconstituir el fondo de saco posterior;

Colpoperineorrafia posterior.

VII. — HISTERECTOMÍA VAGINAL

Antes de describir su técnica, nos parece útil recordar brevemente las relaciones de las arterias y de los uréteres con el útero (fig. 1287).

(1) Bouilly y Loewy, *Rev. de gyn. et de chir. abd.* (1902), pág. 579.

El útero recibe por cada lado tres arterias: la *arteria funicular*, rama de la epigástrica, contenida en el ligamento redondo; la *arteria tuboovárica*, rama de la aorta abdominal, contenida en el piso superior del ligamento ancho; la *arteria uterina*, con mucho la más importante, rama de la hipogástrica, contenida en el piso inferior del ligamento ancho. Esta arteria, nacida de la iliaca interna o hipogástrica, desciende por el pliegue de Douglas, costea primero el uréter, luego pasa por delante de él para ascender de nuevo hacia el borde del útero, formando un asa flexuosa de concavidad superoexterna, adosada al fondo de saco lateral de la vagina.

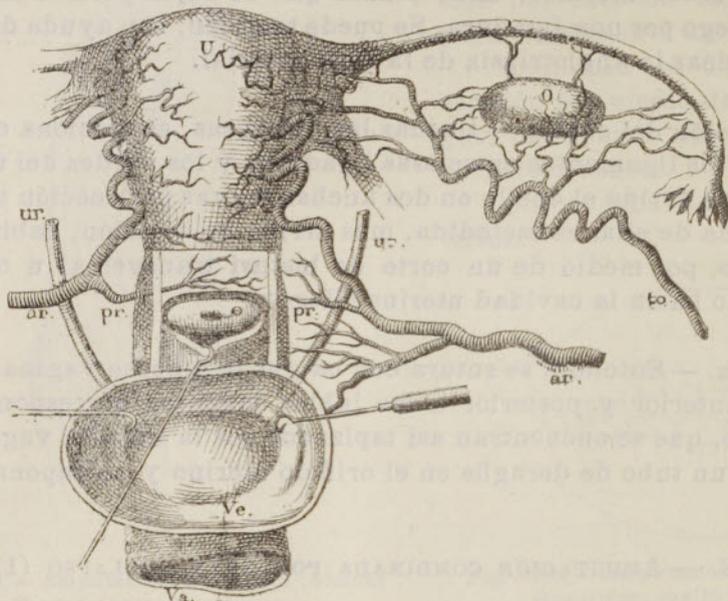


Fig. 1287. — Distribución de las arterias genitales

U, útero; T, trompa; O, ovario; Ve, vejiga; Va, vagina; ur, uréter; to, arteria úteroovárica; ar, arterias uterinas; pr, rama precervical

Los uréteres se dirigen abajo, adelante y adentro hacia la vejiga, cruzando el cuello uterino a distancia de 1 centímetro y medio aproximadamente. El espacio disponible para la ligadura o la forcipresión es, pues, de 10 a 12 milímetros y no se debe alejarse del cuello más allá de esta distancia so pena de pellizcar, cortar o ligar el uréter.

La técnica general de la histerectomía vaginal puede esquematizarse fácilmente. Incisión circular de los fondos de saco vaginales. Aislamiento y separación de la vejiga con los uréteres hacia delante, del recto hacia atrás. Abertura de los fondos de saco peritoneales correspondientes. En este momento el útero, libertado en sus dos caras sólo se aguanta por sus bordes laterales, es decir, por los ligamentos anchos con la arteria uterina. Entonces se puede conducir el útero a la vulva, ya por báscula posterior (Richelot), ya previa incisión media de su pared anterior (Doyen) o de sus dos paredes (Muller-Quénu) y cortar los ligamentos anchos previa hemostasia por forcipresión de arriba abajo.

También se puede hemostasiar y cortar progresivamente esos ligamentos de abajo arriba. El útero es extraído en último término previa fragmentación del cuello solo (Segond) o del cuello y del cuerpo (Péan).

Estos diversos procedimientos se clasifican, pues, naturalmente en:

A. *Histerectomías por extracción en primer término; hemostasia descendente en segundo término.*

Extracción por báscula (Richelot).

Extracción por hemisección anterior (Doyen).

Extracción por hemisección anterior y posterior (Muller Quénu).

B. *Histerectomías por hemostasia ascendente en primer lugar y extracción en segundo término:*

Extracción por fragmentación del cuello y del cuerpo (Péan).

Extracción por ablación del cuello y luego hemisección del cuerpo (Segond).

Estudiaremos primero estos procedimientos en general y luego sus aplicaciones particulares a los fibromas, a los cánceres, a los prolapsos.

§ 1. — HISTERECTOMÍA VAGINAL EN GENERAL

A. — Histerectomías por extracción primaria, seguida de hemostasia descendente

1.º Procedimiento de Richelot.—Está caracterizado por la extracción del útero después de bascular el fondo hacia atrás.

He aquí sus tiempos principales:

a. Prolapso artificial del útero e incisión circular del cuello.—«Acostada la enferma sobre el dorso, sólidamente sujetas las piernas en soportes metálicos, colo-

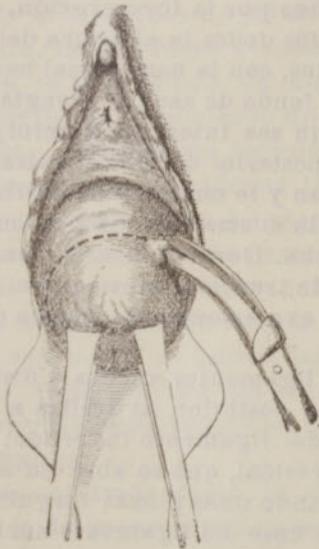


Fig. 1288. — Histerectomía vaginal. Incisión del fondo de saco anterior (J.-L. Faure)

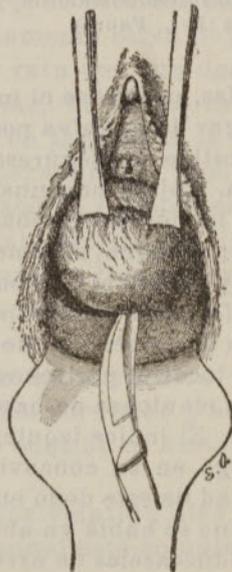


Fig. 1289. — Histerectomía vaginal. Incisión del fondo de saco posterior (J.-L. Faure)

cada la valva posterior, cogido el cuello por su labio anterior y descendido al máximo, trácese con el bisturí una incisión circular en su base, en la inserción vaginal, para no exponerse a herir la vejiga. El bisturí traza la incisión, las tijeras curvas la profundizan. Hay que excavar mucho, hasta el tejido uterino» (figs. 1288 y 1289).

b. Desprendimiento de la vejiga.—«Para liberrar la cara anterior del órgano, empújese con el dedo la sección vaginal (fig. 1290), pero suavemente, sin violencia. y, como resista, tómense otra vez las tijeras para cortar los haces musculares que van de la vagina al útero e impiden que la primera se despegue completamente. Cuando todas las bridas han cedido, el dedo penetra y marcha muy fácilmente por

el tejido celular; a la más pequeña resistencia, vuélvase a las tijeras curvas y córtese de nuevo junto al útero. Los tejidos desprendidos forman un rodete encima del instrumento. Si, por excepción, se ha herido la vejiga, reúnase transversalmente la perforación con catgut a punto por encima o a puntos separados, cogiendo por detrás el tejido subvesical sin atravesar la pared y por delante la semicircunferencia anterior de la herida vaginal.»

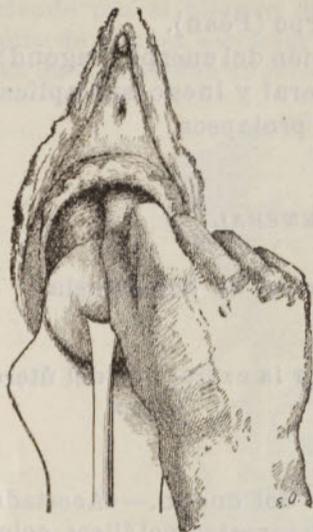


Fig. 1290. — Histerectomía vaginal. Desprendimiento de la vejiga (J.-L. Faure).

c. Abertura del espacio de Douglas. — «Penétrese con el índice en el espacio de Douglas, lo cual es fácil. Si se ha herido el recto, repáresele como la vejiga, llevando el tejido celular delante de la perforación.

»No hay que hacer hemostasia; a veces, no obstante, habrá que poner unas pinzas, durante unos momentos, sobre la arteria precervical.»

d. Abertura del fondo de saco anterior del peritoneo. — «Reanúdese el desprendimiento entre el útero y la vejiga; muy pronto se ve, aplanado sobre la cara anterior del útero, un fondo de saco de reflexión y una hoja delgada que resbala. Entonces desgárrse la serosa por la simple presión del dedo o dése un tijeretazo.»

e. Basculación del útero hacia atrás y tratamiento de los ligamentos anchos por la forcipresión. — «Después de ensanchar con dos dedos la abertura del espacio

de Douglas, pónganse el índice y el medio izquierdos, con la cara dorsal hacia abajo, en lugar de la valva posterior; insinúense en el fondo de saco de Douglas lo más arriba posible y asegúrese de que no se presenta un asa intestinal a entorpecer la maniobra. Cójase con unas pinzas-erina la cara posterior del útero y atráigase la, mientras los dos dedos rebasan el fondo, lo enganchan y lo empujan de arriba abajo; una segunda erina, si es necesario, vuelve a coger la misma cara un poco más arriba, y muy pronto el cuerpo uterino sale por la brecha. Durante este tiempo, el segmento inferior es siempre sostenido por las pinzas de tracción, tanto que el útero se pliega en dos, cuello y cuerpo, en la vagina, y las excreciones del hocico de tenca no van a tocar el peritoneo.

»Esta maniobra de basculación ha recogido los ligamentos anchos y disminuido su altura. El índice izquierdo, siempre en la brecha posterior, se desliza a la derecha y coge en su concavidad el borde superior del ligamento invertido; se ve la extremidad de este dedo en el fondo de saco útero-vesical, que se abre en este momento si no se había ya abierto antes. Luego, tomando unas pinzas larguillas rectas, introdúzcaselas de arriba abajo, es decir, de la base del ligamento ancho hacia su borde superior; empújese este borde hacia delante del instrumento con la cara posterior del índice; aléjese un poco hacia la derecha el talón de las pinzas para no estar junto al útero y apriétense las pinzas *hasta el último diente*. Córtese el ligamento ancho muy cerca del útero y hágase salir éste por completo. Finalmente, cogiendo el útero con toda la mano, colóquense igualmente, maniobra más fácil, las pinzas del lado izquierdo; un postrer tijeretazo termina la operación.

»Si las pinzas resultan un poco cortas para rebasar el borde superior del ligamento ancho, pónganse unas pinzas larguillas suplementarias a nivel del asta uterina antes de terminar la sección.

»Si es imposible bascular el útero hacia atrás a causa de su volumen, extirpesele *derecho*, haciendo la prehensión por partes, o bien secciónese el útero en la línea media, según el procedimiento de Müller-Quénu, atráigase fuera cada mitad aisladamente, y trátese su pedículo por la forcipresión, o también practíquese la *hemisección media* de Doyen.

Cura y cuidados consecutivos.— «Cuando la matriz ha sido separada, lo cual no requiere más allá de cinco a diez minutos, vuélvase a colocar la valva posterior; hágase entreabrir la herida vaginal manejando las dos pinzas o los dos grupos de pinzas como separadores laterales; llévase una esponja o torunda montada hasta el peritoneo, rechácese el epiplón y el intestino que se presentan y sáquense algunos pequeños coágulos que se encuentran; luego cobíbase por medio de pinzas larguillas la pequeña hemorragia que tiene lugar en el tejido celular prerrectal entre la sección del peritoneo y la de la vagina. Finalmente, cuando todo está bien seco, colóquese a la entrada del peritoneo una primera torunda de gasa aséptica, seguida de otras muy flojas.

»Vuélvase la enferma a su cama, sosteniendo el haz de las pinzas con un grueso pelotón de uata colocado debajo de ella, y las piernas ligeramente en flexión. Sonda permanente o se sondará a la paciente cada dos o 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 sueltan cada una de ellas con precaución, bien abiertas para que las ramas se desprendan, luego se sacan al exterior sin mover las torundas. Éstas, aparte la más exterior, que se renueva, deben permanecer siete u ocho días. Si, accidente raro, se produce una hemorragia en el momento de soltar las pinzas, cuando solamente están flojas, pero en su sitio, basta volver a apretarlas a fondo. Si, más rara vez aún después de adoptada la precaución de abrirlas antes de quitarlas, la salida de sangre sobreviniera en el momento de su ablación, acuéstese en seguida a la enferma de través, quítense las torundas, colóquense los separadores y vuélvanse a coger los tejidos. Las pinzas larguillas, agentes de tracción excelentes, permiten volver a encontrar la sección vaginal, la base casi borrada del ligamento ancho; poco a poco, cada parte de la herida se encuentra de frente; los chorros arteriales aparecen, y se colocan algunas pinzas más, permanentes. Si es necesario, se hace una laparotomía.

»Al sexto día, se quitan las torundas vaginales sin dar inyección y se las renueva. Al duodécimo día se quitan definitivamente las torundas y se empiezan las inyecciones vaginales con poca presión, que se continúan hasta la curación completa.

»Las enfermas dejan la cama de los quince a los veintiún días. Pero se necesita a lo menos dos meses para que la herida vaginal esté completamente cicatrizada.»

3º Procedimiento de Doyen.— Está caracterizado por la hemisección de la pared anterior. He aquí sus grandes trazos:

Habiendo aplicado durante cuarenta y ocho horas un pesario de Gariel para dilatar la vagina si está estrechada y el útero es voluminoso, colocada la enferma en posición dorsosacra, 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 completo posible, incíndase con las tijeras la mucosa vaginal alrededor del cuello (figs. 1288 y 1289). 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

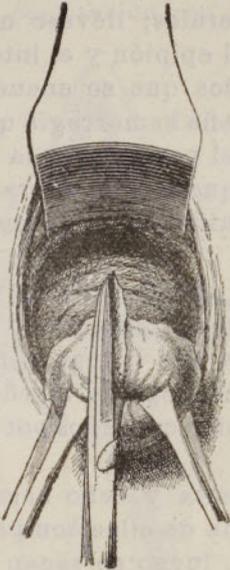


Fig. 1291. — Histerectomía vaginal. Hemisección anterior (J.-L. Faure).

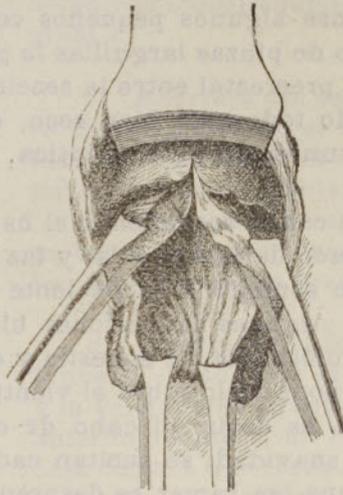


Fig. 1292. — Histerectomía vaginal. Abertura del fondo de saco peritoneal anterior (J.-L. Faure).

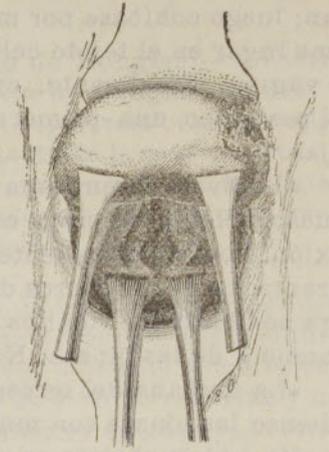


Fig. 1293. — Histerectomía vaginal. Báscula hacia delante del fondo del útero (J.-L. Faure).

corto por el ayudante, debajo del pubis, seccionese de abajo arriba la pared anterior del cuello (fig. 1291); el fondo de saco peritoneal véscicouterino, en general aparente bajo el separador, es abierto al primero o segundo tijeretazo (fig. 1292). Ensánchese la abertura por medio de las tijeras entreabiertas y obrando como un instrumento romo, y cárguese sobre el separador la cara anterior de la serosa.

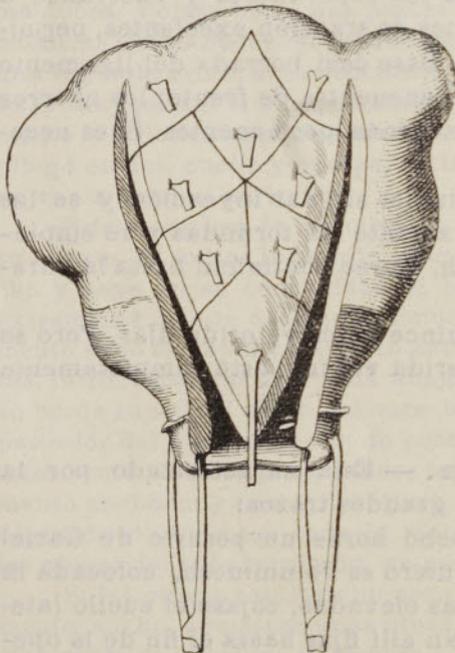


Fig. 1294. — Histerectomía vaginal. Sección V de la cara uterina anterior

Cójase el útero a derecha e izquierda, sobre los labios de la sección longitudinal, por dos nuevas pinzas de garfios y atráigasele hacia abajo (fig. 1292); un nuevo tijeretazo prolonga la sección y otras dos pinzas cogen el órgano lo 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. 1293). Lo más a menudo, si la vulva no es demasiado estrecha y si el útero sólo está duplicado de volumen, la inversión progresiva 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 difiere en sus grandes líneas: descendido el útero, ampliamente abiertos los

fondos de saco peritoneales, incíndase el cuello — lateralmente sostenido por sus dos pinzas,— a 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

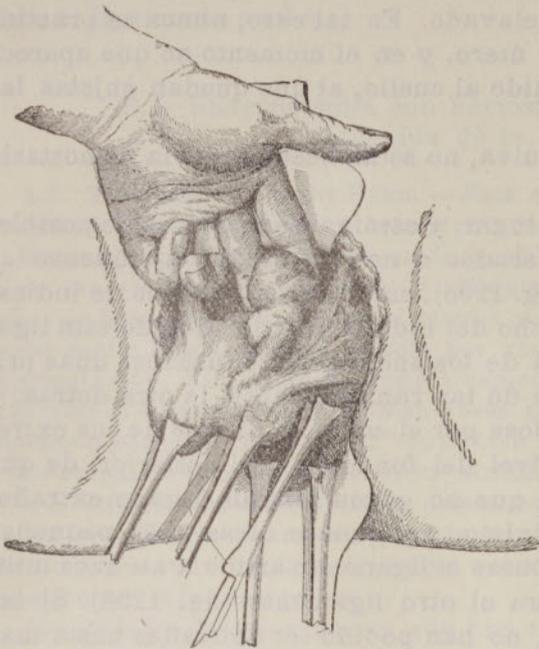


Fig. 1295. — Histerectomía vaginal. Desprendimiento de los anexos (J.-L. Faure)

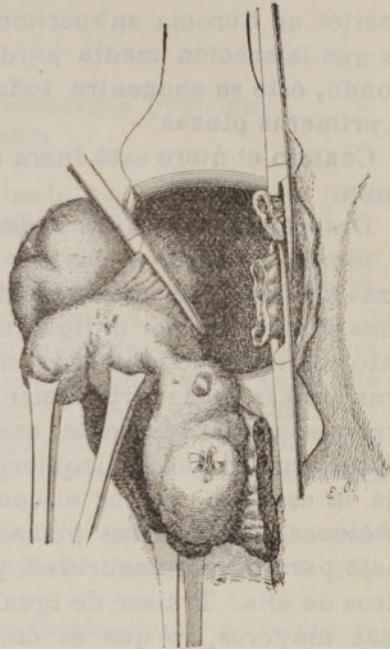


Fig. 1296. — Histerectomía vaginal. Sección del ligamento ancho izquierdo. Compresión del ligamento ancho derecho.

dos métodos: quitar de cada lado de la sección longitudinal fragmentos de tejido lo mayores que se pueda, o lo que es más rápido, seccionar el cuerpo del útero en forma de V por su cara anterior, respetando las caras latera-

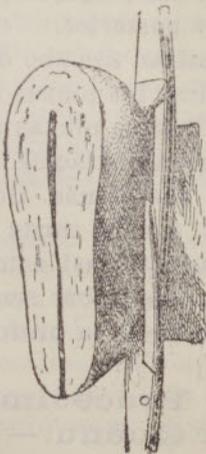


Fig. 1297. — Compresión del ligamento ancho por medio de dos clamps cuyos picos se cruzan

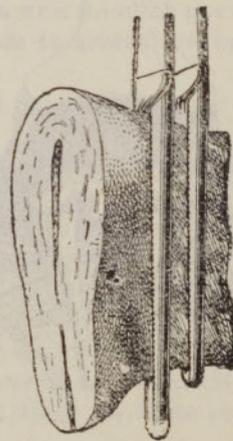


Fig. 1298. — Compresión del ligamento ancho con ayuda de dos clamps yuxtapuestos

les del órgano. En la mayor parte de los casos apenas es necesario reseca más de dos o tres fragmentos del tumor (fig. 1294); descendiendo sucesivamente, ya la V media, ya los colgajos laterales del útero, ocurre a menudo que se quita por completo y en poco tiempo un tumor muy voluminoso de 10 a 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 ha lugar, y atráiganse lo más abajo posible, con pinzas de anillos, los anexos alterados o no (fig. 1295) y aplíquense las pinzas de Doyen de ramas elásticas (fig. 1296), empezando, a menos de indicaciones contrarias, por el ligamento ancho del lado izquierdo. Cogido este ligamento con la mano izquierda, más allá de los anexos, introdúzcanse unas primeras pinzas casi verticalmente, una de las ramas delante, la otra detrás, y ciérrselas moderadamente, asegurándose por el contacto directo de sus extremidades con el índice izquierdo, a nivel del fondo de saco posterior, de que nada le escapan, y, por el contrario, que no cogen ningún órgano extraño. Apriétense entonces las pinzas al máximo; aplíquense otras más pequeñas debajo para mayor seguridad, y secciónese el ligamento ancho a algunos milímetros de ella. Trátase de igual manera el otro ligamento (fig. 1298). Si las pinzas mayores, lo que es muy raro, no han podido ser aplicadas hasta más arriba de los anexos, colóquense luego más allá del ovario y de la trompa otras pinzas más pequeñas y reséqueselos.

J.-L. Faure prefiere a las pinzas elásticas de Doyen otras pinzas de dientes cortos, colocadas unas de arriba abajo y otras de abajo arriba sobre el ligamento ancho y que se cruzan por sus picos.

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

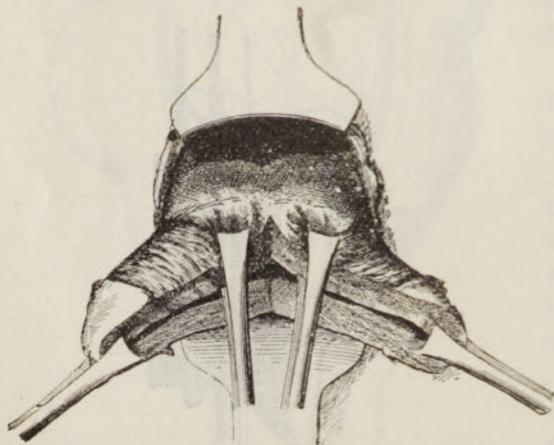


Fig. 1299 — Histerectomía vaginal. Hemisección mediana de Müller-Quénu (J.-L. Faure)

Se retiran al cabo de cuarenta y ocho horas las pinzas mayores de cada lado; estas pinzas se desprenden fácilmente gracias a la elasticidad de sus ramas. Se quitan las pequeñas por la tarde o a la mañana siguiente, así como la gasa, si ésta parece haber sensiblemente ascendido hacia la profundidad.

3.º Procedimiento de Müller Quénu. — Está caracterizado por la hemisección completa del útero.

Se coge el cuello lateralmente con dos pinzas fuertes, se incide la vagina circularmente, se aísla el cuello por delante y por detrás y luego se abre el fondo de saco peritoneal posterior.

Se hiende entonces de abajo arriba el útero en la línea media desde el cuello hacia el cuerpo. Se colocan las pinzas de tracción un poco más arriba y

bajando un poco más el útero, se continúa la hemisección. El fondo de saco peritoneal anterior baja, es abierto de un tijeretazo y el útero, por etapas, es hendido completamente en dos valvas (fig. 1299).

Cada una se deja arrastrar fácilmente fuera de la vulva y se liga o comprime el ligamento ancho.

B. — Histerectomía con hemostasia ascendente primaria seguida de la extracción

1.º Procedimiento de Péan. — Está caracterizado por la hemostasia progresiva y la fragmentación del útero ejecutadas de abajo arriba.

Estando la mujer colocada en la posición dorsosacra — mantenida abierta la vulva con separadores acodados y sólidamente cogido el cuello uterino con unas pinzas de Museux, — incíndase la mucosa vaginal como en toda histerectomía, libérese el cuello lo más arriba posible por vía de desprendimiento y procédase a la fragmentación. Ésta 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*, y 4.º *la escisión de las dos valvas así obtenidas*.

Aíslense las caras anterior y posterior del útero por el desprendimiento yxtauterino 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 a las dos caras anterior y posterior del útero, ya por desprendimiento subperitoneal, ya por efracción de las colecciones purulentas yxtauterinas, ya también por penetración intraperitoneal, quedan colocados para proteger la vejiga y el recto, cójase a cada lado en unas pinzas clamp de ramas paralelas la porción de los ligamentos anchos correspondiente al segmento uterino hecho accesible y visible por los separadores, luego secciónesele a ras del útero.

Divídase en dos valvas, una anterior y otra posterior, el segmento de útero así aislado por la sección parcial de los ligamentos anchos y escíndanse una tras otra, después de haber tenido cuidado de fijar la base de cada una de ellas por dos pinzas de descenso. 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 a practicar poco a poco la ablación de todo el útero. La fragmentación total se hace en dos o en cuatro tiempos, según la altura del órgano.

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

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 o 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 de las regiones más o menos lejanas que ocupa*... Es necesario entonces, después de la ablación del útero, ir en busca del pus, ya abriendo simplemente las prominencias 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 a la tracción de las

pinzas a 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).

2.º Procedimiento de Segond. — Es un procedimiento mixto que toma del de Péan la compresión primera de las uterinas y la ablación del cuello, y del de Doyen la excavación central o la hemisección para hacer bascular el fondo y terminar por la forcipresión descendente del piso superior de los ligamentos anchos.

«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 a la base de los ligamentos anchos. Abierto el fondo de saco posterior y completamente desprendida la vejiga del cuello con el dedo, colóquense dos pinzas larguillas cortas en la base de los ligamentos anchos sobre las arterias uterinas 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 el procedimiento de Péan.

»Aguántese fuertemente con unas pinzas de Museux el labio anterior del muñón uterino e inténtese una hemisección anterior según el modo de Doyen. Si esta maniobra no basta para hacer descender el útero, procédase inmediatamente a la excavación central conoidea, es decir, a 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 a las pinzas de Museux. Antes de desprender completamente este cono, cójase con unas pinzas bidentadas el labio del cono concéntrico que se acaba de tallar y termínese la ablación del cono macizo. Repítase la misma maniobra marchando paso a paso, cono por cono, desde el cuello hacia el fondo del útero.

»Poco a poco, gracias a la desaparición de la pared uterina anterior así reseca por segmentos cónicos sucesivos, el órgano bascula hacia delante 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, o por dentro de ellos si adherencias sólidas les impiden descender, colóquense de arriba abajo pequeñas pinzas larguillas, generalmente dos por cada ligamento ancho. Seccionese cada ligamento; las pinzas colocadas de arriba abajo caen haciendo describir a la porción del ligamento ancho que comprimían una torsión de 180°.

C. — Histerectomía vaginal por ligaduras

Este método, poco usado, consiste en reemplazar las pinzas por ligaduras con seda o con catgut, sujetas sólidamente con ayuda de una aguja (J.-L. Faure-Inglessi).

D. — Histerectomía vaginal por angiotripsia

Algunos cirujanos (Doyen, Tuffier) han reemplazado la forcipresión por la angiotripsia de los ligamentos anchos, practicada por medio de unas pinzas aplastantes. Esta angiotripsia puede ser ejecutada de abajo arriba haciendo presas sucesi-

vas, como la forcipresión en el procedimiento de Péan, o bien de arriba abajo después de extraer el útero.

Doyen aplasta y corta primero de abajo arriba el piso inferior del ligamento ancho, baja la matriz a la vulva y luego aplasta y corta de arriba abajo el piso superior del ligamento. Coloca cada vez una ligadura fina en el surco de aplastamiento para asegurar la hemostasia.

Tuffier, Lyot y Rebreyend no recurren a la ligadura.

§ 2. — HISTERECTOMÍAS VAGINALES EN PARTICULAR

Fijándonos especialmente en el concepto clínico, podemos considerar los casos siguientes:

1.º Histerectomía vaginal por útero pequeño movable. — Son aplicables en tal caso los procedimientos de Richelot, de Doyen y de Quénu.

2.º Histerectomía vaginal por útero grueso movable. — Es el caso de los fibromas. Están indicados el procedimiento de Doyen con doble incisión en Y y el de Segond con excavación conoidea progresiva.

3.º Histerectomía vaginal por útero adherente. — Es el caso de las supuraciones pélvicas. Se pueden utilizar los procedimientos de Péan y de Segond.

4.º Histerectomía vaginal por útero canceroso. — Se deben adoptar dos precauciones esenciales. Primero practicar el raspado y la cauterización enérgicas del cuello ó el raspado del cuerpo según sea el asiento del neoplasma. Luego, evitar en cuanto sea posible la hemisección o la fragmentación del útero, a fin de exponerse menos a la infección del peritoneo o a la diseminación de partículas neoplásicas.

a. *Cáncer del cuello.* — El cuello será minuciosamente raspado y termo-cauterizado. Debajo de él, con ayuda de pinzas de garfios, se levantará la mucosa vaginal, para disecar un collarín vaginal de 2 a 3 centímetros de ancho que se quitará con aquél para mejor rebasar los límites del mal. Aislado el collarín se lo podrá cerrar mediante una sutura en bolsa pasada por su borde libre, a fin de extirpar el útero como un «vaso cerrado». La vejiga será despegada con precaución y se quitará el útero basculándolo hacia delante o hacia atrás, sin hemisección previa.

b. *Cáncer del cuerpo.* — La cavidad corporal será minuciosamente raspada y desinfectada. Si el útero no es friable, se tratará de quitarlo en masa. Si se desgarrá, se practicará su fragmentación seguida de una limpieza muy seria del peritoneo.

5.º Histerectomía vaginal por gran prolapso. **Procedimiento de Pozzi.**

— En las paredes vaginales anterior y posterior, por medio de una incisión en V, se circunscribe un gran colgajo triangular adherente al cuello por su

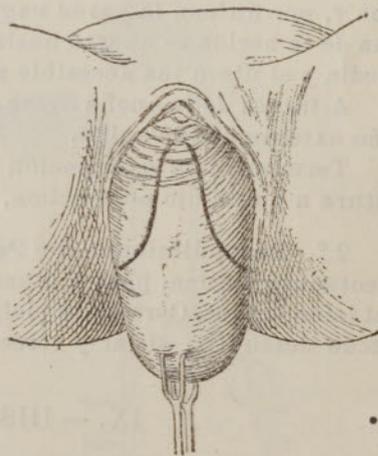


Fig. 1300. — Histerectomía vaginal por prolapso. Procedimiento de Pozzi

base (fig. 1300). Se le disecciona con precaución, sobre todo por delante para respetar la vejiga. Se abren prudentemente los dos fondos de saco vésico y rectouterinos, empezando por el posterior a fin de marcar mejor el anterior.

Los ligamentos anchos son ligados por pisos, desde su vértice a su base y luego son seccionados.

Las heridas vaginales angulares resultantes de la escisión de los colgajos se reunen transversalmente, constituyendo así verdaderas colporrañas.

El periné es restaurado a su vez por desdoblamiento.

Procedimiento de Doyen. — Ábrase desde luego el fondo de saco posterior y divídase el útero por hemisección marchando desde el labio posterior del cuello primero hacia la pared posterior, luego hacia el fondo y, por último, hacia la pared anterior. En este momento despéguese la vejiga y luego termínese la hemisección completa.

Cójase cada mitad uterina y tuérsasela unos 180°. Líguese por transfixión el ligamento ancho transformado en cordón por efecto de dicha torsión.

Pásese un hilo formando bolsa por los colgajos peritoneales anterior y posterior. Apriétese este hilo empujando la vejiga por encima. El peritoneo se cierra aprisionándola.

Córtese cada mitad uterina por debajo de las ligaduras de los ligamentos anchos.

Escíndase la pared vaginal anterior despegada y sutúrense sus labios (colporraña anterior).

Restáurese la pared vaginal posterior y el periné por una colpoperineorraña.

VIII. — HISTERECTOMÍA VAGINOPERINEAL

1.º **Procedimiento de Schuchardt (1).** — Enferma en posición dorsosacra, piernas muy fuertemente levantadas.

Incisión que, partiendo del tercio medio del labio mayor del lado más enfermo (el izquierdo con preferencia), se dirige oblicuamente hacia el ano, al que rodea a 3 centímetros por fuera, para terminar delante de la articulación sacrocoxígea.

Córtese la piel, el transverso del periné, la grasa isquiorrectal, el elevador del ano y, por último, la pared vaginal lateral hasta el cuello uterino. La mitad derecha de la herida se aparta hacia la derecha lo bastante para que la herida resulte media y el útero sea accesible por ambos lados.

A través de la ancha brecha, practíquese una histerectomía vaginal con escisión extensa de la vagina.

Terminada la extirpación del útero, reconstitúyase la vagina mediante una sutura a punto fijo por encima, vuélvase a cerrar y deságüese la herida perineal.

2.º **Procedimiento de Pablo Delbet (2).** — Incisión que parte del fondo de la escotadura ciática, pasa a igual distancia del ano y del isquion y termina a lo largo del labio mayor. Córtese la piel, la grasa y el elevador. Lléguese a la vagina, que se puede descubrir, aislar y reseca fácilmente. Histerectomía. Cierre de la brecha.

IX. — HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

Es la ablación, por el abdomen, del útero con o sin los anexos.

Esta ablación puede ser *subtotal* o *total*, según que la parte vaginal del cuello se deje en su sitio o sea extirpada con el cuerpo.

(1) Schuchardt, *Arch. für klin. Chir.* (1901), pág. 289.

(2) Pablo Delbet, Congreso de Roma (1902).

Los procedimientos que permiten realizarla se distribuyen en cuatro grupos:

- A. Histerectomías por *aislamiento descendente* o de arriba abajo;
- B. Histerectomías por *aislamiento ascendente* o de abajo arriba;
- C. Histerectomías por *aislamiento laterolateral* o de un lado al otro;
- D. Histerectomías por *hemisección media* previa.

Vamos a revistarlos. Describiremos luego las modificaciones que se imponen en ciertos casos.

§ 1. — HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES EN GENERAL

A. — Histerectomías abdominales por aislamiento descendente

Es el método más habitualmente seguido, el que se ha calificado de método «ordinario» y que ha sido preconizado por Ricard y Richelot.

Se caracteriza por el ataque del útero a nivel de su polo superior y la sección de los ligamentos anchos proseguida desde el fondo hacia el cuello.

1.º Histerectomía subtotal. — Hemostasia preventiva y luego sección de los ligamentos anchos de arriba abajo; separación de la vejiga por incisión del fondo de saco vésico-uterino; descubrimiento, ligadura y sección de las uterinas; sección del cuello; peritonización de la pelvis, tales son los tiempos principales.

Cuidados preliminares. — Los de toda laparotomía (véase pág. 777). Se

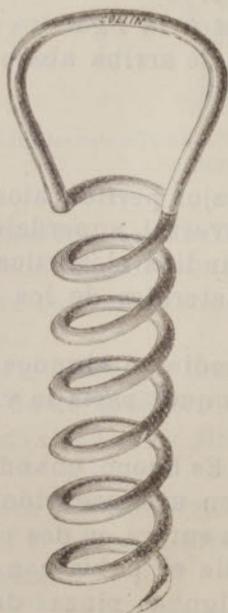


Fig. 1301. — Sacacorchos desenclavador

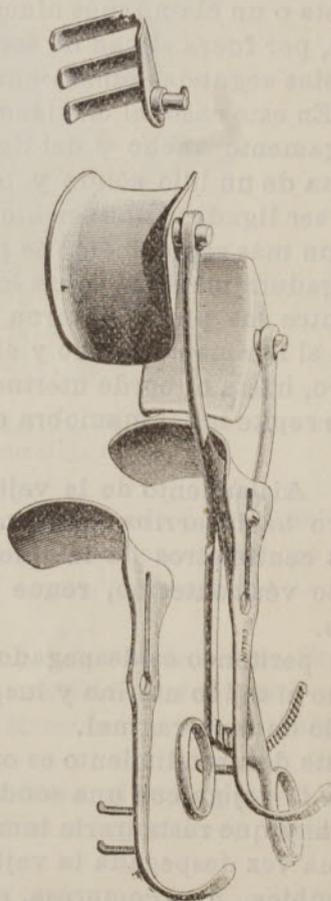


Fig. 1302. — Valva abdominal de Collin

vigilará particularmente la vacuidad de los intestinos. Se hará la desinfección de la vagina y del útero si ha lugar a ello.

a. Incisión de la pared. — Enferma sobre plano inclinado; vejiga vacía. Cirujano a la izquierda. Ayudante a la derecha. Incisión subumbilical de dimensiones variables según el volumen del útero.

b. Prensión del útero. — Abierto el vientre, se introduce una compresa debajo de cada uno de los labios de la herida y ésta se abre ampliamente con la gran valva de Collin (fig. 1302). Se explora rápidamente el útero y se le moviliza. Se le coge por su fondo, ya con unas fuertes pinzas de Museux, ya con un sacacorchos (fig. 1301) y se lo tiende a través de la herida para exteriorizarlo lo más posible. El intestino se desliza espontáneamente o se lo aparta con cuidado hacia el diafragma. Ambas compresas cierran la gran cavidad, la protegen y limitan el campo operatorio. La mano izquierda del ayudante, completamente extendida, apoya sobre las compresas y mantiene el paquete intestinal.

c. Hemostasia y sección de los ligamentos anchos, de arriba abajo — El ayudante, con su mano libre, dirige fuertemente el útero hacia su lado para descubrir el ligamento ancho izquierdo. El cirujano coge este ligamento y despliega los anexos. A ras del útero, cerca del asta, con unas pinzas de Kocher coge el ligamento ancho y el ligamento redondo. Se colocan unas pinzas-longueta o un clamp más afuera por dentro de los anexos si se los quiere conservar, por fuera si han de ser sacrificados.

Estas segundas pinzas pueden ser desde luego reemplazadas por una ligadura. En este caso, el cirujano, levantando y extendiendo el extremo externo del ligamento ancho y del ligamento redondo, los atraviesa con una aguja provista de un hilo sólido y los liga inmediatamente. El ligamento redondo puede ser ligado aisladamente o no.

Aun más rápidamente se puede, con las pinzas de Michel (fig. 61), colocar una ligadura metálica sobre los vasos úteroováricos.

Entre las pinzas interna uterina y las pinzas o la ligadura externa, se cortan el ligamento ancho y el ligamento redondo de arriba abajo y de fuera adentro, hasta el borde uterino.

Se repite igual maniobra en el lado opuesto.

d. Aislamiento de la vejiga; talla de los colgajos peritoneales. — Se lleva el útero hacia arriba y atrás. Una incisión transversal, superficial, pasando a 2 o 3 centímetros de la línea blanquecina que indica el vértice del fondo de saco vésicouterino, reune las dos incisiones laterales de los ligamentos anchos.

El peritoneo es despegado de arriba abajo mediante algunos tijeretazos rozando el tejido uterino y luego con una compresa que aparta la vejiga hasta el fondo de saco vaginal.

Este desprendimiento es ordinariamente fácil. Es bueno, cuando se vacila, marcar la vejiga con una sonda para respetarla con más seguridad. Si se la hiere, hay que restaurarla inmediatamente por una sutura en dos planos.

Una vez despegada la vejiga se la aparta hacia el pubis con una valva suprapúbica, una compresa, o bien fijando con algunas pinzas de garfios la sección de la serosa vesical en el ángulo inferior de la incisión parietal.

Entonces se aísla, desprendiéndolo de un modo semejante, un colgajo peritoneal posterior. Incisión transversal superficial en la cara posterior desde un borde uterino al otro; separación con la compresa.

e. Ligadura de las uterinas. — Se inclina fuertemente el útero a un lado; el cirujano sigue de arriba abajo el borde opuesto; con una compresa o una sonda acanalada empuja los tejidos hacia abajo. Entonces aparece la arteria uterina o bien se la siente y es pronto descubierta, flexuosa, rodeada de venas. Se la comprime, liga y corta, o bien se la liga por transfixión de los tejidos vecinos y se la corta, o también se la coge en una ligadura metálica de Michel y luego se la corta.

Igual maniobra en el lado opuesto.

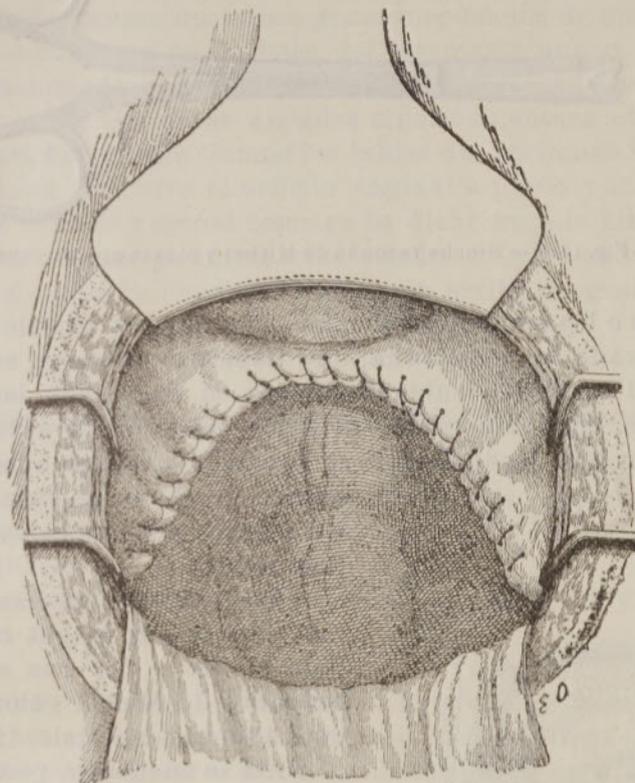


Fig. 1303. — Histerectomía abdominal. Reconstitución del suelo peritoneal por sutura del peritoneo anterior con el peritoneo posterior (J. L. Faure)

f. Sección del cuello. — El istmo uterino queda entonces absolutamente libre. Por debajo de la ligadura de las uterinas se secciona entonces el cuello, ya con el termocauterío, ya con el bisturí, dando a la sección la forma de una cuña.

Para ello se pasa una compresa aisladora por detrás del útero. Se secciona el cuello de delante atrás excavando hasta la cavidad uterina; se coge la sección uterina con unas pinzas; se continúa simétricamente la sección y se quita el útero.

Se toca cuidadosamente la cavidad cervical con el termo; luego se excava el cuello, si es necesario, para que sus bordes se aproximen fácilmente de delante atrás.

g. Oclusión del cuello. — Si parece útil desaguar por la vagina, se podrá, o bien dilatar el orificio cervical y deslizar en él un tubo que salga por la vagina (Monod), en cuyo caso el cuello no será suturado, o bien incindir inmediatamente el fondo de saco vaginal posterior y suturar el cuello.

En este caso, o bien cuando no se quiere desaguar por abajo, se suturan los bordes de la sección cervical, a punto por encima con catgut, lo cual completa la hemostasia.

h. Reconstitución del suelo peritoneal.—Después de haber reemplazado por ligaduras (seda, catgut o ligaduras metálicas de Michel) las pinzas que

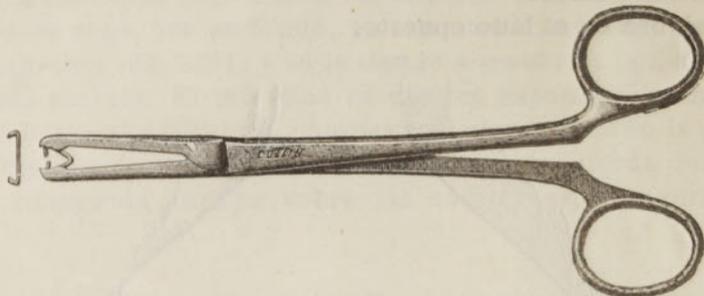


Fig. 1304. — Broche redondo de Michel y pinzas portabroche

tenían los vasos o los pedículos vasculares no ligados anteriormente; después de haber verificado la hemostasia, que debe ser absoluta, se reconstituye el suelo peritoneal adosando cuidadosamente en cada lado las dos hojas del ligamento ancho, en medio los dos colgajos peritoneales anterior y posterior. Si estos colgajos son insuficientes, se sutura al contorno anterior de la pelvis menor el colon pelviano con su meso, extendidos como un gavilán desplegado (fig. 1305).



Fig. 1305. — Reconstitución del suelo peritoneal por sutura del colon al peritoneo anterior (Delage).

Este adosamiento se hace mediante una sutura con catgut conducida de un lado al otro o por una serie de broches redondos de Michel colocados por medio de las pinzas especiales (fig. 1304).

Así se encuentra reconstituído un revestimiento seroso continuo, bajo el que quedan enterrados todos los pedículos vasculares y muñones.

i. Cierre de la pared abdominal y cuidados consecutivos. — Como en toda laparotomía.

2.º Histerectomía total. — La técnica es igual en los primeros y en los últimos tiempos.

La vagina habrá sido desinfectada con cuidado.

El desprendimiento de la vejiga por delante, del peritoneo por detrás y de los ligamentos anchos a los lados se prosigue francamente hasta la cúpula vaginal, que puede ser marcada por el extremo de unas largas pinzas introducidas por la vulva. Se descubren y ligan las uterinas lo más abajo posible, evitando cuidadosamente los uréteres, que es preciso ver.

Se levanta fuertemente el útero. Se pasa una compresa aisladora por detrás de él. Con las tijeras o con el termo se abre uno de los fondos de saco vaginales; se coge su sección con unas pinzas de garfios; luego se completa la sección por todo el rededor del cuello. Se vuelven a coger con pinzas las secciones vaginales anterior y posterior, levantándolas y separándolas para abrir el orificio vaginal. Las pinzas vaginales, que sostiene un ayudante, se introducen por el orificio, se abren y cogen una compresa que arrastran a la vagina, barriéndola, como «deshollinando».

Si se debe desaguar por abajo, las mismas pinzas vuelven y arrastran del mismo modo hacia la vagina dos tubos gruesos rodeados de mechas. Cada uno de estos tubos está colocado en la base del ligamento ancho correspondiente y las mechas apelotonadas alrededor de ellos. Se obtiene la hemostasia de las secciones vaginales por ligaduras aisladas o por una sutura circular de punto por encima que coge al mismo tiempo los labios del peritoneo vecino.

Si no se desagua, se cierra el orificio vaginal a punto por encima y sobre él se reconstituye el suelo vaginal como se ha dicho para la histerectomía subtotal. Además, esa misma peritonización puede ser efectuada por encima de mechas y tubos, si se desea cerrar y aislar por arriba la gran cavidad peritoneal.

B. — Histerectomía abdominal por aislamiento ascendente

Este segundo grupo está caracterizado por la sección en primer término del cuello o de la vagina y la sección consecutiva de los ligamentos anchos, cogidos y pediculizados de abajo arriba.

El útero es atacado directamente por su polo inferior y sin hemostasia previa.

1.º Histerectomía subtotal.—Es el procedimiento que J.-L. Faure (1) ha descrito con el nombre de histerectomía por *degüello*. Esta sección primera del cuello puede hacerse de atrás adelante o de delante atrás.

1. *Histerectomía por sección del cuello desde su cara posterior.* (Procedimiento de J.-L. Faure.)—Está calcado, como veremos, sobre el procedimiento de histerectomía total de Doyen.

a. Incisión de la pared y presión del útero.—Como anteriormente.

b. Sección del cuello.—El tumor es atraído al exterior y fuertemente invertido sobre el pubis. El fondo de saco de Douglas aparece libre después de rechazar los intestinos hacia el diafragma. La vista o el dedo introducido en el fondo del Douglas y conducido hacia el útero, reconocen la prominencia del cuello y, a 3 centímetros más arriba, el istmo.

Con gruesas tijeras de puntas romas, en uno, dos o tres golpes se corta en redondo el istmo de atrás adelante. La vejiga se evita fácilmente, primero porque el fondo de saco peritoneal vésicouterino corresponde justamente al istmo, de suerte que se caería a su nivel o más arriba y luego porque se puede, durante esta sección, hacer entreabrir la herida por tracción sobre el útero y darse cuenta de la profundidad a que se está.

(1) J.-L. Faure, *Trib. médico*. (1904), pág. 53.

Haciendo esto, si se ha interesado las uterinas, se las puede coger con unas pinzas; pero bastante a menudo no se las alcanza y sólo más tarde son desgarradas en las maniobras finales.

c. Rotura del fondo de saco vésicouterino. Pediculización y sección de los ligamentos anchos. — Hecha la sección del cuello, el útero queda sujeto solamente por los ligamentos anchos. La mano izquierda levanta energicamente la matriz para separar el cuerpo del cuello.

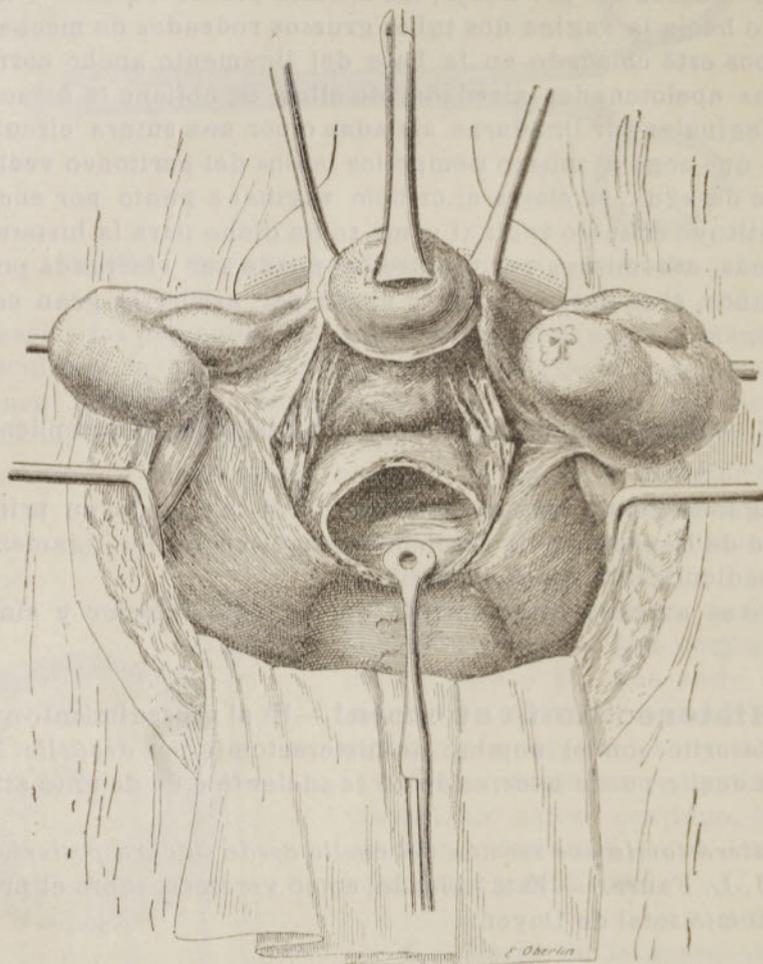


Fig. 1306. — Histerectomía abdominal total por aislamiento ascendente. Sección del cuello uterino desde su cara posterior (J.-L. Faure)

Entonces se pasa deliberadamente por la brecha el índice y el medio derechos, con la cara palmar hacia arriba. Se rompe el fondo de saco vésicouterino. Se dirige la mano a la derecha. Se recoge entre el pulgar y el índice el ligamento ancho derecho que se encuentra así pediculizado y se le aisla levantándolo de abajo arriba hasta su inserción pélvica, por fuera de los anexos.

La uterina, si no ha sido ya cortada durante la sección del cuello, se separa de los bordes del útero; sus ramas pequeñas se rompen; su tronco mismo resiste y es desgarrado o seccionado cerca de su anastomosis con la úteroovárica.

Se coge entonces con la mano izquierda el ligamento ancho pediculizado; con la derecha, armada de unas pinzas fuertes, es comprimido primero y seccionado después.

El útero está ya suelto por la derecha. Se le hace bascular hacia la izquierda. El ligamento ancho izquierdo se desarrolla; unas pinzas lo pediculizan por fuera de los anexos. Seccionado en seguida dicho ligamento, el bloque útero-anexial queda completamente libre.

d. Hemostasia, suturas del cuello, del peritoneo y de la pared. — Como anteriormente.

2. *Histerectomía por sección del cuello desde su cara anterior* (J.-L. Faure, Richelot). — Cuando el útero está fijo en retroflexión, el Douglas y el istmo son

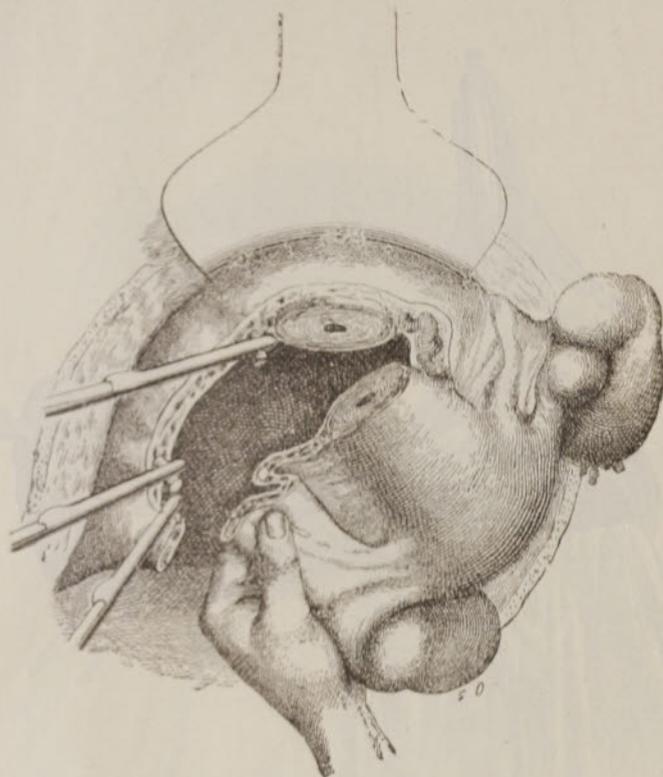


Fig. 1307. — Histerectomía abdominal subtotal por aislamiento laterolateral, de izquierda a derecha (procedimiento americano)

inaccesibles por detrás, esas mismas maniobras que acabamos de describir pueden ser ejecutadas de delante atrás, porque en estos casos el fondo de saco vésicouterino es muy abordable, por estar proyectado hacia delante.

Por delante, encima del istmo, se amarran unas sólidas pinzas de Museux. A 1 centímetro más arriba del fondo de saco vésicouterino, se secciona con tijeras el istmo, de delante atrás. Se lleva hacia delante la parte inferior del cuerpo uterino. Se introducen los dedos por detrás de él y, de atrás adelante, se despegan fácilmente las adherencias úteroanexiales que bloqueaban el Douglas.

Las maniobras se prosiguen luego como en el procedimiento que hemos descrito en el apartado anterior.

2.º **Histerectomía total.** — Es el procedimiento de Doyen conocido con el nombre de «decorticación subperitoneal sin hemostasia previa».

Se parece mucho a la histerectomía con sección del cuello por su cara posterior, de Faure.

a. Abertura del fondo de saco posterior. — Sobre unas largas pinzas curvas que lo hacen sobresalir, se abre el fondo de saco con bisturí o con las tijeras. A través de esta brecha, muy ancha, se coge y atrae el cuello desde la vagina hacia el vientre con ayuda de unas pinzas de Museux curvas o de las pinzas especiales de Doyen (fig. 1306).

b. Sección de los fondos de saco laterales y anterior. Desprendimiento de la vejiga. — Sobre el índice izquierdo se cortan a ras del útero las insercio-

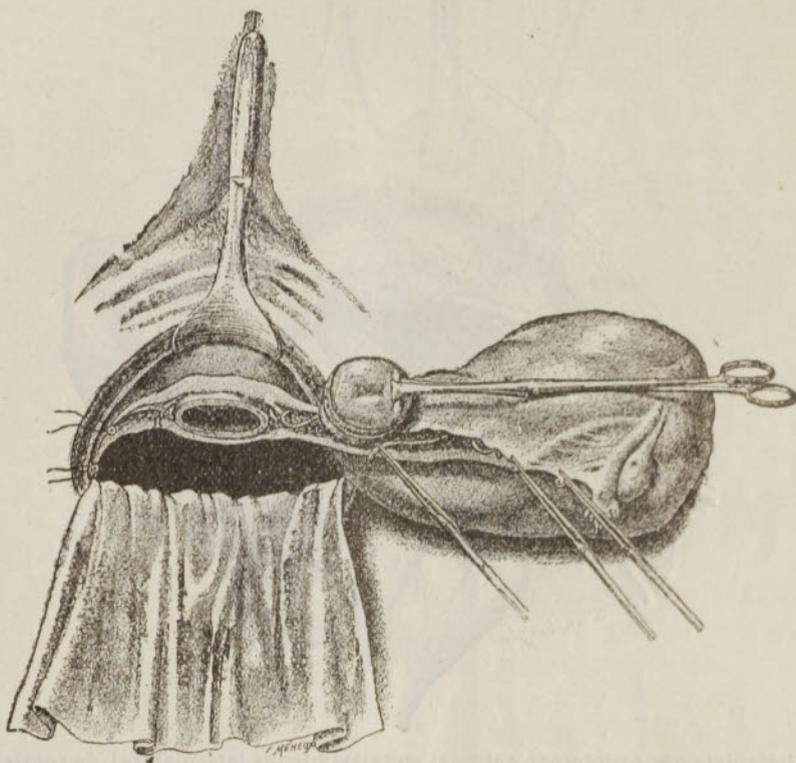


Fig. 1308. — Histerectomía abdominal total por aislamiento laterolateral, de izquierda a derecha (procedimiento de Segond)

nes laterales del cuello y luego, forzando la tracción sobre éste, se descubre y se incide el fondo de saco anterior. Se tira del cuello hacia atrás y arriba. El índice derecho despega de abajo arriba la vejiga y los uréteres, rompe el fondo de saco vesícouterino y desgarrá los tractus célulofibrosos de la base de los ligamentos anchos.

El útero queda sujeto solamente por los ligamentos anchos.

c. Pediculización y sección de los ligamentos anchos. — Como en el procedimiento de J.-L. Faure.

d. Hemostasia. Suturas. — Lo mismo que en la histerectomía total de arriba abajo.

C. — Histerectomías abdominales por aislamiento laterolateral

En este método se secciona un ligamento ancho de arriba abajo, se corta de un lado a otro el cuello o las inserciones vaginales, para cortar luego de abajo arriba el segundo ligamento ancho.

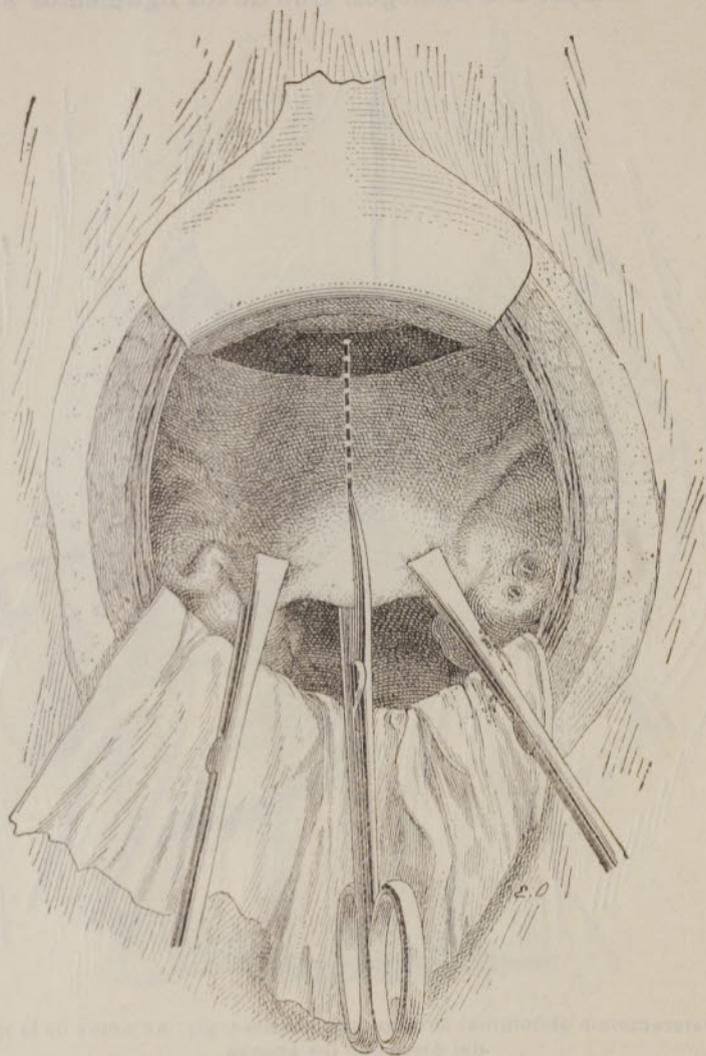


Fig. 1309. — Histerectomía abdominal por hemisección media (J.-L. Faure)

1.º Histerectomía subtotal. — Es el procedimiento de Kelly, llamado también «procedimiento americano» o por incisión continua de un lado al otro. Helo aquí en resumen:

a. Dirijase fuertemente el útero a un lado. Cójase el ligamento ancho opuesto, a nivel de sus inserciones pélvicas. Hágase la hemostasia de la útero-ovárica y del ligamento redondo. Córtese el ligamento ancho de arriba abajo y de fuera adentro. Descúbrase, líguese y córtese la uterina.

b. Con el bisturí, las tijeras o la pala cortante de Kelly seccionése transversalmente el cuello y lléguese a la uterina opuesta, que es a su vez ligada y cortada (fig. 1307).

c. Tállese en la cara anterior del útero el colgajo peritoneal que permite despegar la vejiga. Inviértase el útero para desarrollar, pediculizar y cortar el segundo ligamento ancho de abajo arriba.

d. La hemostasia y las suturas se practican del modo habitual.

2.º Histerectomía total. — Es el procedimiento que ha descrito Segond, inspirándose en el precedente.

Los primeros tiempos son análogos. Uno de los ligamentos anchos, el más

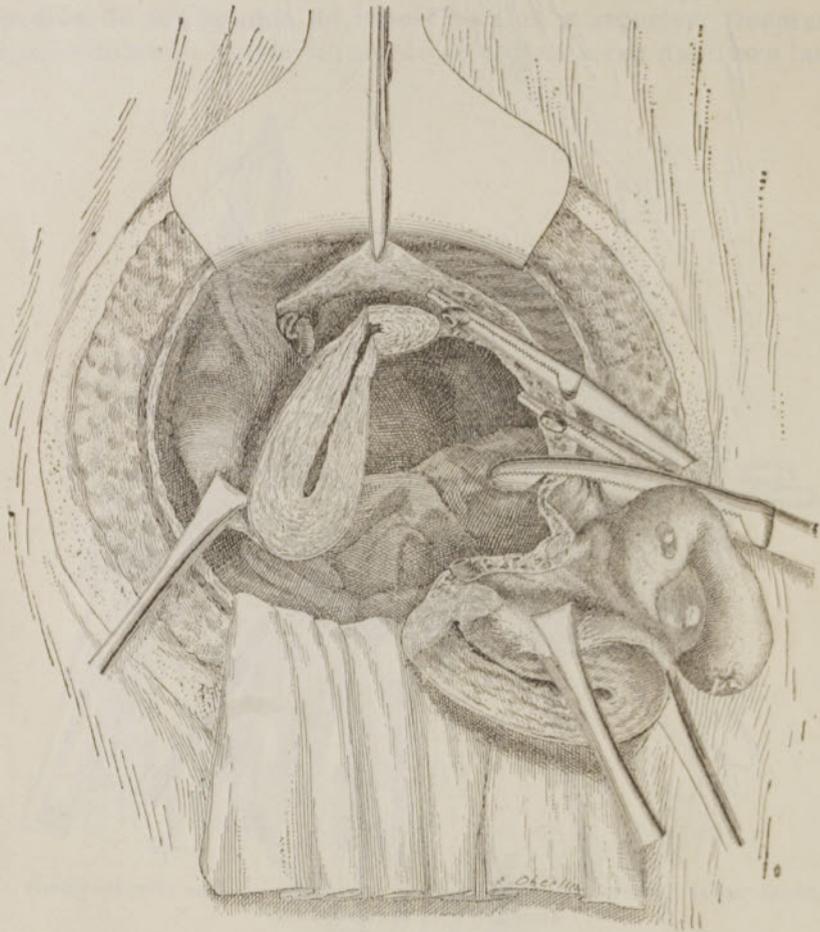


Fig. 1310. — Histerectomía abdominal subtotal por hemisección. Ablación de la mitad derecha del útero con los anexos

accesible, es cortado de arriba abajo previa hemostasia. Se liga la uterina, se prosigue más abajo el desprendimiento lateral, hasta la vagina. Se abre ésta. Se coge el cuello con unas pinzas, se lo invierte hacia arriba y al lado opuesto (fig. 1308). Se liga y corta la segunda uterina o bien se la corta y comprime. Se aísla el cuello por delante y por detrás; se levantan los colgajos peritoneales correspondientes y se despegan la vejiga. Entonces se pediculiza y secciona el segundo ligamento ancho, de abajo arriba.

Previa hemostasia muy cuidadosa de las secciones vaginales y de los diversos pedículos vasculares, se cierra la vagina, se reconstituye el peritoneo y se restaura la pared abdominal como ya sabemos.

D. -- Histerectomías abdominales por hemisección media

Este último método está indicado en las histerectomías por anexitis adherentes que hacen inaccesibles las vías de ataque habituales. Faure y Kelly han sido simultáneamente los promotores del mismo.

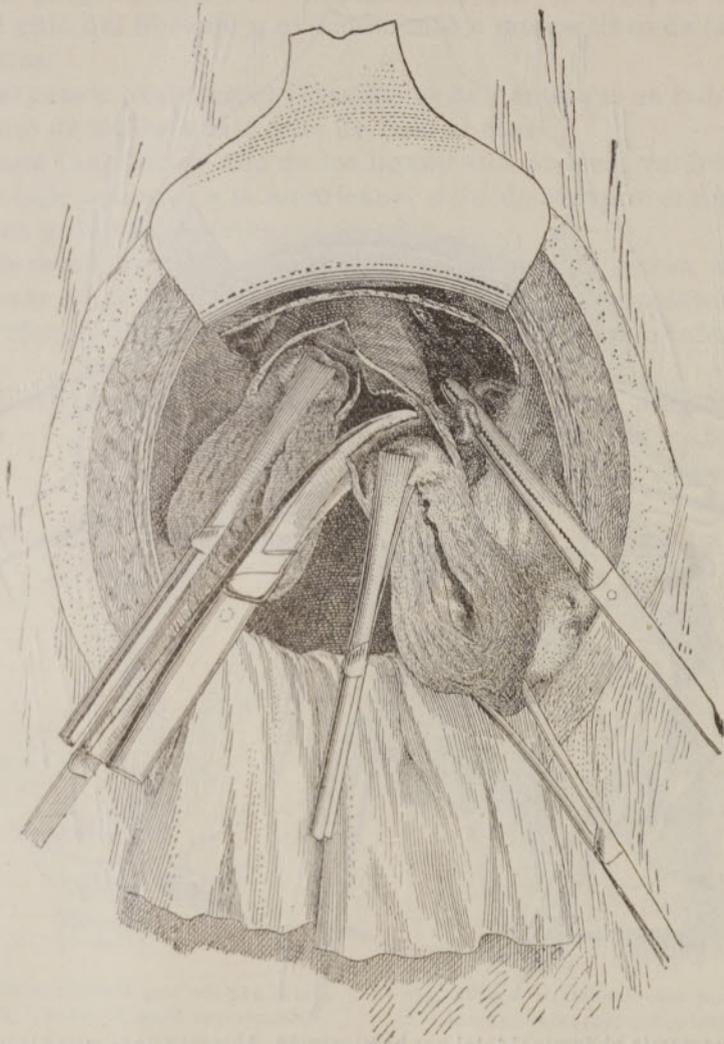


Fig. 1311. — Histerectomía abdominal total por hemisección. Ablación de la mitad derecha del útero

a. Separación de la vejiga. — Dos sólidas pinzas de Museux cogen el fondo del útero a nivel de las astas y lo levantan al máximo. Se hace una incisión transversal por encima del fondo de saco vésicouterino y la vejiga es separada lo más abajo posible.

b. Hemisección del útero. — Con las tijeras se hiende el útero de arriba abajo exactamente en la línea media, mientras al mismo tiempo se van removiendo las pinzas de tracción, y, colocándolas cada vez más abajo, separan al máximo las dos valvas uterinas. La cavidad corporal abierta se toca cuidadosamente con el termo (fig. 1309).

c. Aislamiento del polo inferior. — Difiere según que la ablación sea total o subtotal.

Ablación subtotal. — Es la más frecuente. Proseguida la hemisección hasta el cuello, se separan las secciones y se corta horizontal y transversalmente cada una de ellas. Levantándolas en seguida, se descubren y ligan las uterinas (fig. 1310).

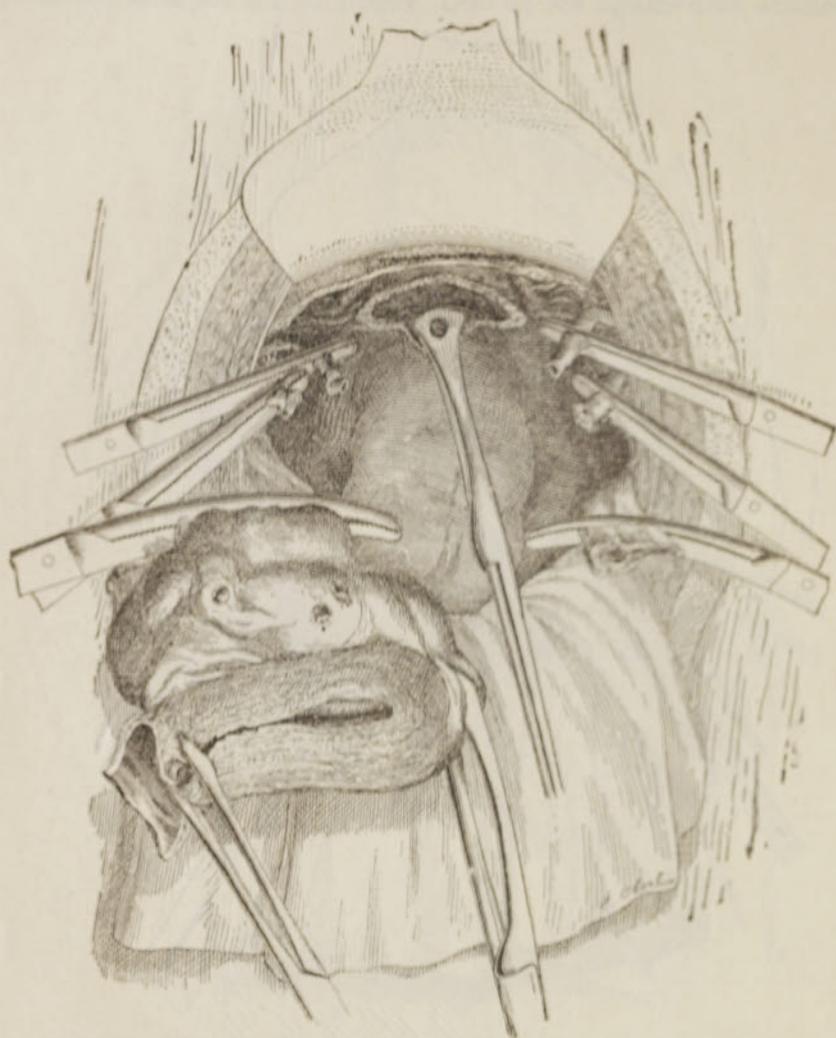


Fig. 1312. — Histerectomía abdominal total por hemisección. Ablación de la mitad izquierda del útero

Ablación total. — Proseguida la hemisección hasta la vagina, se coge cada mitad del cuello con unas pinzas y se la lleva hacia arriba. Se corta el fondo de saco vaginal correspondiente; más levantado el cuello, se descubre la uterina y se la liga o comprime (fig. 1311).

d. Decorticación de los anexos. — Las dos valvas uterinas, aisladas por abajo, quedan sólo retenidas por los ligamentos anchos y los anexos adherentes.

Entonces se pueden despegar los anexos de dentro afuera y de abajo arriba, buscando por debajo de ellos un plano de separación, y después de haberlos desarrollado, ligar y cortar el pedículo superoexterno o úteroovárico (fig. 1312).

También se puede en ciertos casos, levantando cada sección uterina, sepa-

rarla primero de los anexos correspondientes y luego quitar éstos en un último tiempo, marchando siempre por debajo de ellos y de dentro afuera.

§ 2. — HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES EN PARTICULAR

1.º Histerectomía por fibroma. — Los procedimientos de los tres primeros grupos podrían ser empleados según el caso, es decir, según el volumen, el sitio del fibroma y el acceso más o menos libre de las vías de ataque habituales.

a. Si el tumor obstruye el Douglas, es evidente que se habrá de recurrir al aislamiento de arriba abajo o de un lado al otro.

b. Si está incluido en uno de los ligamentos anchos, valdrá más atacar el útero por el lado opuesto, a la americana, a fin de abordar el tumor incluso de dentro afuera y de abajo arriba.

En otros casos, será mejor incidir ampliamente la serosa sobre el tumor incluso, buscar un plano de separación y decortcarlo respetando los uréteres y los vasos ilíacos, a menudo en contacto directo con el polo inferior del tumor.

2.º Histerectomía por supuraciones anexiales (1). —

Es la castración abdominal total, muy en favor desde hace algunos años.

J.-L. Faure ha hecho notar

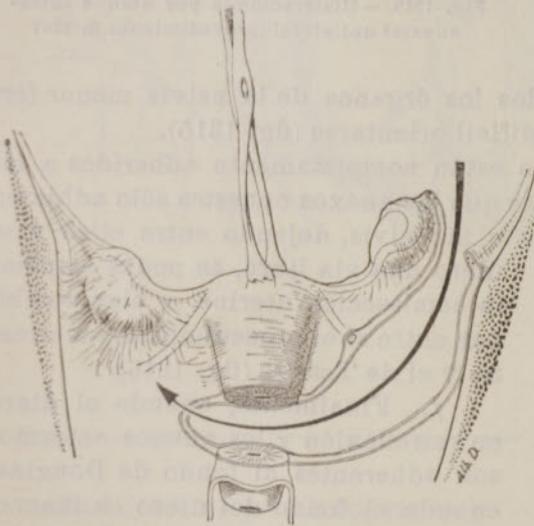


Fig. 1313. — Histerectomía por ataque lateral extraanexial (procedimiento americano)

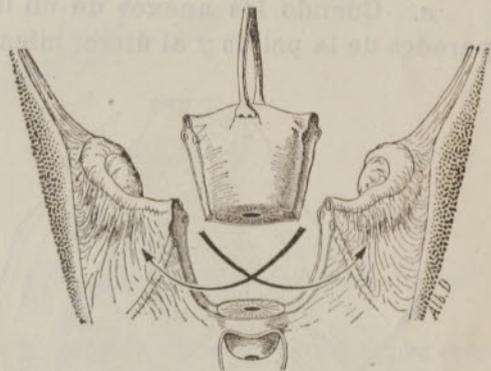


Fig. 1314. — Histerectomía por ataque bilateral intraanexial (procedimiento de Terrier)

que, para desprender los anexos adherentes, hay que abordarlos por debajo y de abajo arriba, y, por consiguiente, que se ha de alcanzar por la vía más sencilla y menos obstruida el polo inferior del bloque úteroanexial.

a. Si los anexos inflamados están libres o poco adherentes, todos los procedimientos son utilizables.

b. Si los anexos están libres en un lado y adherentes a la pelvis en el otro, el procedimiento americano con ataque primero del lado libre es el procedimiento de elección (fig. 1313).

c. Si los anexos están fijos por los dos lados a las paredes pélvicas y si los flancos del útero están casi libres, vale más emplear el procedimiento de Terrier (fig. 1314).

(1) Consúltese J.-L. Faure, *Trib. médic.* (1904), pág. 149.

Éste es la ablación primaria del útero y secundaria de los anexos. Se quita primero el útero separándolo, por los dos lados, de los anexos enfermos y, gracias a la abertura dejada en el centro de la pelvis por esta extirpación previa, se pueden luego atacar los anexos por debajo.

Sin embargo, este procedimiento sólo es utilizable cuando se puede fácilmente separar el cuerpo del útero de los anexos vecinos.

d. Si no es así, se hace en absoluto necesario recurrir a la hemisección

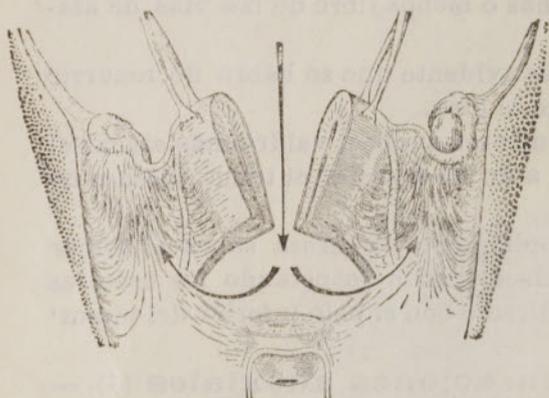


Fig. 1315. — Histerectomía por hemisección media (procedimiento de J.-L. Faure-Kelly)

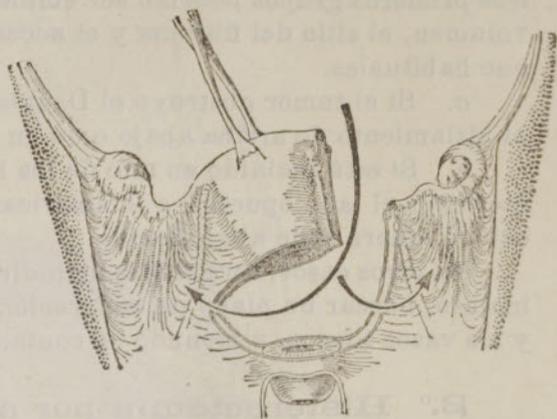


Fig. 1316. — Histerectomía por ataque intra-anexial unilateral (procedimiento mixto)

uterina, método de elección cuando todos los órganos de la pelvis menor forman un bloque compacto en el que es difícil orientarse (fig. 1315).

e. Cuando los anexos de un lado están completamente adheridos a las paredes de la pelvis y al útero, mientras que los anexos opuestos sólo adhieren

a la pelvis, dejando entre ellos y el útero una vía libre, se podrá emplear la hemisección uterina o bien combinar entre sí el procedimiento americano y el de Terrier (fig. 1316).

f. Finalmente, cuando el útero en retroflexión y los anexos enfermos son adherentes al fondo de Douglas, cuando el fondo del útero es inaccesible y no se le puede llevar hacia delante para practicar la hemisección, hay que recurrir a la sección del cuello por su cara anterior (fig. 1317).

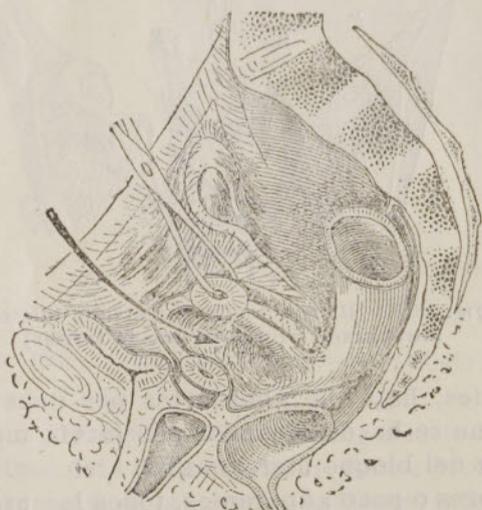


Fig. 1317. — Histerectomía por sección del cuello uterino por su cara anterior (procedimiento de J.-L. Faure).

Cualquiera que sea el procedimiento empleado, deberán adoptarse toda suerte de precauciones para evitar la infección de la gran cavidad peritoneal; se colocarán con el mayor cuidado compresas aisladoras destinadas a limitar el campo operatorio.

El desagüe será ordinariamente necesario; será amplio y bien colocado en el punto declive. Finalmente, se cuidará mucho la peritonización de la pelvis, que las roturas de adherencias harán a menudo difícil. Se recurrirá, si conviene, ya a los injertos epiploicos (Loewy) fijados en los sitios desprovistos de serosa,

ya a la sutura en el contorno de la pelvis menor, del asa sigmoidea y de su meso, extendido como un gavilán desplegado (fig. 1305).

3.º Histerectomía por cáncer (1). — La histerectomía abdominal total, con evacuación pélvica, constituye actualmente el método de elección en el cáncer uterino, cuando éste es todavía útilmente operable.

Describiremos su técnica según Wertheim y Jonnesco, que han sido sus protagonistas, y según la excelente tesis de Grimoud.

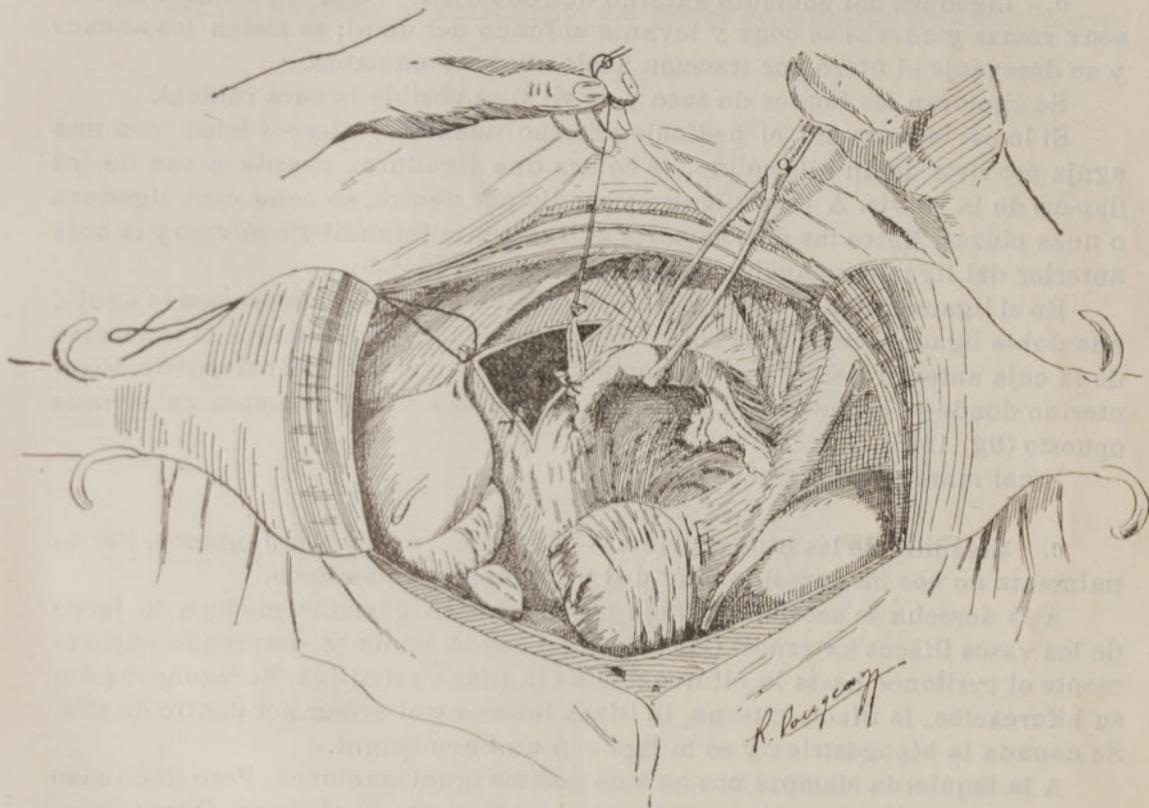


Fig. 1318. — Histerectomía abdominal por cáncer (Jonnesco). Ligadura del pedículo úteroovárico

Cuidados preliminares. — Los cuidados preliminares deben ser particularmente minuciosos. Durante dos o tres días, la limpieza vaginal se hará dos veces cada día. La vagina y el cuello se limpiarán con torundas, se tocarán con tintura de yodo o con cloruro de cinc, se lavarán con permanganato potásico y con agua oxigenada. Un raspado con termocauterización será siempre útil.

La mañana misma de la operación se hará una última limpieza vaginal, la vagina será cuidadosamente lavada y enjugada. Se colocarán unas pinzas grandes en el fondo de saco anterior.

Se vaciará la vejiga con la sonda metálica y se dejará ésta permanente. Pinzas y sonda servirán para marcar el fondo de saco anterior y la vejiga durante la intervención.

La operación propiamente dicha comprende tres partes: la ablación del útero, la evacuación de la pelvis, la peritonización y el cierre de la herida.

(1) Consúltese Jonnesco, *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, Septiembre y Octubre de 1902, n.º 5; Grimoud, T. de Toulouse (1904-1905).

A. Ablación del útero. *a.* Laparotomía. — Incisión media, con o sin ablación de la línea blanca. Abierto el vientre, se coloca a la enferma en posición muy inclinada, los labios de la herida se separan fuertemente con una valva ancha simple o doble. Se recoge completamente el intestino hacia el diafragma; se levanta y despliega con cuidado el colon hacia arriba. El todo se cubre con una ancha compresa bien extendida que cierra la pelvis y aísla perfectamente la gran cavidad abdominal.

b. Ligadura del pedículo externo úteroovárico. — Con unas pinzas de Museux romas y curvas se coge y levanta el fondo del útero; se aíslan los anexos y se desencaja el útero por tracción hacia arriba y adelante.

Se exploran los fondos de saco y se ve si es posible la cura radical.

Si lo es, levantando el pedículo externo anexial y úteroovárico, con una aguja provista de un hilo sólido, se coloca una ligadura, pasada a ras de los flancos de la pelvis. A 1 centímetro y medio por dentro, se pone otra ligadura o unas pinzas. Entre las dos, se corta el ligamento infundíbulo-pélvico y la hoja anterior del ligamento ancho hasta el ligamento redondo.

En el ligamento redondo, cerca de la pelvis, se coloca, siempre con la aguja, una doble ligadura, entre las cuales se le secciona. Se continúa luego la sección de la hoja anterior del ligamento ancho hasta el nivel del fondo de saco véscouterino donde se reúne con la que se ha practicado simétricamente en el lado opuesto (fig. 1318).

Igual maniobra en ambos lados.

c. Ligadura de las hipogástricas. — Es recomendada por Jonnesco. Personalmente no nos ha parecido muy útil y prolonga la operación.

A la derecha se secciona la hoja posterior del ligamento ancho a lo largo de los vasos ilíacos externos. Con el dedo o con la sonda se desprende rápidamente el peritoneo hasta la bifurcación de la ilíaca primitiva. Se reconoce ésta, su bifurcación, la ilíaca externa, la ilíaca interna y el uréter por dentro de ella. Se desnuda la hipogástrica y se la liga con un buen catgut.

A la izquierda siempre nos ha sido posible igual maniobra. Pero dado caso que no suceda así, se puede recurrir al procedimiento de Quénu y Duval (ligadura a través del mesocolon pélvico, véase pág. 930).

d. Desprendimiento de la vejiga. — Se incinde transversalmente el fondo de saco véscouterino, si ya no lo ha sido. El peritoneo vesical y luego la vejiga se desprenden con las tijeras y con la compresa hasta lo más lejos posible y siempre mucho más allá de las inserciones vaginales marcadas por el pico de la sonda vaginal que un ayudante hace resaltar.

El mismo ayudante empuja, si es necesario, la sonda vesical para reconocer bien los límites de la vejiga y evitar su desgarró.

Una vez despegado, se coge el delantal véscoperitoneal, se levanta y fija a la piel del pubis o se pone a cubierto detrás de una valva púbica.

e. Disección de los uréteres. Ligadura de las uterinas. — Vuélvase a los ángulos laterosuperiores. Recójase el uréter bajo el labio interno de la incisión hecha en la hoja posterior del ligamento ancho para descubrir la hipogástrica, debajo de la bifurcación de la ilíaca primitiva. Aíslese el uréter de arriba abajo y de fuera adentro, hasta el parametrio, dejándolo adherir todo lo posible a la hoja peritoneal. A nivel del punto en que el uréter es cruzado por la arteria

uterina, redóblese la atención, dislacérense prudentemente los tejidos con la sonda acanalada; evítese el desgarró ya del uréter, ya de la arteria.

Para obrar bien, lo mejor entonces es recoger la hipogástrica en su origen, denudarla rápidamente de arriba abajo, reconocer el origen de la uterina, aislar ésta por encima del uréter, ensanchando con la sonda la especie de túnel por donde pasa este conducto. Se liga la uterina dos veces, por dentro cerca del útero, por fuera cerca de su origen y se la corta levantánola con los hilos. que se dejan largos.

Se reanuda entonces el aislamiento del uréter prosiguiéndolo hasta la por-

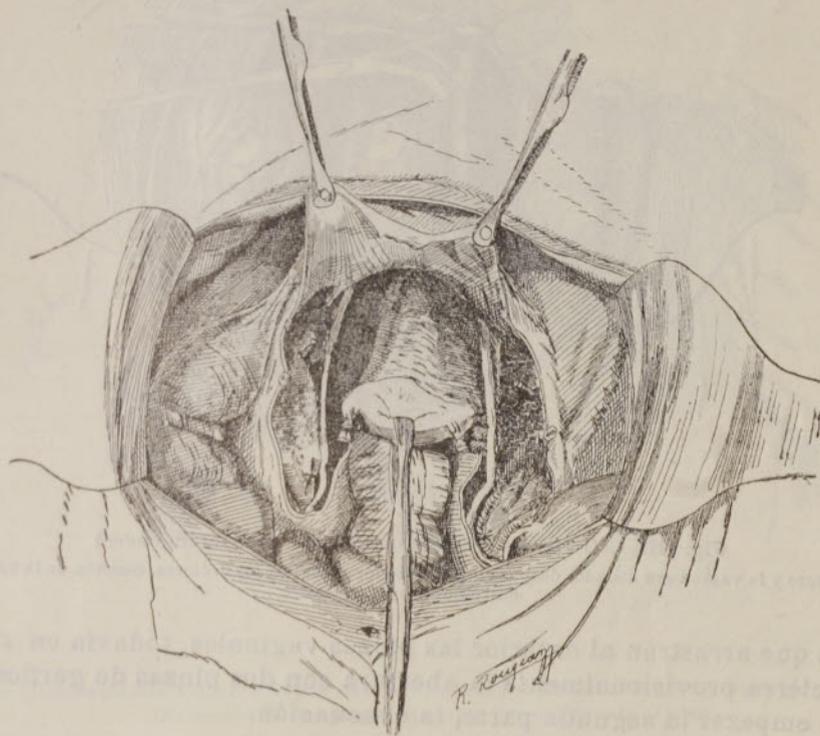


Fig. 1319. — Histerectomía abdominal por cáncer (Jonnescó)

Los uréteres son aislados, previa sección y ligadura de las uterinas. El delantal vesical se levanta hacia el pubis por medio de dos pinzas planas

ción vesical correspondiente, aislándolo con cuidado de la pared vaginal lateral. Este último tiempo es delicado y a menudo da lugar a una efusión de sangre enojosa, por rotura de pequeños vasos.

Entonces se empuja la vejiga un poco más lejos, llevando con ella los uréteres lejos de la cúpula vaginal (fig. 1319).

f. Incisión del Douglas. Desprendimiento úterovagino-rectal. — Se atrae el útero fuertemente arriba y adelante, por encima del pubis para poner tenso el Douglas y los ligamentos úterosacros.

Sobre el útero se seccionan transversalmente el peritoneo posterior y los ligamentos úterosacros y luego, con la compresa, se desprende el conducto úterovaginal del recto hasta más allá de las inserciones vaginales posteriores.

Se aísla igualmente la vagina por los lados hasta el nivel del suelo pelviano, formado por los elevadores del ano

g. Sección de la vagina. Ablación del útero. — Útero y vagina quedan bien aislados por todas partes. Entre dos pinzas oclusivas acodadas y lo más abajo posible, se corta la vagina sobre una compresa aisladora colocada detrás de ella (fig. 1320). Se limpia y se termocauteriza la sección. Si no se han empleado pinzas oclusivas acodadas, se introduce en el conducto vaginal una

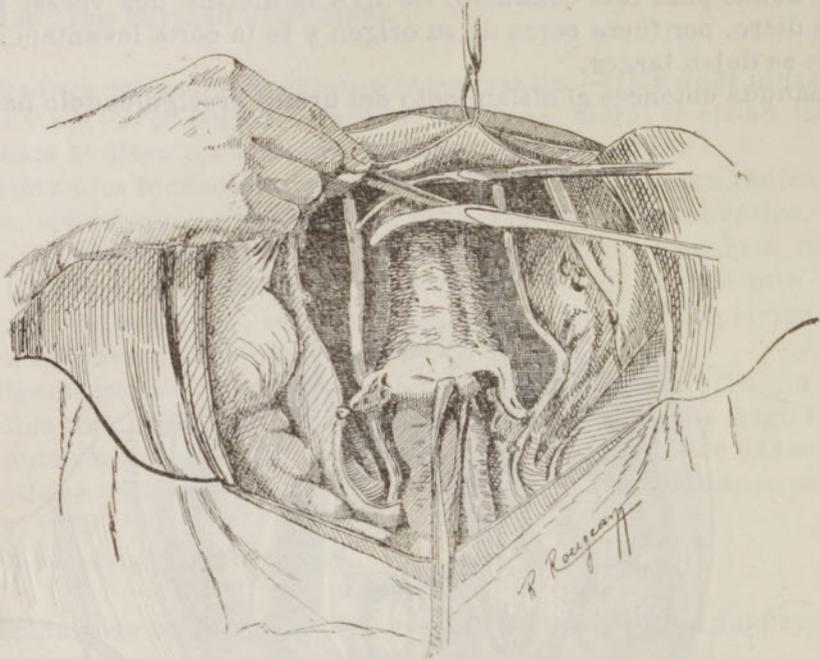


Fig. 1320. — Histerectomía abdominal por cáncer (Jounesco)
El útero y la vagina son aislados después de desprender o libertar los uréteres. Sección de la vagina entre dos pinzas curvas

compresa que arrastran al exterior las pinzas vaginales, todavía en su sitio, y luego se cierra provisionalmente la abertura con dos pinzas de garfios.

Va a empezar la segunda parte, la evacuación.

B. Limpieza o denudación de la pelvis. — Se hace con ayuda de una sonda canalada fuerte y larga, y de unas pinzas de disección con garfios y ramas largas.

a. Se empieza muy afuera sobre el psoas. Por medio de las pinzas y de la sonda, marchando ésta de abajo arriba, desde el conducto crural hacia la bifurcación de la iliaca primitiva, se desprende del psoas una hoja celulosa delgada que se despega de fuera adentro, se llega al lado externo de la iliaca externa, se pasa sobre la arteria, se la denuda y se la hace levantar y apartar hacia fuera para penetrar entre ella y la vena colateral. A este nivel existen a menudo ganglios. Se denuda luego la vena iliaca externa y se pasa por dentro de ella para descender a la fosa obturatriz. En el camino se encuentran la arteria umbilical y el nervio obturador. Se aísla éste y se le sigue hasta el agujero obturador, donde existe con mucha frecuencia un paquete ganglionar que se ha de extirpar muy minuciosamente.

b. Se ataca entonces la hipogástrica en su raíz y marchando de arriba abajo, se la aísla, continuando con la sonda el despojo completo de la pelvis. Así se llega hasta las astas vesicales, donde se levanta y corta francamente con las tijeras la terminación de la hoja celulograsosa que se ha desprendido de las paredes pélvicas del modo más continuo posible.

c. Se vacía la fosa sacrorrectal. Levantando a la derecha la hoja posterior del ligamento ancho, con el uréter que se ha de respetar, se la despega del sacro con el recto que es arrastrado, y luego se despoja el promontorio y las cercanías del tejido celular correspondiente.

d. Se despega entonces de abajo arriba el peritoneo parietal que cubre los vasos ilíacos primitivos, para llegar hasta la bifurcación de la aorta. Se atraen esos vasos hacia dentro con un separador y se limpia la fosa lumbosacra, descubriendo el origen del nervio obturador y del tronco lumbosacro.

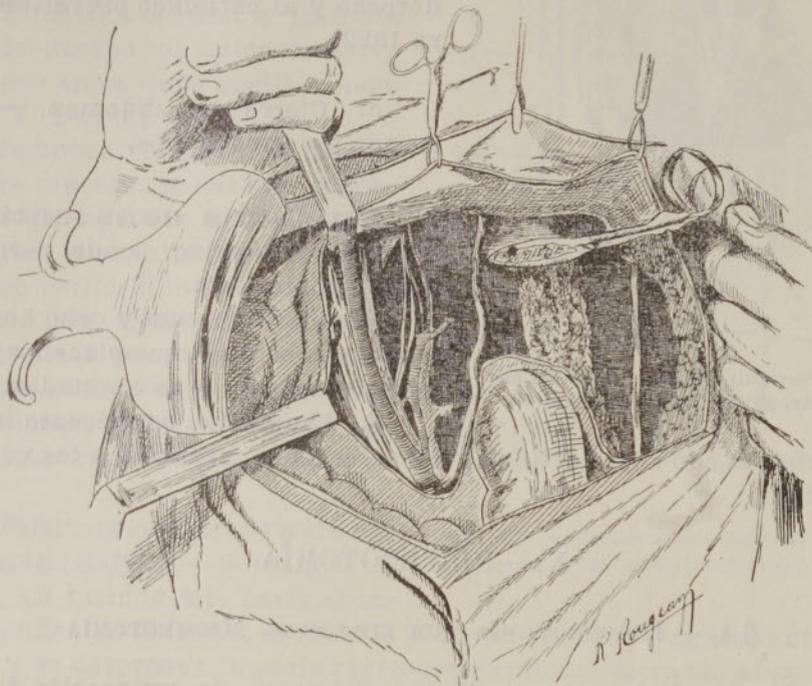


Fig. 1321. — Histerectomía abdominal por cáncer (Jonnesco). Denudación iliopélvica del lado derecho. Diseción de los vasos ilíacos y del nervio obturador

La denudación de la pelvis ha terminado (fig. 1321). Se colocan ligaduras finas en los puntos que sangran hasta hemostasia completa.

C. Peritonización y cierre de la herida. a. Desagüe de la pelvis. — Se empujan las pinzas vaginales a través del orificio vaginal vuelto a abrir. Cogen y arrastran uno o dos gruesos tubos rodeados de anchas mechas de gasa esterilizada. Cada tubo se dirige hacia uno de los extremos de la herida vaginal. Las mechas correspondientes se apelonan en la pelvis para rellenar las fosas obturatrices. Por abajo deben pasar sobre los uréteres, a los que cubren.

b. Peritonización de la pelvis. — Dos suturas laterales a punto por encima rehacen los ligamentos anchos de arriba abajo y de fuera adentro. A veces una sutura media de igual punto, que una el peritoneo vesical con el peritoneo rectal, basta con las precedentes para restablecer la continuidad de la serosa por encima de las mechas y de los tubos.

Si esto es imposible, hay que recurrir al colon y al mesocolon pélvicos. Entonces se atrae el colon pélvico por encima del orificio de la pelvis menor. Se

despliega su meso en forma de gavilán y, de izquierda a derecha, se sutura el borde libre del colon pélvico primero al peritoneo iliaco izquierdo, luego a la vejiga y luego al peritoneo iliaco derecho. A este nivel, más allá del codo brusco que forma el colon para volver a descender hacia la línea media, ya no es el colon mismo, sino el mesocolon lo que se ha de suturar al peritoneo iliaco derecho y al peritoneo prevertebral (figura 1322).



Fig. 1322. — Peritonización de la pelvis por medio del colon pélvico (Delage)

c. Cierre del abdomen. — Se hace en uno o varios planos.

Cuidados consecutivos. — Apósito compresivo, sonda permanente, suero, cafeína, etc.

Pasadas cuarenta y ocho horas, quítese las mechas y reemplácese por otras más pequeñas y poco apretadas.

Al décimo día, empíense las inyecciones vaginales con suero artificial. La enferma se levantará a los veinte días o más tarde.

X. — HISTEROTOMÍA

§ 1. — HISTEROTOMÍA POR FIBROMAS. MIOMECTOMÍA

Es la ablación de los tumores fibrosos del útero, sin extirpación de éste. Se practica por *vía vaginal* o *abdominal*.

A. — Miomectomía vaginal (1)

Conviene para los fibromas submucosos pediculados (pólipos) o sesiles, así como para los que ocupan la parte inferior de la matriz.

a. Fibromas pediculados (pólipos). — Si el pólipo es vaginal y de pequeño volumen, basta cogerlo y arrancarlo por un movimiento de torsión y de tracción combinadas; se toca el pedículo con el termo o con la cucharilla. Si el pólipo es muy grande y obstruye la vagina, se lo puede fragmentar primero para descubrir su punto de implantación, el cual, o bien es simplemente retorcido, o bien a la vez cortado parcialmente y luego retorcido, o bien, por último, cortado con las tijeras o con el termo, con o sin compresión previa. Si, por excepción, hubiese un abundante derrame sanguíneo, se colocaría una ligadura con la aguja.

Si el pólipo es todavía intrauterino, es necesario previamente dilatar, o bien hendir, el cuello (discisión lateral o hemisección anterior) para llegar a la cavidad. Entonces se procede como acabamos de decir. El cuello, si ha sido incidido, se restaura luego por una sutura.

(1) Consúltese Dartigues. T. de Paris (1900-1901).