

FACULTAD DE MEDICINA
DE
MADRID

DE LA HISTERECTOMÍA

RESUMEN CRÍTICO SOBRE EL ESTADO ACTUAL DE SU TÉCNICA

TESIS DE DOCTORADO

-1-

PROLOGO



ILMO SEÑOR
SEÑORES:

Que los albores del siglo XX, cuando la actividad humana invade los campos de la ciencia, de la literatura y del arte, y en el curso vertiginoso del progreso se ve a la ciencia de la vida, de la salud y de la enfermedad marchar a la cabeza del movimiento científico de todo los hemisferios y de todos los lugares, se asiste a una conculcación espantosa presauriendo en la inmensidad del saber, el más raro ejemplo de fecundidad artística y literaria, dado por la más estuosa, la más nu-

manitaria, la más moral, la más útil de todas las ciencias.

Y si este tesoro científico acumulado por la Medicina de todas las épocas, ha enriquecido mal ningún otro el caudal científico universal, preciso es reconocer y con pesar que el patrimonio actual de la Ginecología cuando surge por su exclusión y por el grado de perfección científica y artística de la Medicina el más valioso tributo de las especialidades pueden poner á los pies de la Medicina general.

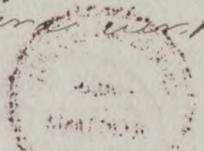
Y dentro del caudal científico de la Ginecología nada hay tampoco que pueda competir, conqúista que pueda igualar á la terapéutica activa, radical, de las lesiones uterinas, á esa terapéutica quirúrgica que

tanta trascendencia tiene en la fisiología humana
y en la fisiología social.

Aquí es como me he fijado yo en la *Historia de la Medicina*,
elejido este importante asunto en materia constituti-
va de mi tesis de Doctorado, y proporcionándome
con ella el honor de someter este trabajo, digno de me-
jor fortuna, á la alta consideración del Tribunal cali-
ficador de mi ejercicio doctoral.

No cuérese yo seguramente en la desatendida esperanza
de pedir benevolencia para mi empresa, en la q' sino
contara con ella de antemano, no hubiera ~~existido~~ tamén
se podría negar hasta aquí.

El concepto que yo tengo formado de la *Historia de la Medicina*,
es el de esherpacion radical, total, del libro,



sin admitir las clasificaciones consuetas de Histerone-
tomias parciales y totales, pues por razones q' no pue-
den ser ahora pertinentes, las Histeroneotomias parcia-
les no existen, debiendo ser incluídas en el mismo capí-
tulo de las Histerotomias; luego pues q' mundo ha-
ble de Histeroneotomía, se entienda q' me refiero a la
total intersección del útero-

Y la intersección uterina puede ser considerada desde
distintas puntos de vista, todas trascendentales. Yo
me queriendo considerar en este humilde trabajo a la
Histeroneotomía bajo su aspecto más artístico, des-
de un punto de vista puramente técnico. Retratar
pues el estado actual de la Histeroneotomía en el
mundo científico; poner de relieve una vez más

el grado de progreso artístico á que en esta materia se ha llegado; hacer en lo posible un estudio sintético y de clasificación de los métodos operatorios en que puede dividirse esta empresa científica genéricamente considerada y de los procedimientos quirúrgicos que por derecho histórico ó progreso científico lo merezcan, es lo que me propongo en las siguientes líneas.

Porque acerca de todo lo que en la ciencia de la Otorrinolaringología se ha venido haciendo desde las primeras tentativas hechas á cabo por Andrés de la Cruz, Narwhall, y Brandes, hasta los modernos y perfeccionados procedimientos de Fronmuel, Legend, Dozou, Richetot y Werteim, pasando por todas esas épocas en que Crooni, Langenbeck, Bardeleben, Leau,

Recauier, Koberlee, Esperuier, Wells, y hombros o-
tras, cubren de gloria las páginas de la cirugía ale-
mana-

He clasificado todos los procedimientos operativos
en cuatro grandes mitades y tienen dentro a figuras
hay en el artículo de la técnica de la distomatoma: el mé-
todo vaginal con sus cuatro submitades; el método abdomi-
nal simple y combinado; el método saero, y el método peri-
neal-

En la distomatoma vaginal no es posible prescindir hoy
de establecer como submitades, los procedimientos y utili-
dad de las ligaduras, la porción temporal, la emulsa-
ción subperitoneal, y la extirpación ígnea. En el mé-
todo alemán de ligaduras he seguido principalmente
de las técnicas de Cruveilhier, Esperuier y Plan, se-

- viendo después muchas modificaciones de interés se
han propuesto por Leberhart, Mackourat, Dierkesen
para las incisiones perineales; por Blanchouse, Chalot,
Spierke para la abertura de la cavidad peritoneal;
por Richter, Grucifel, Marthe para la vasectomía
uterina; por Bratt, Jennings, y Wegat para las
ligaduras laterales.

En los procedimientos al utilizar la fornicación em-
poral, se siguió a la escuela francesa para conser-
var la pureza técnica, siguiendo los procedimientos
de Peau, Boyer y Fouquet.

La histiocelaria abdominal está en pleno período de
señalamiento merced al principio erigido como funda-
mental en la terapéutica de los uterinos malignos

- nos de llevar la extirpación hasta sus últimos li-
mites - De este modo cuenta, ademas de los procedimientos
clásicos de Frensd y Bartholinus, con los más modern
nos de Arriolat y Legend, y el propuesto el año últi-
mo por Wirthheim, fundada en el principio de una
resección paramétrica estensa.

Los procedimientos que emplean la vía sacra, en conse-
cuencia de la conducta de Kraske en los cánceres del recto, que
den origen por la hembra de los manobras prelimi-
nares para penetrar en la pelvis, en procedimientos de
resección sacro-espigica simple, que siguen desde
Machenezz, Mercetel, Hershey y otros; procedimientos
de resección osteoplastica precedidos por He-
gat, Roux, Leovis, Markman, Kocher, Hai-

recte; y procedimientos sda resección ósea, cuya técnica
han dependido principalmente Otto, Zuckerkandl
y Wülfel-

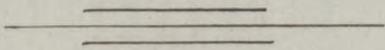
Y procurando ser completo, me detengo, por lo que
reser, en los procedimientos de Histerectomía perineal
hechos a cabo casi exclusivamente por Zuckerkandl,
Frummel, Olshausen, Lariger y Moser-

A lo que quisiera, ni hubiera podido amagarse, mas
a una un trabajo técnico de consultación, verdadero guía
para las salas de operaciones, no. Me intentado realizar
una empresa más modesta, cual es la de hacer un re-
sumen crítico sobre el estado actual de la técnica de
las isterpexis del útero. No he hecho un trabajo de

detalle, artístico, útil al operador, al cirujano, al prác-
tico; he hecho una recopilación de todo lo útil, un
estudio analítico - sintético de todo el campo técnico
de la Ginecología. Lo ha sido mi propósito de-
tallar, reglamentar la técnica, sino simplemente
reseñar, exponer, el estado actual de la cirugía del ú-
tero en su parte más radical, más activa, con sus
variadas y diversas modalidades y procedimientos, para
explicar el balance de lo que en nuestra época puede
apuntarse en el índice activo de la Ginecología.
Es así, paradójicamente, como versando sobre una
materia eminentemente artística, técnica, he
venido a hacer un trabajo puramente doctrinal,
científico -

-11-

Me' reconvenimiento no tendrá límites si es acogido
benévotamente por el ilustrado Tribunal á quien
va' dirigido=



CAPITULO I

HISTERECTOMIA VAGINAL

I

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Quien quiera admirar los progresos de la cirugía contemporánea, recorra las páginas de la literatura quirúrgica consagrada a describir la técnica de la estirpección uterina, suficientes por sí solas, para hacer de la Histerectomía la conquista más valiosa de la Operación quirúrgica, donde el Arte ha demostrado, su supremacía consorcio, la precisión, la economía de tiempo, el cálculo preciso, y el maximum de utilidad

-rismo práctico de que es susceptible toda empresa humana -

Así, no ha habido vía respetada para llegar a la matriz y salvar su conquista; y la vagina, el abdomen, la región sacra, el periné, han sido revueltas y atravesadas sucesivamente y en distintas épocas por los operadores, para hacerse dueños de un órgano de tanta importancia tiene en la fisiología femenina y en la fisiología social. of Freund, Oseryny, Mackenzie y Luchetrandt, son tan entre épocas memorables en la historia de la Ginecología como anacoreses inmortales de los nuestros métodos operatorios con que se atesora a la hora que corre la cirugía radical del útero.

En estas ligeras consideraciones críticas sobre Semica

uterina, me ocupare' de esos cuatro grandes metodos,
nombrado alto en todas las procedimientos respectivos
de alguna importancia practica o historica, cuyos cui
todas, incorporando o al las el simple o combinado, que
forma algo de las Histerectomias vaginal y abdominal, son:

- 1^o Metodo vaginal { Celso - Histerectomia - Histerectomia va
ginal - Cesary 1848
- 2^o Metodo abdominal { Laparo - Histerectomia - Histerectomia
abdominal - Freund 1848
- 3^o Metodo mixto { Laparo - celso - Histerectomia - His
terectomia combinada - Histerecto
mia mixta - Sayre 1892
- 

4^o Método sauro } Sauro-histerectomia - Histerectomia Sa
-ra - Stocheviégg 1888

5^o Método perineal } Perineo-histerectomia - Histerectomia
perineal - Luz Kir Kautl 1889

En el orden histórico corresponde el primer puesto a
la Histerectomia vaginal, pues si bien la Laparo-
histerectomia bien reglada por Fernes fue practicada
algunos meses antes de la operacion de Cossmey, es

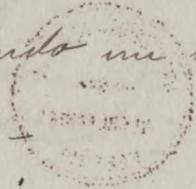
muy cierto y apase de las puntativas de estirpacion
vaginal suada a cabo por Langensbeck y Lyut-
teret, ya Burdell, Picarnet, Sander y Siebold en
tre otros, practicaron con éxito la estirpacion vagi-
nal algunos años antes de Freund neglara y mucha
debiara la histerectomia por el abdomen; si bien como
puede a Czermy la gloria de haber perfeccionado la téc-
nica de la histerectomia por la vagina



At present the criticism of the vaginal

Hay y ha de constar que desde Peau y Riquetot se ha
sistemalizado la técnica, especialmente en Francia y este
maria, en dos subculturas bastante diferentes en las
maniobras técnicas básicas, y han hecho y las actas opera-
torias, aunque fundamentalmente idénticas, sean distintas.
La escuela alemana, fiel a las antiguas, clásicas, prác-
ticas ha seguido con ligeras variaciones los consejos y
las huellas de Cremier, al paso que la escuela fran-
cesa, revolucionando la técnica, sucesos a las esfuer-
zos de Peau, Riquetot, Dague, han creado una nue-
va vía en los procedimientos, abriendo un nuevo
camino al progreso histeroquirúrgico.

Pero no sería imparcial, sino consigna a el mé-
-todo francés ha debido hacer y ha tenido de hecho,



un origen español que Spang expuso en 1851 la
conveniencia de sujetar los ligamentos anchos con com-
plices que quedarían por algún tiempo colocados;
y la misma indicación hicieron Grucifet un año
antes, haciendo construir unas tenazas, y Levinings,
un año después, poniendo en práctica la idea en
un caso de estirpación vaginal. A pesar de lo cual,
la secularización del método y su perfeccionamiento
sistemático, corresponde por completo a la escuela
francesa y a sus campeones Petit, Doyen, y Li-
met -

A pesar de estas autoridades, Cremona en sus pri-
meras operaciones practicó la estirpación, haciendo e-

nucleación del útero y no simultánea, al menos como principio fundamental operativo, ni de la fijadura, ni de las tenazas -

Por último, modernamente Markensrodt ha hecho la esteripación del útero por medio de la embriónica ignea, sin servirse fundamentalmente tampoco de ninguno de los dos submétodos franés y alemán. De aquí nacieron en resumen y definitivamente estas cuatro grandes modificaciones del método vaginal, esencialmente distribuidas entre sí, que bien desearse si figurar separadas por su distinta fundamentación técnica, constituyéndolas de los métodos grandes submétodos siguientes, cuya crítica hané sucesivamente - se :

1^o: Submétodo de ligadura 2 Submétodo alusivo. Fi-
la presión múltiple o parietaria - Sartre, Accamint,
Cesvny - 1829 - 1848 -

2^o: Submétodo de las tenazas - Submétodo francés.
Apresión temporal o en masa - Prou, Ricard, Do-
ren - 1882 - 1883 - 1887 -

3^o: Submétodo de enclavamiento subperitoneal -
Cesvny - 1884 -

4^o: Submétodo de espiración ignea Makurodt - 1899 -

II
SUBMETODO DE LIGADURAS



Una vez expuesta crítica de los límites de la historia
familiar regional por el submétodo de la ligadura, á quien

corresponde el primer lugar cronológicamente, seguirá el procedimiento clásico de Cheyne y es quien primero dio una técnica bien reglada de este acto quirúrgico.

La histerectomía por el procedimiento de Cheyne consta fundamentalmente de seis actos sucesivos = 1.º ~~aligamiento~~ ^{aligamiento} y fijación de la porción vaginal del cuello = 2.º Circuncisión de la mucosa vaginal = 3.º Liberación del cuello y despegamiento de la vejiga = 4.º Sección de la banda vaginal anterior y captura y extracción del cuerpo del útero hasta fuera de la vulva = 5.º Ligadura y sección de los ligamentos anchos = 6.º Extirpación del útero.

El primer acto lo ejecutó Cheyne en su primera operación con pinzas de gancho y tracciólo a través del cuello por arcos de hilo. La circuncisión de la vagina se practica invirtiendo primero la mucosa

vaginal, haciendo después la ligadura de todos los va-
sos que dan sangre. Se procede después a desprender
suavemente la vejiga sin emplear a sí posible nin-
gun instrumento cortante y maniobrando con caute-
la y con punta introducida en la vejiga si es nec-
esario, para evitar la herida de esta (como ocurrió
en la primera histerectomía de Granny) y sobre
todo la de los uréteres. Llegada la operación a
este punto, se procede a abrir la lúnula vaginal
anterior y posterior haciendo nemastasia; cogiendo
después la cara anterior del cuerpo del útero, se le
atrae hacia la sección peritoneal, colocándose las
pinzas cada una más arriba hasta que se consigue
sacarlo por dicha sección. Entonces se hace

través sobre él, hasta volverlo por delante de la vulva. Se procede después, mediante tres ligaduras en masa, a ligar los ligamentos anormales y se practica la sección de los mismos por dentro de las ligaduras, o sea entre ellas y el órgano, y libre de sus conexiones, puede ser estirpado. Se termina la operación ligando algún vaso que destile sangre y taponando la vagina. En la estirpación clásica de Cheyre se dijo, *enunciatum*, abierta la cavidad peritoneal; al menos, así lo hizo en su primera intervención. Esta técnica de la *Histerectomía*, aunque sustancialmente no ha variado, ha sufrido un gran número de modificaciones enriqueciéndose con algunos procedimientos que siguen la personalidad de cada cirujano, hasta

Uegar al grado de perfeccion de muy alta.

Como norma indicadora de lo que en estos tiempos es la "Mistermatomia" por el subtitulo de ligaduras, exponere el procedimiento de Proxmud.

El primer acto consiste en la circuncision de la vagina tratando el corte circular de tal manera que se divida al mismo tiempo toda la mucosa vaginal \rightarrow El pliegue vaginal transversal, indicado del limite de la vejiga, facilitara esta maniobra en muchos casos - La hemorragia que se produce no suele ser de importancia, pero tal vez sea necesario practicar alguna ligadura.

El segundo acto consiste en el abajamiento del útero y desprendimiento de la vejiga. Para ello,

una vez hecha la inserción vaginal, se abra con
pinzas o con el asa de vito el útero fuertemente
hacia abajo, y con los dedos, o con un instrumento ro-
mo, se principia a desprender la vejiga, procedien-
do lentamente, con dirección, y sin olvidar las par-
tes laterales, maniobra q' se facilitará si el orbe
vaginal anterior ha sido lo suficientemente pro-
fundo en su parte media. Una sonda introducida en
la vejiga servirá de guía en los casos difíciles y dubi-
-

tos -

llegado este momento, procede abrir la cavidad perito-
neal, bien por la banda vaginal anterior, o por
la posterior. Si el útero, por no existir una rigidez
esagerada en los parametrios, o por otra causa, se

se puede hacer descender fácilmente, haciendo como a menudo se consigue el pelique puntual anterior, se abrirá por
noso este; pero si ocurre lo contrario, procede abrir el
fondo de saco de Douglas, para lo cual, es lo que
consiste en el tercer acto, se abra el cuello estéril
con pinzas o con hilo contra superficies que bajaran a
fin de poner bien al descuberto la bveda vaginal
posterior; se hace una delicada disección en busca del
pelique de Douglas haciendo un corte en un des-
cubridor por delante de él, por el momento lo que se haría
si separar el peritoneo de la superior del útero, sin
mostrarle - abierto el fondo de Douglas, se hace
una ligadura entre el peritoneo posterior del mismo
y el borde vaginal que consiste en la sección en la par-
te posterior, realizando así el cuarto acto -

Un indicio de este desordenamiento posterior del útero, es ya posible mediante descender con más facilidad y de paso comprobar (y determinar si es necesario) si la liberación vaginal ha sido perfecta.

El quinto acto está constituido por la ligadura y sección de los parametrios y de los ligamentos anormales. Según la causa q' motive la intervención y según el estado patológico o normal de estos órganos, se permite más por la derecha o por la izquierda.

Para ello, suponiendo q' se opere en el lado izquierdo primero y q' el cuello está suficientemente descubierto, se introduce el índice izquierdo en la cavidad de Douglas abarcando por detrás el ligamento correspondiente y con el pulgar aplicado a' la cara anterior, se

se conoce definitivamente el parámetro y se procede á su ligadura del modo siguiente: con una aguja de Champ se atraviesa el ligamento de delante atrás (o tras lo mismo inversamente) lo más lateral posible y por el centro de la base del parámetro; con el índice, que sostiene la punta de la aguja, se la saca fuera de la cavidad de Douglas, y con un gancho ó una pinza se saca á la vagina uno de los extremos del hilo de Catgut y lleva la aguja, hecho lo cual se a muda fuertemente dicho hilo. Se secciona entonces con tijeras fuertes la porción estrangulada. Procediendo de idéntico modo se pasa á ligar y seccionar la parte inmediatamente superior del parámetro. Hecho esto se liga y secciona el parámetro

de la derecha de la misma manera -

Esta accion de los parámetros permite hacer con facilidad en casi todos los casos el descenso del útero, y empujando la vejiga hacia arriba con una mano arriba se practica la accion del pñique peritoneal anterior, lo q^o constituye el sexto acto

El séptimo acto está constituido por la sutura del pñique anterior del peritoneo vérgico-uterino y el borde anterior de la herida vaginal.

Uegado este momento, y para terminar la liberacion del útero, solo queda que practicar la extranqueacion y accion de los anexos q^o es el octavo acto. Esta maniobra puede practicarse de dos maneras: haciendo q^o el útero sufra un movimiento de

basanta sacando su cuerpo por la abertura del folio que precede al anterior, y es lo más cómodo, y lo mejor, cuando el útero no es muy voluminoso y goza de cierta movilidad; o bien, fortando su descenso y haciendo dicha ligadura y sección sin recurrir á la manobra anterior, esto es, *in situ*.

En el primer caso se torna el útero con pinzas o gancho por la cara anterior de su cuerpo y asíéndole cada vez más arriba, se consigue verificar su basantación: quedan entonces los bordes superiores de los ligamentos anchos arriba y adelante y el órgano en posición de ser liberado al verificar la ligadura y sección de los anejos. Se elevan de arriba abajo, de una modo análogo á como se hizo con los parametrios, dos ó tres ligaduras en cada lado con la aguja de Meschamps

o' un agujas cortantes, y cuando esto se verifica la sec-
cion entre estas ligaduras y el órgano.

En el segundo caso, cuando hay q' practicar dicha li-
gadura sin bascular el útero, se procurará bajar
cuanto se pueda y siguiendo el mismo procedimiento
q' cuando se ligan los parametrios, se irán colocando
de ligaduras cada vez más altas hasta alcanzar la
bóveda superior del ligamento ancho. Estas ligadu-
ras pueden practicarse primero en un lado y des-
pués en el otro, o' ir ligando alternativamente en uno
y otro lado, haciendo así un descenso del órgano en
espiral. Cuando se llega a este punto, es decir, a col-
ocar en cada lado la última ligadura, se discutirá
si conviene o' no dejar las agujas. La práctica de

Fronnel consiste en dejarlos en todos los casos en que resulte algo difícil su estirpacion y siempre, cuando es, que no esté precisamente iniciada.

Extraído ya el útero hay q' realizar el último acto de la operacion que consiste en cerrar la cavidad abdominal. Para ello, y antes, se verifica un examen definitivo de las ligaduras, haciendo alguna inyección donde sea preciso. Inmediatamente se atraen a la herida las hilas de la sutura vagino-peritoneal posterior, las de la vagino-peritoneal anterior y las de ambas paramétricas y anejos formando un haz que sale fuera de la vulva. Con cada hilo se practica una sutura q' comienza de adelante atrás la pared vaginal con el peritoneo anterior, el paramétrico,

el peritoneo y la pared vaginal posterior. Seudará solo en el centro todavía una endidura abierta, q se cerrará con los puntos de sutura precisos. Y solo en los casos en que por cualquiera causa conenga haver desague, habrá q dejár dicha endidura abierta. La Sailette y una correspondiente terminarán la interseccion -

Algo diferente del procedimiento expuesto es el de Petersi q lo ejecuta mediante los actos con una sola enumeracion se conviene: hemicircuncision vaginal posterior, apertura del sacro de Douglas, sutura peritoneo-vaginal posterior, sutura de la base del ligamento ancho, hemicircuncision vaginal anterior, desprendimiento de la vejiga, inversion del útero hacia atrás, ligadura

de los anejos y resto de los ligamentos anejos, sección del pliegue vaginal anterior, sutura de ambas comisuras vaginales, desage y curación.

Como se ve, las modificaciones interesantes son, no verificar la abertura del fondo peritoneal anterior hasta después de haber practicado la ligadura y sección de ligamentos y anejos: verificar el movimiento de la sonda hacia atrás: dejar semi-abierta la cavidad peritoneal. Respecto del tratamiento de los ovarios mantiene un criterio estéril.

Esta una de las maniobras que constituyen el conjunto de la técnica de la hysterectomía vaginal con ligaduras se modifica necesariamente según la causa y motivo la intervención, según las complicaciones y accidentes que

surgan en el acto, y seguir una serie de factores y elementos q' es difícil prever en totalidad. Por eso cada uno de esos actos se anticipa, retrasa, o' modifica en presencia de tales factores en cada caso particular. Pero los tres procedimientos anteriores q' pueden servir de tipo representante de las tendencias prácticas y conductas de la mayoría de los operadores, constituyen una serie completa tomando de uno o' de otro lo q' las particularidades de cada caso exijan.

Al hacer la crítica de conjunto de la técnica de la Misericordia magical con ligaduras, y al poner de relieve el criterio y la conducta de los principales especialistas me he insistido y fijado mi atención particularmente en los distintos problemas siguientes:

- 1^o = Secciones para-vaginales
- 2^o = circuncisión vaginal
- 3^o = Apertura del peritoneo
- 4^o = Posición del útero para liberarle
- 5^o = Ligaduras laterales
- 6^o = Tratamiento de las ovarios
- 7^o = Tratamiento de la herida peritoneal

Las secciones penurias para-vaginales y modernamente
tra tratado Schuchardt de erigir como método especial
de Histerectomía, sin fundamento alguno, que, como si lo,
y probablemente seguirán siendo, una maniobra de necesi-
dad para ciertos casos de rigidez y estrechez vaginal,
y para hacer una extirpación en extenso en casos de
neoplasias malignas; jamás un método efectivo que

tenga derecho por esa sola particularidad a esqui-
vilar la técnica de la Mistherectomia - Y hay q' hacer
constar q' en este concepto lo mismo puede constituir
un acto propio de la Mistherectomia con ligadura, que
de la Mistherectomia francesa

Poncharot << divide lateralmente toda la pared
vaginal desde su parte inferior hasta el cuello, y la o-
bra continuando hasta el cervic. la incision longitudi-
nal de la vagina y rodeando el cuello en forma arquea-
da, viene a constituir en su conjunto un corte anverso
- posterior >>

Diez Brock no practica mas q' una accion lateral
profunda en el lado derecho interesando vagina y pe-
sine' y profundizando unos seis centímetros cayendo

en su dirección entre las tuberosidades isquiáticas
y el ano. Sin hallar el gran corte de Schneidert, es
en la inmensa mayoría de los casos suficiente. Otros
cirujanos han abierto o seccionado el labio sub-va-
ginal poniendo así más al descubierto el útero y también
sele más asequible -

Waguet, Storansson, Krause, Depage, y Phelen han
hecho uso en casos necesarios de estas secciones para-
vaginales -

La circuncisión vaginal es ejecutada de muy distintas
maneras. Unos hacen desde luego un corte circular re-
sificando la circuncisión de una vez como lo realizó
Ossery en su primera operación y como lo sigue ha-
ciendo Fritch - Otros hacen la hemi-circuncisión an-

terior, desprendida en el acto de la vejiga y sin abrir el pñie que peritoneal anterior pasan á hacer la herniacion cision posterior. Este procedimiento sigue Fronmel, McNausen y otros. Porri y Mastui empezaron por la herniacion posterior, y no hacen la anterior des- ta despues de abrir el saco de Douglas y traxer las ligaduras de las bases de los ligamentos anclados. La apertura de la cavidad peritoneal la practican Fronmel, Marot, Porri y otros muchos, abriendo primero el saco de Douglas: Fronmel y Marot despues de des prender la vejiga, Porri inmediatamente despues de hacer la herniacion posterior. Unos hacen una ligadura entre el peritoneo y la vesida vaginal, o- tros consideran innecesaria esta manobra. McNausen entre otros, abre primero la bandeda peritoneal ou-

- Uterio -

La mayoría de los cirujanos siguiendo el ejemplo de M. Roussin han abandonado las prácticas de hacer cab-
entat el útero y haciendo su discurso hasta el límite q-
permite su movilidad, su volumen, sus adherencias no des-
prezadas, practican las ligaduras de los ligamentos y
de los anejos in situ, de abajo arriba, poco á poco, hasta
llegar al borde superior. De manera q' este proceder,
q' fue de necesidad en algun tiempo, hunde á veces de
decisión. Es más racional, responde mejor á un ideal
quirúrgico, expone menos á la infección de las partes
inmediatas en casos de neoplasias malignas ó lesio-
nes uterinas sépticas.

Ay sin embargo muchos cirujanos q' todavía usan

d'entre la basentacion del útero. La invencion de Lea a
debeu seguir el ejemplo de Cesary tiene mas parti-
darios. Entre ellos estan Fronmel, Spilch, Küstner,
Zweifel -

La invencion de Lea esta casi abandonada; sin em-
bargo de lo cual alguna vez se practica Martin, Porri,
y Proust.

Algunos operadores con abito de practica se libe-
raron del útero, seccionan por la linea media, con
lo cual se facilitan extraordinariamente las ligaduras
laterales -

Uno de los tiempos mas interesantes de la Histerectomia
vaginal con ligaduras es el correspondiente a la realizacion
de las ligaduras laterales, indicando por tal, la de
parametrias ligamentas y anejas -

Un primer ligamento bajo cuerdas, y estas ligaduras la-
terales se hacen en una sesion en los casos q' se libera el
útero in situ, al paso q' tanto en los casos en q' se in-
vierte hacia adelante como en los q' se invierte hacia
atrás, se hace en dos sesiones. Cuando es la inversion ha-
cia adelante se ligam. los paramétrios primero inmedia-
tamente despues de abrir el fondo de Douglas y es el
q' preferentemente se abre primero. Si se abre primero
el pñique anterior, se hace generalmente la ligadura
de ovejitas, y despues de abrir el saco de Douglas, la de
los ligamentos. Algunas veces, sin embargo, cuando se a-
bre primero el pñique anterior y la inversion es hacia
adelante, por esta abertura se practica la ligadura la-
teral completa de arriba abajo. De modo q' en la inver-
sion hacia adelante la ligadura se verifica

a' unirse en una sesión.

Que sea en una sesión, que sea en dos, las ligaduras la-
terales pueden hacerse con o sin ligadura provisional. La
ligadura provisional puede ser clásica y así la llaman á
este Wohlfarth, Meyer, y Kaltenbach, abrazando en masa
los ligamentos anales. Jennings hace uso de un hilo de se-
da. Para la ligadura definitiva se puede proceder de tres
maneras: ó se hace la ligadura mediata en varias sesio-
nes, ó se practica el método americano de Frank
seguido por Gyffe, Chartmont y otros, haciendo la li-
gadura de cada vaso previa su discción, ó se sigue u-
na conducta mixta de los anteriores haciendo la liga-
dura en trozos y después la de los vasos.

El procedimiento que siguen los Cirujanos respecto al

modo de tratar los cuervos, varia con un sin fin de causas y de particularidades en cada caso enumerado. Pero sin los q' sistemáticamente los exploran o los dejan reglando su evolución segun las circunstancias. Kalkenbach y Faul se en casos de cancer se declaran partidarios de la exploracion sistemática.

La verida peritoneal es tratada de muy diverso modo, si bien puede decirse q' en el metodo vaginal de lige dura la mayoria se declara partidario, no habiendo indicacion especial, de error el peritoneo total o parciamente al menos. En Francia, y sobre todo en Inglaterra, es donde mucho con mas partidarios la no ocusion de la cavidad peritoneal, al menos totalmente. En Alemania la reconocen Obermyer, Fritsch. La practica mas generalizada es la de atraer

los muñones y ligarlos á ambos lados de la herida, y
dejar una pequeña abertura en el centro.

Dirigiendo una mirada retrospectiva sobre las bre-
ves consideraciones críticas que preceden, se puede a
firmar el estado actual de perfección de la téc-
nica de la clitorsectomía vaginal con ligaduras,
permite descomponer esta operación en cuatro actos que
surgieron fundamentales

- 1.^o Circuncisión vaginal
- 2.^o Desperdimiento cervical



3^o = Apertura peritoneal

4^o = Ligaduras y secciones laterales

Y otros en su caso accesorios o circunstanciales y perfecion
mas o en su lugar la técnica

1^o = Incisiones para-vaginales

2^o = Basentamiento del útero

3^o = Estigmas ovárica

4^o = Oclusión peritoneal.

Los cuatro primeros constituyen condiciones ~~que~~ son esenciales,
manejos, manejos necesarios, verdaderos elementos o-
perativos, fundamentos técnicos de toda histerecto-
mia con ligaduras; al paso que los segundos, verdade-
ros actos circunstanciales, no siendo absolutamente
necesarios para llevar a cabo la esterificación, con-

plumbeum y perparianare el métabo, figurando hoy
en toda *Misderectomia* típica -

De tal modo, y si, como resumen, quisiera consignar
la técnica de una *Misderectomia* ideal, dado el estado
actual de este problema quirúrgico, y siguiendo el planer
y la práctica, cimentada en la experiencia, de la ma
yoría de los operadores de todos los países, diría que
la técnica de la *Misderectomia* vaginal con ligadura
consiste de los siguientes actos ejecutados sucesivamente
y por el orden en el que se ejecutan -

1º = Meniurección vaginal posterior -

2º = Abertura del saco de Douglas

3º = Meniurección vaginal anterior

4º = Desprendimiento de la vejiga

- 5º = Misclura del saco peritoneal anterior
- 6º = Ligaduras laterales y seccion de ligamentos anchos
- 7º = Semisecusion de la cavidad peritoneal

III

SUBMETODO DE FORCIPRESION TEMPORAL

El empleo de pinzas o' cepos para asegurar la hemostasia especialmente de los ligamentos anchos, se aplicó no' la primera vez a la Misrectomia. En la critica del sub metodo distribuí a grandes rasgos los procedimientos de Plan, Ricnelot y Soyen y son los de la mano reglamentada y los de la mano exigida en procedimientos de eleccion.

El procedimiento de Plan se reserva hoy para

ciertos casos de supuraciones pútridas.

La característica del procedimiento clásico de Pearce, es extraer el útero por fragmentarium enesica del órgano. Para ello se hace la circuncisión vaginal, y en seguida se procede a desprender la vejiga de sus conexiones posteriores y el útero de toda conexión anterior o posterior. Sujeto ya el órgano solamente por sus ligamentos laterales, se procede a su liberación por fragmentarium del modo siguiente.

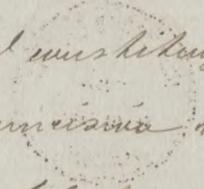
Se le atrae fuertemente hacia abajo: se colocan en cada lado dos pinzas y se agarran la base de los ligamentos an-teros a una altura próximamente de tres centímetros secciónndolos al ras del útero. Se divide entonces el cuello uterino en dos volutas o valvas anteriores y posteriores y de una altura igual a la de la porción

seccionada de los ligamentos: se escinden ambos, desmenu-
diendo de este modo un primer fragmento cervical; su-
cesivamente despues de verificada esta manobra, se re-
quite cada vez mas arriba, y de este modo se estirpa el
útero por fragmentos sucesivamente adheridos.

Puede hacerse tambien la estirpacion de un modo al-
go diferente, pues en vez de desmenujar el útero por
completo de sus adherencias antes de proceder a su frag-
mentacion, puede irse haciendo este desmenujamiento
tambien en secciones, por trozos, de abajo arriba, a medi-
da q' se va fragmentando el órgano - de este modo ca-
da manobra de fragmentacion comprende varios ac-
tos: desmenujamiento anterior y posterior del útero, se-
cion de los ligamentos anejos, formacion de las valvas
en la porcion de útero aisladas, escision del frag-

miento en' absoluto -

Practica tambien la extirpacion del útero sin fragmentacion, por un procedimiento sencillo y elegante: ha-
ria la circuncision vaginal, el desprendimiento de la vejiga
y la apertura de los sacos peritoneales; y seguida, pro-
duciendo un abajamiento forzoso del útero, lo liberaba, co-
locando pinzas en sus ligamentos de abajo arriba, seccionan-
do a medida q' iba ascendiendo en los cordes y en la colo-
cacion de las pinzas - cuando esto es posible hacerlo bien,
que no siempre ocurre así, no hay procedimiento q' sea mas
mas sencillo.

Procedimiento de Richelot. Se principia por practicar
un prolapso artificial del útero q' es lo q' constituye el
primer acto - despues se practica la circuncision vaginal,
insertar en la misma insercion uterina  para no es-

ponerse á visis la vejiga >> enseguida se lleva á cabo el desprendimiento de este órgano con el dedo y las tijeras. El cuarto acto está constituido por la abertura del seno de Douglas para lo anal << penetrase, dice Reclusat, con el índice en el espacio de Douglas >>. Después se abre el plicque anterior << por la simple presión del dedo, o' dése un ligero tazo >>.

El sexto acto está constituido por la basculación del útero hacia atrás << Después de insinuar con los dedos la abertura del espacio de Douglas, pongase el índice y el medio izquierdo con la cara dorsal hacia abajo en lugar de la ventera posterior: insinúese en el fondo de seno de Douglas lo más arriba posible, y asegúrese de que no se presenta un asa umbilical á emborpear la maniobra. Cójase con una pinza axina la cara posterior del útero y atraigase, mientras los dos dedos velan en

el punto, lo enganchan y lo empujan de arriba abajo: una segunda erina, si es necesario, envuelve a' cogir la cara un poco más arriba, y muy pronto el cuerpo uterino sale por la brecha >>

El último acto consiste en la forajadura y sección de los ligamentos << El índice siguiendo siempre en la brecha por dentro, se desliza a' la derecha y cogiéndole en su cavidad el borde superior del ligamento invertido - Luego, tomando una pinza lanquilla recta, introdúcese de arriba abajo, es decir de la base del ligamento arriba hacia su borde superior, empujándose este borde hacia el instrumento con la cara anterior del índice: aléjese un poco hacia la derecha el talón de la pinza hasta el último punto. Córtese el ligamento a' poco muy cerca del útero, y hágase salir este por completo - Después, cogiendo el útero con toda la mano colóquese equidistante, maniobra más fácil, la pinza del lado izquierdo; con

Justas ligeretako termina la operacion →

Las maniobras consecutivas consisten en pellucar alguna
vase of lardaria sangre, quitar aváguetas, limpiar y cubrir
una tira de gasa floja o torunda de nata a' la entrada
de la cavidad peritoneal seguida de otros. La enferma se
trabada a' su cama << sosteniendo el tronco de pintas con un
grueso peloton de nata colocada debajo >>. Las pintas se
quitan a' las 24 horas.

El procedimiento de Sayre consiste bastante de los an-
teriores. Principia por hacer todo lo mas completamente
se posible el descenso del intesto, volviendo el cuello lateral
miente con dos pintas of continuare colocadas hasta el fi-
nal. Se practica la circuncision vaginal con las ligeras
abriendose paso por detras hasta llegar a' la tienda
peritoneal posterior; se abre esta con el indice derecho

desprendiendo sobre las adherencias que quedan en la cara posterior del útero - Después se verifica por la parte anterior la separación de la vejiga y de los uréteres. Coloca enseguida un separador anterior que cubra la cara anterior del utero peritoneal de este lado. Llegado este momento pueden ocurrir tres casos: que el útero sea francamente empujable hasta fuera de la vulva; que sea esta maniobra de algunas dificultades, o que resulte realmente difícil por el excesivo tamaño del útero, por fibroma o embarazo, &c. En el primer caso, se abre el seno peritoneal anterior, y cogiendo con pinzas de garfios la cara anterior del cuerpo del útero cada vez más arriba, empujue sacarlo hasta por delante de la vulva.

Si por el contrario, esto no se logra fácilmente, ha

re la hemisección media del órgano. del modo siguiente:
se: suprimiendo el acto previo de abrir el seno peritoneal
anterior, que se practica ahora, seccionamos de
bajo arriba la cara anterior del cuello uterino en la
línea media y el pliegue peritoneal en cuanto se llega
á él, y carga sobre el separador la cara anterior de
este pliegue - A medida que va prolongando y ascendien-
do esta sección media, va cogiendo con pinzas sus
bordes cada vez más arriba, hasta que llega al punto
del órgano -

Con esta maniobra se consigue q' un útero poco
voluminoso pueda ser colocado fuera de la cubeta -
En el tercer caso, de úteros muy voluminosos y fi-
bromas múltiples, lo q' hace con más frecuencia,
es tallar un colgajo central en forma de V sección

de de él por 3 ó tres fragmentos, los necesarios para que tirando alternativamente de dicho colgajo y de los laterales, consiga extraer el útero - Algunas veces es mejor de hallar este colgajo central y angular, se sea de cada lado de la sección media los fragmentos necesarios para conseguir el mismo objeto.

Todas las maniobras q' preceden hechas rápidamente, sin hemostasia, tienen por objeto sacar el útero fuera de la vulva - Ahora procede a hacer la sección de los ligamentos laterales y su sección para la completa liberación del órgano - con tal objeto, y principiando por la izquierda, sino hay indicación especial en contra, abra los anejos de ese lado lo más abajo posible e introduciendo el índice izquierdo a nivel del fondo de saco posterior, coloca

con la mano derecha su pinza larga elástica de modo q' abarque todo el ligamento lateral y anejos; y elevando de q' la pinza no coja otros órganos se la aprieta al máximo; para seguridad mayor coloca otra pinza más pequeña debajo. Si la pinza mayor no ha podido llegar hasta los anejos, coloca otra arriba. Solo cuando es cuando acciona de uno o dos dedos sobre todo el ligamento de ese lado. Del mismo modo, pero mucho más cuidadosamente ya, procede en el otro. El útero queda estirpado: tapura con una compresa: ahora los dos colgajos peritoneales anteriores y posteriores. La pinza pequeña la quita la misma tarde; la mayor a los 48 horas, removiendo la compresa.

Las consideraciones que preceden dan idea, siquiera sea
somera, de lo que he llamado a ser la "Misteriosa"
magical por el submundo de las letras. Los tres procedimientos
sumariamente descritos se tratan hasta donde
de es posible, dado a lo que obliga la concisión, el estado
actual de este problema quimérico

El submundo tiene de propio, de característico, la au-
sencia de toda ligadura y el empleo de la preposición
para hacer la nomenclatura operatoria

Cada procedimiento tiene un objetivo, y debe estar se-
servado a determinados casos.



Deben merecer una especial atención los actos siguientes:

1º = Martura peritoneal

2º = Posición del útero para su liberación

3º = Torciones y curvaturas laterales

4º = Tretamiento peritoneal consecutivo

La abertura del fondo de saco de Douglas en primer término, es la regla en el subcuidado de las hembras.

Esto permite un mayor abajamiento del útero y un desprendimiento más perfecto de todas sus adherencias posteriores a la vez que un buen neuroanestésico digital de todo ese territorio.

El pliegue anterior se abre después previa disección de la vejiga, excepto en el procedimiento típico de Doyle, en el que al practicar la hemisección, se secciona de

Uno oblique cubriendo enseguida un colgajo parietal bajo la placa colocada en la parte anterior.

En el procedimiento de Pear o bien se practica la aclusura peritoneal previa, o a medida q' se va ascendiendo en la fragmentacion y en uno de los primeros cortes.

La posición que se da al ciego para su liberacion, es una de las características del submitado, pues al paso q' se va desmenuando de ligaduras muy tendenciosas a abandonar la cavidad del ciego, procurando traer las ligaduras in situ siempre q' esto sea posible.

En el submitado de las hernias, la inversion hacia adelante es la regla en el procedimiento de Sargis, practica q' tambien siguen Houdouin, Ligaud, y otros; hacia atrás en el procedimiento de Picquet.

Este último Cruzano en sus primeras operaciones

hacia la forispermia en el útero dorsal siguiendo
en ello la práctica elegante de Peau

Il n'y a point d'inversion réelle en le procédé
de Dugès, y en general en todas las inversiones
hacia adelante, no hay verdadera inversión en el sen-
tido estricto de la palabra, pues de lo q se trata es
de hacer salir el útero fuera de la vulva, para lo
cual lo q se hace es una tracción hacia adelante y
abajo, sin llegar a forzar el movimiento de bascula,
y sin q este por lo tanto llegue a verificarse por com-
pleto. En cambio, en el procedimiento de Richelot
la inversión es real, puesto q sacando el cuerpo del
útero por la abertura peritoneal posterior, hay q
hacer sufrir al órgano una verdadera basculación

hacia atrás - En este concepto el procedimiento de Doyen,
no practicando la hemisección media, si es anti-estético,
si bien de necesidad y conveniencia en muchos casos, es
más artístico, pudiera decir más quirúrgico, si bien
a algunos parecerá ese prolapsus portado, poco estético -
La hemisección media y el colgajo angular de Doyen
deben ser recursos de necesidad para los casos en que no
sea posible la emulsió del útero por su excesivo vo-
lumen o por varias tumefacciones múltiples, fibromato-
sas especialmente - En el mismo caso está la escavación
convexa central de Segond y consiste en escavar la pa-
red anterior del útero en su parte central hasta de-
jarle reducido, si es preciso, a su cara posterior y punto
con lo cual bascula hacia adelante; bien entendido q
en algunos casos llega a hacer lo mismo con la pa-

ret posterior dejando el órgano situado á en tanto en
los dos cuernas -

El ideal quimúrgico sería hacer la colocación de las pintraz
con el útero derecho, prolapso, pero en ocasiones si pre-
ciso es traerlo por completo como quiere Duysen, ó bien ha-
erlo bascular hacia atrás para colocar después los de
nóstras, como lo hace Ricardet

Por eso la técnica de Peau es más ideal. Su procedi-
miento de fragmentarium, también muy original, ya
es más grueso y de necesidad en determinados casos -

Lo más singularísimo el submiedo de el me cuerpo,
es la supresión de toda ligadura en las conversiones
laterales y su sustitución por pintraz especiales ó cepos
q se colocan en los ligamentos anclados q los anejos -

Estas pintraz se colocan de abajo arriba en los pro-

redireccionados de Pearce, de arriba abajo en los de Doyere y
especialmente en el de Riebelot - En el procedimiento de
Doyere cuando se ha conseguido sacar el útero sin hemi-
sección, en realidad las pinzas vienen a colocarse de a
bajo arriba - Lo que mas singulariza el procedimiento
de Doyere es el hecho de colocar las pinzas, en todo
caso, después de haber sacado el útero, mientras que Ri-
ebelot sin insistir tanto en esta empujacion uterina
previa, después de haberlo hacia atrás el órgano, co-
loca las pinzas y lo empuja -

En los casos en que la aplicacion de las tenazas se
hace in situ, como se colocan a medida, y se van va-
ciendo las acciones y se va desmenuando, hay que colocar
varias, lo mismo que en la fragmentacion; mientras
que en los procedimientos de Riebelot y Doyere a cu-

es es suficiente una sola si enriquece abarcando arrijos
y ligamentos. Doyne además coloca una pintura costal
detrás de su pintura clásica especial, para mas se
curidad.

El submétodo de las tenazas ofrece por último la
particularidad de dejar abierta la cavidad peritoneal
y es uno de los mayores reparos y se le han dirigido.
Algunos, en vista de esto, han tratado de seguir una
conducta ecléctica. Así Grümpel coloca tenazas en los
parametrios y liga la parte superior de los ligamen-
tos ~~parametrios~~ corriendo después el centro de la herida, de-
jando dos heridas, una en cada lado, para las salidas
de las tenazas. Apesar de haber abandonado su pro-
cedimiento, siguen uno parecido Byford, Pine,
Amfast, Schauen, Wilder, Brummel, y Kurt

- nest sau operato de un mado aratago in determinadas
circunstancias, especialmente en presencia de úteros car-
cinomatosos.

Con ligera variante a la hénica anteriormente des-
crita, han estirpados úteros malignos de diversas:

Müller, Loudan, Sigman, Doderlein, Schramm,
en Alemania; Rusier, Reclus, Meiss, Baudry en
Francia; Jacob Delaisieux en Bélgica; Acconci, Bas-
sarelli, Margiagalli en Italia; Corleus, Castman,
Polk en América

Resumiendo lo anteriormente expuesto, puedo decir

que el estado actual de la hémica de la Metematomia vaginal con tenazas consta, como el submédulo de liga laras, de cuatro actos fundamentales e intrínsecos

- 1º = circunscisión vaginal
- 2º = Desprendimiento vesical
- 3º = Abertura peritoneal
- 4º = Forcepspresión y sección laterales -
de otros cuatro circunstanciales o extrínsecos
 - 1º = Incisiones para-vaginales
 - 2º = Basculación del útero
 - 3º = Extirpación avárica
 - 4º = Oclusión peritoneal

Quirúrgicamente hablando, lo fundamental, lo raro y temible, lo que constituye el acto diferencial entre ambos submédulos, es una sola cosa. La sustitución de la li-

gadura por las leucorras, aun de la tendencia notada
de erijir á la base de la vagina como regla en el submítulo de
las leucorras, y como excepcion en el submítulo de ligaduras.
La primera constituye una diferencia quirúrgicamente
esencial, la segunda una variación puramente técnica.

IV°

SUBMETODOS DE ENUCLEACION SUBPERITONEAL Y ESTIRPACION IGNEA

Las submítulos q fueran objeto de las precedentes líneas
demuestran muy la práctica de la distrofia vaginal
en todas las técnicas; son por desisto así las operaciones
de elevacion en todas los casos en q se pretende estirpar
el útero por la vagina. Las submítulos de Enucleacion
subperitoneal y de Estirpacion ignea, á quienes me de
deber, pretendiendo ser completo, breves consideracionis

nes, son por el contrario intervenciones; una abandona
nada casi en absoluto o relegada a' esporádicas cir-
cunstancias, y otra, defendida estrictamente por Ma-
Kensadt, en raras ocasiones de generalización práctica
y justificable únicamente en casos de úlcera cancerosa.
Sanzemberk fue el primero q' estirgó el útero por el
submetodo de descorchamiento subperitoneal en un caso
en q' resultaba fácil el desprendimiento y diseción de
de la serosa, uniendo después con puntos de sutura
algunas v. g.aduras q' se habían hecho en ella. Algun
tiempo después Cesermy en una de sus primeras estir-
paciones siguió la misma conducta - En algunos casos la
serosa se deja desprender con mucha facilidad, q' es por
sectamente posible este modo de estirpación, q' evitaría
las ligaduras y recisiones de los ligamentos anormales,

acto el más interesante de la Histonectomia

Bien es verdad que en casos de fibromas serían muy escasas sus indicaciones, pues apenas podrá ponerse en práctica, y lo mismo ha de ocurrir en el cáncer, en el serían precisas lesiones muy limitadas del cuello y del endometrio.

Prentiss ha operado de esta manera en algunos casos, y lo mismo han hecho, entre otros, Olemauser, Bo Kel man y Gane.

La estirpación ígnea, más moderna, ha tenido más indicaciones y más posibilidades; y si bien no puede erigirse hoy como un submétodo con derecho a primacía, tampoco es justo desecharla en absoluto de la práctica corriente.

La idea fue expuesta por MacKenroff hace poco más de once años como consecuencia del peligro existente

en los demás metidos y en casos de comert de infectar las partes inmediatas con sanies o particullas cancerosas. Con el galvanico cauterio estirpa gran parte de la vagina y practica una incision lateral q' llega hasta el cuello. La cavidad de Douglas se abre tambien con el cauterio, y con él separa la vejiga de la cara anterior del útero hasta q' llega á perforar el plegue peritoneal anterior. Despues, valiéndose de unas pinzas especiales, sujetan los ligamentos y los secciona de abajo arriba, cauterizando los muñones. La parte superior de los ligamentos se sujetan con pinzas de Reinold, y se ligan despues cauterizando tambien los muñones. Una vez estirpado el útero, se hace una sutura peritoneo vaginal. El peritoneo se cierra. Se rellena con gasa la cavidad cauterizada.

Mackrodt ha tenido imitadores, habiéndole seguido con ligeras variantes, entre otros, Winter, Kümmel, Mechan, sen, Simpson, Severin, Jordan, Zschipel.

CAPITULO II

HISTERECTOMIA ABDOMINAL

1° CONSIDERACIONES PREVIAS

La Histerectomía abdominal nació de la Histerectomía vaginal, y de la amputación supra-vaginal del útero, pues si bien Gyberst la propuso en su trabajo presentado por la Academia Imperial de Viena, es lo cierto, que Langebeck ya había practicado en otro anteo la extirpación por la vagina, y otro después hizo lo mismo Langebeck de

Constante -

La imposibilidad de extirpar úteros voluminosos por la vagina de una parte, y las dificultades técnicas y peligrosas hemorrágicas y septicémicas de constituir un muelle utero sino extra o intra-peritoneal de otra, hicieron pensar en la extirpación local por el vientre -

Los perfeccionamientos técnicos de última hora conseguidos por ambos métodos, y sobre todo el advenimiento del submédulo frontal en las operaciones de la vagina, han hecho inverosímil la brecha entre ambos sterilismos, permitiendo aspirar, dado el estado actual de sus respectivas técnicas, y si la sterilización abdominal es una conquista legítimamente adquirida por el progreso quirúrgico, el campo de las aplicaciones del método vaginal es mucho mayor, quedando el método de Freund - Bar

de nuevo desgracia de laudables esfuerzos de perfección técnica y de dolorosa experiencia en el terreno que nuevamente me he de corresponder, como inspiración existencial, como método circunstancial, especializado a determinadas circunstancias, dando reportes sobre las muchas utilidades y beneficios de que es susceptible y a los que se ha debido o creído en virtud de algunos triunfos como método más radical, más en armonía con las tendencias modernas en la manera de comprender lo que debe ser la *Misoginecómica*, en los casos de conar especialmente -

Estando en suspenso de presenciar el renacimiento de la *Misoginecómica* abdominal - las facultades técnicas y el mejor procedimiento del método vaginal, presencian a ser compensados con la naturaleza más radical de la *Misoginecómica* por el vientre -

Un siglo entero de estirpaciones uterinas no ha bastado para disminuir el pronóstico de ciertas mujeres afectadas de uteromas malignos, y meditando sobre este grande, doloroso hecho, se ha llegado á pensar si sera' conveniente tal vez desvalorizar la "Metrorrhagia" por la vagina, en vista de su escasa utilidad practica, y tratar á veces un nuevo llamamiento á las intervenciones por el sistema mas grave ó, pero mas positivo, más radical; y tal vez sea mejor ir aun mas allá, hasta llegar al tratamiento pélvico por estensa ejercicio paramétrica y reducida ejercicio ganglionar, como decía Recaens.

Las grandes, profundas modificaciones de la fisiología pánica abdominal ha sufrido, son de tal índole, que primeramente han vuelto disminuir el pronóstico

de un modo considerable equiparándolo casi con el del método vaginal, desgracia han simplificado el acto, y por tanto disminuido las dificultades técnicas del principio, y por último, han llevado la extirpación hasta más allá de los límites del útero, gracias a los remedios experimentos realizados, especialmente por Weston el año último, abriendo una nueva vía de esperanzas, singularmente en la terapéutica de los uterinos malignos.

Es verdad que la Uterectomía abdominal pura, según aquella que practicaron Freund, y Bardeneux por vez primera, ha dejado paso a las modernas calpro-laparotomías, pues la extirpación por el vientre sin maniobras por la vagina, casi ha desaparecido; pero los métodos de Freund y Bardeneux han admirables

en sus apariciones en la época de sus brillantes debutos,
han justamente servidos después, noa sido los procedi-
mientos iniciadores de la actual perfección. De tal modo,
y si en la "Mistecutania" vaginal puede decirse aun con
las grandes modificaciones introducidas por el progreso
apenas si se había cambiado fundamentalmente la téc-
nica de Cheyre, aquí, al tratar de la "Mistecutania"
abdominal, debe caupar y la línea de conducta de los
modernos cirujanos, se aleja bastante fundamentalmente
de la de los iniciadores del método.

Y como la diferencia más esencial estriba en la parti-
cipación y se ha hecho tomar a las manobras por la
vagina, substituyendo al clásico método de extirpación
abdominal el método mixto de la calpa-lápara-uterina.

tomía, las consideraciones que haga sobre ambos, serán de crítica histórica para el primero, de crítica clínica para el segundo.

II°

HISTERECTOMIA ABDOMINAL TÍPICA

En las consideraciones críticas sobre la técnica de la histerectomía abdominal típica, he de partir del procedimiento de Sprengel, al que corresponde históricamente el primer puesto.

Se principia por hacer una laparotomía infraumbilical, y anterior, es decir, la abertura del miembro por

una línea ϕ se dirige desde un polo por debajo del ombligo hasta la sínfisis pubiana, cosiendo a continuación el peritoneo parietal a' los pariles del miembro con objeto de ϕ en las manobras sucesivas ni se retraiga ni se desprenda. Esto constituye el primer acto. Si es necesario se sacan las arás intestinales ϕ difículten la intervención envolviéndolas en compresas húmedas ϕ calientes. Cuando sea necesario, también podrá completarse la sección practicada con otras ϕ interesen las incisiones tendinosas de los rectos en la sínfisis. Después se procede a colocar el útero en posición conveniente atravesándolo con una aguja de alfileres atrás, y haciendo pasar un hilo, se ejerce tracción sobre el ϕ hacia arriba; lo mismo se puede hacer con unos ganchos.

El tercer acto está constituido por las ligaduras laterales. Son tres para cada lado; una comprime la trompa, otra el ligamento redondo, y otra el ligamento ancho. Las dos primeras se colocan entre el útero y el ovario con objeto de que este quede inmóvil en su sitio. La tercera se coloca haciendo pasar la aguja - trocar de afreñid desde la vagina á la cavidad peritoneal.

Practicadas estas ligaduras, se ejecuta el cuarto acto, que consiste en la sección del peritoneo por los caras anterior y posterior del útero. El corte anterior se practica transversalmente y por encima del fondo de la vagina arqueando sus dos extremidades hacia abajo y por dentro de las ligaduras laterales. El corte posterior se practica también transversalmente pero un poco más abajo. Por el centro del borde de la sección correspondiente al peritoneo vaginal y por el centro del borde de la sección correspondiente al peri-

Algunos del saco de Douglas se atraumisa en tubo muy expres
bremente se sujetan para despues ser destinados á salir por
la vagina-

Ahora comienza el quinto acto, destinado á separar la vejiga
y librar el útero de sus conexiones posteriores. La separa
cion vesical se hace con un instrumento como, y suturadas las
dermas adhiriencias se costan con los ligeros. Se abren au
tem las bóvedas vaginales con el bisturí; se costan las adhiriencia
s laterales con los ligeros; el útero queda libre.

Se termina la operacion cerrando la cavidad peritoneal
y el vientre, q' es lo q' constituye el sexto acto. Para ello
se sacan los hilos de las secciones del peritoneo uterino
á la vagina, y lo mismo se hace con las correspondientes
á los ligaduras laterales atrayendo los ^{extremos} ~~extremos~~ de tal
manera q' por encima de ellos queden las dos hojas peri
toneales de las secciones uterinas, las cuales se suturan

evitando de este modo la cavidad peritoneal y restableciendo otra vez su separación de la vagina. Se reponen al instante del vientre las aspas intestinales, si se sacaron, y se cierra este por medio de suturas.

El procedimiento de Segond se funda en la técnica de Kelly y lo eligió como procedimiento moderno, comparativamente de con el de Freuret.

Se ponga la enferma en posición inclinada, colóquese el virujano a su derecha, inclínese la pared abdominal, procedase con las adherencias intestinales o epiploicas, según las reglas habituales y, sin preocuparse más de las masas q' obstruyen la excreción, del volumen de los tumores, o de sus conexiones pélvicas, diríjase desde luego al borde superior del ligamento ancho izquierdo por fuera de los anejos. Esto es siempre posible, cualquiera q' sea

el volumen de sus fibrinas o' la distribución de las vesículas suppurativas. Desmenuada de este modo el ala superior del ligamento ancho, líguese la arteria útero-ovárica por fuera de los ovejales, rózase por el lado del útero con una pinza hemostática cualquiera, rózese entre la ligadura y la pinza y luego secciónese toda el ala correspondiente. Tómese del mismo modo la arteria del ligamento ancho y rózese toda la altura del ligamento ancho de arriba abajo hasta la arteria uterina. Reconózcase bien este vaso y, como las venas del ligamento ancho flotan libremente, como no hay en ninguna parte pinza alguna y constrínase los dedos y marque las venas oxidadas, esta investigación es sencilla. Si el ligamento ancho está unido por un humor sólido o' líquido, hay q' desmenuarse de él según las reglas habituales,

para proceder luego á la investigacion precedente. Una vez aislada la arteria, ligúndola por fuera, sálgase una pinza por el lado del útero y cútesela sobre tubo y pinza. Prosigase luego este despegamiento inminente por abajo de la arteria uterina y rasando el útero; luego, de un tijerón solo, penetrese directamente en la vagina, sin auxilio de instrumento alguno q' haga abultar el fondo de saco vaginal correspondiente y sin otra guia q' la percepción táctil del cuello á través de las partes blandas. Como se via Arkelat, las ligeras cortan la insercion vaginal, cuando la encuentran -

En este momento, la hemostasia nunca está completamente asegurada por el tubo íntimo de la arteria uterina; las pequeñas ramas colaterales dan á menudo más sangre de lo q' se suele decir, y es evidente q' se debe asegu-

ras en occlusion mediante ligaduras apropiadas. Procedase en seguida sucesivamente a lo siguiente: prehension del cuello a través de la brecha vaginal; inclinación del útero de linea hacia arriba y a la derecha, con ayuda de una pinza adunada; aislamiento completo del cuello por detrás y por delante, con la precaución de conservar a este nivel y sobre la cara uterina anterior un colgajo peritoneal suficiente. Finalmente, continuación de las tracciones sobre el cuello hacia arriba y a la derecha, hasta descubrir la arteria uterina correspondiente; ligadura de esta y sección del ligamento ancho de abajo arriba, con ligaduras sucesivas de la arteria del ligamento redondo y de la arteria útero-ovarica.

En esta última parte de la operación, el descubrimiento de la arteria uterina por el avanzamiento del

uello hacia arriba, es de una facilidad sorprendente. Un
tanto queda libre de sus inserciones vaginales, el cuello
se deja deslizar muy facilmente por traccion y, se ve
inmediatamente la arteria uterina desnuda en una gran
extension y tendida en el punto del desprendimiento pro-
ducido. Otro detalle importante q' no hay es, q' en casos de
grandes fibromas, la masa utero-ovaria tumada a la
derecha, gravita con todo su peso en el vacío o en el delan-
tal del operador. Conviene, pues, hacerla sostenida para e-
vitar un avanzamiento demasiado brusco y vigilar q' el
delantal en q' viene a apoyarse sea perfectamente aseptico.
Quitada la masa utero-ovaria, es necesario, para ter-
minar, completar la hemostasia, suprimir las super-
ficies heridas mediante una sutura peritoneal a punto
por encima y asegurar el drenaje con una malla de g

sa aseptica o' antiseptica colocada en la vagina -
Hay necesidad urgente de evitar bien la hemostasia -
Cuando no se deja, al modo de Kelly, una sutura de me-
do, es, en efecto, muy raro q' las sut. ligaduras maestras
sean suficientes - Numerosas arteriolas sangran debajo
del mimiento de las uterinas o' en la superficie de accion
vaginal y, para evitar las complicaciones hemorrágicas,
hay q' poner una atencion muy particular ya en la li-
gadura de las arteriolas q' se pueden unir aisladamente,
ya en la sutura a punto por encima muy sólida q' con-
viene colocar sobre el collarin vaginal para agotar en
el tubo durante sanguinos y suturarlo al peritoneo
verino - Como hilo se emplea con preferencia seda fina
y sólida >>
En la Histerectomia abdominal típica, tiene tambien

aplicacion el empleo de las vendas aunq' en realidad no en
toda su fuerza pues se hace una lamina de las ligaduras
Me aqui la tecnicá de Prolitak -

← Colocada la enferma sobre plano inclinado, el tirujamo
a un izquierdo, hágase la incision y saquese el útero del
abdomen; varias compresas, metidas hasta la cresta
civica, mantienen el intestino y sirven de cama a la
masa fibrosa. Una o' dos pinzas de traccion recuerden
el fondo del útero y lo atraen muy agudada por su peso;
una ualva ancha, colocada hacia el pubis, abre la herida
y da' luz. Se ve bien la vejiga, of forma una porsemi-
nencia ligera, y a' veces remonta bastante arriba sobre
el hueso. Desquese las trompas y los ovarios, saquese
se afuera y colóquense simétricamente los ligamentos
anexos -

Cótese en el plegajo peritoneal anterior mediante una incisión transversal a' ra' de un ligamento ancho al otro y a' grasa a' distancia de la vejiga, por el punto en el que el sustitimiento seroso del cuerpo del útero se desprende del tejido muscular y se hace inextirpable sobre la cara anterior del cuello. Con el dedo de g'ñese, ensanchese la incisión, desprendase el plegajo y apártesele; húbese la vejiga en la escavarium y devídese el segmento inferior, así como el tejido paramétrico, en medio del cual se ve por tras presencia la arteria uterina.

Para distar el útero a' derecha e' izquierda, cótese los ligamentos anchos de arriba abajo. Póngase una pinza larguilla sobre el anto y otra por fuera de los anejos; con las tijeras cótese a' ras de la segunda dirigiéndose al borde del útero. Una pinza en la parte media del ligamento, otra pinza en la región de la uterina y

un último tijeratazo y se detiene precisamente a nivel de la inserción vaginal, sin descender demasiado.

Igual manera en el lado opuesto; tres pinzas, en general, son escalonadas de este modo en cada uno de los ligamentos.

Para desprender el útero, córtense directamente la inserción vaginal con las tijeras, dirigidas oblicuamente hacia el trocero de tuerca. Si se corta a ojo, por decirlo así, se retrando un poco en el tejido uterino, de tal suerte que

quede un poco en cada lado de la herida vaginal, lo cual hará más fácil la coaptación y la cicatrización - cuando el

lado anterior de la herida empiecen a desprenderse, véjase este con una pinza de tracción, y lo mismo el posterior.

En cuanto queda abierta la vagina se desmenuza la sección muy fácilmente y se quita el útero. La herida vaginal, sostenida por las pinzas de tracción, no toca en

la cavidad pélvica y la operación puede continuarse sin alteración.

Subúrese la vagina con tres hilos de catgut separados en 3, menos para prevenir la infección de abajo y para hacer la hemostasia de la sección posterior.

Quédense entonces los puntos y tráigase la hemostasia de los ligamentos anchos. Colóquense, a partir de la herida vaginal ya cerrada, uno o dos catguts separados, propendidos hacia el trayecto de la arteria uterina y al eje vertical del ligamento ancho; con fin a esto, deben fijarse en uno o dos puntos de un trayecto. Mas arriba, hacia el borde superior del ligamento, ciérrase las arterias de esta región mediante dos o tres hilos colocados de un modo análogo o bien con algunos puntos por encima; y aproxímanse las hojas peritoneales por medio de algunos otros puntos; el resultado es una línea

de suturas sero-serosa en forma de media luna o de herradura,
línea del abdomen sin desahúe; cura de la vagina con yo
saponoso >>

El procedimiento de Freund como típico, clásico: el de Le
goué por su sencillez, elegancia y perfección: y el de Pi
shelot como resultado de la aplicación de las tenazas al
método abdominal, constituyen tres tipos operativos
interesantes en la técnica de la histerectomía abdominal
pura. Son escasos los demás procedimientos q' mantie
nen en toda su pureza el principio de no unir a' las ce
lulas q' se ejecutan por el vientre las maniobras vagi
nales, de tal modo q' la operación de la histerectomía
abdominal amplificada y perfeccionada con maniobras
por la vagina ha venido a' convertirse en modificaciones
casos en método vagino-abdominal

Ateniéndome en el presente momento a la Misdereutomia abdominal típica y para hacer la crítica de conjunto de su técnica, diré en primer término q' no puede someterse a una reglamentación determinada, pues a pesar de ser pocos los procedimientos de Misdereutomia abdominal q' conservan por completo la nuestra técnica del método, son tan variadas entre sí, q' hacen imposible tal intento. Comprárense los tres procedimientos antes descritos, y se verá q' respondiendo todos al principio de extraer el útero, o el útero con sus anejos solo por el vientre, no hay posibilidad de encontrar analogías técnicas de ninguna clase entre ellos. Primer nacimiento una técnica bien estudiada aunque difícil, Segundo perfeccionando el método americano de Kelly, y tercer nacimiento aplicación de las tenazas, proceden de modo

completamente distinto a' la estirpacion del organo.

Delageniere, Martin, Clark, Chalat y Priest, entre otros, han hecho la estirpacion de la matriz por este método, modificando la técnica de Fremont

Pero la modificacion mas interesante q' ha sufrido el método, así como las mas numerosas, han tenido por objeto simplificar la técnica de la hysterectomia abdominal para convertirla en operacion vaginal-abdominal, y si por su estructura técnica merecen considerarse un método independiente de hysterectomia, por su dependencia y por sus analogias no es del método abdominal si no mas q' una modificacion mas o menos fundamental.



HISTERECTOMIA ABDOMINAL COMBINADA

En la crítica de la técnica de la Histerectomía abdominal combinada principiaré por describir el procedimiento de Frommel -

Se principia por seccionar la porción vaginal a la mayor distancia posible del neoplasma y seccionar la vagina, y una vez hecho esto, ya se desprende la vejiga a partir de la vagina, empleando instrumento como y en mujer adulta después hacia arriba. La incisión curva que se practica con este motivo en la bóveda vaginal más arriba, puede también suceder y abra el espacio de Douglas, por más que Frommel prefiere no abrir este espacio hasta más tarde y hacerlo desde la cavidad

abdominal - Se practica la ligadura mediata o inmediata de los vasos q^e tal vez den sangre; si la hemorragia es pequeña, basta con rellenar la vagina con gasa iodoformica. Conviene q^e este taponamiento vaginal se dure a' cabo con ier la hargueta, porq^e de este modo se impuya el útero hacia arriba y se puede llegar a' él con mas facilidad cuando des pues se abre la cavidad abdominal - Si el tumor canceroso esta' muy quebradizo, de suerte q^e no se puede sujetar bien con las pinzas de ganchos, o' bien si' la vagina es muy estrecha, sera' preferible entoncez practicar toda la operacion desde la cavidad abdominal -

Se abre el vientre con una incision en la linea blanca, que desde la sínfisis llegara' hasta el ombligo - Despues de abierto el peritoneo, se procede, por lo pronto, a' ligar con las ligaduras el ligamento infundibulo - velviano y

el ligamento redondo; la parte superior del ligamento an-
tro se aísta por el lado del útero, empleando también la
ligadura, o bien se coloca en ella una pinza de presión
y se corta entre esta y el útero; en el otro lado se procede
de lo mismo, y con esto se consigue, casi siempre, q' el ú-
tero adquiere una gran movilidad.

El cirujano tiene q' atender ahora a la arteria uterina.
Para ello, el procedimiento más común consiste en in-
dir por delante y por detrás el peritoneo q' reviste la
base del ligamento ancho y discurto hacia abajo, como
mal se puede al descubriendo el tejido conjuntivo retrovino y
el tronco vascular q' le atraviesa. De este modo se consigue
mostrar sin gran dificultad la arteria y ligarla cer-
ca de su punto de origen en la tripogástrica. Con este
procedimiento se evita también, con toda seguridad, he-

se o' ligar el útero. Medios esto, se prolonga la incision
peritoneal anterior hacia el otro lado, continuándola
transversalmente sobre la cara anterior del útero y
un poco por encima del límite de la vejiga; se separa es-
ta última con sus prolongaciones laterales del útero,
por medio de instrumento curvo, con lo qual se consigue tam-
bien separar los vasos de la pared cervical anterior
y del ligamento ancho. Ahora, sin emplear instrumen-
to cortante y estando mano de las pinzas, se va' disecan-
do poco á poco el tejido paramétrico, con lo qual se llega
en algunos casos hasta el borde de la pelvis y se pone
al descubierto el útero en una gran estension. Los va-
sos q' dan sangre se ven con pinzas y se ligan; una
vez ligadas las arterias uterinas, ya no suele ser muy
abundante la hemorragia.

- 100 -

Después de haber aislado por completo el útero por un lado, se repite la misma operación por el opuesto, y en seguida se acciona el peritoneo del espacio de Douglas, con los pinzetas del mismo nombre. Unas veces completamente aislado el útero, ya se puede extirpar.

Contribuida con todo esmero la hemorragia y después de hacer limpia la cavidad abdominal, se comunica a ésta, respecto a la vagina, previniendo para ello como lo aconseja Prentiss en su primera operación. Se evitan al ras las ligaduras de los legamentos infundibulo - nelvianos, y se hacen salir a los demás por la vagina, en cambio las superficies peritoneales de las paredes del víscera anterior y posterior, se unen por medio de suturas continuas. El desague solo está indicado cuando se sospecha q' han penetrado gérmenes infecciosos.

en la cavidad pelviana durante la operación, o bien cuando no es posible reunir por completo los bordes de la herida peritoneal, y a causa de esto quedan heridas distanciables en la pelvis →

El procedimiento de Veit consiste en lo siguiente: Lapa rotornia intraumbilical anterior. Abierto el vientre se principia por sujetar el fondo del útero a fin de traer las ligaduras laterales para lo cual practica sus ligaduras por el procedimiento ordinario y surgen a ligar los ligamentos porciónicamente hasta el nivel de la inserción vesical. Después realiza las secciones peritoneales por delante y por detrás en el útero; por delante algo más arriba del borde de la vejiga, por detrás un poco más abajo. Procura ahora disecar la vejiga separándola de la matriz y siguiendo en la disección hasta la baneada

vaginal anterior- Despues practica la ligadura de las
arterias uterinas- Despuende el útero de sus conexiones pos-
teriores seccionando los ligamentos retro-uterinos y con e-
llo queda el útero libre excepto por su insercion vaginal-
Termina las manobras abdominales corriendo el vientre
por medio de suturas- Luego arroja a la enferma en po-
sicion dorso-sacra, hace la incision vaginal, y eser-
ciendo tracciones por la vagina y haciendo ligera presion
sobre el vientre, extrae el útero por el conducto vaginal.
Tambien el empleo de vendas no tenido su aplicacion en
el tumor abdominal mixto- Me aqui la tecnicá de Doyen-
« Estando acostada la enferma sobre el dorso, despues de
haberse colocado el linjano a su derecha, ábrase el ab-
domen en la linea media, sáquese el tumor del vientre
y consétese hacia adelante sobre el pubis cubierto de
compresas esterilizadas-

Uníase el peritoneo de un solo golpe desde el fondo del saco de Douglas hasta el punto más saliente del tumor. Abrase la vagina por detrás del cuello sobre una punta introducida por la vulva. Trácese entonces vivamente el peritoneo en toda la superficie del tumor, de modo q la accion, en forma de raqueta, pasando, para volver à ella, de la accion longitudinal posterior de la serosa, siga para más ó ménos el curador del tumor y pase lateralmente por encima de los anexos y por delante muy lejos de la vejiga.

Alcancando tener entre los dedos del ayudante el ligamento ancho izquierdo, despréndasele rápidamente del útero con los tijeras ó el bisturí, teniendo cuidado de cortar ligeramente el ligido uterino. Colóquese una ligadura sobre los anexos, la cual basta de ordinario para a-

-106-

asegurar la hemostasia

Después se rápidamente la cervix con los dedos o con tijeras roma, de las caras anterior y posterior del tumor; despreciándose y ligual a su vez el segundo ligamento ancho.

Rasando el tejido uterino, despreciándose de un solo golpe, completando la desarticulación subperitoneal, la totalidad del tumor, incluso el cuello, visible por la incisión del punto del ovario posterior. Apenas es necesario ligar aisladamente más de una o dos arterias cerca del cuello.

Pásense a la vagina los hilos y aseguran la hemostasia de los pedículos laterales, así como el vaso uterino hemitoneal y rodeaba el tumor. Créese momentáneamente el ambiente por medio de tres o cuatro pinzas de gaspiés embutadas, colóquese a la enferma en posición de Sims restommo vaginal y practíquese la hemostasia definitiva.

livia de los ligamentos anchos con ayuda de dos pinzas de rana elásticas de Doyen colocadas en la vulva; luego se pone la vagina y colóquese, si es necesario, debajo del fano de gasa un table desague.

Bájense los muslos, inclúase el abdomen, trágame la linpieira del peritoneo, ciérese con una sutura a punto por encima el peritoneo q' cubre el recto, los ligamentos anchos y la vejiga, por fin, ciérese la herida abdominal
-nal >>

La naturaleza técnica de la Histerectomia abdominal mixta permite, a diferencia de lo q' ocurre con la de la Histerectomia abdominal pura, establecer ciertas analogías y variaciones entre los diversos procedimientos de-

siendo fijar mi atención e insistir especialmente en los siguientes problemas.

1º = Ligadura del parametrio

2º = Conduta con el ovario

3º = circuncisión vaginal

4º = Resecciones peri-uterinas

5º = Procuracione abdomino-vaginal.

Como consideraciones de conjunto debo decir q' en realidad el método mixto fue anterior al método abdominal puro, pues siendo la preservacion de los linjados el tratamiento del tumor cervical en los casos de amputacion supra-vaginal, ya Peau, Prützke, y algunos otros llegaron a practicar la amputacion y luego por la vagina extirpaban el tumor. Martin desques q' ya habia seguido esta conducta, se decidió a separar tambien el tumor por el abdomen

Así se transformó la amputación supra-vaginal en
Mistectomía vaginal-abdominal primero, e' Mistectomía
abdominal pura, después-

De esta manera las primeras realizaciones prácticas
del método abdominal llevadas a cabo por Freund y Bar-
denheuer se transformaron en método vaginal-abdo-
minal y abdominal sucesivamente-

El primer acto constituido por la laparotomía, cuando se
principia la operación por el vientre, se suele practicar
haciendo una laparotomía infraumbilical anterior-

Martin, en un caso, sin embargo, con objeto de poder hacer
mejor la curvatura del intestino dentro del vientre, hizo
la incisión en forma circular partiendo de una espina i-
liaca antero-superior pasando por encima de la sínfisis
pubiana y terminando en la espina iliaca homóloga;
el éxito no coronó sus esfuerzos y abandonó el pro-

edimiento.

Desde q' se conoció la técnica de Frensd y empezó a practi-
carse, se puso de manifiesto la gran dificultad y hasta los
peligros q' había al colocar la tercera ligadura en la
base de los ligamentos anormales. Este fue el origen de una
serie de modificaciones q' se introdujeron en la técnica
de Frensd. La aguja-trorax de este cirujano fue susti-
tuida por Rohr por un porta-bitas especial en forma de
ganchos. Después de separar la vejiga por delante y el
peritoneo por detrás, y de abrir varias hendiduras perito-
neales, pasaba desde la cavidad abdominal a la vagina
ese porta-bitas, haciendo de este modo en muchos casos
la ligadura de la base de los ligamentos anormales.
La ligadura en masa de todo el ligamento anormal y
la diseminación del mismo hasta encontrar la arteria u-
terina, son sido propuestas y llevadas a cabo por dis-

hijos cirujanos. Marsoni proponia hacer comprender el ligamento anverso en una sola ligadura, maniobra que no es ni sencilla ni está exenta de peligros, habiéndose en algunos casos ligado a la vez el uréter a pesar de introducir por ellos catéteres y de ponerlos al descubierto. Spigelberg hacia una verdadera distinción de los ligamentos anversos procediendo capa por capa hasta llegar a la arteria y poderla ligar.

Desde que Aydygier propuso hacer la circuncisión vaginal, la ligadura de las arterias se verificaba por la vagina de manera análoga a como se hace en la Operación de la uretra vaginal por el método alemán. Hasta en la manera más sencilla de practicarla y así lo hacen la mayoría de los cirujanos que han aceptado la modificación incluso el mismo Freund.

Cuando las ligaduras de los ligamentos se practican desde el abdomen, aconsejan Kuhn y Preund hacer la colpea sesib con el globo de Osram o con cualquiera otro facilitando de este modo la ascension del útero, contra la opinion de Geopold y dice q la ultima ligadura se coloca mejor estando este organo completamente descendido en la pelvis- Chaput, Roupart y otros, emplean pinzas para hacer la inmovelizacion y seccion de los ligamentos, dejándolos colocados por algun tiempo-

Respecto de la reunion de tray q sigue con los ovarios, puede decirse q su estirpacion juntamente con el útero es la regla, si bien no se podrá prescindir nunca de la edad de la enferma y del estado en q dichos organos se encuentran- Schroeder propuso para esto componer en una sola ligadura la trompa y el ligamento útero-

ovarios y el ligamento subunto proban ser estirpados el ovario y la trompa, y desde entonces esta es la práctica mas corriente a no haber indicaciones especiales.

Ya en estos estados y los moniobros vaginales nacieron de aquellas primeras intervenciones en q' por causa de mis males especialmente, se hacia la amputacion supra-vaginal y despues se estirpaba el cuello por la vagina. El mismo Martin q' habia principiado a operar de este modo, se decidio pronto a estirpar tambien el cuello por el abdomen. Se dio con esto origen a que Rydygier propusiera hacer la irremision vaginal sistemáticamente despues de haber desahucado las arterias, y volviendo al vientre para terminar la operacion; de este modo el aislamiento del cuello y la sutura de dichas arterias, q' son los dos actos mas difíciles y peligrosos de la operacion, se vienen a simplificar extraordinariamente.

A pesar de todo, si es cierto q parece ser más fácil la disección del cuello desde arriba, si bien en circunstancias especiales, tal como en caso de tumores especiales adheridos a la cavidad de Douglas, será indudablemente más fácil esa maniobra por la vagina - De ese modo también, y de paso, se puede practicar una relativa circunscisión de la ligadura de las arterias uterinas y continuar la ligadura de los ligamentos y el resto de la operación por el mismo.

Pero el perfeccionamiento más interesante q ha sufrido el método, aquel q parece q va a rehabilitarse en el campo de las extirpaciones de la matriz, sobre todo en casos de tumores malignos, es el q permite llevar la extirpación del órgano y sus anexos más allá de los límites del tejido uterino haciendo una operación más radical, más positiva, de más legítimas esperanzas en el tratamiento del cáncer del útero - Esta sería, si la

nueva conducta fuera sancionada por los resultados y la experiencia, la supervivencia manifiesta desde el punto de vista de la eficacia curativa q' hiedra el método abdominal sobre la Mictéricutania por la vagina.

Pero como la rehabilitación de la Mictéricutania ha comenzado a hacerse en estos últimos años, preciso es aguardar a los resultados para deslindar bien las indicaciones y la eficacia respectiva de ambos métodos.

La necesidad reconocida en toda época, de extirpar con el útero en caso de neoplasias malignas no sólo los anejos sino la mayor parte posible de los ligamentos anejales, fue comprobada por el examen anatómico e histológico de los úteros extirpados, en los q' se demostró q' a pesar de aparecer a simple vista intactos, presentaban en ciertas regiones manifestaciones cancerosas q' penetraban más allá de la superficie de serosa en

los ligamentos anales.

Mathews ha sido el que principalmente ha insistido sobre estos extremos tan interesantes desde el punto de vista de la eficacia de la "Mithersubstancia" por conocer con este objeto Kumpel sigue una técnica especial que le permite hacer una exploración mucho más amplia del parametrio. Una conducta parecida siguieron Priest, Clark y Kelly.

Priest sobre todo, indicó la necesidad no solo de explorar el parametrio lo más completamente posible, sino también ganglios linfáticos ilíacos y sus ramas proximal de recidiva. Para ello principia por practicar la incisión vaginal, y después la laparotomía. Luego el ligamento infundibulo-pelvicano lo más cerca posible de la pared pélvica, va en busca de la bifurcación de la

iliaca primitiva cuyo aislamiento practica. Procede des-
pues á dividir el uréter hasta la vejiga fijando el ligamen-
to ancho á medida q' se va descubriendo hasta llegar á
ligar la arteria uterina. Estropera todo el ligillo q' rodea
las iliacas con los ganglios linfáticos correspondientes.
Con el todo irquiendo se procede de la misma manera.
La operación se termina del modo ~~comune~~, Chalot li-
ga la iliaca interna y une los uréteres al recto á' al ser-
vice de la vejiga por medio de sutura; así puede hacer
una resección muy extensa. Joanese el más último, ha
introducido algunas modificaciones en la técnica con-
siste principalmente en dividir los ganglios y el ligillo
reclutar y los envolver en el promontorio y segundas ago-
suras sacras para lo q' es preciso desprender el meso-
colón iliaco y el meso-recto. Wettheiss en Junio y

De nuevo del año último también ha insistido en que se es-
tiren los parámetros en la mayor extensión posible,
ya Ugubareff en el congreso de Moscú había indi-
cado también la necesidad de hacer una estirpación
de todos los tejidos en la base del ligamento ancho y
de los ganglios linfáticos

Después pues de las tendencias modernas son atribuir
una importancia capital en caso de cáncer a la pro-
pagación paramétrica y linfática, y como consecuencia
de ella nace el principio de la rehabilitación del médo
lo abdominal como medio de hacer esas estirpaciones
más ampliamente

Se ha dado diversa importancia relativa a la pro-
pagación paramétrica y linfática, considerando quien
más indispensable la estirpación ganglionar, quien

la reseriva paramétrica hasta los últimos límites, y
consecuentemente con estas tendencias, han variado los dos pro-
cedimientos operatorios modernos (1902) de Joanesco y
de Wertheim, el primero variando una discuria muy
delicada de ciertos ganglios, y el segundo llevando la extir-
pacion de los paramétricos hasta donde sea posible.

Más modernamente, en el congreso de Madrid últi-
mamente celebrado, se declara Percasens partidario de
este último procedimiento, considerando la Metastomatia
contraindicada cuando se haya verificado la invasion
linfática. Me aquí sus principales conclusiones 1.^a
El examen necropsico de las fateridas por carcinoma
uterino inoperable demuestra q^e la propagacion lin-
fática de la neoplasia no guarda relacion alguna
con la extension de las lesiones del paramétrico. 2.^a

La extirpación amplia de los paraneurios da mayores garantías de curación radical y la extirpación sistemática de los ganglios linfáticos - 12^a La única garantía de la curación del cáncer del útero es operar antes de que se haya verificado la invasión linfática; una vez esta iniciada, es inútil pretender la extirpación total - 13^a Una extirpación linfática - ganglionar completa, si quirúrgicamente fuera posible, produciría trastornos elefantíacos gravísimos en la mitad inferior del cuerpo. >>

De todo esto se deduce la importancia de la extirpación perfecta de los paraneurios, la necesidad de operar lo más pronto posible antes de la invasión linfática y las ventajas del moderno procedimiento de Niss y de la histerectomía abdominal de Wertheim.

El último problema que merece fijar mi atención es el relativo a la incommunicación abdominal - vaginal. Cruveilhier en su primera Histología incommunió la cavidad peritoneal con la vagina atrayendo a esta los movimientos de anastomosis de forma tal y cayendo debajo de las hojas peritoneales correspondientes a la sigiqa y caeca posterior del útero, pudiendo adosarse y ligarse un el sentido transversal. Esta práctica que parecería responder al ideal quirúrgico y que fue aceptada en principio por casi todos los cirujanos, no tardó en modificarse. Cruveilhier presintió de esta sutura profunda el mal que la tracción ejercida en los movimientos, producía un estiramiento peligroso desde muchos puntos de vista, y se intentaba con los dos bordes peritoneales y con un ligamento que unía la vagina. Por el contrario, otros cirujanos como Winkel

y Marsani no solo cierran el peritoneo sino que cierran
subyacentemente a la sutura peritoneal, la vagina
por medio tambien de suturas

En términos generales puedo decir que hoy, despues de
una época de distinta conducta por parte de los ciru-
janos, la incomunicacion es la regla, y el desageje tie-
ne como siempre sus indicaciones precisas, sin que pue-
da ser rechazado ni aceptado de un modo sistemáti-
co.



CAPITULO III°

HISTERECTOMIA POR LAS VIAS SACRA Y PERINEAL

I. HISTERECTOMIA SACRA

El método de Histerectomía por la vía sacra, nació, como otros muchos en cirugía, no como consecuencia de estudios previos de gabinete y sala de disección, sino como consecuencia de la intuición genial. La fue producto del cálculo, resultado de la experiencia anatómica sobre el cadáver. La idea del método fue concebida por Mochernegg en virtud de la posibilidad de atacar los cánceres altos del cuello por la vía sacra, operación

que había realizado un buen número de veces, siguiendo la práctica y algunos años antes, en 1887, había introducido Kraske en la terapéutica del carcinoma acetab.

Concebida la idea, la expuso incidentalmente en una memoria sobre la esterpección del recto, indicando la posibilidad de utilizar la operación preliminar de Kraske para los carcinomas del recto, en la esterpección del útero y los anejos.

Instantáneamente después, Meresfeld emprendió una serie de trabajos anatómicos en este sentido; pero las primeras intervenciones lo llevaron a cabo Moravnegg y Gersuny.

El primero operó el día 2 de Diciembre de 1888, y juntamente con el útero, esterpeó un quiste del ovario, que

- dando como reliquia de la operacion una fistula intestinal. Siguen por eso, Megart y a habia practicado en unos otros esta operacion.

De este modo Mochernegg concibió el método, Meryfeld comprobó su posibilidad técnica en el cadáver y Mochernegg, Speranzny y Megart operaron los primeros casos.

Los resultados relativamente favorables de estas operaciones, fijaron la atención de todos los cirujanos y vieron en tal operacion no solo la posibilidad de su ejecución técnica, sino un método circunstancial y patriá sentir manifestar los beneficios en ciertos casos.

La operacion se practica Mochernegg del siguiente modo: coloca la enferma en decúbito lateral izquierdo elevando a la vez un poco la pelvis: traza una incision y comienza en el centro de la línea correspondiente á

La sínfisis sacro-iliaca (á tres centímetros próximamente de la sínfisis sacro-coccígea) se dirige, describiendo una curva de concavidad externa y descendiendo próximamente al borde correspondiente del coxis, permeando á un centímetro de la abertura anal. Enciende la aponeurosis y discaando, llega á poner al descubierto la cara posterior del coxis y la de la mitad inferior del sacro. Después el coxis, y si es necesario divide el sacro por una línea curva y partiendo de la y transversalmente pasa por los procesos aguzados sacros se dirige hacia abajo comprendiendo casi toda la quinta vértebra, ó si es preciso, casi toda la quinta y mitad de la sexta; la posición ósea y así resulta limitada, la *estriada* con las *virillas* ó con la sierra. Esto constituye el quinto tierro-

no operatomo. Divide la fascia preperitoneal aislando el
recto en el lado izquierdo con instrumento roma, le des-
via despues a la derecha para q' no estorbe. Puede aho-
ra a' ejecutar el acto mas dificil de la operacion, la
apertura de la baneada de Douglas; para lo cual hace u-
na disecion muy cuidadosa a fin de caer al abrir en un
sitio conveniente. Revolve esta abertura, introduciendo
el dedo en la cavidad peritoneal, la disposicion y esta-
do de los organos genitales, y con una pinza coge el u-
tero estrayendo su cuerpo a' traves de la seccion peri-
toneal practicada y en retro-version - flexion. Mesmo
esto, y de arriba abajo, practica la ligadura de los a-
nejos y ligamentos anormos, hasta el parametrio sacro
mantenidos entre las ligaduras y el utero con lo cual
adquiere este una gran movilidad q' permite retro-in

dividirse hasta poder reconocer su cara anterior. Para
hacer entonces en esta misma cara y por encima del vértice
vesical una incisión transversal en la serosa, disecando
un colgajo en el sentido descendente y separando con ello
a la vez la vejiga de sus conexiones con el útero. Ahora
hace la ligadura de los paramétrios, para lo cual, en sus
primeras operaciones, utilizó la ligadura en masa. De
este modo queda el útero liberado de todas sus conexio-
nes excepto las vaginales. Para suprimir estas, abre la
cavidad vaginal posterior, seccionando la circunferencia tra-
nsversal adelantada. Se atrae el útero, hace una ligadura trans-
versal entre el colgajo de serosa disecando en la cara an-
terior del útero y el que cubre la cara anterior del cuello,
cerrando así la cavidad peritoneal. Subora después las dos
caras vaginales en dirección anterior-posterior, y en dos

planos, y rellenando con gasa la cavidad resultante, ver
dadero espacio muerto, hace salir los callos por la brecha
cutánea q' se reduce dando unas puntas de sutura en
sus dos extremos.

El procedimiento de Mertfeld es el siguiente. Hacer una
sección cutánea q' principia en la espina sacra por la
20- superior izquierda descendiendo describiendo un arco de una
cavidad externa y termina a un centimetro de la abertura
anal. Extirpa el coxis y la parte necesaria del sacro. Que
haces Mertfeld profundiza en su dirección por el lado dere-
cho del recto, por venir a caer hacia este lado la porción
superior de la vagina. Abre después la cavidad de Dou-
glas transversalmente, cose el cuerpo del útero, lo atrae por
ella y liga y secciona los ligamentos anchos hacia su mis-
ma base. Practica después la sección transversal de la
serosa en la cara anterior del útero, y apartando la

en busca de su estacion el borde correspondiente del sacro, y es facil ir en busca de los agujeros, q^e son los puntos de referencia para su seccion. La linea de seccion i^{ta} es transversal y esta por encima del cuarto agujero sacro; se practica con el escoplo dirijiéndola perpendicularmente al borde del hueso, de modo q^e el corte sea transversal y seccione el hueso por entre el tercero y cuarto agujeros. De este modo se halla un rebajo o postigo óseo. entónces q^e se invierte sobre la nalga á donde se sujeta provisionalmente suturándolo. El resto de la operacion hasta el último tiempo, no difiere esencialmente de los procedimientos antes descritos. Si abre el fémur de Douglas, se extrae el cuerpo del útero ligando y seccionando los ligamentos anchos, se separa la vejiga, se libera el útero de sus conexiones vaginales, y se extrae. El último acto consiste en volver á su sitio el postigo óseo. entónces tallado al principio, para lo cual se sutura

el tejido al tejido fibroso de la cara posterior del sacro.
Se coloca un tubo de desague, se dan algunos puntos de
sutura intanea, y se pone un tapón con iodoformo en la
vagina.

Al hacer el resumen del estado actual de la ciencia de la
Ginecología por el método sacro, debo fijar la atención
especialmente en los siguientes puntos.

1º = Maniobras preliminares

2º = Abertura perineal

3º = Circuncisión vaginal

4º = Cura ulceras

La parte mas original e interesante de la Ginecología



forma por la vía sacra, la constituyen sin duda alguna las maniobras preliminares.

Un efecto: en ese modo de entrar en la pelvis, y por consiguiente, de abrirse paso hacia los órganos genitales, está la característica del método, puesto que las maniobras propias de la extirpación del útero no ofrecen, por decirlo así, una variación fundamental con las de la *Histerectomía* vaginal y abdominal. Solo en lo que se refiere a la manera de abrir y cerrar la cavidad peritoneal y desprender el útero de sus conexiones vesicales, se enumeran algunas variantes.

El tratamiento consecutivo, sobre todo de la oncolía bursal previamente producida, es también digno de merecer una digresión.

La incisión uterina que sirve para llegar a la región ísea, se practica generalmente, y con escases variables, como la *hincida* Hegar, Gersuny, Koenig en sus pri

meras operaciones. Guertelkandl, Wölfler y Megal han introducido las primeras y más importantes variantes. El primero, siguiendo el borde izquierdo del sacro traza la incisión típicamente convexa a la derecha desde la tuberosidad iliaca de ese lado hasta un punto situado apropiadamente entre la tuberosidad del izquierdo y el recto. Wölfler traza la incisión en el lado derecho; principia en el centro correspondiente a la sección sacro-magnum exigua, describe un arco de gran convexidad dorsala, y descendiendo por el lado del recto continúa por la región perineal para terminar cerca de la comisura posterior de la vulva. Se el proceden los nombres de incisiones para-sacro y para-rectal y respectivamente se dieron a estos primeros actos en los procedimientos operativos de Guertelkandl y Wölfler.

Wolgar después de seguir en sus primeras operaciones las técnicas de Merfeld, varió ~~en~~ pronto su procedimiento, pues como luego dire, fue el creador de la resección osteoplastica. La resección la trata en forma angular con sínfisis inferior aumentando cada rama a un centímetro por debajo de la espina iliaca posterior inferior respectiva y prolongando ambas hacia abajo hasta prominent istius line del ángulo al borde del coxis.

A parte de estas modificaciones en la manera de hacer la resección entálica, debo decir q' el análisis de todas las variantes operativas de estas maniobras preliminares para entrar en la pelvis, permite reunirlos en tres grupos q' reflejan tres conductos completamente diferentes.

1. Resección sacro-coccigea simple.

2. Reservación osteoplástica en formación de un tejido óseo-entáneo

3. Maniobras con irregularidad sacro-coccígea

Es decir, q' en los modernos procedimientos para abrirse
sacro hacia la pelvis, o' se practica un ensa la reservación
con extirpación ósea de porciones más o' menos estensas
cuya regeneración parcial hay q' conseguir en la cura
ulterior, o' se hace reservación puramente osteoplástica
formando un callojo óseo-entáneo q' vuelve despues á
su primitivo lugar, o' se procede de toda reservación a
briéndose camino bien por el borde izquierdo sacro-coc-
cigeo como lo hace Turkunkantl, bien por el derecho
como quiere Wöfler.

Pero la Mistherunkamía sacra en toda su ~~aplicación~~ ^{extensión} se ha-
za todo lo q' no sea una reservación sacro-coccígea, o' co-

vigilada más o menos estensa, y Wochenegg y Werpelt han reprochado toda variante de ligadura a suprimir esta manobra que permite, en otra ninguna, llegar amplia y cómodamente al aparato genital.

A pesar de esto, los grandes inconvenientes y peligros ulteriores que trae consigo esta conducta, obligo' a pensar en la necesidad antioptástica y que apenas se practique más la clásica operación de Wochenegg - Y sin embargo, como la Misdehantonia sacra no cede y adquirirá probablemente siempre, una intervención de recurso cuando quiera hacerse una extirpación genital amplia, o sea difícil la extirpación vaginal por cualquiera causa, parece justificada en parte la actitud de este cirujano rechazando toda modificación que se oponga a conseguir amplia brecha, y dependiendo la primera del

método -

El método de haber indicado y llevado a la práctica por vez primera en 1889 la sección y desviación hemisférica sacro - espinal corresponde por entero a Mégar - Después de tratar su acción entera angular, penetra en la pelvis junto al borde izquierdo del sacro, y accionando las partes blandas, separa el resto de la cara anterior de este hueso, y esto cuando se lleva una sierra de cadena entre los agujeros sacro sacros y cuando, se eleva este hueso de delante atrás deteniéndose al llegar al peritrocanterio de la cara posterior del mismo hueso con objeto de no completar la sección y poder bascular temporariamente el trozo óseo, para cuando de este modo un trozo de esta' destinado en el último acto a volver a su primitiva posición, fijándolo en esta con algunas pin-

los de cutis cutánea y dejando una pequeña abertura para el desagüe. No cabe duda q' Alagar dió con esto un gran paso en el camino del perfeccionamiento de él, y es la conducta que se siguió, no solo en casos de estirpacion de serina, sino de operaciones sobre el pecho y de tumores re-
tro-uterinos.

La maniobra ingeniosa de Alagar, modificóse pronto. Lery, Sonlange proceden de un modo análogo, pero insisten en la conveniencia de invertir el colgajo hacia abajo, para lo cual es preciso recurrir por completo al sacro.

Mas modernamente aconsejan Kuchner y Meinike, des-
pués de tratar la sección cutánea, dividir el sacro de arriba abajo por la línea media invirtiendo cada mi-
dad a' cada lado.

Ryddigist divide el sacro por una línea transversal y lo invierte después hacia un lado

Borelius describe la articulación sacro-ovárica y desvía el ovario hacia la derecha

A pesar de este progreso técnico, se fue limitando cada vez más el valor de la reserva ósea, osteoplastica o no, levantándose contra ella Cserny, Westermarck, Steinthal y sobre todo Schnee, y habiendo sido el de mayor número de intervenciones de este género ha practicado, proferido contra la práctica de la reserva, sosteniendo que es difícil que fuera el caso, siempre es perfectamente posible llegar a hacer la extirpación útero-ovárica, sin necesidad de recurrir a la reserva ósea.

De aquí nacieron como procedimientos operatorios los de Sarkentand y Wöpfler, de cuyas incisiones entóricas por vía ya se dice algo en el lugar correspondiente. Yuz

Kerker después de sirkonar las inserciones del músculo mayor y los ligamentos sacro-tuberoso y sacro-espinoso hasta el elevador del ano, si es necesario, se abre paso hacia la pelvis siguiendo el borde de las huesos sacro y coxis. Después procede a la estirpación uterina como en los demás procedimientos.

Wißler obra de una manera aráutega, pero en el lado derecho.

Estos procedimientos para sacros no han entrado en la práctica corriente, afortunadamente el ser mucho más comunes, atacar el útero casi lateralmente y actuar la fuerza del músculo de resaca sacra, sin obtener una brecha ancha y cómoda para la estirpación, que es precisamente lo que se persigue en casi todos los casos en que hay que recurrir al método sacro, por estrechez vaginal, útero excesivamente voluminoso o necesidad

de hacer una estirpación genital estensa.

Aquí da la característica y principales modificaciones introducidas en las maniobras preliminares de la *Histe* restomia sacra, primer punto en el que insistir al hacer el resumen crítico de su técnica.

El segundo problema que debe llamar su atención, es el relativo a la abertura peritoneal. Todos los cirujanos que han practicado el método sacro, y a su cabeza el mismo Morvenegg, reconocen que una de las maniobras verdaderamente intrínsecas de la operación, y más difíciles, consiste en encontrar y excavar en un punto convenientemente la cavidad de Douglas, pues si se hace, como se ha hecho en un punto demasiado alto o lateral y la sección peritoneal se hace de un modo anormal creándose dificultades para la cura ulterior. Por eso

Merczfeld penetra en la vulva por el lado derecho del
recto, pues afirma q' ese modo de llegar al pñique de
Douglas es mucho mejor. Para facilitar la maniobra
hay q' poner de relieve, por medio del dedo, la bñeda va-
ginal posterior y el pñique transversal del recto ~~un~~
otro dedo, pues parece q' corresponde siempre a' la parte
más derecha del seno de Douglas.

Respecto de la manera de seccionar las bñedas vaginales,
puede decirse q' la mayoría después de haber abierto la
cavidad peritoneal y tomado el colgajo seroso en la cara
anterior del útero, diseña y separa la vejiga y hace la
antera u' obtusión de dicha cavidad procediendo después
a' abrir las bñedas vaginales y tirar el útero del res-
to de sus conexiones. Otros hacen la incisión va-
ginal antes de la antera peritoneal, para lo cual

abren los dos sacos peritoneales anteriores y posteriores, di-
secan la vejiga, y proceden a hacer la circuncisión va-
ginal, estrangulando el útero, y cerrando después la cavi-
dad peritoneal y la vagina

Señale que el primero q' introdujé a estas prácticas u-
na modificación hasta cierto punto fundamental. Na-
ce la estirpación uterina in situ, sin bascularse del
órgano y de un modo diferente - Para ello, empujando
con una esponja la pared vaginal posterior, se seño-
na transversalmente cogiendo los bordes con pinzas de
ganchos. Extrae hacia fuera el cuello del útero, y pro-
cede de un modo análogo a como se hace en la estir-
pección vaginal separando la vejiga, ligando los liga-
mentos mediales o inmediatamente, y a maniobras todas
facilitadas por el amplio camino abierto -

Query hace la circuncisión vaginal desde este conducto como si fuera á practicar una *stiderectomía* por esta vía, con lo cual en el of. se facilitan las maniobras consiguientes por vía sacra; de este modo ha creído un verdadero procedimiento sacro-vaginal.

El último extremo en el que debo insistir en la técnica de la *stiderectomía* por el método sacro, es el relativo á la cura ó tratamiento ulterior, y aparece algunas dificultades dignas de tenerse en cuenta.

Uno de los reparos mayores que se han puesto al método en cuestión, ha sido el de la excesiva duración, no cuenta de complicaciones raras ó raras, del tratamiento consiguiente, y dura próximamente sin incidentes notables tres ó cuatro ó dos meses. En los procedimientos de resurrección simple, el trabajo de regeneración es considerable y transurre todo ese tiempo antes de se pueda considerar curado.

datos a las enfermas. El desagüe se impone como una necesidad, dada la amplitud del espacio muerto resultante. Spennthal es partidario de q^d la herida sacra se cierre por completo, y el desagüe se haga por la vagina cuando mal, según él, Schrank, Werkheim y otros, parecen q^d se abrevia el tiempo de la regeneración y cicatrización de los tejidos.

Los procedimientos de resaca ortopedica permiten reducir bastante esta cura indeseada, pero tampoco se puede suprimir en absoluto el desagüe. La consubstancia ósea puede travesarse bastante bien, y realmente constituye un progreso efectivo en la técnica de la Wunderlich a sacra. Los procedimientos de Wölfler y Querstark de incisión para - sacra con integridad ósea, si bien son más evocados por las regiones vasculares q^d por que

atravesar, permisión seducir algo también este tiempo de curación, aunque no facilitan una brecha tan amplia ni tan central para llegar al útero.

Merced a un análisis imparcial de lo que anteriormente llamamos estructura técnica del método, surgen y, como todos, ofrece ventajas e inconvenientes. Ventajas: inspección más amplia del campo operatorio, exposición más extensa y más fácil del útero, ligamentos y anejos; posibilidad de sustituir la ligadura en masa por la ligadura simétrica, facilidad de travesarse dentro de las arterias uterinas cuyas ligaduras puede practicarse aisladamente y menor probabilidad de lesionar los anexos - Inconvenientes: intervención de más importancia, mayor ~~de~~ duración del acto quirúrgico, pérdida de sangre más considerable, peligros de la resurrección ósea

mayor predisposición a la infección séptica, y sobre todo a
formación de plemoras pelvianas, probabilidad de una pa-
rálisis del plano muscular de la vejiga y obliga a prac-
ticar el cateterismo de este órgano durante algún tiempo
y predisponer de un modo singular a la infección ascenden-
te del aparato urinario, y tratamiento ulterior mucho
mas largo y a menudo complicado.

De todo lo anteriormente expuesto se deduce que la litiasis
retrovia por el método sacro es una intervención que en tal
actualidad no puede erigirse en método de elección siste-
mática, y no lo podrá conseguir probablemente nunca
a pesar de los perfeccionamientos técnicos con que se ate-
nora, pero que tiene derecho a ocupar un puesto en
la clínica ginecológica, y por ende, en la literatura
quirúrgica.

Será siempre un valioso método de recurso para determinadas circunstancias, especialmente en caso de estrechez por la vía vaginal, de úteros voluminosos, de neoplastias malignas con extensa propagación, y so licitem amplia y radical exéresis.

II HISTERECTOMIA PERINEAL

En el arduo exornológico y hasta en el de importancia quirúrgica y aun terapéutica corresponde al último lugar en la crítica sobre la técnica de la Histerectomía al método perineal, creación de Dr. H. Kandel en 1884 y al que debicame han sido ligerísimas modificaciones.

El procedimiento de Quinquand es el siguiente:
Hacer una incisión transversal como de 4 centímetros
de longitud y pase por el centro de la línea y divide el
perineo en dos partes iguales y sea perpendicular a'e
Ma; de sus dos extremos hace partir otras dos secciones
y dirigiéndose hacia atrás terminan abajo en ombos
anteriores de las isquias - Se erige un tubo lateral en un
cuerpo de forma trapezoidal con una cara menor la
incisión transversal, y otra mayor (virtual) que es la
parte por la que dicho tubo queda adherido, y de la
lateral igual que son las secciones y partiendo de los
dos extremos de la transversal terminan en las laterales
de las isquias. Diseca este tubo dividiendo
los brazos del esfinter externo, y separando la vagina
de la parte inferior del recto, continúa la discción tras
la Mezar a la bveda de Douglas, la cual abre, y se

dicando la estirpacion del útero como en los demás proce-
dimientos.

La idea y práctica de Gueterkandt, si ha tenido algun pro-
sélito, no ha conseguido entrar en la práctica corriente gine-
cológica - Mansuete, Proven, Laenger, Proramel y algunos
otros han estirpado úteros por este procedimiento, no ha-
biendo quedado muy satisfechos, al parecer, de sus resultados.

Laenger ha hecho ensayos en el cadáver, de los q^{ue} no ha
quedado satisfecho, por lo q^{ue} se nota resultantemente el uti-
lizarmento de la operacion de Gueterkandt

Mansuete después de estirpar algunos cánceres de la
vagina por la via perineal, se decidió a utilizar el méto-
do en la estirpacion del útero, publicando sus resultados
el año 1895.

Ha sido modernamente Proven, modificando algo el pro-

estirpamiento, ha operado dos casos. Por último, he aquí como se expresa Sprengel « Lo creo de sí ventajoso proceder primeramente á circuncidar el tronco de urea desde la vagina, como en el método vaginal, dissecando la vejiga y apartándola. Después de esto, sellar la vagina con gasa isodiformica y ejecutar la operación perineal por el método de Huebner-Kanell. La operación es practicable seguramente desde el punto de vista técnico, pero bastante ardua principalmente por que en el dominio del campo operatorio se encuentran los numerosos plexos venosos que existen entre la vagina y el recto. Creia yo entonces que la disecación del útero, á partir del periné, permitiría una estirpación más ancha de las conexiones laterales del órgano, y en particular de los paramétricos; pero me he convencido después, mediante la compara-

cine con otros úteros estirpados por la vía vaginal,
y no existía una gran diferencia por ese concepto. Por
esta razón no he querido a' emplear el nuevo procedimien-
to, dado q' no tiene ventaja alguna estirpar el útero
siguiendo para ello un camino nuevo más difícil y más
cruento q' el que marcan las circunstancias natura-
les, cuando ese nuevo camino no reporta grandes ven-
tajas ->>

Si la nueva vía proporcionara un acceso más fa-
cil y ámplio al útero y anejos, permitiendo como con-
secuencia de ello una más estensa estirpación geni-
tal, seguramente q' el método sería esenta dada las
dificultades de última hora de buscar procedimientos
q' permitan estirpaciones lo más estensas posibles,

especialmente del suelo pélvico. Pero enseñando la práctica de tal ideal no se consigue con el método de Lue Kerkandl, es difícil q' por ahora consiga entronizarse en la terapéutica quirúrgica ginecológica



CONCLUSIONES

Dirigiendo ahora, al llegar al final de este trabajo, una mirada retrospectiva sobre el caudal científico con el que ahora en la actualidad la ciencia de la Obstetricia, y teniendo en cuenta todo lo que anteriormente enseñado queda, me permito establecer las siguientes conclusiones:

1^a La Obstetricia como especialidad total del útero, es una valiosa y definitiva conquista de la Cirugía operatoria, y enriquece de un modo extraordinario, el tesoro actual de la Cirugía ginecológica, elevándola, por sus múltiples perfeccionamientos científicos a la cumbre del progreso quirúrgico general.

2^a La Obstetricia cuenta a la hora que corre

con cuatro grandes métodos operatorios, según los me-
tos más por los que puede llegarse a la amputación
del órgano: vaginal, abdominal, sacro y perineal.

3^a El método vaginal por su antigüedad y por sus
perfeccionamientos técnicos, es difícil llevar más a
lta, merece figurar a la cabeza de los métodos opera-
torios en la extirpación del útero.

4^a Dada la inmensa variedad de procedimientos
con que cuenta el método vaginal, es preciso y conve-
niente agruparlos, por algunas variaciones técni-
cas fundamentalmente diferentes, en cuatro grandes
submétodos: ligaduras, tenazas, amputación sub-
perineal y extirpación ígnea.

5^a Los submétodos de ligaduras y de las ten-

matras representativos de las dos sentencias operacionales en Alemania y Francia respectivamente, tienen derecho por su técnica y por el examen de sus resultados a figurar como submítados de elección en los casos de utilizar la vía vaginal. Los procedimientos de Oppenheimer, Pozzi, y Dozou deben colocarse, por su perfección técnica, en primera línea.

6^a = El submítado de enucleación subperitoneal, queda en la práctica muy restringido por no ser posible más que en muy limitadas circunstancias llevar a cabo el descolteramiento uterino que supone.

7^a = El submítado de extirpación ignea de Mac

Kew ot consigne, sigue se desquente de la espe-
simia, de un modo algo mejor, evitar la recidiva
por inoperación operatoria, resultando acualmente
útil para la succion de las concepciones laterales,
siendo preciso esperar a q' una mayor casística
permite concluir de un modo más definitivo.

9^a = El método abdominal, q' tuvo una época de in-
merecido olvido, vuelve a ser de proseguir en la es-
tirpacione del útero, por permitir mejor q' el mé-
todo vaginal una exéresis más amplia de es-
te órgano y sus anexos; principio q' así erigien
base fundamental en los casos de úteros más
malignos.

9^a = Las modificaciones principales del método ab-

dominal, han tenido por objeto simplificar la técnica, especialmente la maniobra de la ligadura de los puros metrios, convirtiendo el método abdominal puro, en método abdominal combinado o abdominal-vaginal, siendo en ambas de aplicación, si tiene no en toda su pureza, el empleo de las tenazas.

Los procedimientos de Legend, Richelot, y Westheim son los prosectores de mayor perfección técnica.

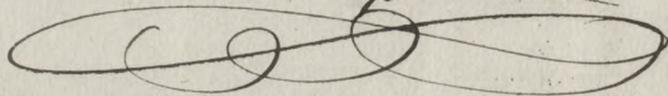
1.º = El método puro debe reservarse para los casos de estrechez vaginal exagerada, excesiva volumen del útero, y necesidad de hacer una extirpación genital amplia, figurando siempre en importancia práctica y transcendencia clínica, después de los métodos naturales vaginal y abdominal. De todos los proce-

-158-

dirigidas, por de reserva osteoplástica, son las que
conservando la finalidad primordial del método,
reunen mayores ventajas y menores inconvenien-
-tes-

11^a = El método perineal de Quirk-Kandl no es de
provenir, pues sobre no permitir una extracción
más segura del útero, ligamentos y anexos, es
más arduo, y de ejecución técnica más laboriosa.

Santiago Diaz
Barona



Madrid 28 de Octubre de 1903



Leizaola
Redondo



Leizaola
J. Oros

Verificó el ejercicio el día 18 de Diciebre de 1867
y fue calificado de Satisficiente

~~Arbano de Pedronzo~~

El Sr.
D. Juan

Federico Florio

Alonso Jimenez

Señor Mercedes

