



1914

N.º 2794

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Mir. B. G. M.

LA VÍA BAJA

EN EL

TRATAMIENTO DE LOS FIBROMAS UTERINOS

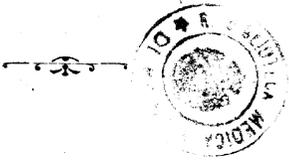
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FIDEL R. ALSINA

Ex-practicante externo é interno por concurso de examen en el Hospital Rivadavia
Ex-practicante mayor del Hospital Dr. E. Tornú
Ex-practicante mayor interno del Hospital Juan A. Fernandez



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 - Junin - 883

1914

LA VÍA BAJA EN EL TRATAMIENTO DE LOS FIBROMAS UTERINOS



Año 1914

N.º 2794

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA VÍA BAJA

EN EL

TRATAMIENTO DE LOS FIBROMAS UTERINOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FIDEL R. ALSINA

Ex-practicante externo é interno por concurso de examen en el Hospital Rivadavia

Ex-practicante mayor del Hospital Dr. E. Tornú

Ex-practicante mayor interno del Hospital Juan A. Fernandez



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 - Junin - 863

1914

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 102 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

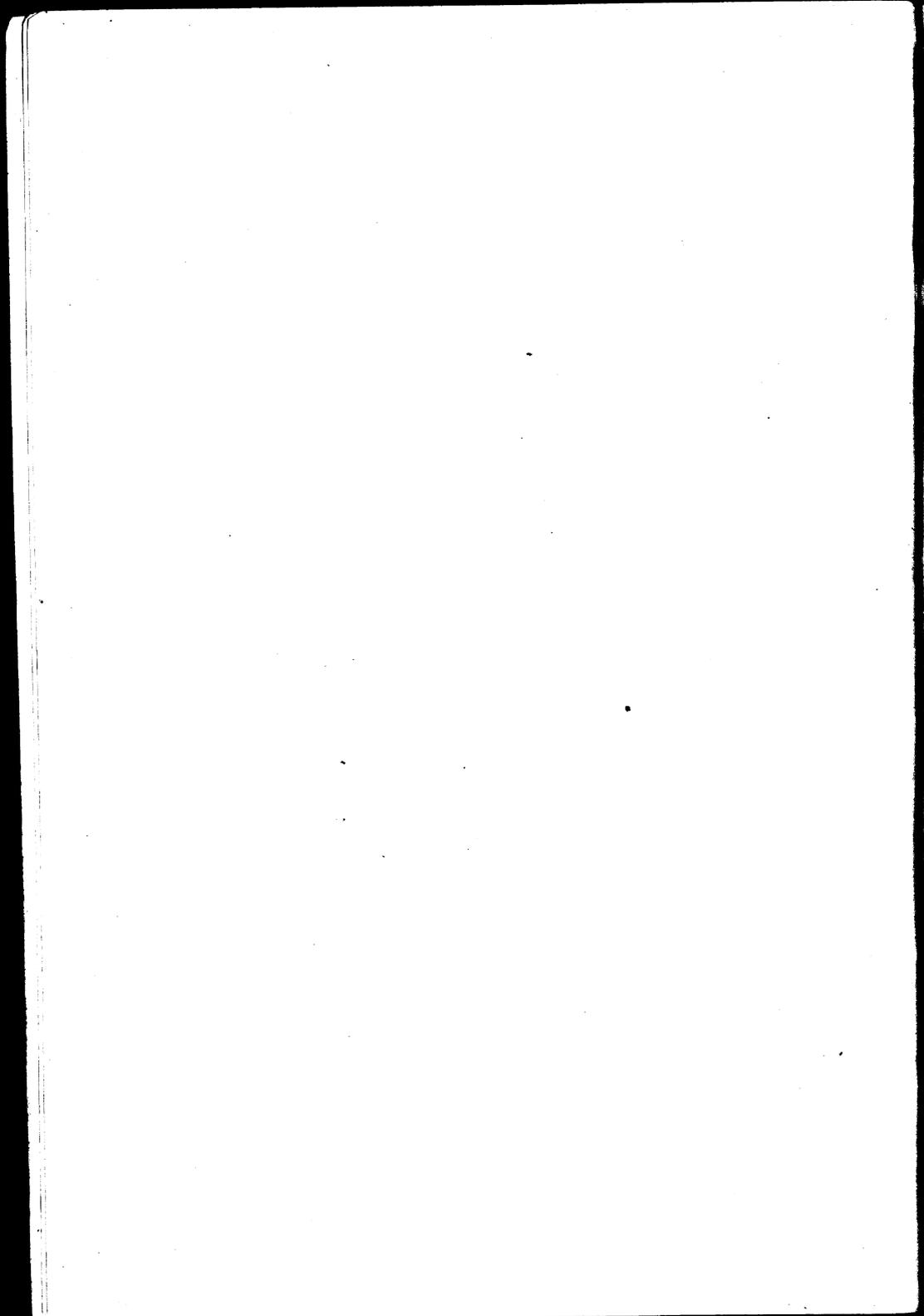
DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
3. » » EUFEMIO UBALLES
4. » » PEDRO N. ARATA
5. » » ROBERTO WERNICKE
6. » » PEDRO LAGLEYZE
7. » » JOSÉ PENNA
8. » » LUIS GÜEMES
9. » » ELISEO CANTÓN
10. » » ENRIQUE BAZTERRICA
11. » » ANTONIO C. GANDOLFO
12. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. » » DANIEL J. CRANWELL
14. » » HORACIO G. PIÑERO
15. » » JUAN A. BOERI
16. » » ANGEL GALLARDO
17. » » CARLOS MALBRAN
18. » » M. HERRERA VEGAS
19. » » ANGEL M. CENTENO
20. » » DIÓGENES DECOUD
21. » » BALDOMERO SOMMER
22. » » FRANCISCO A. SICARDI
23. » » DESIDERIO F. DAVEL
24. » » DOMINGO CABRED
25. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

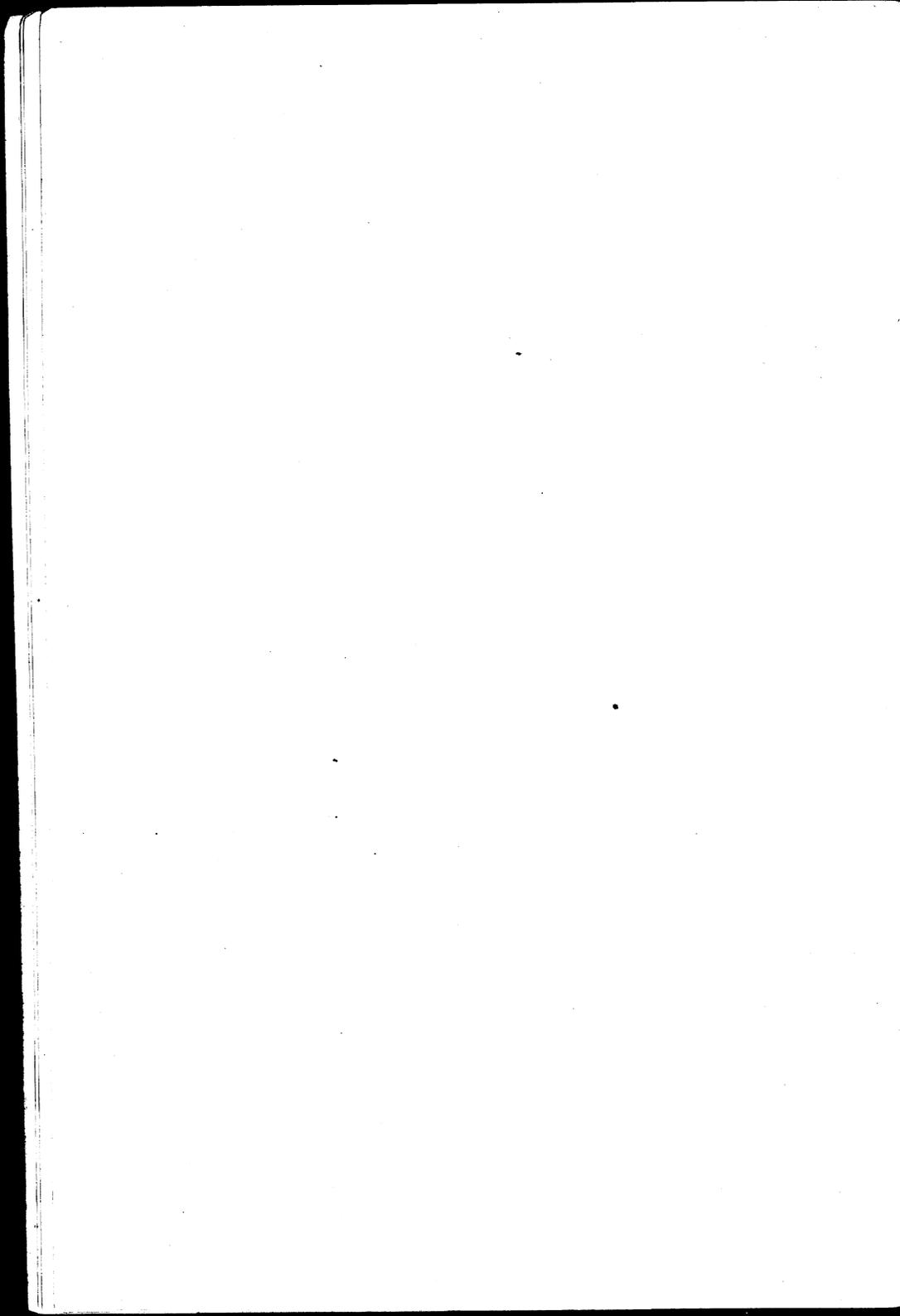


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

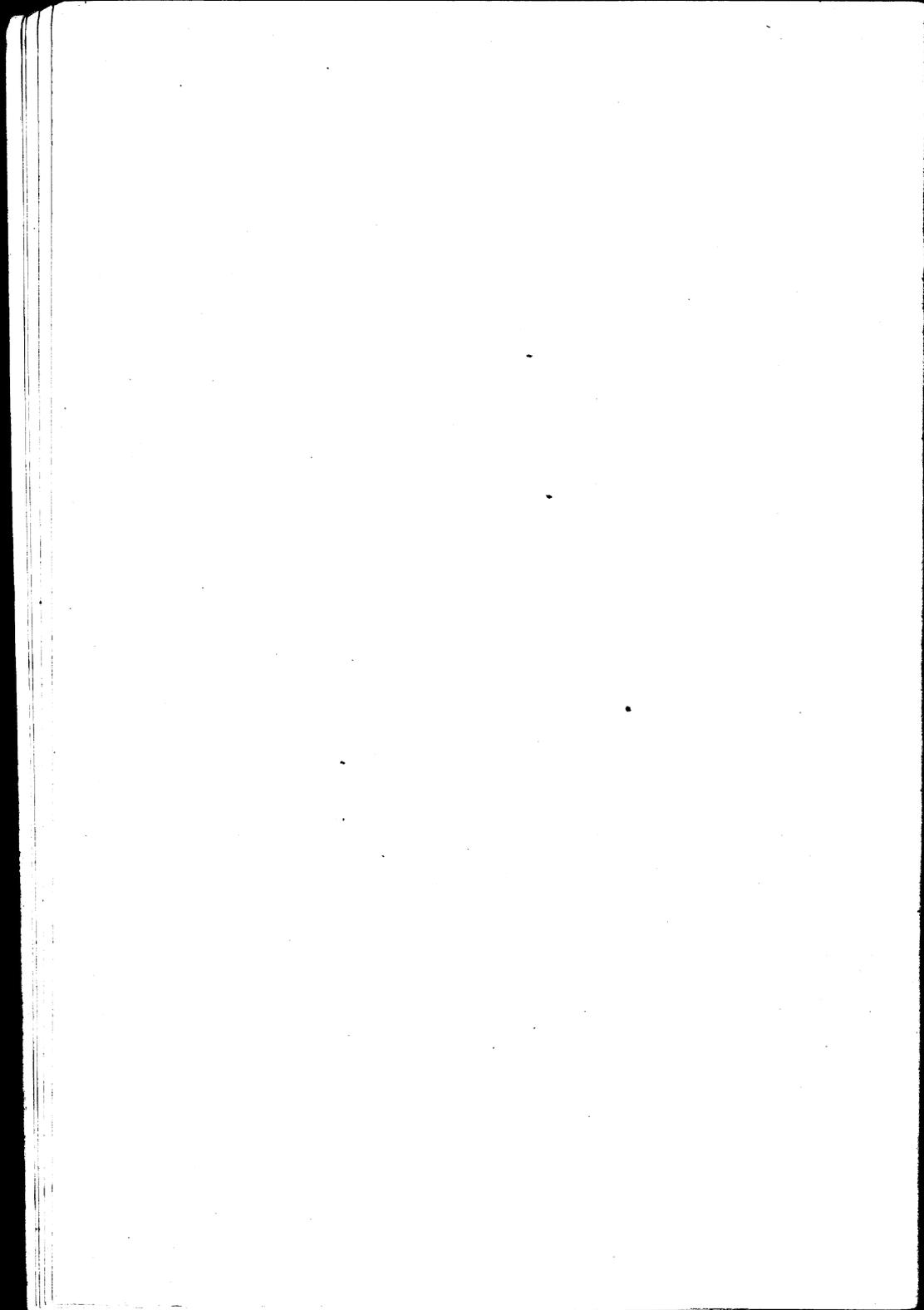
DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

- » » FRANCISCO SICARDI
- » » TELÉMACO SUSINI
- » » NICASIO ETCHEPAREBORDA
- » » EDUARDO OBEJERO
- » » LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » JUAN A. BOERI (suplente)
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

- » » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)
-



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» J. T. BACA

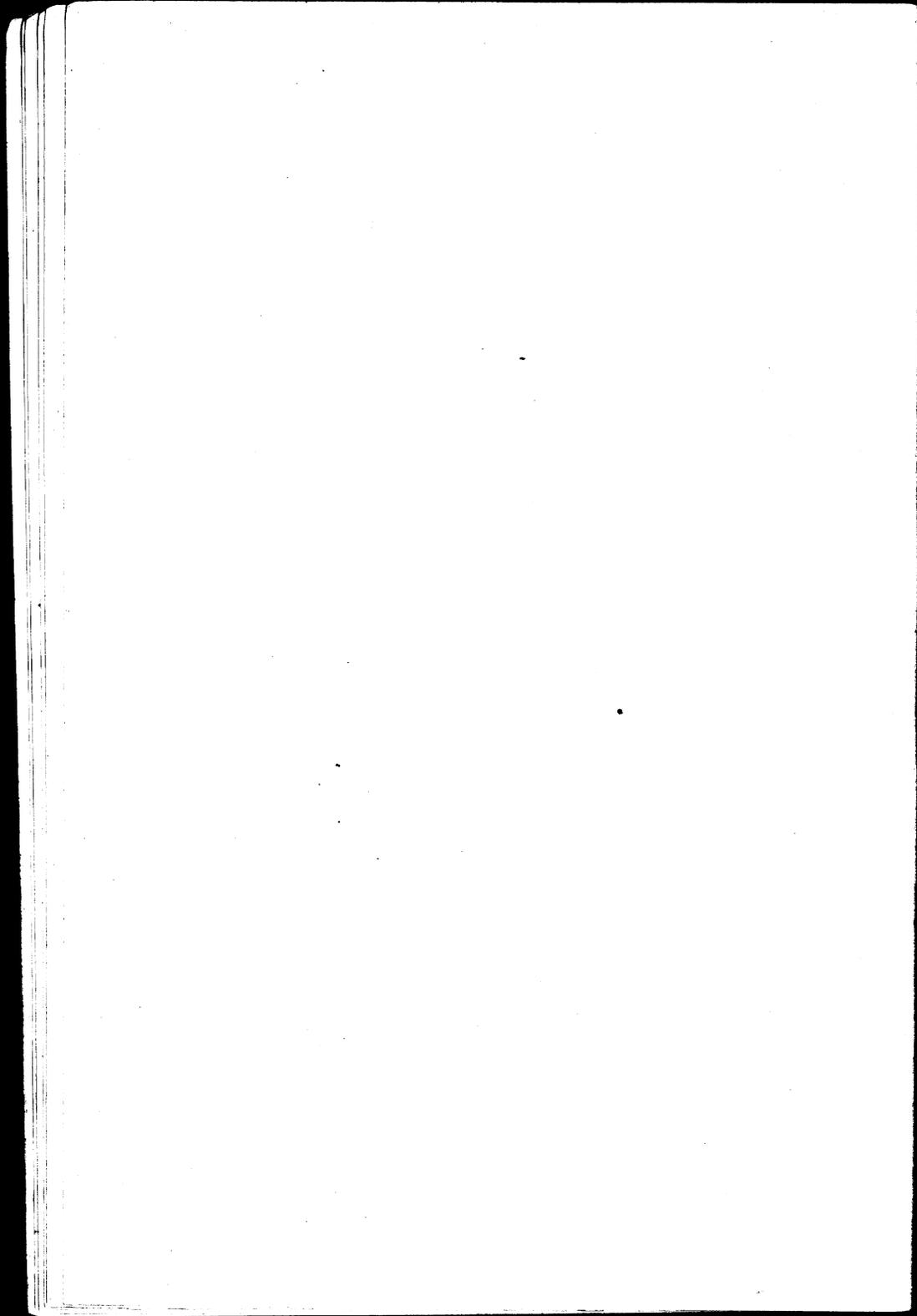
» J. Z. ARCE

» P. N. ARATA

» F. DE VEYGA

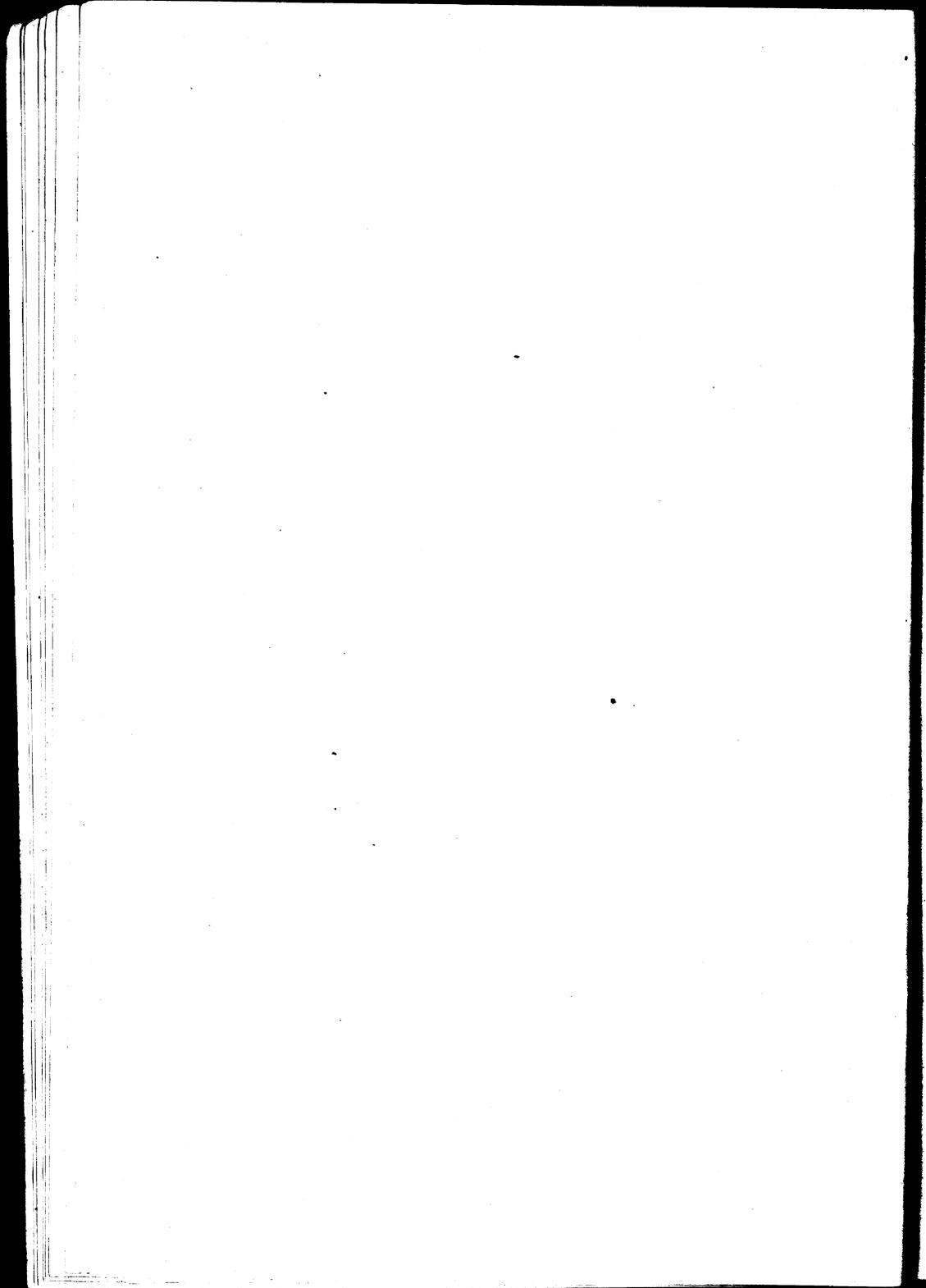
» ELISEO CANTÓN

» J. M. RAMOS MEJÍA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANAÑA
Anatomía Descriptiva	{ » RICARDO S. GÓMEZ
	{ » JOSÉ ARCE (interino)
Anatomía Descriptiva	{ » JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	{ » PEDRO BELOU (interino)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos }	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
Quirúrgica	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA

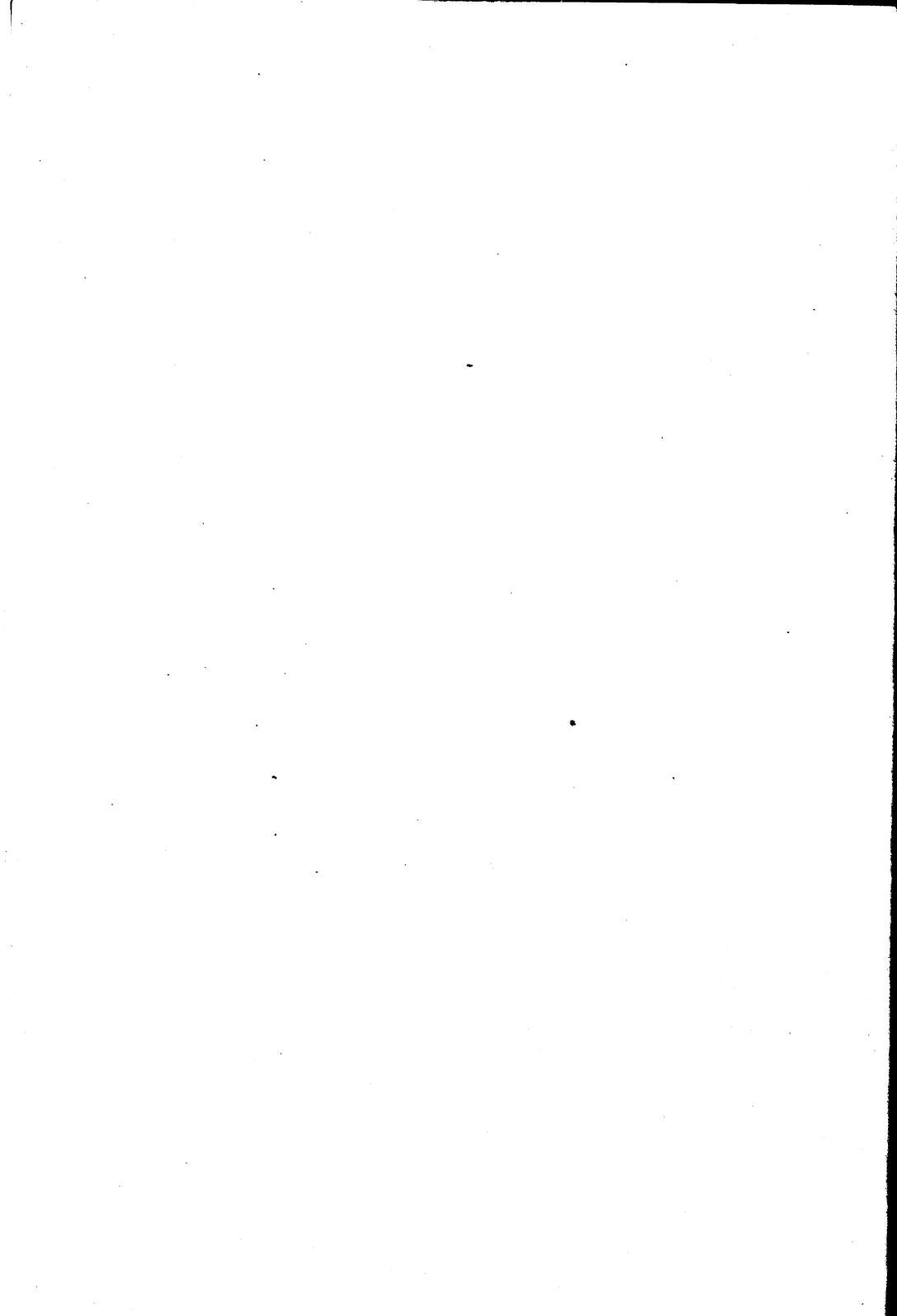


PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas

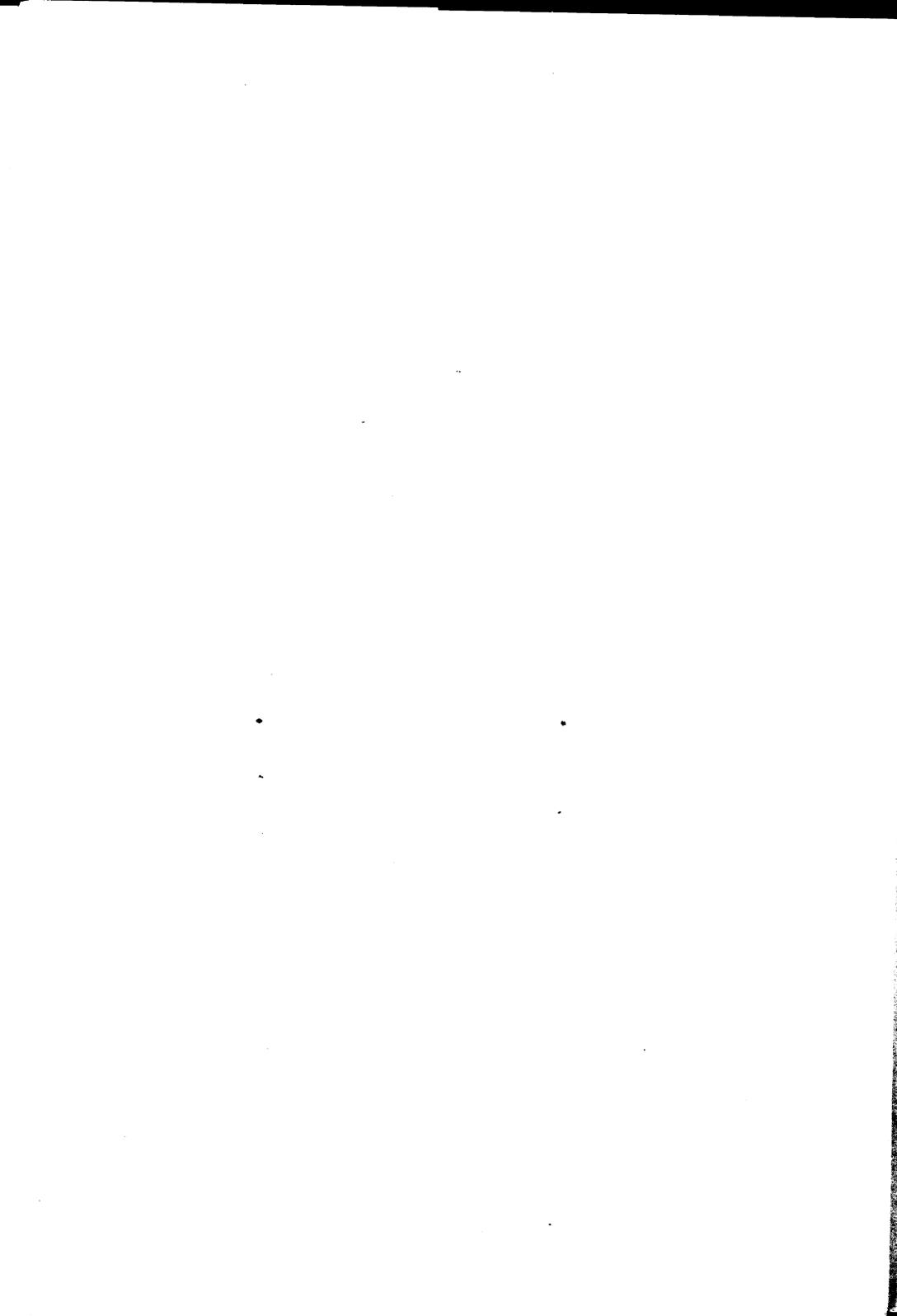
Catedráticos extraordinarios

Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
	» JOSÉ A. ESTEVES
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PINERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
• Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
Semiología.....	» MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	» ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia.....	» CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa.....	» JOSÉ MORENO
Clinica Dermat. ^a Sifilográfica..	» PEDRO CHUTRO
» Génito-urinaria.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica.....	» NICOLÁS V GRECO
Patología interna.....	» PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica.....	» BERNARDINO MARAINI
» oto-rino-laringológica..	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» Quirúrgica.....	» FERNANDO R. TORRES
» Médica.....	» PEDRO LABAQUI
» Pediátrica.....	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
» Ginecológica.....	» ENRIQUE DEMARÍA
» Obstétrica.....	» ADOLFO NOCETTI
Medicina Legal.....	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JOAQUIN V. GNECCO

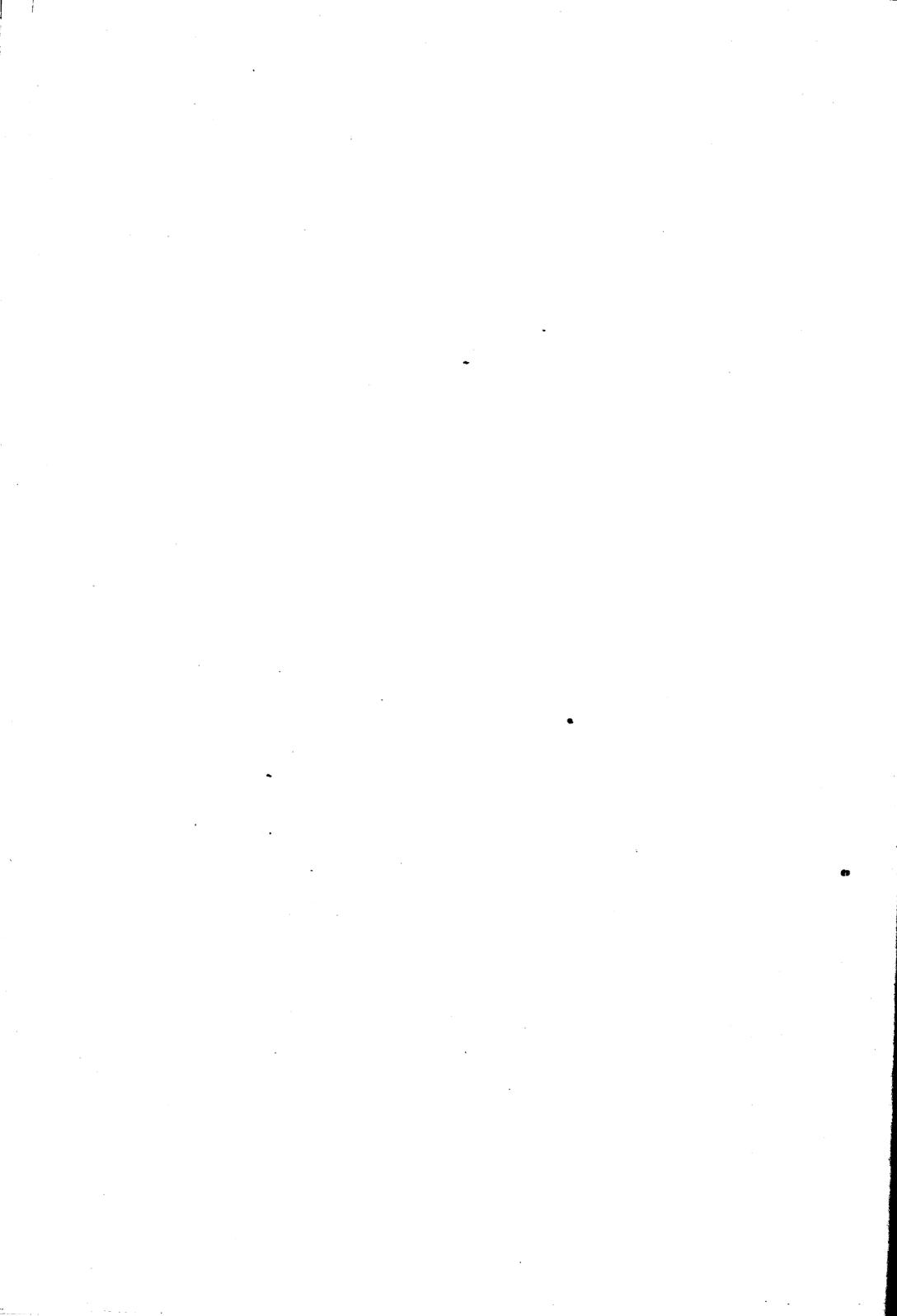


ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ » PASCUAL CORTI
	{ » RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas ..	DR OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	» TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica.....	» JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	DR. FANOF VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º año.....	» LEON PEREYRA
3er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

Asignaturas: Catedrático sustituto

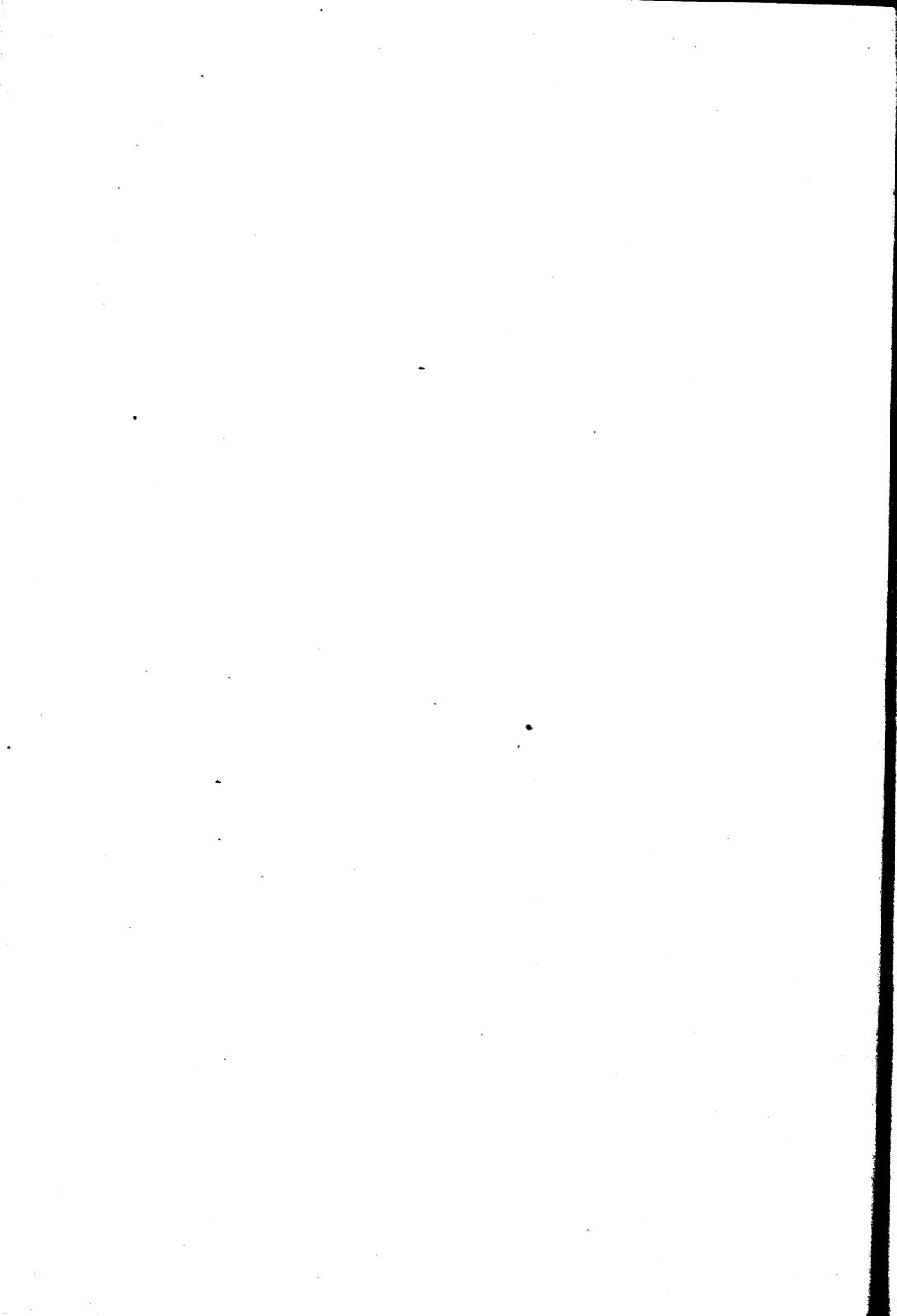
DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS

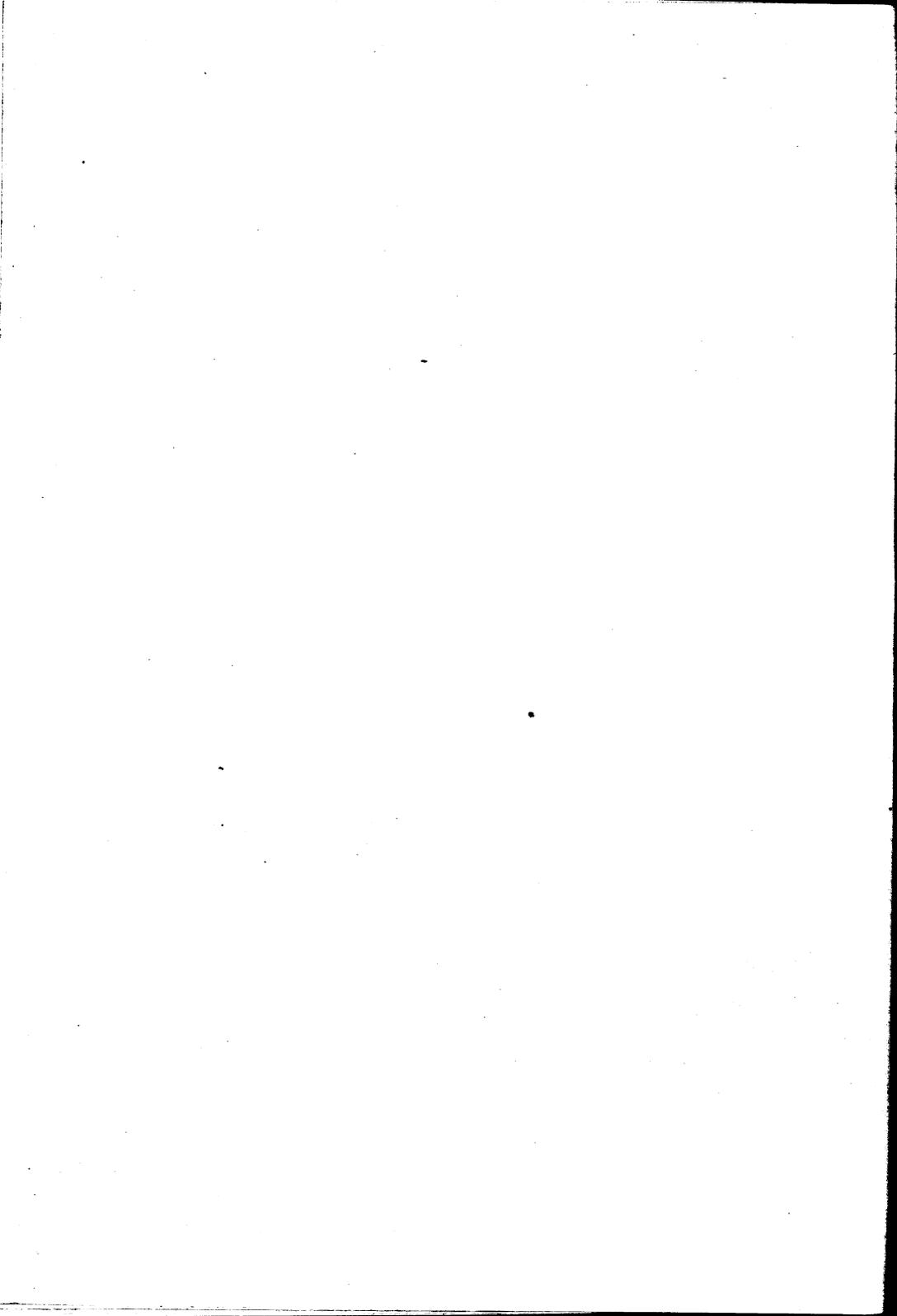
DOCTOR ALBERTO CHUECO

**Miembro correspondiente extranjero de la Academia Nacional de Medicina de Lima
Miembro de la Sociedad Obstétrica y Ginecológica de Buenos Aires
Jefe del Servicio de Cirugía Ginecológica del Hospital Juan A. Fernandez**



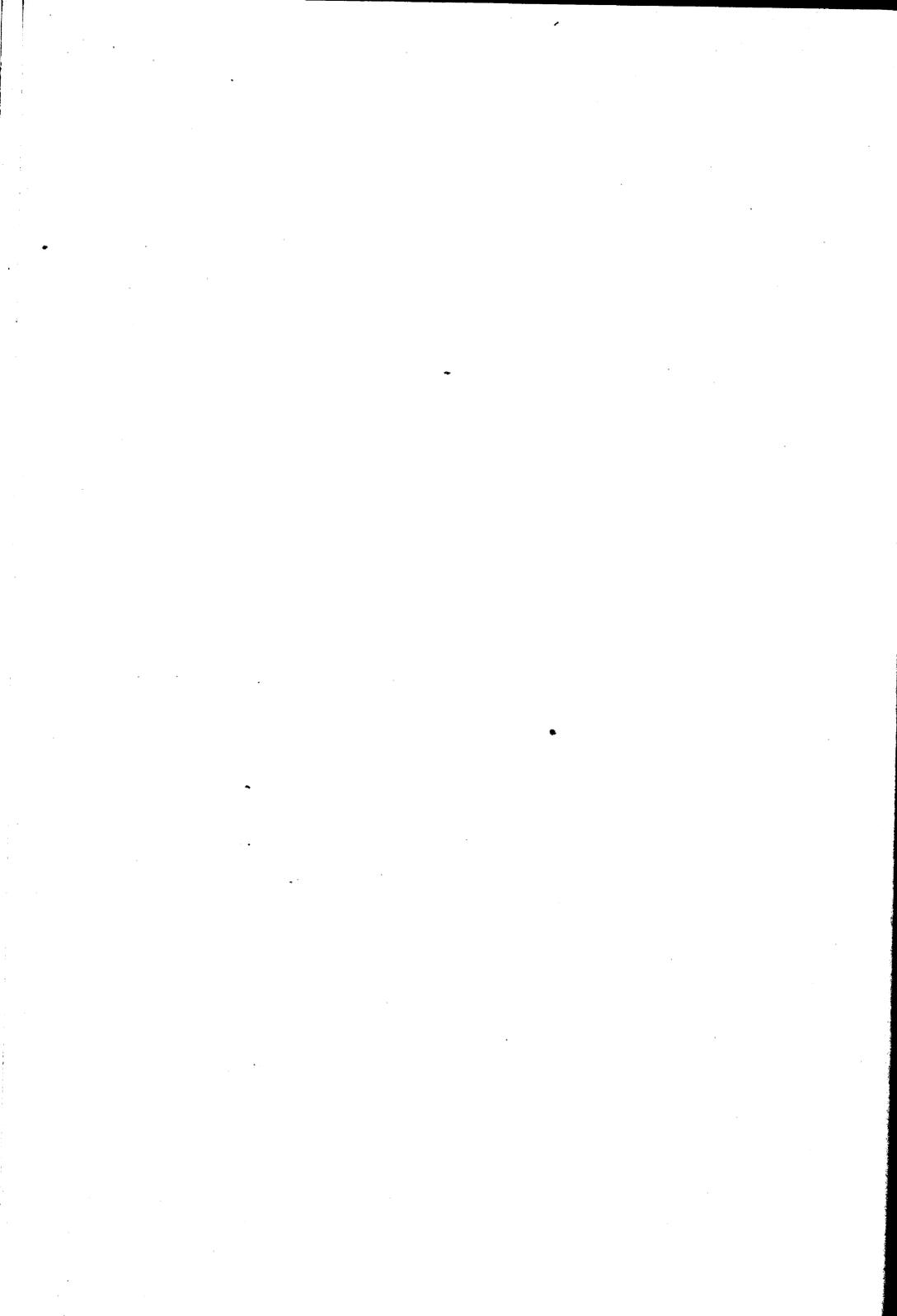
A MIS PADRES

TESTIMONIO DE CARIÑOSO RESPETO



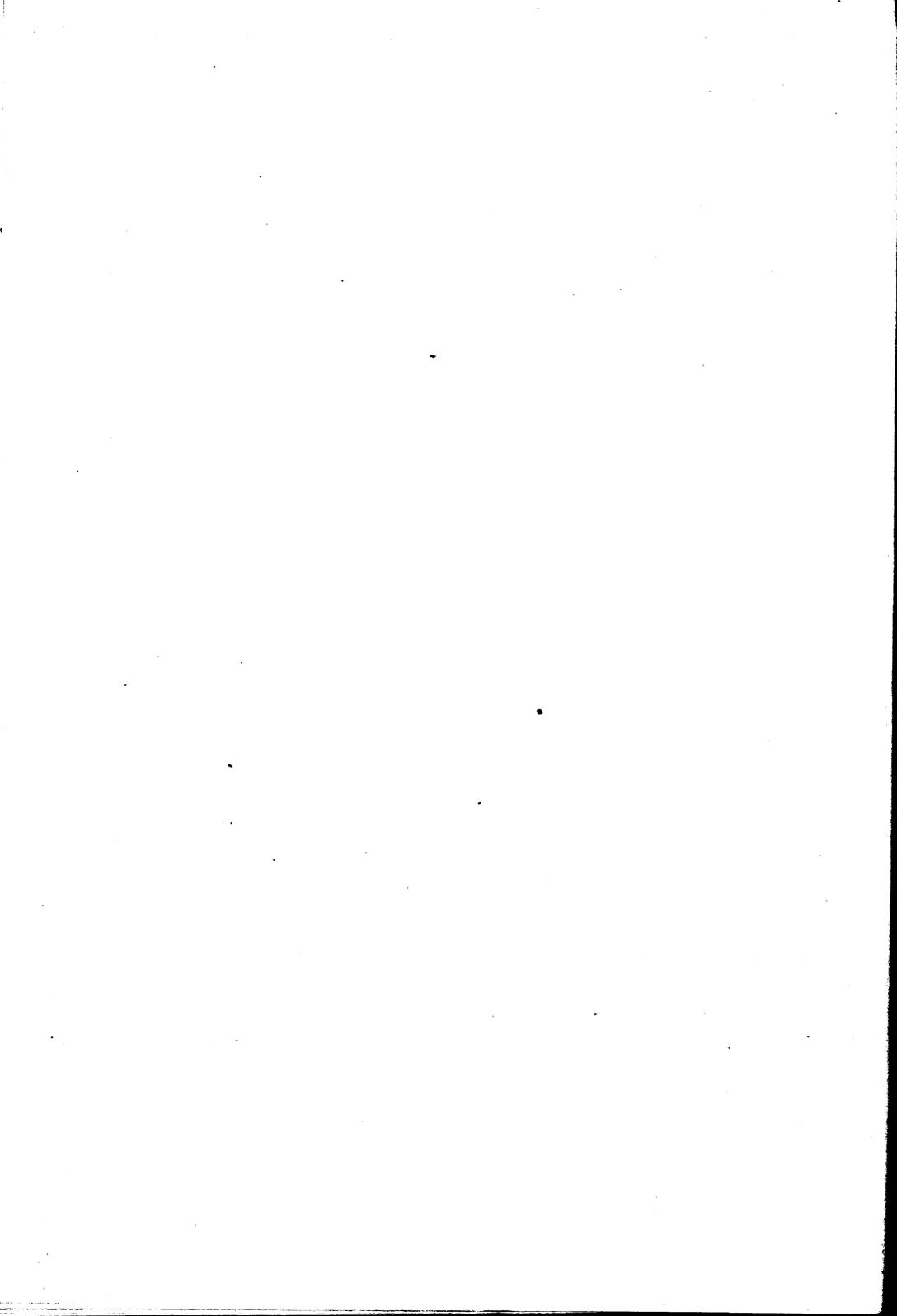
A MIS HERMANOS

AFECTUOSAMENTE



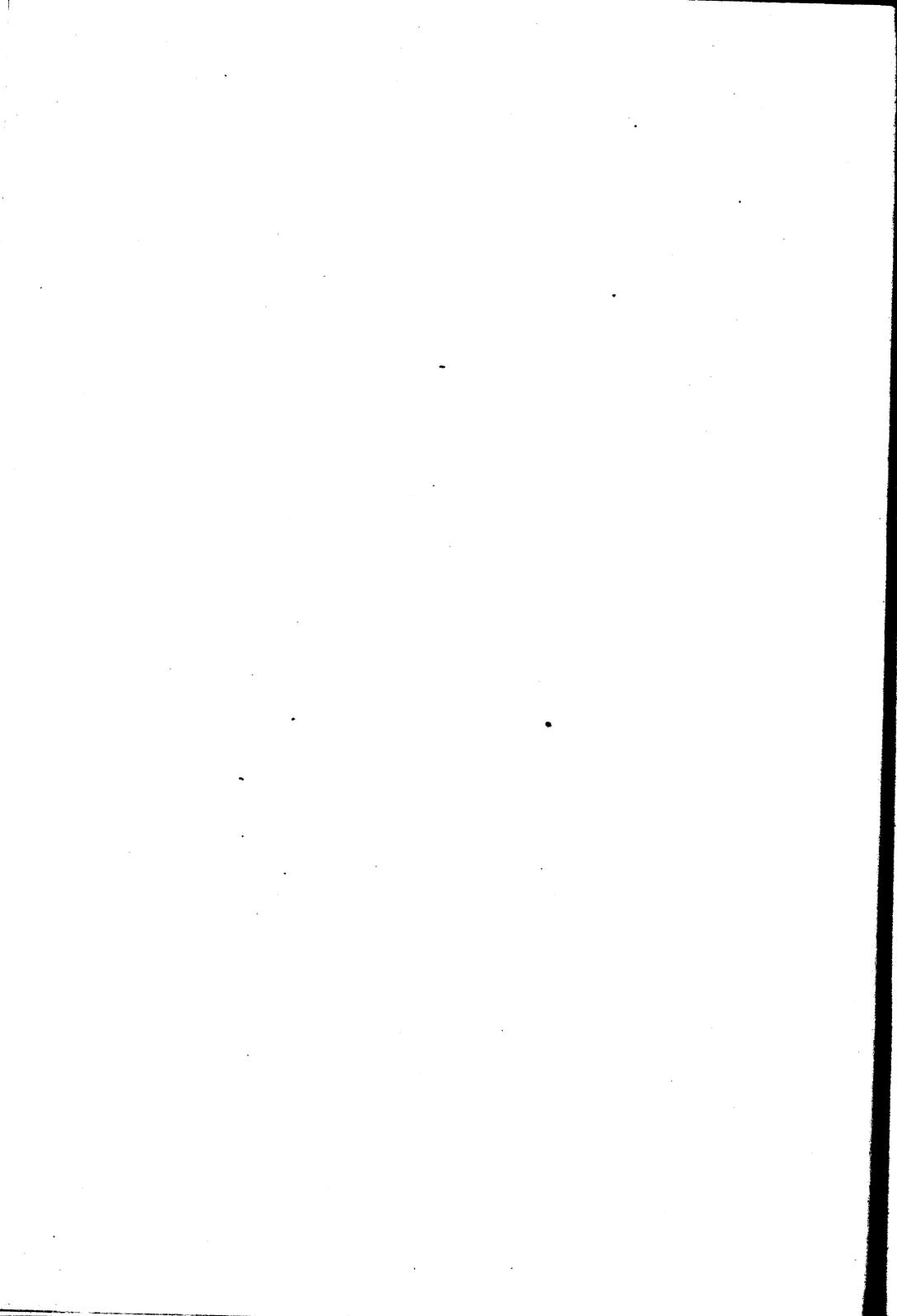
A LA SRA. CONCEPCIÓN DIAZ DE VIVAR DE CÁVIA

EN PRUEBA DE AGRADECIMIENTO



AL DOCTOR CARLOS LUNA VALDES

COMO PRUEBA DE SINCERA AMISTAD



SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Cumplo con la disposición reglamentaria presentando á vuestra consideración mi tesis doctoral.

Esta última prueba, al final de la carrera y en vísperas del ejercicio profesional, reviste un doble aspecto: para vosotros debe ser la expresión sintética de los conocimientos adquiridos, algo así como una piedra de toque que os permita, intensificando un punto dado, daros cuenta del caudal científico del futuro médico; para mí no es, ni puede ser, más que una tentativa de especulación intelectual, un primer ensayo de síntesis, que no lleva más rasgo personal que el entusiasmo con que lo he cultivado.

Pero estos dos aspectos, aparentemente opuestos, se complementan, sin embargo, en una síntesis armónica; esa serena ecuanimidad que da el cultivo de la ciencia y nace

de la experiencia larga de la vida hará, sin duda, que acojáis mi trabajo con benevolencia, que no reparéis demasiado en los defectos que pueda contener ni pidáis tampoco al que se inicia en la senda profesional lo que es el resultado de intenso trabajo, el fruto maduro que sólo es dado alcanzar al final de la jornada.

Con este criterio os presento mi tesis, serenamente, con la conciencia del deber cumplido en toda la medida de mis fuerzas, y tranquilamente porque descuento de antemano vuestra solicitud.

El tema que he elegido como objeto de mi trabajo, es de evidente interés científico y práctico, pone de relieve la eficacia del tratamiento operatorio realizado por la vía baja, al par que demuestra que entre nosotros se ha podido extirpar esas neoplasias uterinas que habían llegado hasta el límite máximo fijado, debiendo agregar que merced á mi internado en el Hospital Fernández me ha sido dado cooperar á esos éxitos, aprendiendo al lado del ginecólogo que ha implantado en su servicio de cirugía ginecológica la vía baja en una forma casi sistemática, y del que me place en esta circunstancia, manifestarle desde luego, una palabra de sincero afecto.

El Dr. Alberto Chueco, uno de nuestros ginecólogos más jóvenes, pero más intensamente destacado en el escenario médico, une á sus cualidades de eminente facultativo, la muy noble de brillante maestro.

En su servicio de ginecología del Hospital Juan A. Fernández ha creado en el hecho una cátedra cuyo valor cien-

tífico apreciamos los que hemos tenido la satisfacción de escucharlo.

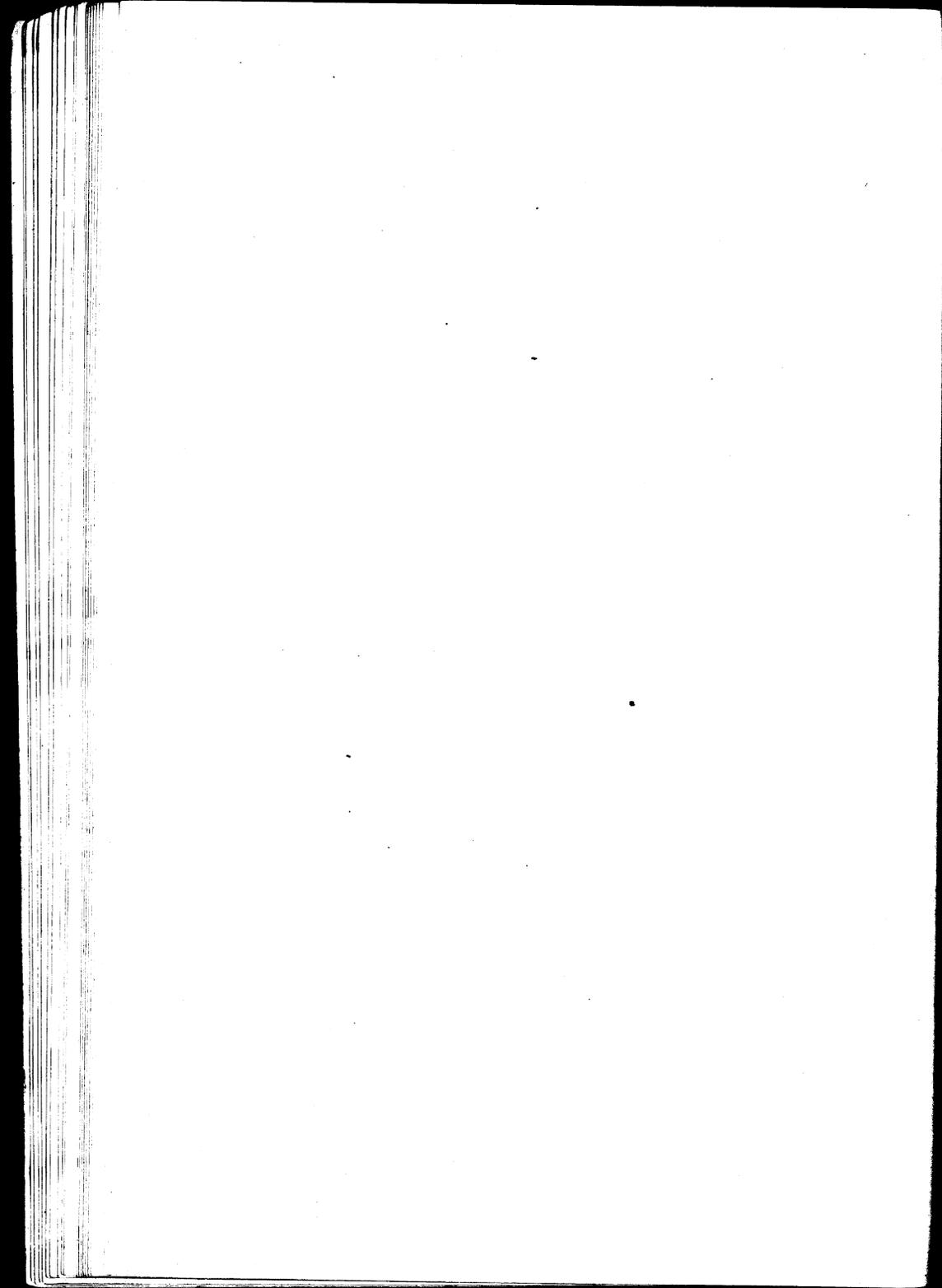
Y son las lecciones recogidas á su lado, con el amor que induce su alto ejemplo de trabajo, las que inspiran los capítulos de esta tesis.

Igualmente quiero la expresión de mi gratitud para el Dr. José M. Caballero, distinguido maestro cuyas lecciones y ejemplo de laboriosidad me han inspirado siempre en la carrera y servirán de ejemplo para el ejercicio profesional.

Al Dr. Miguel Ochoa, dignísimo exponente de una juventud consagrada al bien y á la ciencia, un recuerdo de sincera amistad.

Y al despedirme de la Escuela de Medicina y de mis profesores en general, me es muy grato reiterar los sentimientos con que lo hago; á ellos me vinculan las afecciones más puras y desinteresadas de la vida, las que solamente se cultivan en el ambiente austero del aula.

Y por último, á los médicos del Hospital Juan A. Fernández y á los que fueron mis compañeros de internado, las protestas de mi invariable amistad.



CAPÍTULO I

HISTORIA DE LA CIRUGIA DE LOS FIBROMAS HISTEROTOMIA É HISTERECTOMIA

En la historia de la cirugía de los fibromas encontramos, de parte de los cirujanos que la practicaban, dos tendencias diametralmente opuestas en cuanto á la técnica á seguir, estando únicamente de acuerdo en el fin, ó sea la extirpación del tumor.

Una de ellas trataba de sacar el fibroma sacrificando completamente el útero, haciéndose, pues, una cirugía esencialmente mutiladora.

La otra, menos radical, que extirpaba estas neoplasias, conservando tanto como fuese posible el útero y sus anexos.

La cirugía de los fibromas, por vía abdominal ó vaginal, fué, desde su nacimiento, puramente conservadora,

precediendo en su ejecución á la cirugía radical, decayendo más tarde ante el empuje avasallador de la segunda, y reconquistando años después una gran parte de su patrimonio perdido.

Ateniéndome á los relatos históricos de los clásicos, diré que en una primera época que transcurre, de 1837 á 1864, estamos en un pleno período de incurabilidad de los fibromas á evolución abdominal, puesto que la mujeres portadoras de un tumor fibroso morían irremisiblemente sin ser operadas.

La casualidad, madre fecunda de grandes hechos, hizo que se empezasen á operar estos tumores contra toda la voluntad de los cirujanos que la efectuaban, pues basados éstos en un diagnóstico que se comprobaba era equivocado al abrir la cavidad abdominal, no vacilaban en cerrarla de nuevo sin tocar para nada el útero fibromatoso, confundido con otra neoplasia de abdomen. Sin embargo, poco á poco se empezaron á efectuar miomectomías abdominales, la mayor parte con felices resultados.

Paralelamente á estas tentativas de intervenciones abdominales, las operaciones vaginales conservadoras se imponen sobre las primeras, debido á que los fibromas de evolución pelviana ó vaginal eran fácilmente accesibles por las vías naturales.

Atribúyese á Amussat, cirujano que brilló en su época con todos los destellos de una personalidad de nota, el haber practicado desde 1840 la enucleación vaginal de los fibromas submucosos é intersticiales, siendo imitado

más tarde por otros, como Lisfranc, Boyer-Maisoneuve, Duncan y Atlee, Baker-Brown, en Norte América, los cuales, siguiendo sus preceptos operatorios, realizaron idénticas intervenciones.

Desgraciadamente, estos grandes operadores se estrellaron con la dificultad de efectuar una cirugía aséptica, no tardando por esta causa en eclipsarse este período, debido al número de víctimas ocasionadas por terribles infecciones.

Es necesario llegar al año 1864 para que, con Koeberle primero, y más tarde con Pean y Pozzi, se inicie una nueva era para la técnica operatoria de los fibromas, mucho más mutilante que la anterior, dado que se efectuaban histerectomías, miomectomías abdominales y enucleaciones trasperitoneales.

Pero es sobre todo á A. Martín (de Berlín) á quien se debe que esta operación haya sido reglada, indicada y aplicada en esa época; conjuntamente con este cirujano, muchos otros especialistas alemanes efectúan iguales intervenciones, tomando en este país una gran amplitud bajo el impulso de estos operadores.

En Francia, recién en 1889 se efectúan algunas operaciones siguiendo esta técnica, y ejecutándolas Pozzi, Yaboulay, Bouilly, Terrillon y Doleri.

Chevrier, en 1891, publicó sobre este importante punto una Memoria que tuvo repercusión en Norte América, haciendo que el gran cirujano Kelly se lanzase en esta vía.

De 1891 á 1896, á raíz de haberse tratado esta cues-

ción en distintos congresos médicos, un radicalismo operatorio absoluto impera en todos los espíritus, efectuándose nada más que histerectomías totales por vía abdominal.

En los años subsiguientes los cirujanos se hacen más conservadores, haciéndose una histerectomía pura y no histerovariotomía como antes.

En el Congreso de Roma efectuado en 1894 Thomás Mare Madden se hizo notar como un reaccionario ardiente de toda cirugía en el tratamiento de los fibromas.

De 1894 á 1899 la histerectomía abdominal perfeccionada llega á todo su apogeo, alcanzando en esa época junto con la histerectomía vaginal defendida ardientemente por sus numerosos partidarios, un punto culminante en manos de los grandes maestros que se disputaban el honor de haberla modificado y transformado dándole un tinte de indisputable originalidad.

En 1900 en el Congreso Internacional de Cirugía reunido en esa fecha, las operaciones conservadoras llegaron á ser la gran cuestión del día. La discusión giró con respecto á lo que á útero fibromatoso se refiere, sobre la mejor vía á seguir para su extirpación, siendo sostenida por algunos la enucleación abdominal.

La extracción de los fibromas por la vía vaginal antes de alcanzar á ser lo que conocemos hoy con el nombre de operación de Segond, sufrió una serie de perfeccionamientos hasta llegar á constituir el método que acabo de citar.

Velpau desde el año 1833 preconizaba la posibilidad de enuclear los fibromas del músculo uterino siempre que éstos estuviesen aislados por una cápsula, describiendo en ese mismo año en un trabajo publicado en la página 113 de los *Bulletins de la Société Anatomique*, las características de esa bolsa serosa.

Con Amussat, en 1840, se ponen en práctica por vez primera las ideas preconizadas por Velpeau, y es así que dicho cirujano, en todas las intervenciones ejecutadas con el fin indicado, efectuaba la incisión bilateral del cuello, descendía luego el útero y seccionaba después medianamente el fibroma, circunstancia que le permitía la extracción del tumor en dos mitades enucleadas cada una á su vez.

Esta misma operación la efectuaba Lisfranc en el año 1843, pero limitándose sistemáticamente á operar fibromas de pequeñas dimensiones y á los cuales extirpaba por enucleación digital ó en su defecto con el concurso de una pequeña espátula.

Encontrándonos por esta época en plena era preantiséptica, terribles infecciones pusieron á prueba la serenidad de estos cirujanos, decayendo paulatinamente el furor operatorio de tan distinguidos maestros como una consecuencia lógica de esta valla insalvable por entonces.

Aniquilada en esta forma toda tentativa en Francia, se refugia en Norte América, donde Atlee, Baker-Brown, Duncan, West, Marian Sims, la practican y la defienden con ardor.

En Alemania Langemberk y Kirrisch en 1874 sostienen la técnica de Amussat, la ejecutan y la imponen con todo el prestigio de que eran capaces, llegando por esta circunstancia á rodearse de numerosos adeptos.

Más tarde Mikulix, Schoeder, Chrobak, por medio de trabajos personales y estadísticas, demuestra la bondad de esta intervención.

Pero es sobre todo Villiet, de Génova, que á partir del año 1885, se ocupa de este tratamiento quirúrgico de los fibromas, dando á conocer su técnica operatoria en un estudio importantísimo titulado «El tratamiento de los fibromas uterinos intraparietales de pequeñas y medianas dimensiones», técnica que puede ser objeto de graves reproches, pero que demuestra el temperamento infatigable de este maestro.

La operación de Amussat no tuvo en Inglaterra gran repercusión. En 1885, en la Sociedad Inglesa de Ginecología, Edis, Routh y Bautock, discuten sobre la oportunidad de la incisión bilateral del cuello como tiempo preliminar á la extracción de los fibromas, no llegándose á una conclusión definitiva por encontrarse las opiniones muy divididas á este respecto. En Italia, Bricchetti, Invernardi, Mancuci y Morisani, efectúan algunas intervenciones que no dejaron de interesar á los cirujanos que actuaban en esa época.

En Francia, después de 1860, no se hablaba más de la operación de Amussat y únicamente Brocca, en su «Tratado de los tumores», la recuerda para señalar sus de-

fectos. Es necesario llegar al año 1865 para que el maestro Pozzi la sacase del olvido en que tan injustamente se encontraba, mencionándola en su tesis de agregación.

En el año 1882, Dezamnean después de haber efectuado cinco enucleaciones de fibromas intrauterinos no pediculizados por vía vaginal, llega á la conclusión de que esta operación, á causa de su gravedad, no está indicada más que cuando existen hemorragias y fenómenos de compresión.

La fragmentación de los fibromas se hacía indispensable en todos aquellos casos en que, debiendo ser sacados por vía vaginal, se encontraban altamente situados ó eran de un volumen considerable.

El despedazamiento del tumor era pues un elemento imprescindible para la operación de Amussat; así lo entendió Emmet, quien en 1874 describe esta técnica bajo el nombre de «Extracción de los fibromas por tracción», practicándola en numerosas intervenciones, demostrando la bondad de su aplicación.

En 1883, Pean, en una série de importantísimas publicaciones, describe detalladamente y con precisión la operación que poco después llevaría su nombre.

Preconizaba él la miomectomía con trituración por vía vaginal para tumores considerables, llegando á enuclear, siguiendo su técnica, neoplasmas del volumen de una cabeza de adulto.

Esta operación se vulgariza rápidamente, gracias á un

trabajo publicado por Secheiron, donde se encuentra expuesta toda la técnica del ilustre maestro.

En 1889 tuvo lugar en la Sociedad de Cirugía una discusión sobre la operación de Segond; en ella intervinieron Terrillón, Bouilly, Championnière y Segond, quienes con experiencia propia, trataron magistralmente el tema.

Pero, á partir de esta época, la operación de Segond entra en el olvido, dado que la histerectomía vaginal total por fibromas, así como los procedimientos por vía abdominal ocupan la atención de los ginecólogos.

Únicamente á Marchand, Carle de Turin, Vallas y Piolet, Gilles y Alexander, se deben comunicaciones á los distintos congresos de cirugía sobre fibromas, operados por el procedimiento de Segond con excelente resultado en la mayoría de los casos.

Kotmann preconiza en 1882 la ablación total del útero miomatoso.

Pean en numerosos casos la aplica, erigiéndola en un verdadero método terapéutico.

Sin embargo, esta operación revestía entonces una cierta gravedad, debido á dificultades en la técnica que la hacían casi siempre muy difícil y laboriosa.

Ella se perfecciona luego en manos de Pean, Richelot y Doyen, tomando hoy la histerotomía vaginal una importancia considerable.

CAPITULO II

PROCEDIMIENTOS CONSERVADORES

SEGOND, SU TÉCNICA OPERATORIA, SU INSTRUMENTAL,
TIRABUZÓN Y CUCHILLO DE SEGOND.—HEMISECCIÓN
MEDIANA ANTERIOR Y POSTERIOR, EN V Y EN Y DE
LA PARED ANTERIOR DEL ÚTERO.
PROCEDIMIENTO DE DOYEN, SU TÉCNICA OPERATORIA, SU
INSTRUMENTAL.—TUBO CORTANTE

Segond en su técnica operatoria utiliza los principios fundamentales de las operaciones de Amussat y Pean, ó sea la incisión bi-comisural del cuello para ensanchar las vías de acceso, la enucleación y la trituration, principios que hacen de este procedimiento uno de los más prácticos y precisos, dando en manos de numerosos cirujanos asombrosos resultados.

La técnica de Segond se impuso sobre las de Amussat y Pean, por tener verdaderas condiciones de las cuales carecían las otras, como ser: el perfeccionamiento en el detalle y la simplificación de las diversas maniobras á ejecutar.

Segond con su método operatorio no solo ha dado un paso grandioso en el sentido del perfeccionamiento, sino que ha hecho mucho en favor de la operación de Amussat, es decir, en favor de la cirugía conservadora de los fibromas por vía vaginal.

La técnica operatoria de Segond es la siguiente: La enferma es purgada la víspera y preparada como si se le fuese á efectuar una histerectomía vaginal.

Las precauciones de antisepsia vagino-uterina, deben hacerse el día anterior al de la operación y renovarse en la misma.

Empleaba con este fin jabones á base de aniodol que es un desinfectante y desorodizante de primera clase y soluciones de sublimado ó agua oxigenada de 10 á 12 volúmenes.

Al mismo tiempo realizaba como acto preoperatorio y aún durante la operación, las inyecciones sub-cutáneas de suero artificial para levantar á la enferma y reponer en cierta medida la pérdida sanguínea. Conjuntamente ensayó el uso de la gelatina para hacer hemostasia preventiva aunque otros prefirieron el cloruro de calcio administrado por vía digestiva por ser mejor conocido y expuesto á menos daño.

El instrumental de Segond está representado por: valvas cortas y largas con las cuales sostiene y limita el campo operatorio; entre éstas hay una aplicable á la región pubiana que consiste en un apartador en forma de S que abraza los contornos de la región indicada.

Instrumentos de prehención del tumor fibroso representados por pinzas de Museux, pinzas fenestradas y dentadas que tienen un hermoso coadyuvante en el tirabuzón de Segond; de éstos se deben tener varios de diferentes tamaños á espiras poco numerosas y anchas ó más estrechas y múltiples prestándose á las diversas circunstancias de accesibilidad del fibroma á triturar.

Los instrumentos de sección consisten en cuchillos de doble filo de Segond, de mango largo, lámina lanceolada y recurvada ligeramente sobre el plano, lo que permite un movimiento de conducción fácil alrededor del tirabuzón tomado como eje y que favorece singularmente la maniobra del vaciamiento conoide. Es necesario tener igualmente cuchillos largos y curvos que ayuden á triturar y escarbar las paredes.

Una vez anestesiada la enferma y colocada en posición dorso-sacra, con dos ayudantes á derecha é izquierda que sostendrán la valva superior é inferior, después de haber ó no cureteado el útero y de tocar esta superficie con una solución de cloruro de zinc al décimo ó agua oxigenada, se procede de la siguiente manera:

Se toma el cuello sobre cada labio con una pinza de Museux de manera que traccionando se lo pueda llevar á

la vulva; se lo secciona á tijera al nivel de una comisura hasta el istmo y aún más allá pudiendo seguirse en caso de necesidad sobre toda la altura del borde correspondiente al cuerpo uterino.

Efectuada así la incisión se llega á hacer algo más que una cervicotomía comisural, una verdadera histerotomía cervicovajinal que da acceso á la parte interna de la base del ligamento ancho.

Si la incisión es unilateral da mucha luz y puede bastar para la ejecución de las maniobras necesarias, con más razón si es bilateral dividido el útero en su segmento inferior en dos valvas la introducción del dedo é instrumentos se hacen muy facilmente de manera que se opera tocando y viendo. Por este ancho acceso se empieza por explorar el útero introduciendo el índice y paseándolo sobre las caras, bordes y ángulos de la cavidad uterina de manera á darse cuenta exacta del sitio donde se encuentra el fibroma, del punto por el cual sea más facilmente accesible, de su volumen, de su consistencia y del lugar en que podrá más ventajosamente practicarse la primera implantación del tirabuzón.

Así explorada la cavidad y colocado el índice sobre la parte más saliente del fibroma se trata con la uña de desgarrar la mucosa, desocabar la cubierta perifibrosa disociando las fibras musculares y llegar al tejido propio del tumor. Habiéndose obtenido la ruptura de la cubierta se descortezca con la extremidad del dedo en una cierta extensión haciéndose el fibroma facilmente reconocible

por su aspecto blanquecino á través de los labios recogidos de la herida músculomucosa.

Hecho esto se aplica el tirabuzón dándole algunas vueltas y cuando se sienta que el tumor está bien tomado por intermedio de este instrumento se continúa la decorticación si es de pequeño tamaño, en caso contrario se hace una trituration metódica.

El despedazamiento por corte en forma de cono en pleno fibroma teniendo como punto de apoyo el tirabuzón permite sacar inmediatamente grandes pedazos.

Con la mano derecha armada del cuchillo de Segond se hunde francamente el instrumento en el tejido fibroso y un poco oblicuamente hacia la punta del tirabuzón hasta que se tenga la sensación de estar sobre ella: entonces por ligeros movimientos de vaiven se describe una especie de circonducción que lleva al cuchillo á su punto de partida.

Al mismo tiempo se tracciona el tirabuzón llevando con él un fragmento cónico de fibroma. Se continúa la misma maniobra varias veces, cuantas sean necesarias, para disminuir el volumen del tumor. Una vez que la trituration esté muy avanzada, que se haya cavado, por así decir, una caverna en el fibroma, se puede introducir el separador uncodado de Pean; éste separa y protege muy bien las paredes uterinas, aislando el resto del fibroma que se hace así fácilmente accesible al dedo y á la vista.

El neoplasma reducido de volumen permite al dedo una

acción más eficaz, una posibilidad más grande de encontrar el plano de clibaje: entonces, por movimientos de tracción, de rotación y de torsión, se opera el desenclavamiento, algunas veces espontáneo, de la parte superior del tumor que viene en bloque hacia la vulva, lo que facilita considerablemente la duración de la operación.

Hay otros casos en que el fibroma, por el hecho de estar sólidamente incrustado, resiste á esta acción de desenclavamiento sin presentar jamás las zonas de separación esperadas y entonces, á pesar del trabajo ejercido en su centro por un vaciamiento prolongado, se está obligado á efectuar la trituration hasta el fin de la intervención.

Es este tiempo el que ofrece mayores dificultades en la operación de Segond, dado que se debe tener un tacto experimentadísimo que permita disociar exactamente las sensaciones suministradas por la consistencia del fibroma y el músculo uterino y apreciar el espesor de la pared de la cavidad fibrosa que se desea evacuar.

Fácilmente los novicios poco experimentados creen muy frecuentemente haber perforado el útero é ir á tomar contacto con el intestino; esta dificultad como se comprende, lejos de incriminar el procedimiento lo hace solo el cirujano.

Si hay varios fibromas en el mismo útero, se prosigue de la misma manera que en el caso anterior efectuándose con cada uno de ellos el mismo procedimiento que si fuese uno solo.

Así enucleados estos fibromas dejan naturalmente cavidades de dimensiones naturales; ellas deben ser exploradas con el dedo ó con bujías de Hegard pasadas suavemente sobre su cara interna, de manera á darnos cuenta de que no haya solución de continuidad alguna, sea hacia la cavidad peritoneal ó hacia el espacio interlamilar del ligamento ancho; después de conocerse la posición respectiva de las cavidades de enucleación y uterina adyacente é independiente, se deberá luego asegurarse de la hemostasia de estas cavidades y más tarde regularizar sus paredes resecaudo con tijeras curvas los colgajos capsulares que cuelguen de ellas para proseguir después con una higiene cuidadosa librándolas de los coágulos que contengan por medio de esponjas ó compresas enveidas en una solución de sublimado ó simplemente en agua esterilizada caliente á 50° ó aún en suero artificial, agua oxigenada ó alcoholizada, pero teniendo cuidado de hacerla seguir rápidamente de un secamiento bien hecho.

Evacuado el útero de su contenido fibroso y habiendo secado de manera de no dejar estancar productos de retención, se procede al taponamiento de las cavidades de enucleación y uterina por medio de gasas esterilizadas ó aún de mechas en número variable teniendo cuidado de dejar salir una de las extremidades en la vagina á fin de evitar un olvido dañoso.

Terminada la operación se procederá á la sutura de la incisión histerotómica cérvico-vaginal aunque esto es hasta cierto punto facultativo y dependiente de las condicio-

nes en las cuales se encuentra después de la trituración.

Tal es, en las breves líneas expuestas, el procedimiento conservador del malogrado propagandista en Francia, de la vía baja, que perfeccionando las antiguas técnicas de Amussat y más tarde la de Pean diera en 1900 á conocer.

La extirpación de los fibromas intersticiales incluidos en el músculo del órgano, por la vía vagino-uterina, fué denominada por Segond, como procedimiento de *enucleación con ó sin trituración por histerotomía cérvico-vaginal uni ó bilateral*, empleando estos dos últimos términos, como ya lo he especificado, según que la sección del cuello uterino, fuera efectuada sobre una ó sobre las dos comisuras.

Expuesta la técnica á seguir en la cirugía conservadora de los fibromas uterinos abordados por la vía vaginal, réstame manifestar en primer término, cuales son las condiciones particulares que es menester tener en cuenta para poder coronar con éxito en la práctica, el procedimiento operatorio y en segundo término, poner en evidencia los accidentes que puedan producirse durante el curso de la intervención, los medios de evitarlos, y por último, la conducta á seguir para subsanar esos accidentes.

La existencia de una retracción senil en la vía de acceso vulvo-vaginal, la presencia de un hímen con vagina lógicamente estrecha como consecuencia de la falta de cópulas y la de bridas cicatriciales, son causas que merecen tenerse en cuenta cuando deba realizarse la cirugía

conservadora del maestro Segon y tanto más es menester tenerlas en cuenta cuanto mayor sea el volumen del fibroma á extirpar, aún teniendo presente la extensibilidad de los tejidos que constituyen el suelo pelviano.

He empleado deliberadamente el término volumen considerable del fibroma á extirpar, porque solo por esa circunstancia la dificultad para su enucleación puede ser grande, con relación al calibre de la vagina en los casos especificados en el párrafo anterior.

En efecto, numerosas son las observaciones publicadas por Rendu, Munde, Lucas Championnière, Dartigues entre otros, en que con vaginas estrechas, resistentes, en mujeres vírgenes cuyas edades fluctuaban entre 41 á 45 años, pudieron enuclearse fibromas intersticiales sin mayor dificultad y cuya implantación, hora era en el fondo ó en la pared posterior del útero.

Segond igualmente realiza la extirpación de un núcleo fibromatoso del volumen de un embarazo de tres meses en una mujer virgen de 33 años en que no solo el hímen fué obstáculo, sino también la estrechez del canal vaginouterino aunada á la poca consistencia de la neoplasia.

Como podrá verse en una de las historias clínicas que presento (observación II), la enucleación de un grueso fibroma intersticial del tamaño de la cabeza de un feto á término, acarrea en la enferma una desgarradura lateral de la pared del estrecho canal vaginal que no fué, no obstante su pequeño calibre, obstáculo para que la neoplasia fuera extirpada con todo éxito por el Dr. Chueco.

El Dr. Chueco opina con Dartigue, que teniendo en cuenta el volumen del tumor, no es menester recurrir á la incisión previa, para hacer más accesible la vía vaginal al pasaje de la neoplasia; esos debridamientos que precognizan en semejantes casos Dupuytren, Barnes, Koeberle, amén de producir grandes hemorragias y abrir puertas al desarrollo de una infección, no benefician en nada ensanchando el campo operatorio; en su lugar las desgarraduras que puedan producirse espontáneamente durante el curso de la intervención, sangran en cambio muy poco ó nada y son fácilmente reparadas al terminar de realizar la enucleación, con una sutura con catgut.

El verdadero obstáculo serio á la intervención conservadora por la vía baja, es el primero de los enunciados; vale decir, la retracción por atrofia senil; en esos casos, hay una inestensibilidad acentuada de los tejidos que obliga por fuerza mayor al cirujano, á extirpar la neoplasia por la vía alta.

Otra condición de tener en cuenta en la cirugía conservadora de los fibromas, es la ausencia de la cápsula serosa de que hablé ya, descrita por Velpeau; la carencia de esa zona de delimitación de la neoplasia, obliga á extraer el fibroma, sin la barrera perifibrosa, que hace correr el riesgo de perforar la pared uterina que no puede ser distinguida en esas circunstancias del resto de los tejidos, y si tenemos en cuenta aun el estado de consistencia del tumor, tan blandos ó muy vaculares, quísticos ó

en estado de esfacelo, originan para su extirpación verdaderas dificultades operatorias.

Las condiciones anotadas que pueden crear obstáculos á la realización del procedimiento operatorio conservador de Segond, pueden originar complicaciones, entre ellas la hemorrágica, no la vaginal, que podrá siempre ser dominada, sino la uterina, que no obstante, haciendo mía la opinión de Dartigues, diré con él, que ella presenta menos riesgos, que la que se puede producir en la enucleación por vía alta, debiendo agregar que ese punto puede ser el sitio más tarde de infección peritonítica.

Producida la perforación digital ó instrumental, nada impide mantener con éxito la conservación del útero, la reparación con tales resultados ha sido obtenida varias veces y debe agregarse, que producido el accidente queda aún el recurso de que si en el acto operatorio el cirujano aprecia que la retracción es imposible, el sacrificio del órgano por la histerectomía vaginal será la conducta á seguir según lo preconizaba Segond.

Anótanse como complicaciones de menor cuantía, la inversión uterina, debiendo manifestarse que para el maestro Segond no lo era. Ella se produce tan solo, cuando en la intervención conservadora se realiza la bisección bicomisural profunda del cuello uterino, y la favorecen, cuando el núcleo fibromatoso á extirpar se encuentra implantado en el fondo ó en la pared posterior del órgano, que exigen para su exteriorización tracciones enérgicas que invierten al útero.

Es menester prevenirla, y se la evita, reconociendo las diferencias existentes en la coloración y consistencia del tumor con el de la pared uterina.

En cuanto concierne al riesgo que corren los órganos vecinos al útero, asiento de la neoplasia, durante el acto operatorio, diré con los maestros que más han realizado hysterotomías cérvico vaginales, que jamás cuentan en su haber traumatismos de la vejiga ó de los uréteres; existe, pues, un carácter de benignidad acentuado que es menester reconocer teniendo en cuenta las cifras que arrojan las estadísticas publicadas.

La hysterotomía cérvico vaginal, cuando se realiza en fibromas localizados en úteros indemnes de lesiones anexiales, no debe tener como único propósito su fin conservador, sino también la benignidad de su pronóstico.

En el capítulo de los resultados comparativos de la vía alta y baja, ambos conservadores, en el tratamiento de los fibromas uterinos, diré lo relacionado á las indicaciones y contraindicaciones inherentes á cada procedimiento á seguir.

Quando las vías naturales de acceso á la cavidad uterina no son lo suficientemente amplias para llegar con comodidad á ella, es necesario ensancharlas con el fin de poder maniobrar sin ninguna dificultad.

Así lo entendió ya Amussat, quien desde 1840 practicaba la hysterotomía mediana anterior combinada á debridamientos múltiples del orificio cervical tratando de salvar el obstáculo indicado anteriormente y cuidándose de

herir el fondo de saco peritoneal anterior, circunstancia que puede acarrear graves complicaciones, máxime si el objeto de la intervención es la enucleación de un fibroma que pueda estar esfacelado é infiltrado de bacterias sépticas.

El procedimiento operatorio á seguir es sumamente sencillo; la hemisección mediana de la pared uterina se efectúa, como se comprende fácilmente, previa una inserción vaginal del cuello hecha por medio de una incisión circular que, abriendo los fondos de sacos, la deje completamente libre.

Una vez llenado este requisito, se secciona el labio anterior del cuello uterino, exactamente sobre la línea media; esta incisión es efectuada con un corte de tijera cuya rama posterior se introduce en la cavidad cervical y cuya rama anterior desliza suavemente sobre la pared uterina, cuidándose en lo posible de no prolongar el corte más allá de la región del istmo.

Sobre cada labio de la incisión hecha de este modo se fija una pinza de tracción y se tira progresivamente hacia abajo tratando de descender la pared anterior del órgano al mismo tiempo que todo él, es inflexionado hacia adelante.

De esta manera, cierta extensión de su cara anterior se hace visible y un nuevo corte de tijeras, prolongando la primera incisión, la continúa sobre la línea media, haciéndose correr luego las pinzas hácia arriba, de manera á aplicarlas sobre el punto en que terminó el corte y con-

tinuándose en esta forma, hasta que el operador crea conveniente.

La sección longitudinal de la pared anterior no da en ciertos casos un acceso suficiente á la cavidad uterina de manera á poder ejecutar holgadamente los diversos tiempos de una intervención conservadora; y hay en tales casos que acudir, especialmente en las neoplasias de localización posterior, á la histerotomía mediana posterior, habiéndose efectuado previamente la abertura transversal del fondo de saco vaginal posterior; pero, si con ambos procedimientos la vía natural accesible no fuera lo suficiente, existe otro recurso operatorio que allana el inconveniente.

Doyen, con el fin de subsanar esta dificultad, imaginó en 1897 la técnica que sigue practicándola con excelentes resultados.

La incisión es efectuada en dos formas distintas según que el cuello esté ó no bien destacado del resto del órgano; en el primer caso la sección de la pared anterior del útero es hecha en forma de V; en el segundo se comienza por hacer una incisión longitudinal y cuando se llega al polo inferior del fibroma, se la continúa con dos incisiones divergentes, las que en conjunto constituyen una sección en Y.

Es sumamente fácil evitar la herida del fondo de saco peritoneal anterior, si se tiene el cuidado de rechazar la vejiga con una compresa, protegiéndola más tarde con el apartador anterior.

Una vez que el polo inferior del tumor se haya puesto en evidencia, aplica la extremidad de uno de sus tubos cortantes, previa fijación del neoplasma, con la mano izquierda y de manera á perforarlo en tres ó cuatro direcciones divergentes.

Los cilindros así tallados son sacados con una pinza gubia, encontrándose el tumor como consecuencia, ahuecado de una cavidad donde se introduce fácilmente una de las ramas de una fuerte pinza dentana, hallándose la otra en relación con la superficie del fibroma; una vez hecho esto, se cierra la pinza y tirándola, se hace descender el tumor.

Se prosigue luego por lo que el autor llama el *morcell-ement losangique* ó por el procedimiento de *devidement en echelle*.

En el primer caso se hace una doble sección en V y se extirpa por dos cortes complementarios en Δ un primer losanje, prosiguiéndose de esta manera á derecha y á izquierda del polo inferior del tumor primitivamente perforado por el tubo cortante, reseándose á su vez nuevos losanges.

A medida que el fibroma disminuye de volumen, el tumor sufre en su continente movimientos de rotación y de báscula que hacen accesibles sus partes laterales y luego su porción superior.

Cuando el volumen del neoplasma que queda aún en el fondo del útero se haya reducido lo bastante de manera que pueda franquear la vulva, se toma la V

más próxima á la mano del operador con ayuda de una potente pinza gubia y se la tira hacia afuera.

Una vez que el ángulo inferior de esta porción reseçada sea bien visible, el índice izquierdo, introducido en la herida, la libra de las adherencias celulosas que la unen al resto del neoplasma, tratando de hacerla descender para activar su extracción.

En el caso de que se siga el segundo procedimiento, ó sea, el de *morcellement en echelle*, la conducta á seguir varía según el tamaño del tumor.

Si este es pequeño, se lo incide en dos mitades, y una de ellas es tirada hacia la vulva, entreabriéndose el fibroma como un libro y basculando en su compartimento sin dificultad.

Si se trata de un fibroma más voluminoso se reducirá su parte central ahuecándola con el tubo cortante y se tallará en seguida una primera V. Una vez que esta V sea tirada y descendida hacia afuera, será fácil si la dureza del fibroma no es exagerada, continuar la extracción, haciéndose alternativamente á derecha y á izquierda de la primitiva sección en V, secciones profundas pero incompletas.

Réstame hablar, para terminar este capítulo, de las intervenciones conservadoras de los fibromas uterinos, realizadas por vía vaginal, que se efectúan para extirpar esas neoplasias de localización subperitoneal pediculadas, ó bien de las implantadas en la superficie del útero, intervenciones que se han denominado miomectomías trasva-

ginales, debiendo distinguirse dos procedimientos, según que sea ó no abierto el peritoneo; en el primer caso se trata de una simple colpotomía, y en el segundo de una colpotomía trasperitoneal ó vésico-uterina ó colpo-celiotomía anterior, como la ha denominado Duhrssen.

Este cirujado ha demostrado en numerosas publicaciones iniciadas en 1899, que esa vía debe ser la de elección y que puede reemplazar con ventajas á la laparotomía abdominal en el 70 % de las observaciones en que se practique la ablación de anexos ó la extirpación de neoplasias fibromatosas.

Duhrssen efectúa una ancha incisión transversal del fondo de saco anterior, incisión semicircular que se prolonga un poco sobre los costados; Mackenrodt efectúa una incisión vaginal vertical, que la denomina elitrotomía anterior, y Doderlein incisión media, con dos pequeñas incisiones transversales complementarias.

Efectuada la colpotomía anterior, desprendida la vejiga y rechazada hacia arriba por ancha valva, queda al descubierto la pared anterior del cuello uterino y una parte del cuerpo del órgano hasta el término del repliegue de la serosa peritoneal; si en esa zona se encuentra la neoplasia, se realizará la miomectomía extraperitoneal por colpotomía anterior simple.

Mas si el fibroma se encuentra situado más arriba, sea sobre la cara anterior ó sobre el fondo del útero, se abrirá una brecha en el peritoneo al nivel del fondo de saco vésico-uterino, se exteriorizará el fibroma pediculado,



extirpándole con sección del pedículo, y si la neoplasia estuviere incluida en el músculo uterino, se incidirá la pared del órgano, luego se abrirá la cápsula y se enucleará el tumor, se cerrará la brecha abierta, suturando luego el peritoneo.

La técnica á seguir en las miomectomías posteriores es idéntica; en las colpotomías posteriores simples se extirparán los fibromas pediculados ó subperitoneales sesiles que no deforman el fondo de saco vaginal; con las colpotomías posteriores ó Douglasianas, los fibromas desenvueltos á expensas de la cara posterior del útero y que se insinúan en el fondo de saco de Douglas, haciendo relieve.

Las miomectomías transvaginales por colpotomía lateral se realizan para la extirpación de los fibromas incluidos en el ligamento ancho, debiendo abordarse la neoplasia por la base de dicho ligamento, efectuando la incisión en el fondo de saco lateral vaginal sin abrir la serosa peritoneal, lo que implica manifestar que debe ser una operación extraperitoneal.

Las colpotomías circulares están indicadas en presencia de núcleos fibromatosos múltiples de pequeño volumen localizados en el cuello.

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTOS RADICALES. HISTERECTOMIA VAGINAL SEGOND, RICHELLOT, QUÉNU, DOYEN

La intervención conocida con el nombre de operación de Pean, fué dada á luz por su autor en 1890 en el Congreso reunido en Berlín en esa fecha, al mismo tiempo que hacía una comunicación en ese sentido á la Academia de Medicina de Francia.

Él la había empleado de un modo sistemático desde el año 1887, teniendo estas intervenciones gran resonancia en los círculos científicos y encontrando muy luego ardientes defensores, como Segond en Francia, quien con la brillante comunicación presentada al Congreso de Bruselas en 1892, tuvo la virtud de convertir á numerosos cirujanos que aún se resistían á ejecutarla. En efecto, Terrier y Pozzi en Francia, prefiriendo la laparotomía, com-

batían ardientemente esta intervención, así como Bouilly y Richelot, quienes, más moderados, la aceptaban en ciertos casos y á título de drenaje pelviano.

Bajo la influencia de su creador Pean, de su entusiasta propagador Segond y de muchísimos cirujanos, entre los cuales se puede citar á Richelot, Quénu, Doyen, fué definitivamente aceptada al amparo de tan grandes maestros.

El procedimiento de Pean fué modificado y mejorado por Segond, quien con su trabajo constante trataba de rodearlo de las mayores garantías posibles; desinserta la vagina como aquí, haciendo, sin embargo, á cada Jado un pequeño debridamiento que da más amplitud al campo operatorio.

Hecho esto, aplica una pinza sobre la parte inferior del ligamento ancho correspondiente, seccionándolo y extirpando entonces el cuello exactamente, como lo hace Pean.

Extirpado el cuello, Segond termina su operación sin hemostasia preventiva, practicando la hemisección anterior de Doyen y haciendo bascular el cuerpo uterino hacia adelante.

Si este movimiento de báscula es impedido por adherencias, extirpa poco á poco la pared anterior del útero, dividiéndola en trozos por vaciamientos conoides, llegando de este modo hasta el fondo del órgano.

Si llega á exteriorizar el fondo uterino, termina la operación como en el procedimiento de Doyen, aplicando

pinzas de arriba, abajo sobre el ligamento ancho por fuera de los anexos si están móviles, por dentro si están fijos.

Así realizado este procedimiento, notamos en seguida que responde á una combinación de los de Pean y Doyen, pues el cuello es extirpado con arreglo al del primero y el cuerpo de acuerdo con el segundo.

Richelot propuso dejar las pinzas sobre los ligamentos anchos seccionados, después de haber efectuado la histerectomía por el procedimiento de Pean, con el fin de conseguir una acción hemostática sobre los vasos contenidos en el espesor de dichos ligamentos.

El aplica su procedimiento en numerosas intervenciones y á raíz de una comunicación hecha con este motivo á la Academia de Medicina, Pean la emplea metódicamente.

Poco después, Muller, con el objeto de poder extraer el útero más fácilmente y colocar con comodidad una ligadura sólida sobre la parte superior de los ligamentos anchos, aconsejó hendir el útero sobre la línea media. Esta sección central debía ser efectuada antes de bascular el útero, no pensando que si se comenzaba por esta sección media, se podría facilitar el descenso del órgano. Así lo comprendió Quenu, quien desde el año 1882 adoptó y vulgarizó este procedimiento, siendo por lo tanto justicia asociar el nombre de Quenu al de Muller.

La técnica de la histerectomía vaginal, por el procedimiento de Doyen, varía según el tamaño del tumor y

según que se trate de un fibroma solitario ó de un útero sembrado de pequeños tumores intersticiales.

En casos de fibromas solitarios, el autor de dicho procedimiento procede de la siguiente manera: Una vez abierto el fondo de saco de Douglas, practica la hemisección anterior de cuello y protegiendo la vejiga con un apartador, perfora el polo inferior del fibroma con el más grueso de sus tubos cortantes.

Dicha incisión del cuello la continúa hacia el cuerpo, de manera que tome la forma de una V.

El labio anterior del orificio ahuecado en el centro del fibroma, es cogido con ayuda de una pinza de dientes, previo levantamiento de la pared anterior del útero, seccionada anteriormente.

Introduce luego un apartador entre el fibroma y la pared uterina y talla una nueva V sobre la cara anterior del tumor.

Un primero, después un segundo losange son extirpados con la ayuda de cuchillos de Museux.

Haciendo bascular el útero hacia adelante, la V mediana tallada sobre su pared anterior, se deja llevar á la vulva por efecto de la disminución de volumen del fibroma; se prolongan luego de cada lado las ramas de dicha V y se incide el fondo de saco peritoneal anterior.

El apartador es momentáneamente sacado, introduciéndose el índice entre el fibroma y la pared uterina, buscando desprender el tumor de su compartimento celuloso.

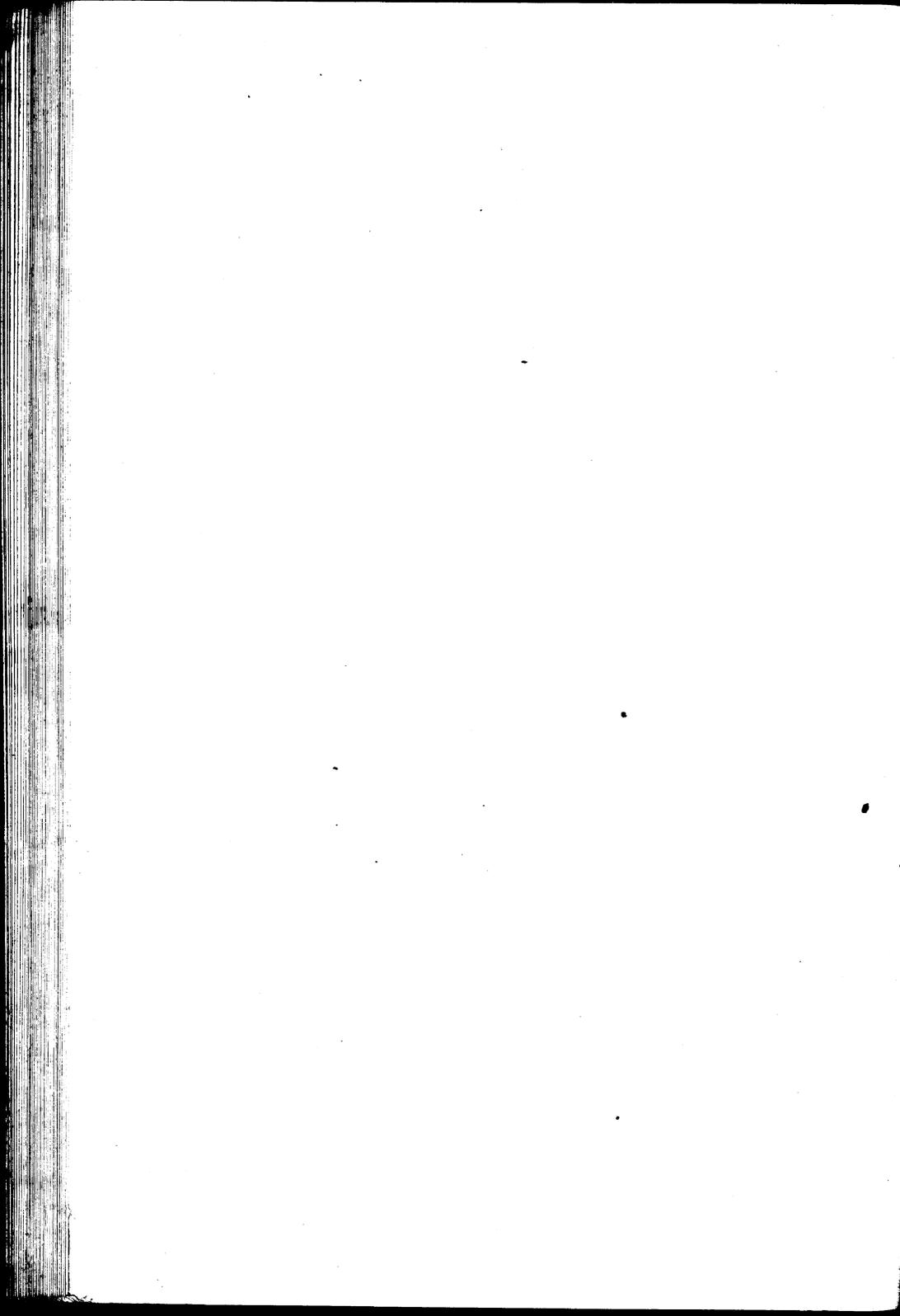
Desde que el fibroma es extraído, introduce el apartador hacia adelante, en el peritoneo, siendo prolongada la V sobre la caparazon uterina, llevándose el fondo del órgano á la vulva, después de la resección losángica de su cara anterior.

La extracción de los anexos y ligaduras de los ligamentos anchos, es efectuada como en la histerectomía por salpingitis.

La ablación vaginal del grueso útero fibromatoso, es particularmente difícil, en los casos en que el órgano esté sembrado de un gran número de pequeños fibromas.

El útero es retenido frecuentemente por fibromas sesiles subperitoneales, que se enganchan arriba del pubis.

El índice en estos casos explora y reconoce estos obstáculos esforzándose en descenderlos, haciéndose á la vez incisiones más ó menos extensas que faciliten su extracción.



CAPÍTULO IV

EL POST-OPERATORIO.—SUS RESULTADOS INMEDIADOS Y LEJANOS

Como los anteriores capítulos, iniciaré en primer término el estudio de las complicaciones que puedan sobrevenir en las intervenciones conservadoras de los fibromas uterinos, para luego tratar de las que se producen en las operaciones radicales.

Por lo que respecta á las primeras, estas pueden ser precoces ó tardías; encuadran entre las precoces las hemorragias secundarias, pues, de las que tienen lugar durante el acto operatorio, ya he hecho mención en el capítulo anterior.

Las hemorragias secundarias se producen generalmente como consecuencia de las curaciones intra-uterinas, ó bien, del renovamiento de la gasa, pues al tocar con las pinzas

las paredes del órgano, sangran más ó menos abundantemente.

Cuando la sangre emitida es pequeña, una nueva curación antiséptica basta para detenerla, si por el contrario la cantidad de sangre es grande, se han preconizado toda una serie de medicamentos hemostáticos; así recomendaré con Labadie Lagrave, tocar la superficie sangrante con con una solución caliente de la mezcla de antipirina y salol; con Lachatre, lavar la cavidad uterina con la solución iodo-iodurada de Lugol. Las inyecciones de gelatina que han sido también preconizadas, debo considerarlas como arma de doble filo, pues en determinadas circunstancias han producido accidentes infecciosos, que se explican, teniendo en cuenta el medio en que actúan.

En una primera época de las intervenciones conservadoras de estas neoplasias fibromatosas, la involución uterina preocupaba á los cirujanos, de ahí que recurrieran en otra hora con Amussat y Pean, á la administración de cornezuelo dado preventivamente á las enfermas á objeto de impedir esa complicación; con el mismo fin preconizaba Dezannean el sulfato de quinina y el maestro Segond las inyecciones diarias subcutáneas de ergotina, método que, como los anteriores, fué más tarde igualmente desechado por sus mismos preconizadores.

La regresión al tamaño normal del útero intervenido, se aprecia al simple examen, ó bien, con el concurso del histerómetro; ella se efectúa rápida y completamente en un término variable de días, que depende del tamaño del

tumor enucleado, del sitio de su implantación y, ante todo, del estado del músculo uterino, pero que no depasa de un mes, lapso de tiempo por el que se puede apreciar luego su volumen normal al par que se constata que es movable y no doloroso.

Las infecciones uterinas ó peri-uterinas se localizan y ceden rápidamente á las curaciones antisépticas; en cuanto á las que se hacen á distancia, las peritonitis son excepcionales, pudiendo decirse otro tanto de las flebitis; y cuando se producen estas últimas, son complicaciones tan benignas, que en los casos observados han cedido rápidamente á la inmovilización del miembro afectado.

Referente á las complicaciones tardías, diré que los períodos catameniales suelen hacerse abundantes en sus primeras presentaciones, pero sin que persistan con caracteres hemorrágicos ni que se acompañen de dolores.

El profesor Segond, hablando de las recidivas, manifiesta que de 25 observaciones que ha podido seguir durante largos años, no ha constatado nada más que una recidiva 13 meses más tarde; extirpada en este caso la neoplasia, es vista la paciente en plena salud y con integridad de las funciones de los órganos de la esfera genital un año y medio más tarde.

Las comisuras cervicales uterinas cicatrizan sin inconveniente alguno.

Como en todas las intervenciones realizadas por la vía baja, á las enfermas se las sienta á las 24 horas y aun antes si la anestesia empleada es la raquídea; al tercer

día se les prescribe un purgante, y del octavo al duodécimo días abandonan el lecho.

El post-operatorio, en las enfermas en las que se ha efectuado una intervención radical y se ha empleado en vez de la ligadura, las pinzas clamps hemostáticas, no ofrece nada de particular.

Esas pacientes, luego de operadas, deben ser transportadas al lecho con toda precaución, á fin de impedir á las pinzas clamps todo movimiento intempestivo; para dar una garantía mayor al respecto, en el servicio del doctor Chueco se emplean pinzas clamps de fuerte articulación y de mango corto, de tal manera, que las orejas quedan á ras de la vulva; en esa forma, cualquier movimiento involuntario de la enferma no redundará en su perjuicio; por lo general, una pinza para cada ligamento es suficiente; una vez puestas, se las inmoviliza con la penetración en la vagina de una primer gasa esterilizada, arrollada, que queda profundamente colocada, pero sin ejercer compresión ni depasar á la gran cavidad abdominal; una segunda gasa ocupa el resto de la vagina, y una tercera inmoviliza los mangos de las pinzas, que luego se cubren con una gasa compresada, que les forma una bolsa, aislándolas por completo de los muslos.

Se coloca en la vejiga una sonda permanente, que se prefiere á los cateterismos repetidos, que acarrearán un porcentaje mayor de cistitis.

Transportada al lecho la enferma, se le coloca debajo de sus pantorrillas una almohada, manteniendo ambos miem-

bros inferiores en flexión, posición que, al paso que beneficia á la paciente, permite colocar el recipiente donde se colecta la orina.

El tratamiento médico inmediato post-operatorio, si no se presentan accidentes hemorrágicos ó inflamatorios, se reduce á una alimentación líquida durante los tres primeros días. La aplicación sistemática de la bolsa de hielo en el bajo vientre, que algunos operadores aconsejan, la considero innecesaria, por lo que he podido observar; en realidad de verdad, si hay algunas enfermas donde la reacción peritoneal sea menos intensa, son en estas operadas. Al tercer día se retira la sonda uretral, y luego se transporta á la enferma á la mesa de operaciones, donde la compresa y las gasas, así como las pinzas clamps, son extraídas y, sin efectuar irrigación alguna, se coloca una nueva gasa arrollada, esterilizada. Horas más tarde se le suministra á la enferma un purgante, por lo común aceite de ricino.

He indicado, como término para el retiro de las pinzas clamps, el tercer día; fundo esta indicación en el hecho práctico constatado por nuestro jefe, de que su permanencia no ha acarreado accidente alguno, y sí en aquellas enfermas en que las pinzas clamps fueron retiradas en un lapso de tiempo menor.

En efecto: en una de las enfermas operadas, las pinzas fueron retiradas á las 48 horas; la pérdida de sangre que se produjo, obligó á renovar las pinzas, colibiéndose la hemorragia; en otra enferma, si bien es cierto la pérdida

sanguínea no revistió los caracteres hemorrágicos, obligó al taponamiento con gasa impregnada de suero de caballo, al mismo tiempo que se le efectuaba á la paciente una inyección subcutánea del mismo medicamento, procedimiento que fué lo suficiente para obtener un resultado inmediato satisfactorio; en cambio, lo repito, no se ha visto producirse en las demás intervenidas accidentales por la permanencia de un día más de las pinzas clamps.

La extracción de las pinzas clamps debe efectuarse sin sacudidas y sin violencia, y para ello, manteniendo bien firme la mano, se desarticula no bruscamente, sino por el contrario, dejando que paulatinamente los sobresaltos de la cremallera pasen de uno á uno. Aconsejo que, si su extracción importa ejercer un acto de violencia para su retiro, es preferible no insistir, pues, lo repito, en tales casos su permanencia un día más no reporta peligro alguno; se extraerá, pues, la opuesta; remuévese la gasa, y al día siguiente se retirará la pinza dejada.

Al cuarto día, al renovar la gasa, se jabona el pubis y la vulva, y luego se limpia la vagina con tapones imbibidos en una solución antiséptica ó en alcohol á 90 grados ó bien en éter sulfúrico anestésico, líquido al que el doctor Chueco da preferencia.

En los días sucesivos se repiten las curaciones en igual forma, tratando de facilitar la eliminación de los colgajos de esfaceles de los muñones, y para ello se traccionan muy suavemente esos tejidos necrosados; procúrase mantener abierto el fondo de saco vaginal, cuya retracción se

hace día á día mayor, impidiendo como consecuencia algunas veces el facilitar la eliminación de los tejidos necrosados.

Siguiendo esta práctica de mantener bien limpia la vagina, efectuando la antisepsia de los muñones con éter ó alcohol, no se produce la pequeña reacción febril que de ellos depende. A partir de 6 á 8 días, se inician las irrigaciones vaginales con una débil solución de Lugol, aconsejando á la enfermera que la cánula vaginal no debe ser introducida sino en un tercio de su extensión, y el líquido antiséptico á inyectar á baja presión. Después de haber indicado un purgante, se inicia la alimentación general á partir del cuarto día.

Las complicaciones que pueden sobrevenir después de realizada una histerectomía vaginal, pueden ser precoces ó tardías al acto operatorio, y cuéntase entre las primeras la hemorragia; este accidente se produce cuando las ramas de las pinzas clamps no efectúan una compresión suficiente en los tejidos, y por ende entre todos los vasos que se seccionan; bien cuando, como consecuencia de esa presión ejercida por el clamps, un vaso es herido por detrás de la pinza, ó bien cuando al efectuar la sección del ligamento éste se retrae y si un vaso se encuentra comprendido dentro de esa zona, la hemorragia se produce; estos dos últimos accidentes especificados, los he visto producirse en intervenidas por nuestro jefe el Dr. Chueco; tratábase en ambos casos de enfermas en que los tejidos eran friables y el ligamento ancho se desgarraba á la

menor tracción, la ligadura por separado de las arterias heridas en ambos casos, seguida de la peritonización, fué lo suficiente para alejar el peligro y cohibir la hemorragia.

Otras veces la hemorragia depende de que la compresión ejercida por los clamps no es la suficiente por defectos de fabricación, ó bien ellos se rompen ya por delante ó detrás de la articulación, ambos casos han sido observados en el servicio de ginecología, habiéndose producido el accidente tardíamente cuando la hemostasia estaba ya realizada; sin acarrear por lo tanto consecuencia alguna para las enfermas.

Si la hemorragia se produce horas después de la operación ó bien al retirar las pinzas clamps, para detenerla, es menester transportar la enferma á la sala de operaciones y proceder metódicamente á buscar el punto sangrante; tratar de exteriorizar el muñon colocando pinzas en T y condenar la colocación de grandes pinzas clamps que ciegamente colocadas podría exponer á herir ó comprimir los ureteres ó ansas intestinales. Si la hemorragia proviene de los colgajos vaginales que suelen sangrar abundantemente la hemostasia se realiza fácilmente.

Creo de buena práctica y prudente á realizar, sistemáticamente y en especial en aquellos casos de fibromas con degeneración en que los tejidos de los ligamentos anchos son friables, práctica que he realizado en el servicio por indicación del Dr. Chueco, que al abrir la pinza clamps,

no se haga como lo aconsejan algunos autores, efectuando movimientos de lateralidad, ó vaiven sino por el contrario concretarse á abrir la pinza y luego si no se produce hemorragia retirarla suavemente ó proceder nuevamente á su cierre inmediato en caso que se produzca el accidente.

El accidente de la hemorragia precoz ó tardía es dominado casi siempre.

En orden de frecuencia cuentanse entre las complicaciones grave que pueden sobrevenir después de una histerectomía vaginal, la peritonitis séptica, causa habitual que producía los decesos en esta operación y cuya frecuencia es nula hoy á tal punto, que su benignidad se pregona día á día con mayor acopio de estadísticas que lo demuestran de una manera notoria. Esa complicación deja de revestir los caracteres graves que tiene en la vía abdominal, pues las lesiones de la cavidad pelviana tienden á aislarse por adherencias de la gran cavidad abdominal y teniendo á su favor la ancha vía de drenaje que ofrece la vagina abierta.

Como accidentes durante el acto operatorio se encuentran las lesiones producida en los órganos vecinos, fallas debidas al operador y no al procedimiento operatorio; encontrándose las heridas de la vejiga, ureteres, intestino delgado, recto.

El primero de estos accidentes que es el más frecuente se observa según una estadística del profesor Segond en la siguiente proporción: cinco perforaciones en dos-

cientas intervenciones; la herida de la vejiga tiene lugar en aquellos casos en que confiado el operador prosigue la colpotomía sin tener en cuenta que hay adherencias íntimas entre vejiga y útero que suprimen el tejido celular laxo que por lo general fácilmente se desprende con el dedo, Hartmann manifiesta que contrariamente á lo que acontece en la fístula vésico-vaginal, las de localización vésico-uterina se curan espontáneamente con rapidez.

Las heridas de los uréteres son aún accidentes mucho más raros; Segond ha presentado una estadística de cuatrocientas cincuenta histerectomías vaginales con dos accidentes, este mismo autor asevera que es el ureter derecho el que con más frecuencia es herido, pudiendo serlo durante la incisión inicial circular del cuello y por lo tanto fácil de evitarlo, tratando que esa incisión no se haga muy lejana del borde terminal del hocico de tenca.

Luego puede herirse cuando se colocan las pinzas clamps; cuando por un accidente hemorrágico que he descrito en los párrafos anteriores el cirujano está obligado á colocar nuevas pinzas que le hacen alejar del tejido de la neoplasia fibromatosa.

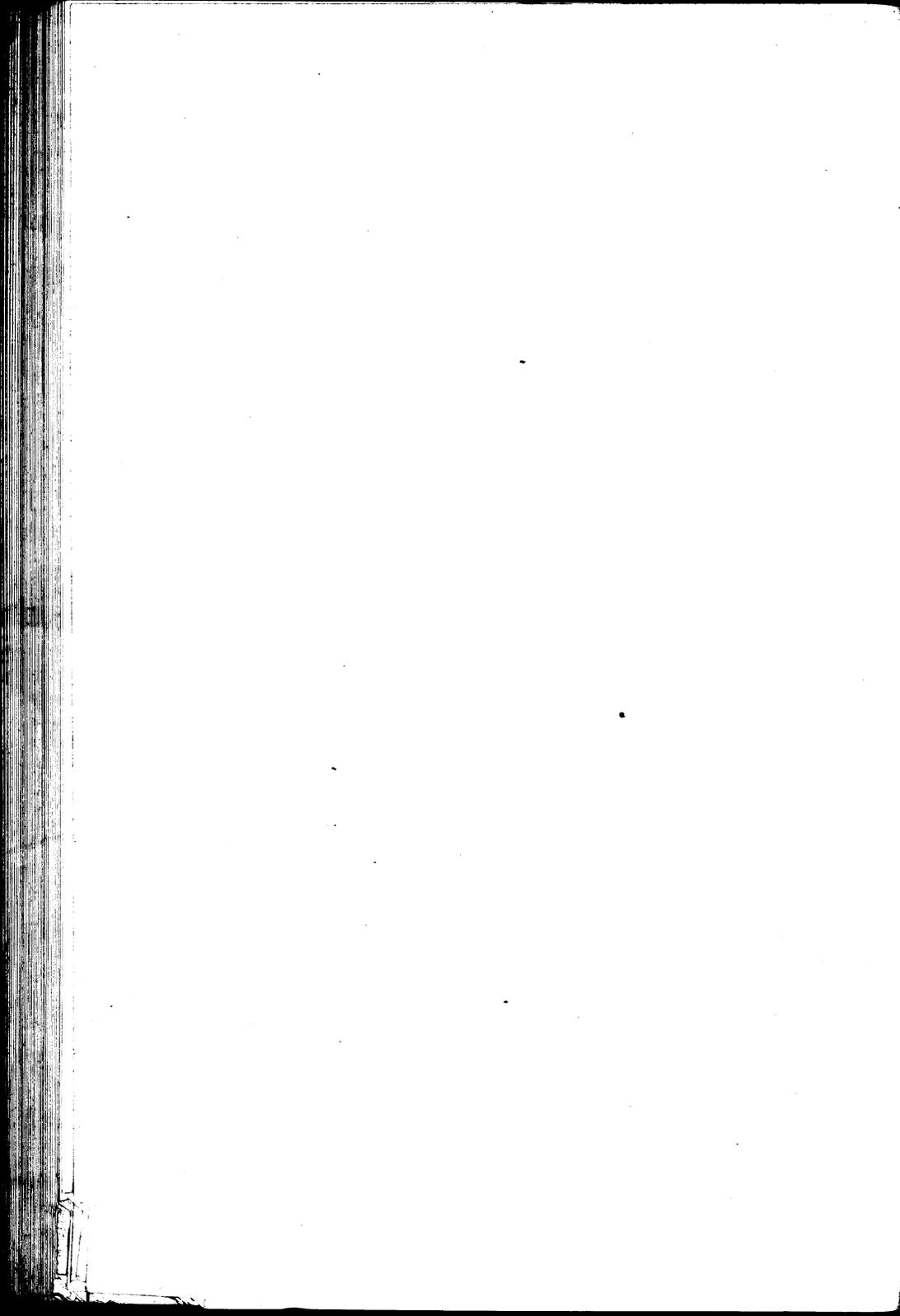
Heridos los ureteres, la orina se dirige hacia la vagina en un lapso de tiempo variable.

Las heridas del intestino delgado son accidentes excepcionales, y se producen por lo general como una consecuencia de las adherencias entre antiguos focos inflamatorios anexiales y el intestino; en cuanto se refiere al

intestino grueso lo son aún más raros y su curación es espontánea en la mayoría de las observaciones producidas.

La oclusión intestinal puede producirse como consecuencia de la presión ejercida por un taponamiento con gaza; nuestro jefe el Dr. Chueco nos ha referido la observación dada á su vez á conocer á él, de una histerectomía vaginal en que el operador, habiendo efectuado un taponamiento con gaza sumamente enérgico, al extraerla, al día subsiguiente dejó en la cavidad abdominal la más profunda que ejercía presión sobre una ansa intestinal acarreado accidentes de obstrucción, de ahí pues, se infiere que terminado el acto operatorio, realizada en perfecto estado la hemostasia no hay objeto en realizar un taponamiento sino simplemente la colocación de gazas á objeto de impedir el movimiento de las pinzas clamps.

De lo dicho en el presente capítulo se prueba que el post.operatorio de las enfermas intervenidas por vía vaginal es más corto y menos rico en accidentes de los que pueden ocurrir para la extirpación de esas mismas neoplasias por vía abdominal, que con una técnica ordenada y metódica se obtiene un porcentaje de curaciones que no la ofrecen la vía alta como lo demostraré en el capítulo siguiente.



CAPÍTULO V

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES Á LAS INTERVENCIONES CONSERVADORAS Y RADICALES REALIZADAS POR VÍA BAJA

RESULTADOS COMPARATIVOS ENTRE LA VÍA ALTA Y LA BAJA

Iniciando este estudio con las indicaciones de las intervenciones conservadoras, de los fibromas, diré: ella es aplicable á las neoplasias de localización submucosa sessiles en primer término, á las intersticiales y de preferencia á las que se localicen en el fondo y pared posterior del útero y por lo que respecta á su volumen y su número, debo agregar que se han extirpado fibromas de mil doscientos gramos y aún más, y que Segond, Doleris entre otros, han realizado la poli-enucleación sin inconveniente alguno.

Más entre las indicaciones dadas ninguna reviste tan-

to valor para preconizar la vía baja conservadora, como las que se refieren á la forma que afecte el útero asiento de la neoplasia, el estado de los anexos y sobre todo, la edad y estado general de la enferma.

Si el útero aumentado de tamaño uniformemente se presenta al examen de superficie lisa y de una sola pieza, indicando que la neoplasia se encuentra limitada por una cápsula y por lo tanto que es solitaria, será el caso en que la intervención conservadora estará plenamente justificada, si á ello se agrega que en la prueba del examen ginecológico, los anexos se encuentren sanos.

Creo que el límite máximo de la edad de las enfermas que deben ser sometidas á la cirugía conservadora, no debe de pasar los 40 años, y las pacientes á quienes más se beneficia de inmediato, son aquellas grandes anémicas, exangües por las continuas hemorragias que las lleva á una debilidad extrema, adelgazadas y aún caquectizadas.

Haciendo mía la autorizada opinión de Dartigue, diré : «La histerectomía cervico-vaginal uni ó bilateral para enucleación con ó sin despedazamiento, está indicada cualquiera que sea la variedad topográfica de los fibromas submucosos, sesiles ó intersticiales, cualquiera que sea su volumen (hasta 1.200 gramos) pero con la condición expresa: primero, que el block útero-fibroso tenga una regularidad aproximativa según la cual pueda deducirse la probabilidad de un fibroma solitario y en todos los casos en que existan pocos núcleos satélites; segundo, que

la masa útero-fibrosa sea asaz movable y, tercero, que los anexos estén indemnes».

En cuanto concierne á las contraindicaciones á esta intervención, diré que ella no debe realizarse en las mujeres de edad madura ó bien portadoras de lesiones cardíacas ó renales avanzadas, en aquellas pacientes víctimas de neoplasias fibromatosas que lleguen á un volumen considerable con procesos de degeneración avanzada, provistas de adherencias á los órganos vecinos, de formas irregulares que hagan sospechar la existencia de múltiples núcleos y por último que se acompañen de lesiones anexiales bien apreciables al examen ginecológico.

Lo manifestado concierne á la cirugía conservadora de los fibromas abordables por vía vaginal; referente á la intervención radical, las contraindicaciones son en menor número. En efecto, ya no se requiere que la neoplasia sea única, uniforme, adherente ó no á los órganos vecinos, que tenga ó no procesos degenerativos, que se acompañe á procesos anexiales para que el éxito de la operación sea completo.

En cuanto á lo relacionado con su volumen, el maestro Segond ha dado como límite máximo para la histerectomía, la altura del ombligo y lo ha probado realizando múltiples operaciones con éxito; el doctor Chueco en su servicio de ginecología ha llegado entre nosotros á extirpar neoplasias fibromatosas de igual volumen con resultados idénticos.

La técnica operatoria simplificándose día á día ha po-

dido presentar en lo que concierne á la posibilidad de realizar la histerectomía vaginal la siguiente prueba:

Pozzi en su Tratado de Ginecología, de 1890, formulaba al respecto la siguiente proposición: «Aconsejo la histerectomía vaginal en los casos en que el útero no sobrepase el volumen de un puño». Pues bien, tres años más tarde afirmaba en el Congreso de Cirugía «que merced al perfeccionamiento de la técnica de la histerectomía vaginal se había permitido extraer con facilidad, casi sin daño, la gran mayoría de los cuerpos fibrosos pelvianos para los cuales la histerectomía abdominal presentaba una gravedad real».

Creo en consecuencia después de lo que he podido observar, que la vía baja empleada para la extirpación de neoplasias fibromatosas realizando la histerectomía vaginal, teniendo en cuenta la técnica empleada y ante todo la habilidad del cirujano, es la vía preferible, por la benignidad de su pronóstico en todos aquellos tumores que no sobrepasen por su volumen los límites marcados y se encuadren dentro de las condiciones estipuladas.

En cuanto á lo relativo á las intervenciones conservadoras sujetas á críticas algunas de ellas más ó menos fundadas, puedo manifestar con Segond, que la histerectomía cérvico-vaginal no solo debe ser considerada como una intervención de propósito conservador, sino también de tenerse en cuenta por la benignidad de su pronóstico.

La enucleación abdominal, vale decir, la histerotomía por vía alta, expone con mayor facilidad que la realizada

por vía baja á hemorragias primitivas y secundarias muy difíciles de cohibir; á la abertura de la cavidad uterina, lo que implica abrir una puerta de entrada á la infección sin poder tener la certeza de dominarla con eficacia, el accidente producido en el curso de una intervención conservadora por vía vaginal es facilmente dominable; la abertura de la serosa peritoneal que pone en comunicacion la gran cavidad abdominal, es disminuida con la realizacion de la histerectomía y amplio drenaje.

La solidez de la cicatriz uterina es menester tenerla en cuenta para posibles gestaciones ulteriores y, por último, una causa común á ambos procedimientos operatorios, cual lo es la insuficiencia de la enucleacion bajo el punto de la recidiva, que como hemos visto, ateniéndonos á lo manifestado por el profesor Segond, es mínima para la vía vaginal.

La operacion conservadora por vía abdominal debe ser preferida cuando quiera respetarse en absoluto el himen,

Referente á las operaciones radicales, las estadísticas recientemente publicadas para probar la benignidad de la histerectomía vaginal, pone en evidencia la superioridad de esta vía sobre su rival. Pero, aún en pasadas épocas, con Pean que las practica trescientas veces, nos da sólo el 2 % de decesos y por esa misma fecha, Jacobs, de Bruselas, Reynie, de París, Routier, Richelot, nos dan un número tan crecido de casos intervenidos, para dejar de tener en cuenta, en que no se anotan un solo fracaso.

Como término de este capítulo, deseo manifestar en

breves líneas que la vía baja ofrece sobre la vía abdominal una ventaja que creo es de suma importancia y digna de tenerse muy en cuenta, cuando se trata, como aquí, de hacer un estudio comparativo de estas intervenciones; me refiero á la pared abdominal, respetada en las intervenciones efectuadas por vía vaginal. Si bien es cierto que en la hora actual toda intervención realizada por vía alta no debe acarrear una supuración de los elementos que entran en la sutura de la pared abdominal y, por lo tanto, debe descartarse este accidente post-operatorio, también es muy cierto que muchas operadas por esta vía son víctimas de eventraciones en un lapso de tiempo más ó menos largo, accidente imputable unas veces á que la enferma se entrega á sus trabajos habituales de los quehaceres domésticos en un tiempo muy corto al de su intervención, circunstancia que favorece la eventración post-operatoria con todas sus graves consecuencias; en otros casos se trata de paredes abdominales sumamente flácidas, y que aunque se realicen los procedimientos operatorios más radicales para la conservación de esa pared, el fracaso no tarda en producirse, obligando de nuevo al operador á someter á su paciente á otra nueva intervención. En cambio, en la vía baja la enferma que abandona en breves días el lecho, puede impunemente entregarse á sus quehaceres sin experimentar molestia alguna ni temer que en un más tarde puedan producirse complicaciones que obliguen á operarla por segunda vez. En efecto: todas las intervenidas en el servicio de Ginecología del Dr. Chue-

co, que me ha sido dado seguirlas, no he constatado en ninguna de ellas la existencia del prolapsus de las paredes vaginales, no porque esas enfermas tuvieran vaginas estrechas, así como igualmente perinés, sino porque en aquellas portadoras de vaginas amplias y paredes prolapsadas, se efectuaba como complemento de la histerectomía la colpotomía anterior ó posterior, con objeto de impedir más tarde el prolapsus de esas paredes.

HISTORIAS CLINICAS

Observación I

Operación conservadora.— Histerotomía

HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ

SERVICIO DEL DR. ALBERTO CHUECO.—SALA 2 CAMA 27

P. V., de 38 años, argentina, soltera, profesión, quehaceres domésticos.

Fecha de entrada: Noviembre 9 de 1913.

Diagnóstico.—Fibroma intersticial del útero. Cirugía conservadora. Anestesia clorofórmica; Noviembre 19 de 1913.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales.—No recuerda enfermedad anterior de importancia. Período cataminal á los 14 años, los sucesivos se repiten á intervalos regulares, indoloros, de regular cantidad y de cuatro días de duración.

Enfermedad actual.—Desde Mayo del corriente año se inician sus alteraciones menstruales pues se acompañan de dolor localizado en el bajo vientre.

A partir de Junio aumenta la cantidad y duración de sus reglas, hasta 8 días más tarde, de mes en mes, acentuándose la duración hasta alcanzar á 30 días en el período de Agosto á Setiembre.

El 4 de este último mes ingresa á este servicio, y bajo anestesia general, el 1.º de Octubre se le practica un curetaje uterino; el útero tenía 11 centímetros y era de consistencia blanda. Alta el 27 de Octubre.

Tres días más tarde iniciase la menstruación, abundantísima en los tres primeros días. Se instituye un tratamiento médico que disminuye la cantidad de sangre emitida en los 4 días subsiguientes.

Después de dos días de tregua, comienza nuevamente á perder sangre, aunque en menor cantidad por espacio de otros 4 días; por esta circunstancia ingresa nuevamente al servicio.

Estado actual.—Mujer bien constituida y conformada, provista de abundante panículo adiposo.

Tinte algo pálido de la piel y mucosas. Vitíligo. Peso 72 kilos. Aparatos circulatorio y respiratorio, normales.

Análisis de orina.—Normal.

Examen de flujos vaginales.—Abundantes microorganismos de flora vaginal normal. No se observan gonococos.

Examen de los órganos genitales.—Vulva y vagina

nórmal. Los fondos de sacos vaginales libres. Utero aumentado de volumen, movable, no doloroso. Cuello del órgano igualmente grande, orificio entreabierto.

Tratamiento.—Noviembre 19.—Anestesia general clorofórmica. Vía vaginal. Colpotomía anterior. Iniciada la hemisección por la cara anterior y media del útero, se encuentra en la cavidad del órgano un fibroma intersticial del tamaño y forma de un huevo de gallina; se le extirpa, y luego de comprobar que el aumento del órgano dependía del tumor extirpado, se efectúa cirugía conservadora, reconstituyendo la pared uterina por una sutura con catgut.

Luego se efectúa una amputación del cuello, y sin dejar drenaje se cierra la herida de la colpotomía anterior.

Operador.—Dr. Chueco.

Ayudante.—Dr. Calcagno.

El post operatorio es excelente; la enferma se sienta en la cama al tercer día, y al séptimo abandona el lecho. No se han repetido sus hemorragias en los períodos cataméniales subsiguientes.

Observación II

Operaciones radicales

HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ

SERVICIO DEL DR. ALBERTO CHUECO.—SALA II, CAMA 8

L. B. de Ch., de 41 años, francesa, casada, planchadora. Fecha de entrada, 31 Diciembre de 1913.

Diagnóstico.—Fibromioma uterino.

Enero 10 de 1914.—Histerectomía vaginal. Alta curada, Febrero 1.º de 1914.

Antecedentes personales.—Grippe.

Primera menstruación á los 16 años de edad. Regulares, indoloras, de 5 á 6 días de duración.

Contrae matrimonio á los 25 años de edad. No ha tenido embarazos. Después de su matrimonio tuvo flujo abundante é intensos ardores á la micción. Contemporáneamente comprobó la aparición de una hernia inguinal derecha.

Hace dos años tuvo una metrorragia. Dos días des-

pués de terminar su período menstrual volvió á perder sangre abundante por espacio de 15 días.

Esta metrorragia volvió á renovarse en iguales condiciones el año ppdo. En el intervalo las menstruaciones conservaron sus caracteres normales.

En Diciembre próximo pasado se renueva la metrorragia, prolongándose esta vez, siempre muy abundante, por espacio de un mes, hasta su ingreso en el servicio.

Estado actual.—Talla mediana. Panículo adiposo escaso. Peso 50 kilos. Tinte anémico intenso de la piel y mucosas. Soplo anémico de corazón á su ingreso en el servicio.

Pulso regular, de tensión escasa y amplitud mediana. Tonos cardíacos normales en el momento de la intervención.

Examen ginecológico.—Vagina corta, útero de cuello blando y cuerpo uniformemente aumentado de volumen, ocupando completamente los fondos de sacos y prolongándose en alto hasta tres traveses de dedos por encima del pubis; indurado y poco móvil.

Hernia inguinal derecha, voluminosa reductible.

Examen de orina y flujos vaginales.—Normales.

Tratamiento.—Enero 10 de 1914.—Anestesia etérea con el aparato de Ombredau; 100 gramos de éter.

En vista del precario estado de la enferma se le efectúa previamente una inyección de aceite alcanforado y 500 gramos de suero fisiológico.

Vía vaginal.—Morcellement.

Operador.—Dr. Chueco.

Ayudante.—Dr. Calcagno.

Colpotomía anterior.—Abierta la pared uterina y luego el fondo de saco peritoneal, se llega sobre el grueso tumor encapsulado que ocupa la pared posterior del órgano y que es del volumen de una cabeza de un niño á término; se insinúa el dedo índice entre la pared uterina y la cápsula, y se le desprende en casi toda su extensión, procediéndose luego con el auxilio del tirabuzón de Segond á efectuar tracciones con el fin de aproximar la neoplasia á la vulva, extrayéndose una primera cuña, luego una segunda de tejido fibroso sumamente duro. Reducido de este modo el volumen del tumor, se coloca nuevamente el tirabuzón, pudiéndose extraer la neoplasia fibromatosa, la que debido á su tamaño y al reducido calibre de la vagina, produce en la pared lateral de este órgano una desgarradura que comprende parte de su extensión y que se sutura más tarde; por las tracciones ejercidas sobre la neoplasia el útero se invierte, se le reduce fácilmente, no produciéndose hemorragia, pero en vista de la edad de la enferma, se desecha la idea de la conservación del órgano, efectuándose acto seguido una histerec-tomía.

Post operatorio.—La enferma acusa los tres primeros días después de la intervención, temperatura que no depasa de 38°, y que cede á un purgante de aceite de ricino. Apirética cuatro días, asciende nuevamente la temperatura, sin alcanzar 38°; se prescribe un purgante sa-

lino, descenso definitivo de la fiebre, abandonando el lecho al noveno día de la intervención, y es dada de alta curada el 1.º de Febrero.

Esta enferma ingresa nuevamente al servicio el 20 de Abril del corriente año; ha aumentado 8 kilos; su estado general y local es excelente; es sometida al tratamiento radical de su hernia inguinal para su curación.

Observación III

HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ

SERVICIO DEL DR. ALBERTO CHUECO.—SALA II, CAMA 23

J. C. de E., 52 años, española, viuda, quehaceres domésticos. Fecha de entrada: Enero 3 de 1914.

Diagnóstico.—Fibromas uterinos subserosos pediculados é incluidos en la pared uterina.

Antecedentes hereditarios.—No conoce.

Antecedentes personales.—Sarampión, conjuntivitis aguda. Dice que en dos ocasiones ha sufrido de anemia, pérdida de fuerzas, anorexia, que la obligaban á abandonar el trabajo; pero se repuso rápidamente.

No recuerda exactamente la fecha de sus primeras menstruaciones. Cree que las tuvo á los 17 ó 18 años. Se sucedieron regularmente, indoloras, con duración de tres á ocho días.

Contrajo matrimonio á los 35 años de edad. Ha tenido un embarazo terminado por aborto espontáneo del tercero al cuarto mes. Hace 4 años entró en la menopausa. La

última menstruación fué abundantísima y prolongada por espacio de dos semanas.

Padece de colitis á forma diarreica, mucosanguinolenta. Con tal motivo visitó á los doctores Pellicer y Chueco, quienes le aconsejaron una intervención quirúrgica para curar su neoplasia fibrosa, ingresando á este servicio con el fin indicado. Ha disminuido de peso.

Estado actual.—Talla baja. Bien conformada y constituida. Peso: 50 kilos. Piel y mucosas pálidas.

Arritmia cardíaca. Hipotensión. Frecuencia y amplitud normales.

Examen de abdomen.—Colon descendente engrosado. Se palpa un tumor duro, poco doloroso, extendido desde el pubis hasta tres traveses de dedo por encima y con un prolongamiento superior sumamente movable.

Examen ginecológico.—Vagina corta y estrecha. Útero aumentado de volumen, de forma irregular, con grandes nódulos que ocupan los fondos de sacos y con un prolongamiento movable subseroso superior.

El útero llega por su fondo hasta mitad de camino entre el pubis y cicatriz umbilical; es movable, indurado y poco doloroso á la presión.

Examen de orina y flujos vaginales.—Normales.

Tratamiento.—Enero de 1914. Anestesia por éter, suministrada por el practicante menor Luis Dedominis; 50 minutos.

Operador.—Dr. Chueco.

Ayudante.—Dr. Calcagno.

Colpotomía anterior.—Abierto el fondo de saco, se enuclea un primer tumor subseroso, del tamaño de un huevo de gallina, y luego se procede á extraer un segundo tumor fibromatoso, del tamaño algo menor al de un huevo de avestruz, siendo menester efectuar la hemisección para poderlo extirpar; luego se extrae útero y dos pequeños fibromas. El útero es pequeño, especialmente el cuerpo, teniendo un largo cuello; al efectuar la hysterometría, el fondo del útero es perforado en la proximidad de la trompa derecha.

Se colocan dos pinzas clamps y un taponamiento con gasa esterilizada.

Abierta una de las neoplasias, contiene en su interior procesos de reblandecimiento.

Se retiran las pinzas clamps al tercer día.

Sin accidentes post-operatorios, la enferma se sienta en el lecho á los tres días, se levanta á los seis y es dada de alta después de los quince días de operada.

Observación IV

HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ

SERVICIO DEL DR. ALBERTO CHUECO, SALA II, CAMA 27

T. M., 43 años de edad, oriental, viuda, quehaceres domésticos. Fecha de entrada: Febrero de 1914.

Diagnóstico.—Fibroma intersticial. Anexitis derecha.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Escarlatina. Primera menstruación á los 14 años de edad. Los primeros períodos menstruales se acompañaron de ataques convulsivos que duraban aproximadamente media hora; sin pérdida completa de conocimiento, sin emisión de orinas, sin mordeduras de la lengua; terminaban por llanto y la enferma conservaba el recuerdo de lo ocurrido.

Los períodos siguientes se sucedieron con regularidad; tres á cuatro días de duración; cantidad escasa, indolores.

Contrajo matrimonio á los 22 años.

Al año tuvo un parto normal. Cinco días después, ha-

biéndose levantado precozmente, sufrió una metrorragia que duró un día.

A partir de esta fecha, las menstruaciones aumentaron en cantidad y duración, prolongándose hasta seis días. Hace dos años tuvo dos vómitos de sangre, muy abundantes al decir de la enferma. Se le diagnosticó por el facultativo una lesión pulmonar; pero dice la enferma que no tenía tos y que no volvió á experimentar ninguna molestia.

Continuó con ardores de estómago y vómitos frecuentes después de las comidas, especialmente por la tarde.

Actualmente las menstruaciones, que se caracterizan por su abundancia, son dolorosas. Pierde sangre en pequeña cantidad fuera de las épocas menstruales. Los dolores son casi continuos, exacerbados por los movimientos y localizados en la fosa ilíaca derecha. Tiene flujo. Ha disminuido de peso. Astenia. Cefalalgia.

Estado actual.—Mujer de talla elevada; bien conformada; panículo adiposo escaso; 63 kilogramos. Tinte pálido de piel y mucosas. Pulso frecuente é hipotenso. Aparatos circulatorio y respiratorio, normales.

Riñón derecho desplazado, ocupando el flanco derecho.

Examen ginecológico.—Útero grande, de cuerpo duro, en anteflexión, movable, no doloroso.

Histerometría, 9.5 centímetros. Anexos del lado derecho, palpables y dolorosos.

Operación.—Marzo 12. Nefropexia (procedimiento de

Albarrán). Histerectomía vaginal. Colpotomía anterior.
Ablación de anexos del lado derecho. Anestesia general
con Ombredau, 100 gramos, éter.

Operador.—Dr. Calcagno.

Ayudantes.—Dr. Chueco, Sr. Alsina, Sr. Rufino.

Observación V

HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ

SERVICIO DEL DR. ALBERTO CHUECO.—SALA 2. CAMA 15

P. E., de 47 años de edad, española, soltera, cocinera.

Fecha de entrada: Febrero de 1914.

Diagnóstico: Fibroma intersticial.

Antecedentes hereditarios.—Ignora lo que se refiere á sus padres.

Antecedentes individuales.—Sarampión y viruela en la niñez. Tiene su primer período catamenial á los 15 años, no doloroso y abundante; los sucesivos se presentan con regularidad y con idénticos caracteres hasta la edad de 18 años, que á su término, después de una gestación normal, tiene en un parto un niño sano del sexo masculino. Puerperio normal.

Reaparecen las reglas al mes subsiguiente al parto, abundantes, y dos años más tarde se embaraza nuevamente, dando á luz un niño á término de sexo femenino,

que muere 6 meses más tarde de una afección gastro-intestinal.

En Setiembre de 1886, nueve meses después del parto, tuvo una metrorragia muy abundante, y á partir de esa fecha, sus menstruaciones se sucedieron con caracteres normales.

Tenía flujo abundante que apareció despues del parto.

En los últimos tres años ha tenido varias metrorragias. Las menstruaciones duran menos días, pero son más abundantes. En los intervalos de estas, pierde flujo sanguinolento, como agua de carne lavada, fétido.

Tiene menos fuerzas. Anorexia.

Estado actual.—Mujer bien constituida y conformada; panículo adiposo abundante. Tinte pálido de la piel y mucosas. Peso: 72 kilos. Pulso: rítmico, frecuente, de poca amplitud y tensión.

Aparatos respiratorio y circulatorio.—Normales.

En ambas piernas, tercio interno, se observan cicatrices de antiguas ulceraciones, múltiples y adherentes del lado izquierdo.

Examen de abdomen.—Se palpa un tumor hipogástrico que alcanza hasta la cicatriz umbilical. Superficie lisa, forma ovoídea, á gran polo superior, consistencia dura, movable transversalmente, no doloroso á la presión; mate á la percusión.

Examen genital.—Cuello uterino hipertrófico y de consistencia blanda. Útero en continuidad con el tumor abdominal. Se palpan varios núcleos de menores dimensio-

nes, unos en el fondo de saco anterior y otros en el lateral izquierdo.

No movable, no doloroso. Histerometría: once centímetros y medio.

Tratamiento.—Marzo 5 de 1914.—Anestesia etérea 100 gramos con Ombredau.

Operador: Doctor Chueco.

Ayudantes: Dr. Calcagno y Sr. Alsina.

El tumor á extirpar alcanza el límite máximo fijado para extraerlo por la vía baja, es decir, llega hasta el ombligo; se procede á efectuar una amplia incisión circular de los fondos de sacos vaginales, se libera al cuello del útero del tejido celular, aislándolo de la vejiga y del recto; se incide la pared anterior y media del cuello del órgano hasta abrir una brecha en el repliegue peritoneal; se colocan sucesivamente pinzas de Musseax de dos y cuatro dientes; abierto amplio camino, se inicia el ataque de la neoplasia, extirpando pequeños pedazos que reducen paulatinamente el tamaño del tumor, se avanza sin producirse hemorragia hasta llegar al fondo del útero y se consigue, luego de una hora y media de laboriosa tarea, esteriorizarlo después de haber disminuído notablemente el volumen de la neoplasia.

Se efectúa una histerectomía, colocándose pinzas clamps á ambos lados de los ligamentos anchos.

Tres días más tarde se retiran las pinzas, y sin accidente post-operatorio alguno la enferma se sienta en el lecho al cuarto día, al noveno se levanta y es dada de alta curada.

Observación VI

HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ

SERVICIO DEL DR. ALBERTO CHUECO.—SALA II, CAMA I

S. D. de P., 24 años, italiana, casada, quehaceres domésticos. Ingresó en Marzo 10 de 1914.

Diagnóstico.—Fibroma uterino subseroso. Disenteria amibiana.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales.—Sarampión. Fiebre tifoidea.

Primera menstruación á los 18 años, regulares las sucesivas, de tres á cuatro días de duración, escasas, dolorosas.

Contrajo matrimonio á los 18 años.

Ha tenido tres embarazos. El primero terminó á los siete meses por un traumatismo según refiere la paciente. El segundo alcanza á los nueve meses, con parto normal. El tercero hace dos años, se interrumpe al tercer mes, espontáneamente; después de ese aborto tiene fiebre y flujos. A partir de esta fecha tiene diarrea (tres á diez

deposiciones diarias muy dolorosas), con sangre y mucosidades. Tolera mal la alimentación; tiene sensación de pesadez en el estomago, dolores abdominales, cefalalgias—perdida de fuerza.

Las últimas menstruaciones muy escasas, ámenorrea desde el mes de Enero del corriente año.

Estado actual.—Mujer bien conformada, de panículo adiposo sumamente escaso; tinte pálido de piel y mucosas; pulso hipotenso.

Examen de la enferma.—A la palpación del abdomen llama la atención el espesamiento de la S iliaca movable y dolorosa á la presión. En el hipogastrio se palpa un tumor indurado también movable pero no doloroso, que parece continuarse hacia la excavación pelviana.

Por el examen genital se aprecia útero en anteflexión movable de consistencia dura, indoloro; sobre sus caras posterior y superior, á la derecha, de la línea media se palpa un tumor comparable por sus dimensiones á una mandarina, algo movable sobre el útero, en continuidad con él y presentando los mismos caracteres de consistencia y sensibilidad.

En el resto de los órganos y aparatos nada de anormal.

En el examen de las materias fecales realizado una sola vez, no se comprueba la existencia de amibas.

Desde su ingreso es sometida á inyecciones de clorhidrato de emetina á dosis de 00.4 centígramos cada tres días. A partir de la segunda inyección disminuyen las deposiciones que se normalizan después de la tercera,

desapareciendo la sangre y el mucus. Se le han practicado un total de seis inyecciones.

Tratamiento.—14 de Abril. Anestesia general eter 100 gramos, Ombredau, por practicante señor Rossendí.

Operador.—Dr. Calcagno.

Ayudante.—Dr. Chueco.

Incisión circular sobre el cuello uterino; abierto el peritoneo en su parte anterior se consigue exteriorizar en un solo blok por vía vaginal al útero aumentado de volumen y el fibroma subseroso.

Pérdida de sangre mínima, se colocan pinzas clamps á cada lado de los ligamientos anchos.

Se retiran las pinzas al tercer día, sangra algo y se coloca un taponamiento imbibido en suero de caballo, sin accidentes la enferma se sienta en el lecho al cuarto día, se levanta á los diez días y es dada de alta curada.

Observación VII

HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ

SERVICIO DEL DR. ALBERTO CHUECO.—SALA II. CAMA 28

G. P., 46 años, española, casada.

Diagnóstico.—Fibroma uterino.

Tratamiento.—Histerectomía vaginal.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión en la infancia.

Dice haber padecido de reumatismo siendo niña y que á la edad de 22 años sufría de fuertes palpitations en la región precordial acompañadas de mareos.

A los 17 años se establece su período catamenial siendo abundante, doloroso, de ocho días de duración; los sucesivos se hacen periódicos en su aparición y en la misma forma, es decir, con su carácter hemorrágico.

Contrae enlace á los 30 años, embarázase al poco tiempo llegando á su término normal, dando á luz un niño vivo de sexo femenino, que es alimentado con lactancia materna. Su puerperio fué normal. Sus reglas reaparecen con sus caracteres primitivos.

— Dos años más tarde nuevo embarazo normal, con parto laborioso, niño vivo de sexo masculino, lactancia materna, puerperio normal. Luego de nueve meses, reaparen sus reglas siendo hemorrágicas como las anteriores.

En el termino de cuatro años sin causa para ella justificada, tiene tres abortos, con fetos cuya edad median de tres á cinco meses. Abortos sin consecuencias para la enferma.

Enfermedad actual.—Sus últimas menstruaciones las tiene en Febrero del corriente año, fueron sumamente abundantes y persistieron por espacio de tres semanas; se siente relativamente bien hasta que en el mes de Mayo tiene metrorrágias á cortos intervalos.

Sometida á tratamientos médicos consigue suspender la emisión sanguínea durante veinte días, pero nuevamente se presentan con caracteres hemorrágicos más intensos, en vista de lo cual, aconsejada por varios facultativos que la atendieron, resuelve ingresar á este servicio para someterse á un tratamiento radical.

Estado actual.—De talla mediana, de tinte amarillento pálido de piel, mucosas y conjuntivas; de pobre estado de nutrición, de escaso panículo adiposo, de 47 kgs. de peso.

Aparato respiratorio.—Normal.

Aparato circulatorio.—Miocarditis, soplo anémico. Pulso en la radial, regular, poco tenso.

Aparato digestivo.—Anorexia, digestiones difíciles, constipación pertinaz.

Análisis de orina.—Hay albúmina pero no glucosa ni elementos figurados en los sedimentos.

Examen del flujo vaginal.—Hay microorganismos habituales de la flora vaginal.

No tiene temperatura, no se palpa el bazo, pero el hígado depasa algo el reborde costal.

Examen de la enferma.—Aparato genital: vulva y vagina normales. Por el tacto combinado á la palpación se aprecia un útero muy aumentado de volumen, algo mayor al de un huevo de avetruz; cuello y cuerpo del órgano de consistencia muy dura, movable, no doloroso; el histerómetro nos da una longitud para la cavidad uterina de 13 centímetros de largo y que sangra fácilmente al menor contacto.

El estado de la enferma antes de la intervención es muy malo, hemorragias continuas que no se cohiben con el tratamiento médico, han llevado á la paciente á un estado de anemia profunda. haciéndose perceptible el soplo anémico cardíaco; durante tres días se la somete á suero fisiológico á la dosis de 200 á 300 gramos por inyección edicionadas de adrenalina.

Dos horas antes de la intervención, la enferma experimenta una abundante pérdida sanguínea por vía vaginal.

Tratamiento.—El Dr. Martinez procede á efectuar la anestesia intrarraquídea con estovaina, que es completa durante media hora, lapso de tiempo que dura la intervención y que se efectua el 25 de Septiembre.

En el momento de proceder á la operación se inyecta

ã la enferma 300 gramos de suero fisiológico por vía endovenosa.

Operador; Dr. Chueco.—Ayudantes; Dr. Rojas, y practicante mayor Sr. Lombardo.

Se práctica la histerectomía vaginal por hemisección, llegándose hasta el fondo del útero, y luego invirtiéndolo, se colocan dos clamps rectos y dos pequeños curvos que toman las uterinas. Se extirpan las dos mitades del órgano enfermo. La operación se realiza con sólo la pérdida de algunos gramos de sangre.

Cincuenta horas más tarde se retiran los clamps y las pinzas sin producirse hemorrágia alguna; al cuarto día se le administra un purgante, se sienta en el lecho y se le prescribe alimentación general: á los doce días se levanta, reponiéndose con rapidez sin haber acusado accidente alguno post-operatorio.

Observación VIII

HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ

SERVICIO DEL DR. ALBERTO CHUECO.—SALA II, CAMA NÚM. 1

M. V. de S., de 32 años, española, casada.

Diagnóstico.—Fibromioma uterino y salpingo ovaritis doble.

Tratamiento.—Histerectomía vaginal total.

Ingresa el 26 de Marzo.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—A los 13 años tuvo varicela; ignora si en su niñez ha sufrido de dolencia grave alguna.

Tiene su primer período catamenial á los 11 años, poco doloroso y de cuatro días de duración. Los sucesivos se han presentado con regularidad y sin trastornos. Se casa á los 20 años, ha tenido ocho abortos, de los cuales cinco consecutivos, con fetos de dos y medio á tres meses, luego un parto á término de sexo masculino, el que fallece á los once meses; mientras ella amaman-

taba á su hijo, se encontraba afectaba de escarlatina. Después del deceso de este niño queda embarazada, teniendo un parto prematuro de siete meses; dos mellizos que murieron á las 24 horas. Un año más tarde tiene un nuevo parto á término, niño de sexo femenino que actualmente cuenta seis años y es sano. Refiere la paciente que hace un año sintió dolores en el bajo vientre que se acompañaron de metrorragias abundantes, atendida por un facultativo, éste le practicó un curetaje.

Enfermedad actual.—Manifiesta la enferma, que hace tres meses, sin causa que se justificara para ella, tuvo un aborto de dos meses, que se acompañó de grandes pérdidas sanguíneas.

Pocos días después experimenta un dolor localizado en la fosa ilíaca derecha, que fué gradualmente aumentando de intensidad hasta hacerse intolerable. Consulta á un facultativo, el que le prescribe reposo absoluto en el lecho y unos sellos, que dice le alivian sus dolores; el facultativo que la atendiera le manifiesta la conveniencia de su ingreso en un hospital, pues opina que debe ser operada. Ha tenido tres ataques de igual intensidad, y por prescripción médica guarda reposo, pues cuando camina ó hace cualquier esfuerzo muscular, los dolores se exacerban y su vientre aumenta de volumen.

Tiene abundante flujo vaginal, que fué en su primer tiempo blanquecino y que hoy es de coloración amarillenta.

En cuanto á sus menstruaciones, desde muchos años

atrás ellas tuvieron carácter hemorrágico, pero desde que se inicia su última dolencia, éstas se hacen todavía más abundantes, acompañándose de dolores localizados en ambas fosas ilíacas. Nunca ha tenido después de sus abortos ni en circunstancia alguna escalofríos ó fiebre.

Estado actual.—Mujer de talla mediana, de 58 kilos de peso, de tinte sumamente anémico.

Aparato circulatorio.—Tonos cardíacos normales en los cuatro focos. Pulso regular, muy poco tenso, 80 pulsaciones por minuto.

Aparato respiratorio.—Normal.

Aparato digestivo.—Anorexia, experimenta después de la ingestión de las comidas sensación de pesadez gástrica; ha disminuido paulatinamente de peso desde hace tres años. Sufre de constipación pertinaz que no cede á los numerosos laxantes que ha ingerido.

Examen de las orinas.—Vestigio de albúmina, no existen elementos anormales en los sedimentos. Examen de flujos vaginales. No se nota nada de anormal.

Examen de la enferma.—Aparato genital. Vulva y vagina normales. Por la palpación abdominal combinada al tacto vaginal, se aprecia un útero muy aumentado de tamaño, cuello igualmente grande de orificio entreabierto y de consistencia blanda como el resto del órgano. Por la histerometría el útero nos da una longitud de su cavidad de 14 centímetros de largo y que sangra en abundancia. Los anexos del órgano se hallan aumentados de tamaño especialmente el ovario derecho. El útero

es movable no doloroso y de tamaño algo menor al de una cabeza de feto á término.

Tratamiento.—Se interviene bajo anestesia con inyección intra-raquídea de estovaina efectuada por el doctor Martínez el 19 de Marzo.

Operador.—Dr. Chueco.

Ayudantes.—Dr. Calcagno y practicante mayor señor Lombardo. Se procede á efectuar la incisión circular alrededor del cuello uterino, se desprende á dedo fácilmente ambos fondos de sacos vaginales y luego se procede á estirpar el útero en pequeñas cuñas que se van sacando sucesivamente hasta llegar al fondo del órgano que se invierte, luego se extirpa la totalidad del útero y sus anexos. Se dejan pinzas clamps que se retiran 48 horas más tarde sin que se produzcan hemorrágias.

La enferma antes de ser operada había experimentado grandes hemorrágias y su acentuado tinte anémico lo revelaba; durante el acto operatorio la sangre perdida no fué mucha, pero fué lo suficiente para que su pulso no se hiciera perceptible en la radial y tuvieramos que efectuar á la enferma trasladada á su lecho inyecciones endovenosas de suero fisiológico, subcutáneas de aceite alcanforado, estricnina y cafeína. Se la coloca en el lecho con los miembros inferiores vendados y levantados. El postoperatorio fué bueno, no se produce reacción peritoneal alguna; á los dos días se retiran las pinzas clamps y sin experimentar ascensión térmica, la enferma se repone con rapidez y es dada de alta el 6 de Abril.

Observación IX

HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ

SERVICIO DEL DR. ALBERTO CHUECO, SALA II, CAMA 14

C. P., 48 años de edad, italiana, soltera, modista. Entrada: Abril 27 de 1914.

Diagnóstico.—Fibroma uterino.

Tratamiento.—Abril 30 de 1914. Histerectomía vaginal. Narcosis etérea. Ombredau, 100 gramos.

Antecedentes hereditarios.—El padre falleció de aneurisma de la aorta, y la madre vive siendo sana.

Antecedentes personales.—Escarlatina en la niñez; sarampión más tarde; á los 21 años neumonía, y á los 22 años tifus.

Su primer período catamenial se presenta á los 12 años, de 6 á 8 días de duración, abundante, doloroso; los subsiguientes se continúan en la misma forma.

Enfermedad actual.—Hace 5 años, sus períodos menstruales duran 3 á 4 días, abundantes, dolorosos, y se repiten de tres á cuatro veces en el mismo mes. Luego transcurre un período de tiempo en el que sus reglas se norma-

lizan. En el mes de Noviembre del pasado año, sus reglas, abundantes, persisten durante 17 á 18 días. A partir de Enero del corriente año se normalizan, hasta el día de la fecha.

Desde el 1.º de Noviembre de 1913 hasta hoy ha disminuido 7 kilos de peso. Nunca ha tenido fiebre ni escalofríos.

Estado actual.—Mujer bien constituida, de baja estatura, de escaso panículo adiposo, tinte algo amarillento de la piel y coloración rosada de las mucosas. Pesa 41 kilos.

Examen de los aparatos circulatorio y respiratorio.—Normal. Taquicardia.

En el momento de la intervención tiene 90 pulsaciones en la radial, pulso regular, hipotenso é igual. Focos de auscultación, normales.

Examen de la orina y flujos vaginales.—Normales.

Examen del abdomen.—A simple inspección se aprecia un relieve en el bajo vientre, á la palpación la existencia de un tumor en la región pelviana que sobrepasa de sus límites cuatro traveses de dedo, é inclinándose hacia la fosa ilíaca derecha; algo movable, no doloroso, de superficie lisa en casi toda su extensión y de consistencia dura.

Al tacto vaginal, se aprecia vulva y vagina estrecha, esta última sumamente corta y reducida de calibre, existiendo un anillo fibroso vaginal delante de los fondos de sacos del conducto.

Cuello uterino pequeño, así como el orificio del órgano de consistencia blanda; cuerpo del útero aumentado de

tamaño, en anteflexión, con una pequeña lateralidad hacia la derecha, existiendo sobre ese mismo lado y en la cara superior un pequeño núcleo algo movable, no doloroso; fondo de saco vaginal posterior, libre.

Tratamiento.—Abril 30, 1914. Narcosis etérea, 100 gramos, aparato Ombredau, por el practicante señor Rosendí.

Previamente, antes de iniciar la histerectomía vaginal, es menester ensanchar el canal vaginal mediante el concurso del speculum, produciéndose pequeñas desgarraduras en la parte lateral y horquilla; luego se coloca la valva de peso y se inicia la intervención; se abre el fondo de saco vaginal, habiendo realizado previamente la incisión circular del cuello; luego se procede á la hemisección, colocando sucesivamente pinzas erinas escalonadas; se alcanza hasta el fondo del órgano y se invierte la neoplasia fibromatosa del tamaño de un huevo de avestruz; se coloca una primera pinza clamps en el ligamento ancho del lado izquierdo; luego se procede en igual forma para el lado opuesto; después de efectuarse la sección, se aprecia que una zona limitada del ligamento ancho, al ser seccionada, se retrae, y la uterina comprendida en esa zona, sangra; se la aísla y liga; obtenida la hemostasia, se colocan las gasas y la sonda uretral.

Operador.—Dr. Chueco.

Ayudantes.—Dr. Caride y practicante mayor Sr. Gandulfo.

Observación X

HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ

SERVICIO DEL DR. ALBERTO CHUECO, SALA II, CAMA 26

R. M., 19 años, española, casada, quehaceres domésticos. Fecha de entrada: Mayo 10 de 1914.

Diagnóstico.—Fibroma uterino intersticial. Ovaritis quística izquierda.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales.—Ha sido siempre sana; ignora si en su infancia ha tenido dolencia alguna. Su primer período menstrual lo tuvo á los 12 años, con caracteres normales, repitiéndose luego con regularidad. Hace dos años se casa y empieza por manifestar trastornos menstruales, sus reglas se hacen dolorosas, aqueja intensos dolores en el bajo vientre y sus menstruaciones se hacen poco abundantes, llamando la atención de la enferma la escasa cantidad de sangre emitida. No ha tenido parto ni aborto.

Luego, hará un año y medio, se inicia una serie de

crisis intensamente dolorosas, localizadas en el bajo vientre y que se propagan á la región lumbar y á los muslos, pero acusando la mayor intensidad del dolor en la fosa ilíaca izquierda; durante estas crisis se ve obligada á guardar reposo en el lecho, pues el menor esfuerzo muscular ó bien la marcha exacerban sus dolencias. En un principio, conjuntamente con las crisis, tuvo abundante secreción de flujos mucopurulentos, y algunas veces, aunque raras, hemorrágicos; merced al tratamiento médico instituido, las crisis dolorosas, así como los demás síntomas, se hacen menos intensos y se presentan á largos intervalos.

El 31 de Marzo de 1913 ingresa á este servicio, y el 12 de Abril del mismo año, bajo anestesia clorofórmica, el Dr. Chueco le practica una salpingectomía derecha y la salpingostomía izquierda, habiendo previamente realizado la deliberación de la trompa enferma por colpotomía anterior; extirpadas ambas trompas, contienen pus en su interior; los ovarios se encuentran, á su aspecto macroscópico, en buenas condiciones; el útero es grande; teniendo en cuenta la edad de la enferma, se resuelve no practicar una intervención radical. Sin accidentes postoperatorios, la enferma es dada de alta, curada.

Enfermedad actual.—Después de realizada la intervención por vía vaginal, la enferma persiste con sus flujos vaginales; sus menstruaciones se presentan con regularidad de tres á cuatro días de duración, abundantes pero no dolorosas.

Concorre al consultorio externo del servicio donde se

la examina y comprueba, un útero en posición normal aumentando de tamaño, cuello erosionado, grande, con cierta movilidad y ovario izquierdo grande movable y doloroso. Los diversos tratamientos médicos no modifican sus flujos, ni la abundancia de sus menstruaciones. Se le propone una intervención radical que acepta la enferma.

Estado actual.—Mujer de estatura mediana, de piel blanca, de regular panículo adiposo; se comprueba por la coloración de las mucosas y tinte de la piel un ligero, estado de anemia. No ha tenido fiebre ni escalofríos á partir de su última intervención.

Aparatos circulatorio y respiratorio.—Normales.

Aparato digestivo.—Goza de buen apetito, sufre de constipación pertinaz. Hígado y bazo en sus límites normales.

Peso de la enferma, 58 kilos.

El examen de las orinas comprueba que ella posee los caracteres normales.

Examen del flujo vaginal.—No se encuentran gonococos pero sí abundantes microorganismos, huéspedes habituales de la flora vaginal.

Tratamiento.—Narcosis etérea con Ombredau, 100 gramos. Mayo 14 de 1914.

Colpotomía anterior.—Abierto el fondo de saco vaginal anterior, se aprecia adherencias entre vejiga y pared anterior del útero, órgano que medido con el histerómetro acusa una longitud de su cavidad de 10 centímetros; liberada la matriz se la exterioriza al mismo tiempo que

el ovario quístico izquierdo; el útero es fibromatoso, se colocan pinzas clamps y drenaje, se retiran ambos al tercer día, sin accidente alguno.

La enferma acusa los dos primeros días dolores en el bajo vientre, debido posiblemente á las tracciones ejercidas para liberar al útero de las múltiples adherencias á los órganos vecinos; la aplicación de algunas inyecciones hipodérmicas de morfina modifican el estado general y calman la taquicardia de que sufría la paciente.

Al octavo día la enferma abandona el lecho, y es dada de alta 48 horas después.

Operador.—Dr. Alberto Chueco.

Ayudantes.—Practicantes señores Gandulfo y Rosende.

FIDEL R. ALSINA.



Buenos Aires, Mayo 11 de 1914

Nómbrese al señor Consejero Dr. Enrique Zárate, al profesor titular Dr. Ricardo S. Gomez y al profesor suplente Dr. Osvaldo Bottaro, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis de acuerdo con el art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

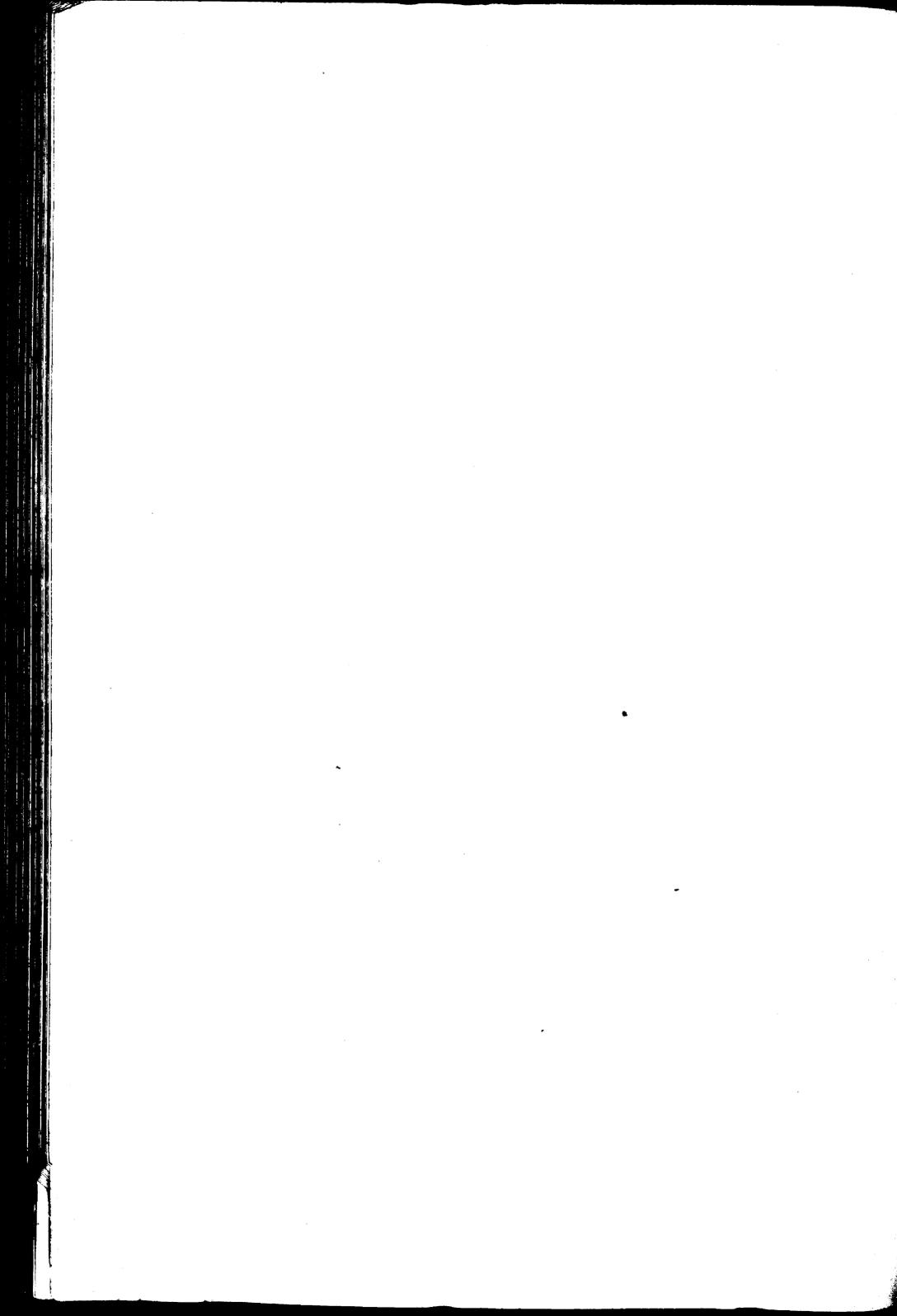
Buenos Aires, Mayo 26 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2794 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

30654



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Evolución del muñón cervical despues de histerectomía subtotal.

Zárate.

II

Hemostasia en la histerectomía vaginal.

R. S. Gomez.

III

La comodidad y su complemento, la elegancia, como así la conciencia más perfecta de la acción quirúrgica que ofrece la vía abdominal, solo se abdicca ante la perspectiva de un mejor pronóstico.

Ciertas lesiones supurativas de la pelvis, etc., pueden insinuarnos la conveniencia de esta vía con respecto á la otra, á pesar de las dificultades particulares de la técnica, lo que obliga á los cirujanos á ejercitarse en ella.

Bottaro.



