

b. Fibromas sesiles submucosos. — Aquí la dilatación, por ancha que sea, es siempre insuficiente. Hay que seccionar el cuello, ya a nivel de sus comisuras llegando hasta el orificio interno (Segond-Dartigues), ya en la línea media anterior (Bouilly, Doyen). En el primer caso, se procederá como para la discisión bilateral (fig. 1323). En el segundo se procederá como para la histerectomía vaginal: cuello amarrado y descendido con dos pinzas, vagina incindida por delante, vejiga despegada, peritoneo apartado sin ser abierto. El cuello, el istmo y la parte inferior del cuerpo son entonces hemiseccionados en la línea media o hendidos en Y (Doyen).

Se descubre el tumor, se incide su cáscara mucosa, se excava su centro con el bisturí o con el tubo cortante de Doyen, si es voluminoso, y luego se quita su periferia lo más a menudo por enucleación, en forma de gorro.

Se limpia el útero, se le tapona y sutura. Al décimo día, se empiezan las inyecciones, que a veces se han de repetir varias veces al día.

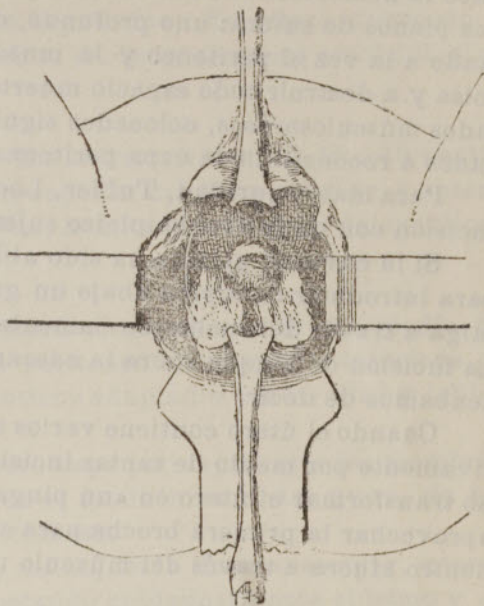


Fig. 1323. — Miomectomía vaginal por sección del cuello (Dartigues)

c. Fibromas intersticiales e inferiores. — Si residen en el cuello, se incide éste hasta el tumor. Si residen en el istmo, se incide el fondo de saco vaginal anterior o el posterior y se desprende la parte correspondiente del útero sin abrir el peritoneo si se puede. Entonces se ataca el fibroma por enucleación o por fragmentación, según sea su volumen.

B. — Miomectomía abdominal (1)

Conviene para los fibromas abdominales pediculados, sesiles o intraligamentosos.

a. Fibromas pediculados. — El pedículo es atacado por dos incisiones oblicuas en forma de cuña; se desprende el tumor, se ligan los vasos y se coaptan bien los labios de la sección por medio de suturas profundas y superficiales.

b. Fibromas sesiles. — Abierto el vientre, se saca el útero al exterior, se le aísla por medio de compresas y se expone bien el fibroma.

La mayoría de los autores recomiendan incindir ampliamente la cápsula del fibroma sobre la prominencia misma del tumor, coger el núcleo del tumor con unas pinzas o un sacacorchos, aislarla con el dedo o con la espátula pasando por el buen plano de separación y extirparlo por enucleación, sin abrir, si es posible, la cavidad uterina.

(1) Consúltese Loubet, T. de Paris (1902), y *Rec. de gyn. et de Chir. abd.* (1902), pág. 195.

Taffier, Loubet y W. Prior recomiendan, por el contrario, incidir siempre sistemáticamente el útero en la línea media, «línea avascular», e ir, por esta incisión única, en busca del tumor fibroso, aunque se halle fuera de la línea media.

Enucleado el fibroma, si la cavidad uterina ha podido ser respetada, se hace la hemostasia de la celda ocupada por el tumor y luego se la cierra por dos planos de sutura: uno profundo, que atraviesa el músculo uterino, respetando a la vez el peritoneo y la mucosa cavitaria, destinado a acolchonar la bolsa y a destruir todo espacio muerto; el otro superficial, forma puntos separados musculoserosos, colocados siguiendo el procedimiento de Lembert, destinados a reconstituir la capa peritoneal.

Para más seguridad, Taffier, Loewy y Guibal aconsejan cubrir la línea de incisión con un injerto epiploico sujeto por algunos puntos.

Si la cavidad uterina ha sido abierta, es prudente aprovechar esta brecha para introducir de arriba abajo un grueso tubo que penetre en la cavidad y salga a través del cuello previamente dilatado, desaguando así hacia la vagina. La incisión de ataque sobre la cáscara se cierra luego con mucho cuidado como acabamos de decir.

Cuando el útero contiene varios núcleos fibrosos se les puede enuclear sucesivamente por medio de tantas incisiones como sean necesarias, a condición de no transformar el útero en «un pingajo» (Taffier). Pero habitualmente se puede aprovechar la primera brecha para extirpar los tumores vecinos, marchando de dentro afuera a través del músculo uterino.

c. Fibromas intraligamentosos. — En su parte saliente, paralelamente a la trompa y por debajo de ella, se incide el tumor, se le coge y aísla manteniéndose siempre en su contacto inmediato para evitar la herida del uréter, la vejiga o los vasos, que a menudo afectan con el tumor las conexiones más estrechas.

Se extirpa luego el fibroma por torsión o sección de su punto de implantación. La cavidad que ocupaba es acolchonada y cerrada completamente o bien se desagua, ya por el vientre, ya por el Douglas.

W. Prior ha recomendado también para los fibromas intraligamentosos la histerotomía media y el ataque de dentro afuera, para mejor respetar el ureter. Esta maniobra nos parece penosa.

§ 2. — OPERACIÓN CESÁREA

Es la incisión del útero destinada a la extracción del feto, en caso de estrechez pélvica o de lesiones del cuello (cáncer) que se oponen a la extracción por las vías naturales.

Se distinguen dos variedades de operación cesárea: la *cesarotomía conservadora*, en la que, extraído el feto, se conserva el útero, que sólo es suturado, y la *operación de Porro* en la que se sacrifica el útero con los anexos mediante una amputación del pedículo externo.

Hoy la operación de Porro ya apenas se practica. Se prefiere con razón la histerectomía total o subtotal ejecutada como hemos dicho anteriormente. Por esto no nos entretendremos en describirla.

La cesarotomía conservadora se puede realizar por vía abdominal y por vía vaginal (Dürhssen). Esta última es difícil y expone a graves accidentes; la

pasaremos en silencio y nos contentaremos con describir la operación cesárea por el vientre, la cesarotomía conservadora clásica, procedimiento de elección.

Cuidados preliminares.— Los de toda laparotomía. Antes de empezar, se hará a la parturiente una inyección subcutánea de ergotina (XX a XXX gotas de ergotina Yvon o X gotas de ergotina). Se estará dispuesto a practicar inyecciones subcutáneas de caféina, de éter y de suero artificial, si es necesario.

a. Incisión de la pared abdominal. — En la línea media, de 15 a 18 centímetros de largo, correspondiendo a la parte superior del útero grávido, y extendiéndose, por lo tanto, la mitad hacia arriba, la mitad hacia abajo del ombligo, a veces mucho más larga hacia arriba.

b. Incisión del útero. — Se aísla el útero cuidadosamente por medio de compresas que protegen la gran cavidad peritoneal. Un ayudante coloca la matriz en el plano medio del cuerpo y mantiene adaptados contra ella los labios de la herida abdominal.

Incíndase entonces francamente el útero capa por capa hasta las membranas. Esta incisión puede ser *transversal*, en el fondo mismo del útero, de un asta a la otra (Fritsch), procedimiento defectuoso.

Lo más a menudo será *longitudinal y media*, en la línea avascular, interesando la pared superior del cuerpo y respetando cuidadosamente el istmo y el anillo de Bandl, al que no se deberá aproximar más de 2 a 3 centímetros.

Abierto el útero primero en una extensión de 4 o 5 centímetros, se ven abombar a través de la herida las membranas, si todavía están intactas. El índice izquierdo las rompe y sobre este dedo como protector se ensancha la brecha con las tijeras, de abajo arriba preferentemente, en una extensión de 12 a 15 centímetros, o más.

Si por desgracia la incisión cae sobre la inserción de la placenta, es necesario, sin alterarse, perforarla primero, y luego, sin probar de despegarla, seccionarla rápidamente de abajo arriba.

c. Extracción del feto. — En este momento surgen el líquido amniótico y una oleada de sangre, sobre todo cuando la placenta se halla interesada. Sin vacilación, mientras el ayudante aplica íntimamente los labios de la herida contra el útero, lo enuclea, por decirlo así, y comprime indirectamente el órgano a los fines de hemostasia, húndase la mano en el útero, búsquese, cójase y atráigase un pie; extráiganse con rapidez los miembros inferiores, el tronco, los brazos y, por último, la cabeza, recurriendo si es necesario a la maniobra de Mauriceau para desprenderla, cuando los labios de la herida uterina, al volver sobre sí mismos, la abrazan demasiado estrechamente.

Se corta el cordón entre dos pinzas y se confía el niño a un ayudante.

d. Extracción de la placenta y de las membranas. — Se coge y se extiende el cordón. Por tracciones suaves y por desprendimiento se van soltando poco a poco las secundinas y se las conduce al exterior lo más completas que sea posible. Sobre todo por abajo, hacia el polo inferior, es donde las membranas son más adherentes y difíciles de extraer íntegras.

e. Taponamiento y sutura del útero. — Se limpia el útero y se tapona un instante. Se preparan una o varias tiras largas de gasa simple estéril. Se introducen unas pinzas largas por la vagina y el cuello hasta la cavidad uterina, previa dilatación digital del cuello, si es necesario. Estas pinzas cogen y arrastran a la vagina el extremo de la o las tiras de gasa estéril, que luego se amontonan en la cavidad uterina.

Se vuelve a cerrar entonces la brecha de la matriz por dos planos de sutura. Uno profundo, muscular, punto por encima o puntos separados a distancia de 1 centímetro, reúne las superficies de sección respetando a la vez la mucosa y la serosa. El otro, superficial, reúne los labios peritoneales, que adosa, según el modo de Lembert. Para consolidar esta peritonización de la línea de sección, se puede recurrir a un injerto epiploico de Loevy. Se desprende un fragmento de epiplón de dimensiones suficientes, se extiende sobre la línea y se le fija por algunos puntos.

Pero no hay necesidad, como había preconizado Säger, de practicar el desprendimiento del peritoneo a lo largo de los labios de la herida, a fin de realizar mejor el adosamiento por inversión.

f. Sutura de la pared. — Hágase la limpieza del abdomen. Si se quiere evitar un nuevo embarazo, escíndanse algunos centímetros de las dos trompas entre dos ligaduras (Bouilly).

Ciérrese luego el vientre por uno o varios planos.

Cuidados consecutivos. — Se limpia y tapona la vagina. Se retiran poco a poco las mechas intrauterinas y se las quita por completo hacia el cuarto día. La vagina se tapona hasta el duodécimo.

XI. — COLPOHISTEROTOMÍA POR INVERSIÓN UTERINA (1)

Se aplica a las inversiones irreductibles y consiste en incidir uno de los fondos

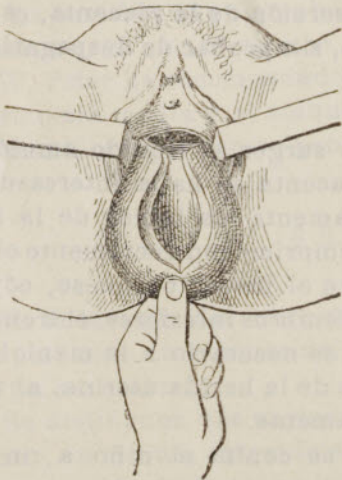


Fig. 1324.—Colpohisterotomía anterior por inversión uterina (Ovi). Incisión del fondo de saco anterior y de la pared uterina anterior.

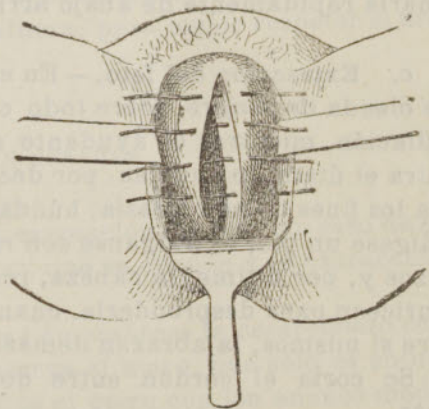


Fig. 1325.—Colpohisterotomía anterior (Ovi). Sutura de la pared uterina anterior después de invertir el útero.

de saco y luego una de las paredes del útero en toda su altura para volver la matriz como un guante y reducirla en la pelvis, previa sutura de la pared incindida.

(1) Consúltese Fresson, T. de París (1902).

La operación se puede practicar en la pared anterior (Kehrer-Oui) o en la pared posterior (Küstner-Duret), pero es idéntica cualquiera que sea el punto en que es incindida la pared uterina.

a. Incisión del fondo de saco vaginal. — Por abajo del hocico de tenca, que se reconoce con el dedo y con la vista, incisión muy ancha del fondo de saco anterior o posterior, con abertura del peritoneo.

b. Incisión vertical media de una de las caras uterinas. — Esta incisión divide el cuello y la pared uterina en toda su extensión (fig. 1324).

c. Reinversión del útero. — La cáscara uterina invertida se vuelve a su posición con ayuda de los dedos que cogen los labios de la sección. El útero revuelto queda entonces en la posición de la histerectomía vaginal, después de la báscula anterior o posterior.

d. Sutura media de la pared incindida. — Se hace desde el fondo hasta el cuello, en dos planos: mucoso y musculoso. Se la termina a nivel del istmo (fig. 1325).

e. Reposición del útero y sutura del cuello. — El útero suturado es reintegrado en el vientre por la incisión transversal del fondo de saco, cuyos labios se separan por medio de pinzas y luego se reconstituye el cuello uterino.

f. Sutura y desagüe del fondo de saco vaginal. — La incisión del fondo de saco se cierra parcialmente después de colocar un hilo de desagüe y una mecha a lo largo de la sutura uterina (fig. 1326).

La colpohisterotomía anterior, quizá más difícil de ejecutar, es, sin embargo,

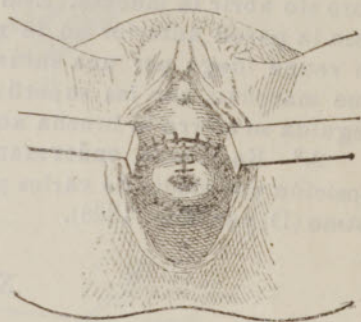


Fig. 1326. — Colpohisterotomía anterior (Oui). Sutura del fondo de saco vaginal anterior y del cuello, previa reducción del útero.

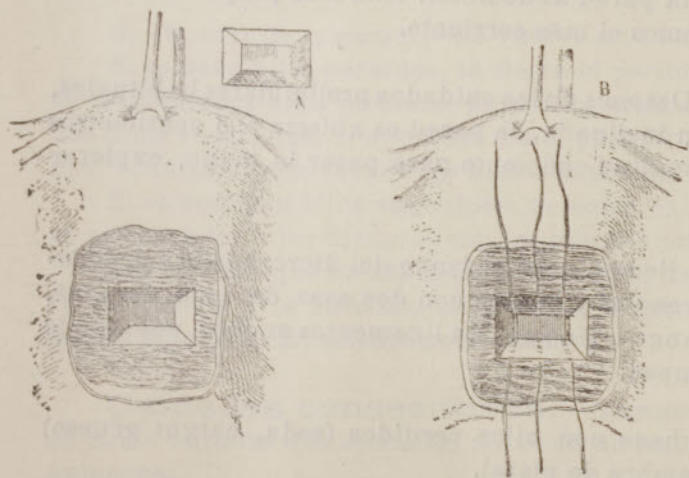


Fig. 1327. — Cunshisterectomía de Jonnesco (Ricard y Launay)

A, escisión del segmento uterino; B, sutura

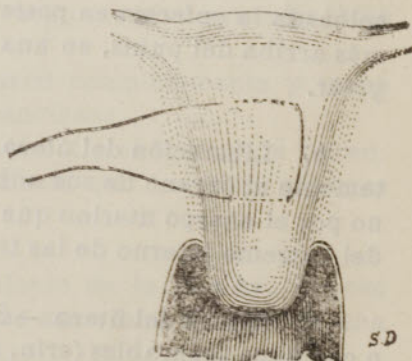


Fig. 1328. — Histeroplastia de Doyen (Ricard y Launay). Paso de un hilo.

preferible a la colpohisterotomía posterior, porque expone menos que ésta a una retroversión adherente (Oui).

XII. — HISTEROPLASTIA

Es el enderezamiento del útero en ante o retroflexión.

Se puede practicar por vía abdominal o vaginal y de dos modos diferentes.

1.º En uno, cunehisterectomía, después de haber descubierto el útero ya por laparotomía (Thiriar-Jonnesco), ya por una ancha colpotomía (Folet, Reed), se hace una resección cuneiforme del útero, de base peritoneal, de vértice yuxtamucoso, pero sin abrir la mucosa. Esta resección se practica en el ángulo de flexión e interesa la pared anterior en la retroflexión, la posterior en la anteflexión. La herida se reúne luego por una sutura profunda, por medio de hilos separados, verticales, que marchan por las superficies refrescadas y luego por una sutura serosa. En seguida se cierra la brecha abdominal o vaginal (fig. 1327).

2.º En el otro, enderezamiento por suturas perdidas, se fija el útero en buena posición por medio de varios puntos con seda, pasados en forma de U a nivel del istmo (Doyen) (fig. 1328).

XIII. — HISTEROPEXIA

Es la fijación del útero por desviaciones o prolapsos. Puede ser *directa*, practicada por vía abdominal o por vía vaginal, o bien *indirecta* cuando el útero, por vía abdominal, se fija con ayuda de sus ligamentos (ligamentos redondos o ligamentos anchos). La histeropexia directa por vía vaginal se emplea muy rara vez, a pesar de los esfuerzos de Dürhsen, Mackenrodt, Le Dentu y Pichevin. Es de ejecución delicada, expone al aborto en caso de embarazo ulterior. Por esto la pasaremos en silencio.

§ 1. — HISTEROPEXIA ABDOMINAL DIRECTA

Consiste en fijar el útero a la pared abdominal. Han sido propuestos varios procedimientos. Sólo describiremos el más corriente.

a. Incisión de la pared. — Después de los cuidados preliminares habituales, colocada la enferma en posición inclinada, la pared es abierta a 3 centímetros más arriba del pubis, en una longitud suficiente para pasar la mano, explorar y ver.

b. Liberación del útero. — Se reconoce el fondo del útero; se libra prudentemente al órgano de sus adherencias y cogido con dos asas de seda pasadas, no por el cuerpo uterino que sangra, sino por los ligamentos anchos, por debajo del extremo interno de las trompas.

c. Sutura del útero. — Se hace con hilos perdidos (seda, catgut grueso) o con hilos separables (crin, alambre de plata).

Se levanta el útero arriba y adelante. Sin refrescar su superficie serosa, maniobra hoy abandonada, por medio de una aguja de Hagedorn o de una aguja de Reverdin, se colocan tres hilos en planos sucesivos, que marchan transversalmente bajo la cara anterior del órgano, el primero a nivel del fondo de saco vésicouterino, los otros dos a 1 y 2 centímetros más arriba. Estos hilos abrazan ampliamente el tejido uterino en una extensión de 3 centímetros el

primero, de 3 a 4 los otros. Para no desgarrar el útero deben penetrar francamente en la capa muscular.

Los extremos de los hilos se pasan luego a través de los labios correspondientes de la herida abdominal, pero un poco más arriba a fin de que esos hilos, una vez apretados, tiendan a levantar el útero.

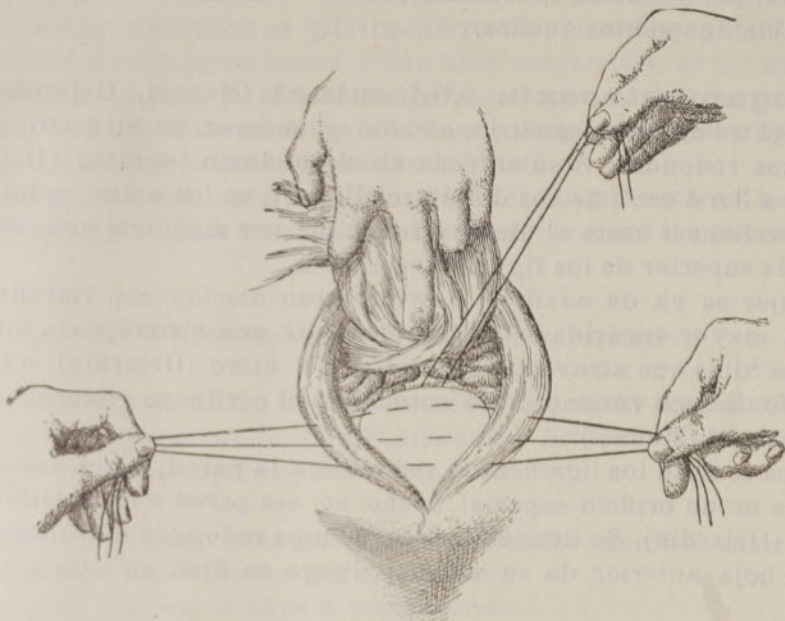


Fig. 1329. — Histeropexia abdominal directa. Procedimiento de Terrier

Si se emplean hilos perdidos, sólo deben comprender en la pared el peritoneo y la capa muscular. Si se usan hilos amovibles, deben atravesar la piel. Estos hilos se cogen con pinzas hemostáticas.

d. Sutura de la pared. — Se vuelve a cerrar la pared.

Si se usan hilos perdidos, se cierra el peritoneo y la capa muscular; se atan sólidamente los hilos uterinos; para ello, mientras un ayudante pone tensos los dos hilos superiores, el operador ata el primero y luego sucesivamente los otros dos. Finalmente, se reúnen los labios cutáneos.

Si se emplean hilos amovibles, se cierra la pared completamente y luego se aprietan los hilos fijadores con las mismas precauciones.

Para evitar que un asa intestinal sea pellizcada entre el útero y la pared, se mantendrá a la enferma en posición declive hasta que los hilos uterinos hayan sido definitivamente apretados.

Cuidados consecutivos. — Taponamiento de la vagina. Reposo en cama durante tres semanas; ablación de los hilos amovibles al cabo de una quincena.

§ 2. — HISTEROPEXIA ABDOMINAL INDIRECTA

Es *intraperitoneal* y se opera entonces sobre los ligamentos redondos o los ligamentos anchos, o bien *extraperitoneal* y sólo interesa los ligamentos redondos (operación de Alquié-Alexander).

A. — Histeropexia indirecta intraperitoneal

Puede ser practicada de tres modos: por fijación de los ligamentos redondos a la pared, por plicación o doblamiento de estos mismos ligamentos; por plicación de los ligamentos anchos.

1.º Ligamentopexia abdominal (Monari, Dejardin) (1). — Abierto el vientre en el hipogastrio, aislado y enderezado el útero, se cogen los ligamentos redondos. A su entrada en el conducto inguinal (Dejardin) o simplemente a 3 o 4 centímetros del útero (Monari) se los corta, se los enuclea de su aleta peritoneal hasta el útero y se rehace por medio de una sutura continua el borde superior de los ligamentos anchos.

Si la mujer es ya de edad, si hay prolapso uterino con retroflexión, se puede, para mayor seguridad, o bien practicar una histeropexia directa por medio de tres hilos que atraviesan el cuerpo del útero (Dejardin), o bien obliterar el fondo de saco vésicouterino suturando el peritoneo visceral uterino al peritoneo parietal (Monari).

Entonces se fijan los ligamentos redondos a la pared, ya en los labios de la herida, ya en un orificio especial hecho en esa pared a cada lado y lo más alto posible (Dejardin). Se tienden los ligamentos redondos entre los músculos rectos y la hoja anterior de su vaina y luego se fijan en este sitio por 5 o 6 puntos.

2.º Doblamiento o plicación de los ligamentos redondos (Wylie Ruggi). — Es simple o completada por la fijación de los ligamentos replegados ya al útero, ya a la pared abdominal.

En la plicación simple, una vez abierto el vientre y enderezado el útero, se coge uno de los ligamentos con unas pinzas de forcipresión hacia su parte



Fig. 1330. — Histeropexia abdominal indirecta por plicación de los ligamentos redondos

media; se determina por tracción un asa cuya cara interna se refresca por raspado de la serosa y cuyas dos ramas fronterizas se fijan por medio de tres hilos que atraviesan el ligamento o de una sutura a punto por encima (figura 1330).

Análoga maniobra se repite en el otro ligamento; luego se cierra el vientre.

(1) Dejardin (de Lieja), *Arch. prov. de chir.* (1903), pág. 237.

En la plicación con fijación al útero, el asa plegada del ligamento se fija después a la cara anterior de la matriz por algunos puntos suplementarios.

En la plicación con fijación a la pared, se cogen los ligamentos, se los dobla y fija en la parte inferior de la herida abdominal, por hilos que los atraviesan y traspasan los planos seromúsculoaponeuróticos.

3.º Doblamiento o plicación de los ligamentos anchos.—Si los anexos están sanos y han sido respetados, se pliegan los ligamentos anchos por medio de puntos en hilván transversales, superpuestos en toda su altura, desde el borde libre a la base y luego se pueden fijar los ligamentos así acortados a la parte posterior del útero.

Si los anexos están enfermos y extirpados, basta suturar los extremos externos de los ligamentos a las astas o bien unirlos entre sí a la cara posterior del útero.

B. — Histeropexia indirecta extraperitoneal

Es el acortamiento de los ligamentos redondos en el trayecto inguinal y se llama también *operación de Alquié Alexander-Adam*.

He aquí sus tiempos principales:

a. Incisión cutánea. Descubrimiento del anillo inguinal externo. — Búscuese la espina iliaca anterior superior; búscuese la espina púbica, a unos 3 centímetros por fuera de la sínfisis. De la una a la otra márchese el trayecto del arco de Falopio y determínese éste.

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

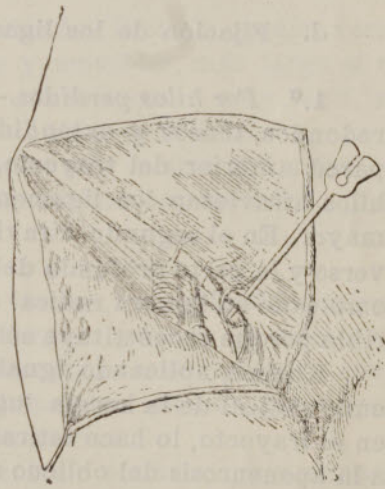


Fig. 1331. — Histeropexia indirecta. Operación de Alquié-Alexander. Descubrimiento del ligamento redondo.

b. Incisión del conducto inguinal, aislamiento del ligamento redondo. — De un tijeretazo escíndase bajo los dientes de unas pinzas de disección la delgada hoja celulosa que vela el anillo inguinal externo; de ordinario, en seguida forma hernia una bolita grasosa, *bola de Imlach*, y se la separa. Directamente o sobre la sonda acanalada, hiéndase la pared inguinal anterior en una longitud de 4 centímetros. Después de haber levantado el borde inferior carnoso del oblicuo menor con un gancho romo, cárguese el ligamento redondo en el fondo

del canal que representa ahora el conducto inguinal y que no contiene por abajo otra cosa que el ligamento uterino. Éste se obtiene así *en todo su espesor* en forma de un cordón gris blanquecino o gris rosado, cuyo volumen ordinario es el de una pluma de ganso; a veces, no obstante, en el conducto inguinal, apenas es más grueso que una pluma de pava. El ramo genital del nervio génitocrural sigue su cara superior. — Diséquese el ligamento redondo *en su sitio* sin distenderlo demasiado, de una parte hasta la espina del pubis, de otra parte hasta el anillo inguinal interno, repeliendo con unas pinzas el fondo de saco o cono peritoneal blanquecino que recubre la parte profunda del ligamento; de este modo se monda en cierto modo el haz de las fibras carnosas. Si acaece abrir el fondo de saco peritoneal, ciérresele por un punto de sutura. Cúbrase la herida con una compresa aséptica.

Descúbrase de igual modo el otro ligamento redondo.

c. Enderezamiento del útero. — Por medio de los dedos, tírese suavemente de los ligamentos redondos hacia delante, hacia las espinas púbicas hasta que se encuentre una resistencia profunda particular; sujétese entonces cada ligamento con unas pinzas de forcipresión contra el anillo inguinal interno y asegúrese, ya por el tacto practicado por un ayudante, ya por la palpación hipogástrica, de que el cuerpo del útero está bien aplicado detrás de la sínfisis púbica. Diséquense todavía los ligamentos, si ha lugar hasta reducción perfecta.

d. Fijación de los ligamentos acortados. — Se hace de varias maneras:

1.º *Por hilos perdidos.* — Con ayuda de catguts o de sedas, los ligamentos redondos, tensos y extendidos en el trayecto inguinal, son fijados, ya a la pared anterior del trayecto, ya a su pared posterior. En el primer caso, los hilos atraviesan los ligamentos y los dos labios de la aponeurosis del oblicuo mayor. En el segundo atraviesan los ligamentos, el oblicuo menor y el transversal y la parte profunda del arco crural, como en el procedimiento de Bassini empleado en la cura radical de la hernia inguinal. Este último modo es preferible porque reconstituye sólidamente la pared.

Kocher, aplicando igualmente al caso particular su procedimiento para la cura radical de la hernia inguinal, en lugar de acortar el ligamento redondo en el trayecto, lo hace estirar hacia arriba y afuera, lo sujeta en esta situación a la aponeurosis del oblicuo mayor y luego cierra el trayecto inguinal.

Duret y Casati practican una sola incisión media para el descubrimiento de los dos ligamentos y luego los entrecruzan en la línea media suturándolos o atándolos entre sí.

2.º *Por hilos temporales.* — Los hilos (crines o alambres de plata), dispuestos como en la cura de la hernia inguinal, atraviesan las paredes del trayecto inguinal, los ligamentos y la piel (véase cura radical de la hernia inguinal).

3.º *Sin hilos.* — Juvara y Lapeyre, imitando el procedimiento de Duplay y Cazán en las hernias, aíslan los ligamentos redondos, los hienden en dos tiras delgadas, las cuales pasan repetidas veces por los labios del trayecto inguinal, de un modo semejante a un cordón de borceguí, y luego se atan uno con otro.

III

Anexos del útero

I. — OVAROSALPINGECTOMÍA

La ablación de los anexos, con o sin extirpación simultánea del útero, se ejecuta por la vía abdominal o por la vía vaginal.

§ 1. — VÍA ABDOMINAL

Pueden presentarse dos casos principales: los anexos están libres o muy débilmente adherentes; o bien están íntimamente fusionados con el útero, la pelvis y los órganos vecinos.

A. — Anexos libres

Cuidados preliminares. — Los de toda laparotomía.

a. Incisión de la pared. — Sobre plano inclinado. Incisión media, vertical, bastante corta si los anexos son pequeños y movibles, más larga si es necesario. En los casos en que la extirpación se anuncia como muy fácil, se puede usar la incisión crucial de Segond-Dartigue (véase pág. 787).

Se corta la piel transversalmente, exactamente por encima del pubis, a fin de ocultar la cicatriz entre los pelos; la capa músculoaponeurótica y el peritoneo se abren longitudinalmente.

b. Extirpación de los anexos. — Abierto el vientre, recogido el intestino, bajo una compresa, se busca primero el fondo del útero y luego las astas uterinas que conducen a los anexos. Se aísla ligeramente la masa anexial, rompiendo los pequeños tractus y adherencias que la pueden retener. Se la coge y se la levanta para pediculizarla a nivel del asta uterina.

Entonces se puede: 1.º o bien traspasar el pedículo con una aguja armada de un hilo sólido, ligar cuidadosamente este pedículo y cortarlo por fuera de la ligadura, ya con las tijeras, ya con el termocauterío; 2.º o bien colocar un clamp sobre ese pedículo, escindirlo y reemplazar luego el clamp por una ligadura; 3.º o bien aplastar el pedículo con un angiotribo, colocar un hilo en el surco y cortar por fuera, y 4.º o bien seccionar francamente el ligamento ancho por debajo de los anexos, sin ligadura ni hemostasia previas. En la superficie de sección se pellizcan y se ligan aisladamente los vasos que sangran. Este último modo, aconsejado por Delbet, si bien es más elegante, expone en cambio a hematomas o hemorragias que pueden ser graves (Rebreynd). Se debe, pues, poner el mayor cuidado en su ejecución.

Cualquiera que sea la técnica adoptada, habrá que vigilar minuciosamente la hemostasia del pedículo y asegurarse de que la ligadura no tiene tendencia a resbalar. Para evitar este accidente es por lo que conviene traspasar el pedículo con el hilo, bien antes de atarlo (nudo de molinero, nudo de piro-

técnico), o bien después de haber hecho un primer nudo que apriete el pedículo en masa (Doyen).

c. Peritonización del pedículo. — Una sutura a punto por encima con catgut entierra la ligadura y el pedículo bajo las dos hojas del ligamento ancho conducido sobre ellos.

d. Cierre del abdomen. — En uno o varios planos

B. — Anexos adherentes

Comprendemos con este título los casos de anexitis casi siempre supuradas, en que el ovario y la trompa, transformados en bolsas serosas o purulentas, perdidos en medio de adherencias inextricables, a menudo prolapsados en el Douglas, adhieren intimamente al útero, a la pelvis, al intestino, a la vejiga o al epiplón, tanto que resulta muy difícil descubrirlos primero y extirparlos después.

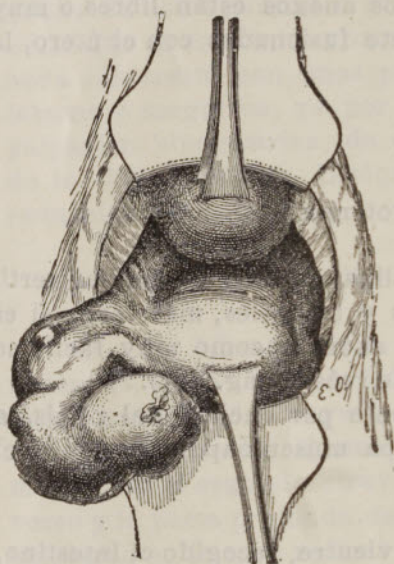


Fig. 1332. — Ablación de los anexos por colpotomía posterior (J.-L. Faure)

Como estas lesiones son casi siempre bilaterales, la tendencia actual es tratarlas, no por la salpingectomía simple, sino por la castración abdominal con histerectomía total o subtotal preliminar o simultánea.

Nos referimos, pues, al capítulo de la histerectomía abdominal por anexitis supuradas (véase pág. 1121), limitándonos a recordar:

1.º Que la incisión abdominal debe ser ancha para ver bien lo que se hace y maniobrar cómodamente;

2.º Que es necesario, con el mayor cuidado, limitar el campo operatorio con ayuda de compresas gruesas para proteger la gran serosa;

3.º Que la primera maniobra debe ser el descubrimiento del fondo del útero, guía indispensable, que ante todo hay que librar de sus adherencias epiploicas o intestinales;

4.º Que los anexos se despegan mucho más fácilmente de [abajo arriba y de dentro afuera que en sentido inverso, y que, según la observación de Faure, hay que probar siempre de abordarlos por debajo, por su polo inferior, donde se encuentra el plano de separación;

5.º Que, según las circunstancias particulares, habrá que recurrir a la histerectomía previa o simultánea, por sección transversal del cuello uterino, por hemisección media, por el método americano, etc.;

6.º Que el desague abdominal o vaginal es casi siempre necesario.

§ 2. — VÍA VAGINAL

Las mismas consideraciones son aplicables a la vía vaginal.

Si los anexos están libres, se los podrá quitar por una simple colpotomía (véase pág. 1061).

Si los anexos son adherentes y supurados, la colpotomía permitirá tam-

bién abrir las colecciones tubáricas o peritubáricas y desaguarlas en el punto declive.

Si las lesiones son bilaterales, la castración vaginal con histerectomía será a menudo necesaria (véase pág. 1097).

II. — OPERACIONES CONSERVADORAS EN LOS ANEXOS

Sólo hay necesidad de dedicarlas algunas palabras.

§ 1. — OPERACIONES CONSERVADORAS EN EL OVARIO

1.º Ignipuntura del ovario. — Se coge el ovario enfermo, se le lleva fuera del vientre y se abren los quistes perceptibles (ovaritis escleroquistica) con la punta del termocauterio elevado al rojo obscuro.

2.º Incisión exploradora. — Con el bisturí, el ovario cogido entre los dedos es abierto por su borde libre en toda su longitud hasta el hilo. Se abren o se cauterizan los quistes profundos. Se cierra la brecha con una sutura a punto por encima con catgut, a la que se añaden, si conviene, algunos puntos profundos.

3.º Resección parcial. — Se cierne la parte que se ha de resear por una doble incisión elíptica, circunscribiendo un trozo en forma de cuña de vértice profundo, que se quita prontamente. Los puntos que sangran se tocan con el termo. Se reunen los dos labios de la herida por una sutura a punto por encima, reforzada, si es necesario, por algunos puntos profundos.

§ 2. — OPERACIONES CONSERVADORAS EN LA TROMPA

1.º Salpingorrafia. — Se aísla el pabellón tubárico, se separan sus franjas. Se introduce parcialmente el ovario en el embudo tubárico que se fija por algunos puntos que unan las franjas con la periferia del ovario.

2.º Salpingostomía. — Si el pabellón está obturado, se pueden libentar sus franjas o bien resear el extremo externo de la trompa, hendirla lateralmente y unir por algunos puntos la mucosa con la serosa; se termina luego por la salpingorrafia.

3.º Salpingoplastia. — La estrechez tubárica, marcada por un estilete fino introducido por el pabellón, es incindida longitudinalmente. Una bujía fina de ballena, armada de una seda lisa, doble y larga, es introducida por el pabellón hasta el útero raspado y dilatado previamente; un ayudante coge en la cavidad uterina la bujía y atrae el asa de seda hasta la vagina. El operador sutura entonces transversalmente la incisión longitudinal que había hecho en la trompa, y después entierra esta sutura bajo un pliegue seroso tomado de la aleta media del ligamento ancho. El asa de seda se quita al cuarto día por tracción lenta.

III. — OVARIOTOMÍA

La cura radical de los quistes del ovario, lo mismo en las niñas que en las personas de edad, se obtiene por la extirpación de los quistes pediculados, la enucleación de los quistes sesiles o, si estas dos maniobras son imposibles, por la marsupialización o por la ovariosterectomía. Estas diversas operaciones se ejecutan por la vía abdominal.

Se ha podido, en ciertos casos, extirpar quistes de pequeño volumen por la vía vaginal. Previa colpotomía anterior o posterior, se coge el quiste, se evacua su contenido por punción, se atrae el quiste ya vaciado a la vagina y su pedículo es seccionado previa hemostasia por ligadura o pinzas permanentes. Pero este modo de obrar es excepcional, y la ovariotomía abdominal sigue siendo el método de elección. Se ejecuta en dos condiciones diferentes: los quistes del ovario propiamente dichos y los quistes incluidos en el ligamento ancho.

§ 1. — EXTIRPACIÓN (QUISTES PEDICULADOS)

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

a. Incisión de la pared.—Se coloca a la enferma preferentemente sobre una mesa de inclinación; el cirujano se coloca a la izquierda, el ayudante a la derecha.

Incisión vertical, media, subumbilical, de 5 a 6 centímetros solamente; se aumentará más tarde si es necesario.

Se secciona la piel y la grasa subcutánea, se reconoce la línea blanca, se la divide o bien se pasa lateralmente por la vaina de uno de los rectos, y atravesando con precaución la grasa subperitoneal, se llega al peritoneo.

Si el quiste no adhiere a la pared, se levanta un pliegue de la serosa con una o dos pinzas, se le incide ligeramente después de haberse asegurado de que ese pliegue no contiene otra cosa que el peritoneo y, sobre el índice izquierdo como guía, se ensancha la abertura con las tijeras en la extensión necesaria. Este ojal se hará alto para evitar con mayor seguridad la vejiga, que a veces asciende mucho.

Si el quiste adhiere a la pared abdominal anterior, lo cual es frecuente, hay que redoblar la prudencia y la atención para no abrir el quiste desde el primer momento. Se trata de separar el peritoneo de la pared quística. Aquél se reconocerá de ordinario por su delgadez y ésta por su aspecto azulado. Pero es posible a veces extraviarse cuando el peritoneo parietal, grueso, escleroso, es confundido con la pared del quiste y luego desprendido y puncionado, o bien sobre todo cuando hay fusión íntima entre los dos sin plano de separación posible. Si el quiste ha sido abierto, búsquese en la superficie de sección la línea de separación y procúrese despegar el quiste del peritoneo.

Pero cuando se encuentra alguna dificultad para orientarse, vale mucho más ensanchar la incisión hacia el ombligo y aun más arriba, hasta llegar a un punto en que la serosa esté libre, lo cual se encuentra siempre más arriba del ombligo. Entonces se efectúa el despegamiento de arriba abajo y en sentido lateral.

Si se hace la laparotomía media por segunda vez en una enferma ya operada anteriormente, como existen a menudo adherencias epiploicas o intestinales, habrá que abrir la serosa, ya por arriba, ya por los lados de la antigua cicatriz.

b. Evacuación del quiste — El quiste es reconocido. Los dedos se insinúan bajo los labios de la incisión parietal y exploran la cara anterior del quiste. Si no hay adherencias, se procede inmediatamente a la evacuación. Si hay adherencias, se las rompe por lo menos parcialmente. La mano se desliza de plano entre el quiste y la pared y rompe las adherencias, a menudo bastante laxas, que pueden existir entre ellos.

Entonces se procede a la evacuación del quiste. Cuando éste no es muy grande, se lo puede extraer sin evacuación, ensanchando la incisión abdominal por arriba del ombligo. Esta conducta se impone cuando se presenta un quiste maligno, donde toda abertura o punción podría ocasionar un injerto neoplásico en el peritoneo. Algunos autores quieren generalizarla a todos los casos y, renunciando a la punción, no vacilan en hendir el vientre desde el pubis al apéndice xifoides para exteriorizar el quiste sin puncionarlo ni abrirlo. Pero la evacuación es de ordinario muy útil para reducir el volumen del quiste y las dimensiones de la incisión.

Esta evacuación se hace por punción o por incisión, previo aislamiento cuidadoso del campo operatorio por medio de compresas.

La *punción* se ejecuta con un trocar de grueso calibre provisto de un largo tubo de caucho. De un golpe seco se hunde el trocar en la pared, evitando las gruesas venas que trepan por su superficie, mientras el ayudante, con las manos, aplica la pared abdominal contra el quiste. Cuando el líquido se ha escapado en parte y la bolsa está ya algo floja, se la coge con pinzas de anillo planas, por cada lado del trocar, se levanta el quiste y se lo saca fuera del vientre.

Si el quiste es unilocular, un golpe de trocar basta para vaciarlo; si es multilocular se debe, después de evacuada la primera celda, romper las otras con el extremo del trocar desde su sitio, o bien retirarlo para volverlo a plantar en otra parte más conveniente, o bien incindir el quiste y reventar con el dedo las bolsas secundarias. En todos los casos, cuando se retira el trocar hay que estar presto a cerrar en seguida el orificio de punción con una o varias pinzas de cuadro a fin de evitar la salida del contenido quístico.

La *incisión* se impone cuando el contenido, demasiado viscoso, rehusa salir por el trocar o cuando la pared quística, friable, se rompe o se desgarrá demasiado fácilmente. Se deberá previamente guarnecer con gran cuidado la herida de compresas aisladoras destinadas a proteger el peritoneo.

Sin embargo, vale más hacer lo posible por evitar la incisión del quiste exteriorizándolo por medio de una abertura suficiente de la pared abdominal.

c. Aislamiento del quiste. — El quiste es evacuado. Con ayuda de pinzas de cuadro, se lo atrae suavemente al exterior mientras el ayudante contiene los intestinos con una ancha compresa y facilita la salida del quiste, accionando sobre los labios de la incisión abdominal.

Si el quiste está libre de adherencias, basta ligar y cortar su pedículo. En caso contrario, hay que aislarlo primero. Las adherencias epiploicas se desprenden con una compresa o se seccionan previa una hemostasia minu-

ciosa, por aplastamiento o ligadura; estas ligaduras deberán ser pasadas con la aguja para que no resbalen. Las adherencias intestinales son a veces recientes y blandas; entonces se las puede despegar apretando suavemente con el dedo cubierto con una compresa y obrando, no sobre la pared del intestino, que se ha de respetar, sino sobre la pared del quiste. Si las adherencias son antiguas, íntimas y no ceden al desprendimiento manual, habrá que cortar con el bisturí, en la zona adherente, un trozo de la pared del quiste lo más delgada posible que se dejará pegada al intestino, se tocará ligeramente la cara cruenta de esta pared con el termo, con el cloruro de cinc o con alcohol fenicado y se abandonará el intestino así tratado después de enjuagarlo bien (1).

Si el intestino ha sido desgarrado durante las maniobras de desprendimiento, se cierra en seguida el desgarro por una doble sutura apropiada.

d. Ligadura y sección del pedículo. — El quiste está libre, fuera del vientre, retenido sólo por su pedículo. Cuando éste es largo y delgado se puede



Fig. 1333. — Nudo de molinero



Fig. 1334. — Nudo de Lawson Tait

ligarlo directamente y luego cortarlo. Es más cómodo apretarlo fuertemente con un buen clamp, cortarlo para desembarazarse del quiste y proceder luego a su ligadura.

Cuando el pedículo es delgado, se lo puede traspasar con una aguja armada



Fig. 1335

Nudo de Bantock

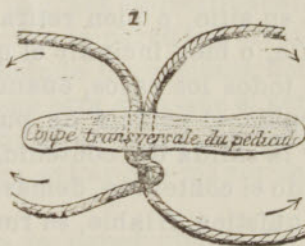


Fig. 1336

Nudo doble entrecruzado

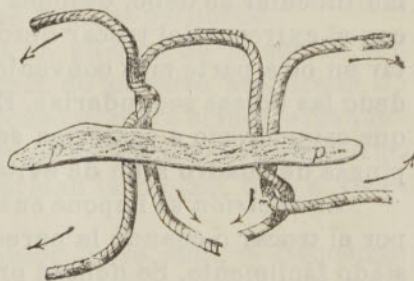


Fig. 1337

Ligadura de tres cabos entrecruzados

de un hilo sólido y luego ligarlo con el nudo de molinero o de polvorista (fig. 1333), de Lawson Tait (fig. 1334) o el de Bantock (fig. 1335).

Cuando es ancho, resulta preferible, o bien aplastarlo con el angiotribo para reducirlo y luego colocar una ligadura en el surco de aplastamiento, o bien apretarlo con ayuda de un hilo doble o triple entrecruzado (fig. 1336 y 1337), o bien de una ligadura en cadena (fig. 1338).

(1) Contra lo que dice Chalot, estas superficies cruentas deben peritonizarse siempre, para que no se conviertan en punto de partida de adherencias que pueden resultar peligrosas (acodamientos, estrechamientos intestinales, etc.).—(N. del R.)

La ligadura metálica de Michel da, a la vez, rapidez y seguridad perfectas.

Algunos autores aconsejan reemplazar las ligaduras en masa por las ligaduras aisladas de los vasos del pedículo, cogidos en la superficie de sección.

Este método, para ser seguro, requiere una mano muy ejercitada. Son más seguras las ligaduras en masa.

Cualquiera que sea el modo adoptado, se deberá, si se emplea el cat-

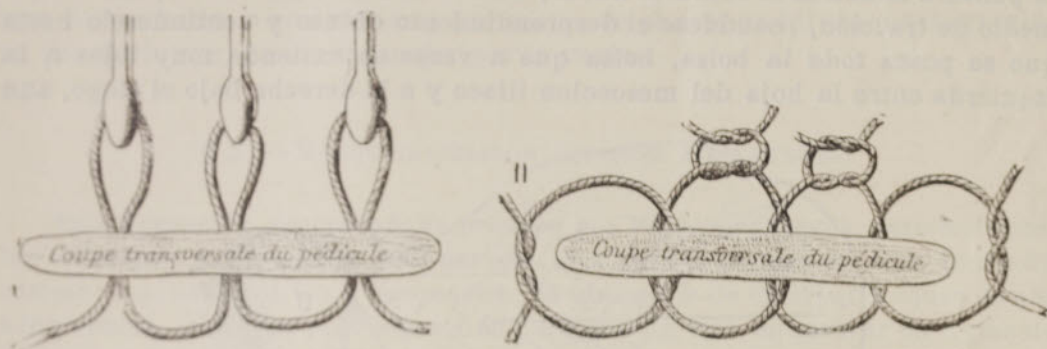


Fig. 1338. — Ligadura en cadena (Wallich)

I. Asas del hilo retenidas por pinzas

II. Asas cortadas, encadenadas y atadas

gut, hacer tres nudos sólidos y luego enterrar el pedículo bajo un pliegue peritoneal.

e. Limpieza del peritoneo. — El peritoneo se limpiará y enjugará por medio de compresas; se comprobará la hemostasia. Si quedan superficies que sangran por rotura o desprendimiento de adherencias, se volverán a peritonizar con el auxilio de colgajos peritoneales vecinos, de injertos epiploicos o bien suturando a su nivel el mesocolon pélvico, evitando al mismo tiempo la acodadura del intestino correspondiente.

Se comprobará siempre el estado del ovario opuesto a fin de quitarlo si está demasiado enfermo, de tratarlo por la ignipuntura o la resección parcial si es todavía utilizable.

f. Cierre del vientre. — Si las maniobras han sido sencillas, se cierra sin desagüe por uno o varios planos. Si las maniobras han sido complicadas, si hay dudas sobre la asepsia, si existen superficies cruentas no peritonizadas, será bueno desaguar por medio de tubos y de mechas que salgan por el ángulo inferior de la herida o excepcionalmente que pasen por el Douglas previamente incindido.

§ 2. — ENUCLEACIÓN (QUISTES INCLUSOS EN LOS LIGAMENTOS ANCHOS)

Los quistes incluidos, ya sean parováricos u ováricos, no poseen pedículo. La enucleación, fácil para los quistes serosos, es difícil para los demás (quistes mucóideos, quistes papilares, quistes dermoideos).

1.º Quistes serosos (*quistes parováricos hialinos de Pozzi*). — Con unas pinzas, en la parte interna del quiste, hágase un pliegue vertical de la

hoja serosa anterior y divídase este pliegue de un corte con tijeras romas. Pásese una rama de las tijeras sobre el labio externo del ojal y seccionese transversalmente la hoja serosa (comprendiendo, de paso, el ligamento redondo) en una longitud de unos 6 a 10 centímetros. Reténganse los labios superior e inferior de esta sección con pinzas hemostáticas y luego despéguese con el índice en cierta extensión y punciónese el quiste en su intervalo. Cuando el líquido, claro como el agua de manantial, se ha derramado por completo, cójase la bolsa con dos pinzas de cuadro de Nélaton o de Péan por encima de la puntura mientras se retira el trocar; úsense con cuidado estas pinzas como medio de tracción, reanúdese el desprendimiento obtuso y continúeselo hasta que se posea *toda* la bolsa, bolsa que a veces se extiende muy lejos a la izquierda entre la hoja del mesocolon iliaco y a la derecha bajo el ciego, aun

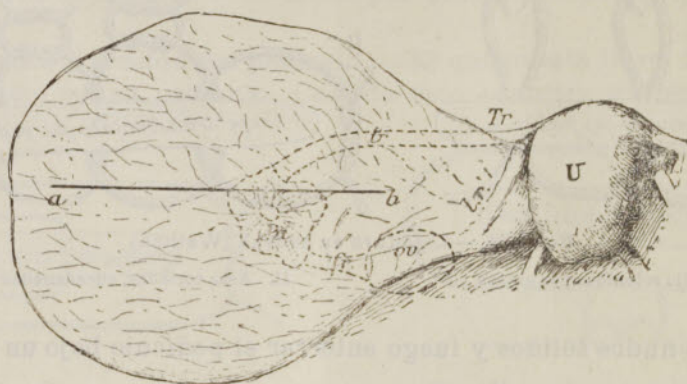


Fig. 1339. — Quiste hialino del ligamento ancho derecho

U, Útero; Tr, tr, trompa; Pa, pabellón tubárico; Ov, ovario; lr, ligamento redondo; ab, incisión de la hoja anterior del ligamento ancho

en el espesor del mesenterio; la pérdida de sangre ocasionada por todas esas maniobras es nula o insignificante. Ciérrase entonces simplemente la cavidad subserosa dejada por la enucleación del quiste, reuniendo por una sutura a punto por encima los bordes de la sección que estaban ya retenidos por pinzas hemostáticas. La serosa se retrae y recobra rápidamente contacto con el tejido conjuntivo y los órganos subyacentes.

El líquido del quiste es a veces sanguinolento o pardusco a consecuencia de una hemorragia de la pared.

2.º Quistes no serosos. — La enucleación empieza por una gran incisión transversal de la hoja anterior del ligamento ancho, hoja blanquecina o rojiza, ordinariamente gruesa y más o menos adherente a la pared del quiste. Se trata de encontrar cuanto antes el buen plano de separación y para ello se procura penetrar entre la pared del quiste y la hoja citada con el índice, con una sonda acanalada, con el extremo cerrado de unas tijeras obtusas curvas y hasta con la punta del bisturí. Cuando se ha encontrado la línea de separación natural, se retienen con pinzas los labios de la incisión de ataque, se los despega en cierta anchura y luego se punciona el quiste entre ellos, si el quiste es demasiado voluminoso para ser enucleado y manipulado directamente. Evacuado o no, el quiste es disecado por todos lados por diéresis roma o viva, mientras se hace la hemostasia progresivamente por medio de las pinzas de presión y las ligaduras perdidas; en este punto no es posible dar regla alguna especial. Hay solamente, cuando se llega al suelo de la pelvis, un órga-

no que respetar: el *uréter*. Para esto, primero hay que pensar en él, luego no confundirlo y tratarlo como una vena, o una arteria, o una brida de adherencia; por último, hay que mantenerse siempre *a ras* de la pared del quiste que se sigue y se disecciona. Si se ha interesado el uréter, se lo abocará a la vejiga o a otra víscera (véase *Injertos del uréter*) después de haber quitado el quiste.

Después de la ablación, a veces incompleta, del quiste, queda una cavidad subperitoneal más o menos vasta, más o menos desigual, a menudo tapizada de colgajos y de residuos, donde pueden acumularse la linfa y la sangre. En este caso es necesario, o acolchonarla por medio de puntos en hilván o desaguarla, ya por el vientre, ya mucho mejor por la vagina.

§ 3. — MARSUPIALIZACIÓN (QUISTES ADHERENTES)

Esta operación, recomendada primero por Péan, en Francia, pero con nombre diferente y designada así por los cirujanos americanos, está indicada cuando el quiste, ovárico o parovárico, es imposible de extirpar a causa de sus adherencias. Consiste, previa escisión parcial o sin ella, en suturar en forma de collarín, a la pared abdominal, los bordes de la abertura del quiste, que se abandona a su retracción y a su obliteración espontáneas.

Se *pliega de canutillo*, primero la abertura del quiste para reducirla lo más posible, fijando los pliegues por medio de puntos con catgut; luego se la fija momentáneamente con pinzas erinas. Se cierra en seguida la herida abdominal en toda su longitud, *salvo* por abajo o hacia en medio, según los casos. Se conduce a la brecha restante la abertura del quiste y se reunen sus bordes a los bordes de la herida abdominal por una doble corona de puntos; unos, profundos, con catgut, atravesando todo el espesor de la bolsa quística y de la pared abdominal; otros superficiales, con crin de Florencia, para adaptar la bolsa a la piel.

El tratamiento consecutivo es el de toda herida fistulosa o cavitaria. La fistula que queda requiere para su completa obliteración un número de meses variable, a menos que no se trate de *quistes malignos* o de *epitelioma secundario*, en cuyo caso sólo termina con la vida de la enferma.

