

Memorias -

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Med. i Fam.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

1231
1065
4892

Serrano



6 abril 1892

Del Cáncer del útero y su tratamiento por la Histerectomía vaginal
HDB

En cumplimiento de lo prescrito por los estatutos universitarios, tengo el honor de presentárselos como tema de mi memoria de Licenciado este pequeño trabajo que espero os dignaréis recibir con benevolencia.

No pretendo, señores, presentar un trabajo acabado. Mi objeto es mostrar de semestros el fruto de mis observaciones sobre una afección que hace tan terribles estragos especialmente en la clase desvalida de la sociedad.

En el desarrollo de este trabajo he observado el orden siguiente:

- 1.º Definición
- 2.º Historia de la enfermedad
- 3.º Etiología
- 4.º Anatomía patológica
- 5.º Descripción
- 6.º Diagnóstico y pronóstico
- 7.º Tratamiento
- 8.º Observaciones y conclusiones.

1892





2

Definición

El cáncer del útero es una enfermedad caracterizada por una gran proliferación del tejido conjuntivo, por una generación excesiva de células del tipo epitelial y por una tendencia marcada a propagarse a las partes vecinas, y a reproducirse después de extirpado.

Historia

Los antiguos poseían algunas nociones respecto a algunos de sus rasgos clínicos. Hipócrates lo describía señalándolo incurable (de Morbis Mulierum). Arquígenes le dedica un capítulo en que describe una forma ulcerosa y otra no ulcerosa y las peculiaridades de los flujos. Aecio conservó dicho capítulo intitulándolo "De cancro uteri".

En Francia, en tiempo de la restauración de la ginecología, se confundió el mal con los tumores fibrosos y la hiperplasia areolar. En 1766 Astruc describía el escirro como causa habitual del aborto; y la confusión nació

de en descripción le sobrevivió por mu-
cho tiempo caracterizando las épocas de
Recamier y Lisfranc; y aun hasta no
hace mucho tiempo vemos sostenida dicha
teoría por Duparcque, Montgomery y
otros muchos. En 1842, Blatin y Stier
en su tratado *Maladies des Femmes*, al ma-
nifestar su creencia de que el escirro pro-
viene de una inflamación crónica
del parénquima, añaden, en una nota,
que Pablo de Egina, Galeno, Ambroise, Broussais,
Piorry, Bouillaud & c colocan el escirro
entre las terminaciones de la inflama-
ción crónica; y aunque algunos de
ellos convienen en la existencia de
una predisposición. Pero aun cuan-
do los médicos mas antiguos conocían
la afección muy poco le debemos con-
respecto a ella salvo parte de la no-
menclatura imperfecta que en el día la
caracterizan.

Es indudable que nunca se ha
hecho tanto por desenvolver nuestros
conocimientos del asunto como durante
el último medio siglo; y sin embargo

Audacia se hallan sus variedades y caracteres patológicos envueltos en incertidumbre.

Etiología

Entre las causas predisponentes se enumeran las siguientes:

- 1.º Predisposición hereditaria
- 2.º Edad madura o avanzada
- 3.º Raza
- 4.º Partos repetidos
- 5.º Agotamiento general de las fuerzas vitales

El sexo femenino es atacado con enorme frecuencia de cáncer y esto es debido a la frecuencia con que el útero es atacado por esta afección pues el cáncer de la mama ocupa solo un segundo lugar.

Puede afirmarse que el cáncer del cuerpo del útero es muy raro con relación al del cuello.

Izukito dice que entre 420 enfermos de carcinoma uterino solo una tenía el cuerpo del útero atacado. Se 812 mujeres atacadas de cáncer del útero

5

según Schroeder, solo en 28 encontró atacado el cuerpo del útero

El cáncer del cuerpo del útero ataca con mayor frecuencia a las nulíparas que a las multíparas

Hasta ahora se ignoran las causas de la frecuencia con que se observa el

cáncer del cuello

En cuanto a la influencia de la pre-

disposición hereditaria que antes se aceptaba como causa frecuente, las estadísticas de varios autores demuestran que es tanta

Según el cuadro siguiente:

de 102 casos observados por Sebert solo 14 daban muestras

de predisposición heredit.

de 322 " " " Paget solo 78 " " "

de 305 " " " Sybley solo 33 " " "

326 " " " Gusserson solo 34 " " "

487 Barker solo 36 " " "

Por lo que hace a la edad el término medio es mayor a la edad avanzada. Especialmente aparece antes de la pubertad. Des- de los 20 años a los 50 aumenta su frecuencia; decreciendo algo después de la menopausia. Con todo en esta última



época de la vida el número de mujeres atacadas de cáncer no deja de ser considerable

Podemos pues enumerar las edades más frecuentes para esta afección en el orden de frecuencia siguiente: de 40 a los 50 años; de 30 a 40 años; de los 20 a los 30 y de los 50 a los 60

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En cuanto a la influencia de los razos, los autores norteamericanos dicen que la raza negra goza de cierta inmunidad

El cáncer se observa con mayor frecuencia en las multiparas que en las nulíparas de 108 casos observados por Scanzoni 8 habían parido 11 veces; 3 lo habían 10 veces; 14 - 8 veces 13 - 7 veces; 21 - 6 veces; 10 - 5 veces y 3 - 4 veces

Este mismo autor atribuye una gran influencia a las emociones morales.

ad estas podemos agregar la miseria y una vida difícil. Si vemos que el cáncer uterino se desarrolla principalmente en las mujeres de la clase pobre y es relativamente raro en las personas acomodadas.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Schroeder ha observado que el cáncer de la pared vaginal se desarrolla con una

frecuencia sorprendente en mujeres que durante largo tiempo han sufrido de catarras del cuello

Anatomía Patológica

Aun no hai nada resuelto sobre cual de los tejidos de nuestro organismo es el q. da origen a las células del cáncer. Bajo el punto de vista clínico es de mas interés saber bajo que forma se revela el cáncer en el principio de su desarrollo.

Schroeder considera cuatro clases.

1.^o El canceroides superficial de la porción vaginal, el cual se presenta en la mucosa de revestimiento de la superficie externa, de la porción vaginal y se desarrolla con gran rapidez. La mucosa cervical nunca toma parte en la formación de esta variedad de cáncer aun cuando el neoplasma haya alcanzado un desarrollo considerable: se encuentra la cavidad del cuello revestida por mucosa normal o cuando mas afectada de inflamación catarral.

Frecuentemente el canceroides se circunscribe por mucho tiempo a un solo labio y puede en un caso descender a la vagina en forma de tumor poliposo.

de tamaño variable; en otras ocasiones, da origen a la proliferación de uno de los labios en forma de hongo desapareciendo ~~después~~ ^{del} el labio que queda como otras veces la degeneración atarca casi desde el principio ambos labios.

Posteriormente, el canceroides invade principalmente la mucosa vaginal. El carcinoma del labio en el cual se desarrolla la forma de un úlcera, y esto ocurre aun cuando el cáncer ocupa la superficie de los tejidos, llenando enseguida toda la parte superior de la vagina hasta los puntos de riego invadiendo después el resto de la mucosa vaginal. Una vez que el cáncer ha invadido los puntos de riego penetra en el tejido pericervical atacando muy superficialmente la sustancia del cuello, desmenuándose por fin en este último por metástasis y entonces pierde por completo los caracteres distintivos del canceroides superficial.

2.º Carcinoma de la mucosa cervical. Esta forma ~~tiene~~ ^{tiene} mas tendencia a propagarse al interior del útero que a la vagina y toma origen en el tejido submucoso de la cavidad cervical ^(del epitelio citológico). Esta forma se desarrolla de preferencia en mujeres de edad avanzada. Esta forma

convirtiéndose el canal cervical en una cavidad de paredes ulcerosas. Avanzando por la mucosa invade la cavidad del cuerpo del útero, después sus paredes y tardamente aparece en el orificio externo. Esta forma es mas caracterizada por su tendencia

al interior, que por la formación de nuevos tejidos. 3.º El carcinoma del cuello, empieza por formar botones cancerosos circunscritos, debajo de la mucosa y posteriormente hacen irrupción o hacia la superficie externa de la porción vaginal o hacia el interior del canal cervical.

En su crecimiento el neoplasma deforma el cuello avanzando hacia sus partes superiores e invade finalmente el cuerpo del útero y rodea el tejido conjuntivo pelviano en el cual pronto se forman grandes botones cancerosos. El úlcus se abre también en la vagina; sus bordes proliferan y experimentan la degeneración putrida.

4.ª forma Caracterizada por una pérdida de sustancia superficial con una marcada tendencia a fistularse tanto hacia los otros puntos de la vagina como hacia la porción vaginal misma. El punto de perforación es el fondo de saco posterior.

Los caracteres que distinguen estas diversas formas del cáncer desaparecen casi enteramente en la marcha posterior de la enfermedad. No obstante es menester apreciar la manera como el cáncer se difunde por los tejidos vecinos y en este sentido se podrían establecer tres formas diversas de invasión con sus respectivas consecuencias, a saber: invasión de la vagina; invasión del útero; y ~~por~~ invasión del tejido conjuntivo pélvico.

La vagina es invadida con gran frecuencia sobre todo en la forma descrita mas arriba bajo el nombre de canceroides.

El neoplasma invadiendo el fondo de saco vaginal avanza sobre la vagina infiltrando la irregularmente y continúa siempre adelante sobre todo en la parte anterior pudiendo llegar hasta la entrada de este conducto.

El canceroides de la porción vaginal no se extiende fácilmente hacia el cuerpo del útero y cuando esto sucede es muy tarde; el cáncer de la mucosa del cuello por el contrario invade rápidamente la cavidad de la matriz.

En los últimos ^{períodos} de la afección, sin distinción de formas, concluye por invadir el cuerpo del útero transformando el quivirio interno en tejido canceroso.

La invasión del neoplasma al tejido conjuntivo pélvico, partiendo de la mucosa vaginal o de la pared del canal cervical, es de las más importantes. La invasión se verifica bajo la forma de pequeños focos juxtapuestos formando una especie de mariposa. Estos focos siguen generalmente la dirección de los ligamentos recto uterinos, situándose Talley en los vasos linfáticos que infiltrando en masa el tejido conjuntivo circundante, dando al cuello, ~~del útero~~ ^{de la afección} un volumen considerable a causa de que el dedo explorador no palpaba el cuello sino al tejido conjuntivo que lo rodea que también está engrosado e infiltrado.

En cuanto al peritoneo, en todos los puntos donde la infiltración cancerosa se aproxima a él la serosa desaparece transformándose en neoplasma. Adherencias, ² adherencias se establecen en todos los puntos del peritoneo.

atacado por el neoplasma

Cuando la degeneración maligna está ya muy avanzada el peritoneo de la pequeña pelvis desaparece enteramente y las asas intestinales englobadas por la masa cancerosa pueden ser atacadas a su vez.

En cuanto a los uréteres, estos también son invadidos, su lumen obstruido, y esta obstrucción da lugar a la dilatación de ellos, de los pelvis renales y finalmente la hidronefrosis pues lo orina no puede pasar a la vejiga.

En cuanto a la vejiga. Cuando el carcinoma llega al tejido cartilaginoso que existe entre el cuello y este órgano, avanza generalmente hacia su pared posterior. Los botones carcinomatosos empujan delante si la mucosa vesical a la cual se afecta de inflamación catarral y se gangrena, y entonces el cáncer reemplaza la pared vesical, y tan pronto como aquel se fura, se forma una fístula.

En su marcha progresiva invade todos los órganos de la pequeña pelvis incluso los huesos.

Rara vez, y solo muy tarde de desarrollo en otros órganos el carcinoma secundario.

Sintomatología

El cáncer en su principio, generalmente no se manifiesta por síntomas apreciables pero, muchas veces se le viene a descubrir muy tarde.

El cancroide superficial, solamente, produce leucorrea y a veces hemorragia, en los primeros ^{períodos} ~~períodos~~ de su formación. En las demás formas, la enfer-
medad es diagnosticada como ya lo he dicho, tardíamente.

Entonces aparecen en abundancia la leucorrea y las metrorragias. Estas últimas al principio pueden inducir en error haciendo creer que se trata de una exajeración de la menstruación normal, pero más tarde esta hemorragia

se produce también fuera de esta época. Otras veces se nota como primer síntoma una pérdida de sangre después del coito. A veces estas pérdidas de sangre pueden ser tan profusas que sumerjan a la enferma en los últimos grados de la anemia.

Solo después de las primeras hemorragias se manifiesta la leucorrea que puede ser exclusivamente serena de olor desagradable pero no fétida. Mas ^{luego} pronto se constituye la ulceración cancerosa, el olor de la secreción se hace

muy fétido y su coloración cambia a causa de los
destos de tejido gangrenoso que se le mescla, tomando
un color oscuro, amarillento, verdoso

Los dolores al principio son muy débiles
o faltan. Cuando existen se manifiestan por dolores
de cintura y de espacion en el bajo vientre. Cuando
la infiltración ha invadido el tejido conjuntivo pelvico
no los dolores se hacen mas intensos. A estos dolores

causados por el crecimiento del cancer que frecuen-
temente tienen el caracter de lancinantes vie-
nen a agregarse otros de peritonitis crónica
^{1.º} producidos por las adherencias que forma el neoplasma
al invadir al peritoneo. Los cólicos uterinos pue-
den hacerse insupportables y a veces violentísimos
bajo la forma de accesos dolorosos; en estos
casos son debidos a que la secreción intra-
uterina se acumula en la cavidad del
órgano, porque el cancer obstruye el canal
cervical.

La dureza que se observa en la pared abdomi-
nal en los últimos periodos del cancer es debida
en gran parte a los dolores. Los musculos
de ella se encuentran en una tensión muy
energica y constante y los intestinos se han
llan algo distendidos todo lo cual con-
tribuye a la dureza de la pared abdominal.

Los otros síntomas del cáncer son producidos por la propagación de éste a los órganos vecinos. Así ~~la~~ ^{el} ~~avanzar~~ el cáncer sobre la pared vaginal anterior a consecuencia de la irritación que se produce en la vejiga sobrevienen dolores y tenesmo al orinar. La hidromielia con afecciones consecutivas, de los riñones es muy frecuente porque los ureteres son muy frecuentemente estrechados en parte por las neoplasias cancerosas y a veces por las flexiones o estrangulaciones que resultan de procesos perimetriticos.

Es rara la propagación del cáncer al recto.

Al principio de la afección el estado general es mas o menos satisfactorio. Pero a medida que avanza la afección y pierden las perdidas de sangre, humores, perturbación del trabajo del tubo digestivo y la fuerza disminuye gradualmente. La enferma experimenta disgusto por los alimentos y vómitos. Los dolores, a veces, arrebatan a la enferma. Al reposo de la noche, la leucorrea se hace profusa e irregularmente las perdidas de sangre y se desarroja la cachexia con gran enflequecimiento y formación de coágulos.



La causa, de la prurigin que la masa carcinomatosa ejerce sobre los urticarios se establece un estado de urticaria crónica, que hace que las enfermas pierdan el conocimiento hasta el final. Ellas poco a poco se hacen indiferentes al dolor, sus sensaciones completamente entorpecidas permanecen horas de horas sin cambiar de posición. Si se las interroga sus respuestas son breves y a veces confusas y su voz debilitada en este estado permanecen hasta que todo termina.

La duración de esta enfermedad desde los primeros síntomas hasta la muerte es de uno a dos años. Con todo se citan casos de enfermas que han durado diez y mas años.

Diagnóstico

No es tan sencillo hacer el diagnóstico del cáncer en los primeros tiempos de su formación. Sin embargo, es en esta época cuando se pueden distinguir unos de otros las distintas formas de cáncer

El cancerito superficial es el mas fácil de reconocer, crece irregularmente y en gran rapidez formando vegetaciones en forma de coliflores que se destruyen rápidamente. Todos estos vegetaciones que presentan una ancha base de implantación y un aspecto velvético son siempre carcinomas.

Los melanocitos cancerosos se reconocen con mas dificultad. Cuando el neoplasma se asienta superficialmente en la porción vaginal o en una parte accesible del cuello empujando a la mucosa delante de si se le puede confundir con un mioma pequeño del cuello, pero este es mas duro que el cancer y se encuentra entre tejidos profundos, al revés de lo que sucede en el cancer. En los casos dudosos se recurrirá al microscopio.

Es muy difícil distinguir el cancer de la mucosa cervical y el catarraxigico del cuello. Los primeros estadios del carcinoma del tejido submucoso no alteran en nada los caracteres de la mucosa. Aparentemente el catarraxigico de manera que solo cuando el neoplasma da origen

a pérdidas de sustancia se establece
claramente la existencia del cáncer

Con el carcinoma incipiente se ofrece rara
vez a la observación del ginecologista, se trata
generalmente en la mayoría de casos dudosos que
hacen pensar en un cáncer. Lo que con una fre-
cuencia despierta dudas es la hipertrofia regu-
lar y considerable de la porción vaginal an-
tes de la forma intensa de antiguos catarras
cervicales.

En el primer caso a la exploración digital
puede creerse que se trata de un carcinoma,
pero, cuando se ve que los engrosamientos que se no-
taban en la porción vaginal hipertrofiada
son formados por folículos cerrados y claros de
mucosa y que el epitelio cilíndrico de un tipo
vivo recubre la porción vaginal sin mostrar
rotación de continuidad, la confusión con el cán-
cer no es posible. La ausencia de ulceracio-
nes en casos de una considerable hipertrofia
de la porción vaginal, manifiestan que el
proceso de que se trata tiene un carácter
benigno.

En los catarras antiguos cuando la mucosa
atrofiada se aplica inmediatamente sobre

las eminencias y depresiones del penequino
del cuño el dedo explorando al deslizarse sobre esta
superficie puede dar la impresión que un
neopluma, duro, canceroso e irregular. Mas
cuando se ve al espécimen, separados los labios
del cuño, que aquellos puntos que parecían sospe-
chosos ^{hizo sentir por primera vez} se hallan ulcerados, ^{se} puede entonces
afirmar que no se trata de un carcinoma constitui-
do, y ^{an} las probabilidades de que sea incipiente disminuyen much.

En los casos difíciles solo el examen microscópico
puede dar una certidumbre completa

El diagnóstico aumenta en dificultades cuando
los nodos cancerosos alcanzan un considerable desarro-
yo sin perforar la mucosa. En estos casos llama
la atención la rápida formación del neopluma, su
blandura y la edad avanzada de la enferma

Cuando hai ulceraciones cancerosas el
diagnóstico es mas sensible. La diferencia entre
las partes duras del cáncer y aquellas ya ulcera-
das es tan notable que solo excepcionalmente puede
caerse en error. Sin embargo un mioma que presen-
te ulceraciones por diversas causas (caustico &c)
puede inducir en error.

Las inflamaciones diftericas, de la porcion vaginal

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

- Pronóstico

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Trasmiendo

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
www.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ya no es tan desfavorable y que era de espe-
rar que en pocos años mas los resultados serian
tan satisfactorios como los obtenidos en otros tumores
de los órganos sexuales de la mujer

Antes, cuando se creia que esta afeccion
era una manifestacion local de una caquexia cancerosa
el tratamiento medicamentoso estaba muy en boga; pero
ahora que los progresos de la ciencia han puesto en claro que
el cancer es un proceso local; los medios locales forman
la base del tratamiento

Diversos medios se han intentado para
destruir el cancer del cuello del utero
Primero se empleo la cauterizacion pero
pronto se convino que esta solo producia efecto
paliativo, despues se ensayo reparar el carcino-
ma del tipo de cancro, segun los preceptos quirurji-
cos practicando la amputacion de la porcion
vaginal, con el bisturi, la tijera y el asa gol-
vano caustica; mas cuando este proceder daba
buenos resultados se vio pronto que no era
aplicable en todos los casos

Despues Hezar propuso y practico la
escision infundibuliforme y Schroeder la modi-
fico practicandola en forma cuneiforme. Para
esto procedia haciendo una incision bilateral del





cuello y por medio de un corte cuneiforme
reunidos ambos labios, uno tras otro y tan arriba
como lo exige la estension de los tejidos degenerados
Mas si el cáncer no se encuentra ya circun-
scrito a la porcion vaginal hai peligro que el neoplasma
invada la vagina, los puntos superiores del útero
y el lig. suspensorio pelvico.

Una vez invadido el fondo de saco Schraeder
propone la amputacion supravaginal, del cuello
del útero, que consiste en desprender el cuello en
toda la circunferencia del fondo de saco vaginal
y continuarlo en seguida sutural la superficie
del mismo con el borde del fondo de saco vaginal

Sin embargo, apesar de esto, hubo un numero
no despreciable de recidivas en el punto, para
evitar este peligro, recurrendose en 1878 a extirpar
toda el útero por medio de la laparotomia

Esta la practica como sigue: Despues
de desinfectar lo mas completamente posible las
úlceras cancerosas y la vagina, y observando
todas las precauciones antisepticas del caso pre-
cedia a abrir la cavidad abdominal, haciendo
la incision al nivel de la linea alta al-
canzando hasta la pancia. Extrae en seguida

las asas intestinales que llenan el espacio de Douglas
y se trata de empujarlas más arriba en la cavidad
abdominal o si esto no se puede hacer se las saca afuera
envolviéndolas en un paño humedecido en una solución
caliente de ácido fénico y se las coloca sobre el pecho
de la enferma. Limpíase así el campo operatorio se
traza una línea vertical hacia arriba con el alfiler. Esta línea
permite ligar con facilidad los anexos que se encuentran
la práctica de manera que los anexos de cada lado se ligan
en los puntos distintos: de las trompas a los ligamentos
ováricos, de estos a los redondos y de aquí al fondo de saco
vaginal. Una vez practicadas estas ligaduras prosiguese
a hacer las incisiones del caso. Se empiezan por
los fondos de saco anterior y posterior. Para esto se corta
el peritoneo transversalmente en la escamación vesical la
cual se aísla la vejiga del útero por debajo de la
del tejido que lo une y se termina por incidiendo el fondo
de saco anterior y después el posterior. Hecho esto se
reccionan los ligamentos anchos entre las ligaduras y los
bordes del útero, quedando el útero reparado de sus conexiones.
La herida que queda después de la extirpación del útero se cubre
de adelante atrás por ligaduras peritonales. En colocación
se practica una ripia: la aguja atraviesa primero
la hoja anterior del peritoneo incidiendo, y en seguida,

el tejido conjuntivo retrovesical y por último la pared anterior de la vagina. El borde posterior de la herida que debe reunirse con el anterior que acabamos de describir está formado por la pared vaginal posterior y el peritoneo del espacio de Douglas. Estos dos bordes se reúnen por una serie de puntos de sutura, estrechamente colocados los unos al lado de los otros. Por este procedimiento ~~por~~ toda la herida se encuentra cubierta por peritoneo. Una vez hecho esto se vuelve a colocar los intestinos dentro de la pequeña pelvis y se termina la operación cerrando la incisión abdominal.

Este método aunque seguro es difícil y peligroso por la dificultad de evitar la infección proveniente de la descomposición putrifa, de la masa cancerosa. Según la estadística de Kallernbach este método da unos resultados de 67% y según Kleinowankter 74%. Szymon, Billroth y Schreder practicando la operación a través de la vagina en 1879 modificaron la operación de Freund. Tanto fue el primero que hizo la cauterización completa del útero por la vagina en 1822.

Podemos pues una operación distinta para cada forma de cáncer uterino 1.º Amputación de la porción intravaginal

25 Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL 25
2.º Ciriando mas arriba la escisión en forma de embudo y de cuenta 3.º Para los casos en que el cáncer al-
canza hasta el orificio interno la amputación
supravaginal de Schroeder y 4.º la extirpación
total del útero

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
En este orden sostienen las indicaciones Schroeder,
Braun y Winckel mientras otros operadores son partidarios
de la extirpación total, para todos los casos de
cáncer uterino apoyando esta última opinión
Martin, Fritsch, Gussakov, Olshausen y Benneke.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
Los ginecólogos están pues divididos
en dos campos. Los partidarios de la operación par-
cial sostienen que también las amputaciones parcia-
les producen la curación radical, y que la ampu-
tación total es difícil constituye una esten-
sión y mutilación de la enferma

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
Efectivamente la extirpación total es mas
difícil que la parcial, pero esta no es una
razón tan decisiva para la elección del proce-
dimiento. Por otra parte, es innegable que por la
extirpación parcial se obtienen curaciones radicales
pero por la extirpación total se previenen mejor
las recidivas que por la primera operación

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
Se ha opinado también que la extirpación
total da los resultados peores en respect
a la curación definitiva. Esto es muy poco verosí-
mil y si la estadística de Schroeder publicada

por Hofmeier demuestra que en los casos de Carcinoma, después de un año de la operación resultaron 57% de curación por escisión parcial y 45% por escisión total y al cabo de dos años 46% para las primeras y 24 para las segundas se comprende fácilmente esta diferencia a favor de la operación ~~parcial~~. ^{esto se debe a que} la operación total se reserva ^{generalmente} para los casos mas graves. Si la escisión total se hace tan solo cuando el cáncer ha traspasado el origen interno, la operación ya no se practica en tipos raras y el insuccesso no es extraño. Es conveniente comparar la estadística de los operadores que practican la escisión parcial y la total, con la de aquellos que solo practican esta última:

Estadística de J. de Martin (Cotté)
Hofmeier
Escisp. par.

Museo Nacional de Medicina WWW.MUSEOMEDICINA.CL	
Curados al cabo de 1 año - 50%	70%
" " " 2 años 40%	100 "
3 " " id " 35 "	25 "
4 " " 38%	55 "
5 " " 35 "	43 "
total 45%	70%

Como se ve carece de fundamento la objeción de que la escisión parcial da mejores resultados que la total

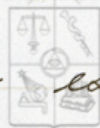


Otro objecion es el peligro de perder la vida durante la operacion que segun los adversarios compensaria las mayores probabilidades de curacion definitiva, veamos si este peligro es tan grande como se le supone.



Mientras la estirpacion total se reservaba para los casos mas graves, los resultados no eran satisfactorios y en muchos casos la operacion radical no era ya posible. Pero practicando la operacion en epoca oportuna el resultado es mucho mas favorable. Segun Pfannenstiel la mortalidad de las operadas hasta 1882, ha sido 23%; los casos operados despues dan una mortalidad de 80% proporcion que segun Martin puede descender aun mas en vista de los adelantos de la tecnica operatoria y antisepsia.

Otra objecion es de que se priva a la



mujer de tener hijos, esto es innegable pero tambien es cierto que en los casos de estirpaciones parciales las mujeres que han carecido luego, han abortado todas de modo que bajo este respectivo ambas operaciones son iguales. En cambio en la estirpacion parcial son frecuentes los accidentes de uteros del cuello, Resulta entonses mas suprimientos que no permiten aun a las enfermas gozar de buena salud. Atentos se ha



observado un caso de hemotometra p^{er}is muros
después de la amputación del cuello, en otros casos
Larozeuve tuvo que hacer la castración en
una amputación del cuello, tan insoportable en
la desmenorren a pesar de no haber recibido

A veces no es fácil tener la completa
certidumbre que el cáncer se halla limitado
a la porción vaginal. No es raro hallar otros
cánceres aislados en el cuello y en el fondo del
útero separados por tejidos perfectamente sanos.

Clinicamente es completamente imposible
determinar el límite a que llega el cáncer pues
puede no determinarse mediante la observa-
ción microscópica del útero extirpado por
consecuente la operación radical ^{no solo} está perfec-
tamente justificada sino que se impone.

En cuanto a las afecciones que se han hecho
a la histerectomía vaginal, Martin de Berlin ha publi-
cado datos estadísticos que resuelven las dos
cuestiones siguientes: 1.ª La operación es bastante
simple para producir buenos resultados inmediatos
fuera de los alcanzados por ciertos hábiles operadores?
2.ª La extirpación del útero canceroso da tales resultados
que podríamos admitir este método como superior
a todos los tratamientos empleados hasta el día?
En contestación a la 1.ª cuestión podríamos decir que

La operación se practica mucho en Alemania sea por el método de Freund o por el de Czerny, Billroth o Schroeder. La proporción de la mortalidad por la operación según estadísticas de operaciones hechas por Schroeder, Martin, Friedsch. & se puede calcular en 15,1%

A la 2.^a cuestión se puede contestar que según observaciones recogidas por Schroeder, Leopold, Prieth & demuestran que los resultados permanentes de histerectomía vaginal igualan a los mejores resultados de operaciones practicadas por carcinomas de otros órganos.

Olvidárame también agregar en favor de la histerectomía total que esta operación parece asegurar la hemostasis de un modo más seguro, es más fácil coque los principales arterias antes de seccionarlas mientras que en la amputación elevada se tiene a veces una gran dificultad en tomarlas en el tejido celular del parametrio.

Además la histerectomía permite una anticipación del campo operatorio más perfecta que la amputación.

Manual operatorio



Manual operatorio

Después de desinfectar previamente la enferma y haber cuidado evacuar el intestino y extraída la orina se procede a la cloroformización. Hecho esto se toma con dos pinzas de Museux, lo mejor posible, los labios anterior y posterior del cuello, con el objeto de acercar el útero hacia la vulva. Descuidado el útero se circunscribe el cuello con bisturí o tijeras curvas dejando al redor del neoplasma un ancho rodete de tejido vaginal sano de dos centímetros a lo menos, dando a esta incisión en lugar de la forma circular, la de dos líneas curvas que se cruzan y se prolongan sobre los lados de la misma cavidad para el tiempo siguiente.

El 2º tiempo consiste en aislar la vejiga del útero con los dedos desgarando los tejidos que unen estos dos órganos. Este tiempo es largo y delicado en los casos (desgraciadamente frecuente) en que la degeneración se ha desarrollado sobre el labio anterior, el más maltratado en los partos y puede tender por consecuencia a extenderse del lado del bajo fondo de la vejiga.

El 3º tiempo consiste en la hemostasia preventiva y la sección del ligamento ancho. Los franceses recurren a la hemostasia por las pinzas de Pean, lo conveniente para asegurar la hemostasia hacer

ciertos pedículos correspondientes a las cuatro principales
 arterias, que abordan el útero o sea dos pedículos sobre las
 arterias uterinas y dos sobre las arterias útero ováricas
 pedículos que comprendan al mismo tiempo las trompas
 Después de haber despegado la vejiga lo mejor posible,
 hacia afuera sobre todo deslizarémos el índice izquierdo en
 gancho bajo la base del ligamento ancho. ~~Para~~ encierra la
 arteria uterina y de modo a venir a cortar el liga-
 mento ancho tan cerca como sea posible, al ray del
 útero, al nivel de su istmo o un poco por debajo, es-
 tamos así seguros de no cojer el vister, pues el dedo en gan-
 cho vuelve ^{hacia} la vejiga y lo aleja por consiguiente así como el
 útero. Este pedículo cogido sobre el dedo con una buena pinza
 es seccionado con tijeras del lado del útero. Se hace la
 misma maniobra sobre la uterina del lado opuesto.

Con esto uno de los poderosos medios de fijación
 del útero es suprimido y el útero se deja descender un
 poco más. Para hacer los pedículos propuestos sobre las ar-
 terias útero ováricas, es decir, sobre el borde superior de los
 ligamentos anchos y sobre sus tres aletas se hace bascular
 el fondo del útero hacia adelante entre el cuello y la vejiga;
 es preciso previamente romper el fondo de saco peritoneal.
 Para hacer bascular el fondo del útero basta hacer tracción
 mas y mas elevada sobre la cara anterior con buenas
 pinzas de Masson y sin tener que introducir ni dedo
 ni instrumento por encima del útero. Una vez el

el fondo del útero en la vulva, con el desb en gancho se
forma un pedículo al raz de cada cuerno uterino con
cho más hacia afuera sobre el ligamento infundibular pel-
viano o si se quiere ^{estirpa} ~~gancho~~ al mismo tiempo trompa y ovario
Seccionados estos pedículos, el útero no está retenido sino por
los colgajos de la parte media del ligamento ancho y por
colgajos del peritoneo de Douglas. Si es necesario se seccionan
estos colgajos.

Haciendo estos cuatro pedículos hai seguridad
de cojer las cuatro arterias

Hai ~~la~~ ventaja en este procedimiento de operar
siempre en la vulva sin introducir ni sub mios,
tratamiento en el peritoneo y sin tener que suspender la
irrigación continua de agua creolisada. La idea
de la inculación de las heridas operatorias por restos del
tumor que se extirpa es bastante probable para inspi-
rar algunas precauciones a este respecto: evitar en cuanto
se pueda los contactos entre la herida y los restos resplis sin

Hofmeister hace gozar un rol importantísimo en la re-
civir a esta inculación de los gérmenes cancerosos en
el tejido conjuntivo de la pelvis abierta por la operacin
cruenta. Creemos por este procedimiento responder lo
mejor posible a los desideratums sugeridos por esta idea

Cuando el útero se clausa en flexión forzada a la
vulva el ovario aparece a veces en el fondo de saco
anterior, rara vez se ve una asa intestinal y es fácil

retenerlo con una pequeña esponja. Estirpado el útero se puede dejar los pinzos permanentemente o poner en cada pedículo una ligadura. Según los autores franceses las ligaduras retardan la operación y son cuerpos extraños que se tienen que eliminar si la reunión no se hace por primera intención; de aquí la persistencia posible de trayectos fistulosos convenientes, de evitar en enfermos expuestos a la degeneración; los franceses usan por estas razones el método de hemostasis por pinzos de permanencia que se quitan a las 48 horas.

Schroeder coloca después de la operación un tubo en T^+ , de drenaje y sutura el fondo de saco anterior con el posterior dejando en la vagina la ligadura de los ligamentos anchos y de las trompas.

El Dr. Moericke, en las últimas operaciones a que he asistido, se contenta con rellenar la vagina con un tapón de gaza yodiformada, que quita generalmente a los diez o quince días después de la operación, con buen éxito.

ObservacionesObservación 1.ª

(Revista Médica)

J. C. de 40 años de edad, casada, costurera. natural de Chépica, entró al hospital de San Borja el día 3 de noviembre de 1887 y ocupó la cama nº 26

en el servicio del Dr. Moericke

De mala constitución y de ningún antecedente

Secretario de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La menstruación comenzó en ella a los 14 años y fue

muy irregular antes de su matrimonio. Después de casada se regularizó; su duración era de 6 días y muy abundante.

Los embarazos casi siempre fueron malos, supliendo todos síntomas digestivos e insomnios. Ella ha criado todo sus hijos

Se queja de dolores de cabeza y muelas, tiene metrorragias frecuentes y leucorrea abundante. Notó ella una enfriamiento súbito y pérdida del color de la cara. Cephalalgias, zumbidos de oídos, anorexia e insomnios.

Al examen se descubre palidez de la mucosa de la vulva y entrada de la vagina. El útero en ante flexión, movilidad normal. La porción vaginal del cuello del útero aumentada

de volumen, de consistencia dura y una erosi6n que sangra con facilidad. El profesor Moericke diagnosticó un carcinoma

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

del cuño,

El día 7 de noviembre de 1887 practicó el Dr. Moricke la
histerectomía vaginal, según el procedimiento de Schroeder
y de Czerni

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Después de la operación que duró 50 minutos, la enferma
quedó en estado de colapso que pudo combatirse con infusiones
de café, inyecciones subcutáneas de éter, lavativos de cona.
y fricciones en la piel



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Los días siguientes a la operación, alcanzando solo un día,
en la tarde del 3.^{er} a 38.º 9, después no ha tenido ninguna
complicación saliendo de alta el 8 de diciembre del mismo año

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Después de algunos meses no había auna superintensión
signos de recidiva, su apetito era innegable, su digestión
buena.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

(Revista Médica) Julio 1888) Observación N.º 2

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Maria Arrellana de Benzo de 38 años, casada,
Arabazadora, de buenas costumbres, ha tenido diez partos
felices, criando ella misma sus hijos. Desde el último par-
to ha seguido perdiendo humores por las vaginas, nunca ha
tenido hemorragias, al contrario, su regla no le viene desde
hace diez meses. Actualmente está bastante debilitada,
tiene un color subicterico, de la piel y pierde un humor fétido



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

por la vagina.

El examen demuestra la existencia de un cancroide del labio anterior del cuello en forma de coliflor y del tamaño de una naranja regular; cuerpo del útero pequeño, atrofico, muy movable; el labio posterior del del cuello casi completamente invadido por la degenera-

cion; vagina ancha y flaccida, tejido celular periuterino completamente

libre. — El 4 de septiembre de 1887 se procedió a la extirpacion

del neoplasma con la intencion de hacer una amputacion supra-

vaginal; pero como durante la operacion se vió que el tejido mus-

cular del cuerpo no estaba en un estado completamente normal, re-

blandecido e infiltrado, y existian todas las condiciones favorables

para la histerectomia, se procedió a la extirpacion total del útero.

Se hizo tres ligaduras en cada ligamento ancho, sin hacer el mo-

vimiento de uteroflexion del útero; el ovario izquierdo que hacia pro-

cidencia se extirpó igualmente; despues de la extraccion del órgano,

y no habiendo pérdida de sangre, se cerró el peritoneo con una sutura

continua de catgut y encima de ella se hizo la sutura de la

vagina por varios puntos de hilo de seda, dejando en los lados so-

lo suficiente espacio para que pasaran los manojos de las ligaduras

laterales, con la idea que ellos sirvieran de drenaje, y finalmente se colocó un

Tapón de gaza aptoformado.

Museo Nacional de Medicina

En el curso de la convalecencia no hubo tropiezo de ninguna clase

y la temperatura nunca pasó de 37.0

El 22 de septiembre se sacaron los puntos de sutura y se estiró una pequeña escucencia de la cicatriz vaginal por medio del termo can-
terio, y a principios de octubre la enferma salió de alta, buena y
completamente reponida (Clínica del Dr. Kierulff)

Observación 3.ª

Estefanía Moya, de la Compañía, de 40 años, trabaja-
dora, ha servido varias veces de ama de leche, de buena salud ante-
rior, ha tenido once partos de término y dos abortos; después del último
de éstos ha seguido perdiendo un humor abundante; no recuerda
haber perdido sangre fuera de los días de sus reglas, que generalmente
duraban tres o cuatro días.

El examen demostró que se trataba de un carcinoma del cuello
que había invadido ya los alrededores del orificio externo de la porción vaginal; útero
grande, pero perfectamente móvil; vagina normal

El día 3 de octubre del 87 se hizo la amputación supravaginal; pero
ya a las tres semanas después se notaba claramente la recidiva en
el mismo del cuello y en consecuencia se procuró el decaimiento de la celio-
pexia total que se hizo por el mismo procedimiento que en el caso
anterior. En el momento de cortar el ligamento ancho derecho por
delante de las ligaduras, una de éstas se desligó y dio lugar a una
hemorragia que se cohibió sin dificultad. El peritoneo y vagina se curaron como en
el caso anterior. En la convalecencia no hubo reacción de ninguna es-
pecie y el 3 de diciembre la enferma salió del hospital para curarse a con-

marido enfermo del cólera; volvió solamente el 16 de febrero del 88
en el objeto que le sacaran los puntos de sutura que aun quedaban.

El 25 del mismo mes salió de alta en un estado completamente satisfactorio

Dr Körner (Revista Médica) 4.^a Observación

Juana Roman, de Maipo, casada, de 48 años,
ha tenido ocho partos de término, dos prematuros y dos abortos.
Desde la edad de 14 años sufre de flujos blancos y después
del último embarazo, que concluyó por aborto, el humor se ha
aumentado un poco y las reglas se han hecho mas abundan-
tes, razón por la cual ha acudido al hospital

El examen demuestra la existencia de una ercim
claramente carcinomatosa sobre un cuello infectado y absceso.
Por la exploración con la sonda se ve que esta superficie
irregular de la ercim exterior se continúa hasta el ori-
ficio interno del cuello y da sangre con mucha facilidad.
Intero aumentado de volumen y doloroso, sujetado en el lado
izquierdo por una brida cicatricial en el ligamento ancho
vagina algo estrecha.

A pesar de la duda sobre la naturaleza del infarto del
ligamento ancho izquierdo se procedió el día 6 de noviembre a la ex-
tirpación total del útero que presentó dificultades extraordinarias
a causa del fijamiento de este y de la estrechez relativa

de la vagina, circunstancia esta última que nos obligó en este caso a hacer el movimiento de retroflexión del útero para la colocación de los últimos ligamentos, de los ligamentos laterales. Tampoco en este caso se empleó el drenaje a no ser el de los manojos de las ligaduras.

La convalecencia se hizo sin ningún tropiezo por lo que se sacaron a los veinte días después de la operación y la

enferma salió de alta el 5 de enero del 88.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Observación 3ª

Maria Bahamondes de 37 años de edad, casada, lavandera, natural de San Bernardo y residente en Santiago entró el 23 de marzo de 1888 al servicio de Clínica ginecológica del Dr. Mericke. Se mala constitución y sin antecedentes de enfermedades hereditarias.

Ha tenido 3 abortos y 7 partos sin complicación. El último niño cuenta 7 años de edad. Ella ha criado a todos sus hijos.

La menstruación siempre ha sido regular, durando por término medio cuatro días, comenzando por primera vez a los 15 años de edad.

La enferma se queja de dolores de cintura, de perturbación en las funciones digestivas, gastralgias, anexas y purpura intestinal etc.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Practicado el examen, se reconoció lo siguiente; el útero

en anteflexion y retroposicion, perimetritis y erosion de la porcion vaginal del cuello.

Despues de un tratamiento bien dirigido y continuado por largo tiempo, llamé la atencion no haber alcanzado ningun cambio favorable en el estado de la erosion. Esto da lugar en la mayor facilidad y al menor roce

Señalando por otros motivos encontrarse en una neoplasma maligna, el Dr. Bruché hizo la excision de una pequena parte de la porcion vaginal del cuello para examinarla bajo el microscopio. El resultado que dió fué encontrar células atípicas de origen canceroso

El aspecto de la mujer y su enfraquecimiento rápido daban tambien motivos para sospechar una afeccion maligna. Sospechas que convirtiéronse en seguridades al examinar microscópicamente

El día 3 de mayo se hizo la disección vaginal por el procedimiento de Schroeder y Czerni. En este caso fué muy difícil practicar la retroflexion del útero porque el organo era bastante móvil. Salvo esta dificultad en la operacion, que fué vencida introduciendo pinzas de Museux por el espacio de Douglas para tomar el punto del útero nada mas temprano que hacer la incision.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
Despues de la operacion se retiró el tapón de gaza yodiformada que cubria la vagina

El tratamiento posterior solo consistió en irrigaciones vaginales con solución de ácido fénico al 2% dos veces al día.

La temperatura subió a 38.2 en la tarde del primer día. Temperatura que pronto llamó la atención. Desde la mañana siguiente hasta el día en que salió de alta jamás cesó el termómetro en estado febril, nunca subió de 37.5.

El día 23 se le sacaron las ligaduras. Salió de alta completamente curada a los 27 días después de la operación.
El 30 de mayo de 1888

Observación 6.ª

Juan Alguin de 60 años, casado, natural de Mhué residente en San Bernardo, entró a la clínica del Dr. Moencke el día 29 de mayo de 1888 y ocupó la cama número 17.

Ha tenido diez partos felices y un aborto de tres meses. Su menstruación que desde hace 5 años se suprimió por completo, fue siempre regular y abundante y de 4 a 5 días de duración.

Sufre dolores de cintura y tiene leucorrea abundante y fétida y a veces sanguinolenta.

El examen demuestra la movilidad del útero, situado en latro-versión izquierda.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

formados de un tejido friable

Se hizo el diagnóstico de cáncer del cuello del útero

Se practicó la histerectomía vaginal el día 7 de junio

El procedimiento empleado fue el mismo ya descrito en la observación anterior. Solamente se varió el método de escisión de los ligamentos anchos. Los anexos del lado derecho fueron ligados y separados in situ del útero. Del mismo modo se procuró hacer en el lado izquierdo, pero la estrechez y la poca elasticidad de la vagina dificultó la operación, viéndose obligado el Dr. Moericke a ejecutar el movimiento de elevación del útero.

Como en los casos anteriores no se practicó ninguna sutura en el fondo de saco vaginal; por último se llevó la vagina de gaza isodórmica.

Ninguna perturbación vino a complicar el curso de la convalecencia, que fue rápido. No se requirió más en esta enfermedad elevación de temperatura.

A los tres días después de la operación se le retiró el tapón vaginal y a los 15 días las ligaduras. Salí de alta el día 10 de julio de 1888.

Se practicó un protipo ^{microscópico} exámen del útero estirado, reconociéndose la extensión del proceso carcinomatoso hasta el orificio interno del cuello. Se trataba de un carcinoma de la mucosa cervical en el principio de su desarrollo.

Observación 7ª

Cáncer del cuello - Histerectomía vaginal con
ablación de los ovarios y trompas.

Maria Villaseca, de 42 años de edad, viuda
lavandera, natural de Choapa, y residente en Santiago
entró a la clínica del Sr. Merckel el día 24 de sep-
tiembre de 1889 ocupó la cama nº 18

A la edad de 14 años tuvo por primera vez
sus reglas. Estas siempre muy abundantes, sin
dolores, y de 4 días de duración.

Ha tenido once partos normales y un aborto
de dos meses. Ella ha criado a todos sus hijos

su padre murió a consecuencia de una herida
y en su madre de tisis pulmonar.

En general puede decirse que esta enfer-
ma ha gozado de excelente salud anterior

Tres meses antes de entrar al hospital
sentía ya dolores de cintura y de caderas.

El 15 de agosto tuvo como de costumbre su mes-
tración y en este estado durmió una noche tendida
sobre el culo y a toda intemperie, produciéndose la sus-
pensión del flujo catamenial. Grandes dolores de cintura
y al viento le sobrevinieron al día siguiente. El 25 del
mismo mes experimentó una abundante metrorragia que

Notándose la paciente cada vez mas enferma, demacrada, sin apetito, con insomnios, dolores constantes y con un decaimiento notable de las fuerzas físicas y morales, tomó la resolución de entrar al hospital.

Se practicó un detenido examen el que dió su-
ciente luz para diagnosticar un cáncer del cuello

El cuerpo del útero estaba en reflexión
y la movilidad del órgano, aunque no del todo completa,
sin embargo no existían manifestaciones de infiltra-
ción de los ligamentos anchos

En la porción vaginal del cuello del útero y prin-
cipalmente en su orificio externo se veían profundas ul-
ceraciones que sangraban con facilidad y producían
una secreción fétida

Se propuso a la enferma la operación, que aceptó gustosa

Durante 5 días se le hizo irrigaciones vaginales
con una solución de eucalipto al 1%

Se dió un baño tibio general con agua perfumada

El 27 de septiembre se le administró un ricino de 30 gr.

En la noche una lavativa de agua tibia, y los polvos si-
guientes - Sublimato 50 centig. - opio pulverizado 5 cent.

El día 28 de septiembre a las 8 1/2 se la clorformizó
con el objeto de hacer un examen minucioso de los
órganos genitales internos y resolver definitivamente la ope-
ración. Este examen confirmó el diagnóstico ^{primi-} ~~definitivo~~
en lo que se refiere a la movilidad del útero y
a la no infiltración de los tejidos vecinos. La operación
se comenzó en el acto, pues todo estaba preparado.

Operación —

I Lavado y desinfección de los órganos genitales externos

(a) con navaja de apitar se cortaron los pelos del Monte Veneris

(b) Se lavó con agua y jabón los órganos externos y sus ~~vecinales~~ vecinales

(c) Lavado de los mismas partes con alcohol absoluto

(d) Lavado con solución de sublimado al 1/1000

II — Lavado y desinfección de la vagina con solución sublimado 1/1000
III — Se aplicó el espéculo de Simon para practicar el raspaje de la superficie ulcerada de la entrada del cuell. Esto se hizo con la cucharilla de Recamier. Enseguida se cauterizó con el termo cauterio de Paquelin.

IV Después de tomar con pinzas Museux la porción vaginal del cuell, se incindió con bisturí convexo la vagina al nivel del repliegue que forma para unirse al cuell. Primero se incindió la parte superior, después la derecha e izquierda y finalmente la posterior. Con las uñas se desprendió la vagina de sus adherencias con el cuell.

V. Separada ya la vagina de sus adherencias con el cuell y abierto el peritoneo por delante y por el espacio de Douglas, se procedió a la ligadura de los ligamentos anchos. Se comenzó por el lado derecho, y en la base de dichos ligamentos. El dedo índice de la mano izquierda introduciéndose por la herida peritoneal posterior sirvió de guía para la dirección de la ajeja. Con ligeras

curvas se cortó el ligamento entre la ligadura y el útero. Se hizo otra ligadura más arriba y luego se cortó con las tijeras el ligamento. Del mismo modo se practicaron varias ligaduras. Después se procedió de igual manera en el lado izquierdo.

VI — Estando el útero desprendido en una gran extensión de sus ligamentos anchos, se hizo una ligera tracción con las pinzas de Museux. Se buscó el ovario del lado derecho y su trompa y se estranguló previa la ligadura; lo mismo se hizo con el ovario y trompa izquierdo.

VII Completamente aislado el útero se sacó afuera. El epiploon hizo hernia al través de la herida vaginal. Se lavó y cubrió con un trozo de gaza yodofornada, que se dejó más arriba de la herida vaginal. Se cortaron los hilos de las ligaduras, después de comprobar la perfecta hemostasia, el peritoneo quedó abierto. Finalmente se tapó la vagina con gaza yodofornada.

La operación duró una hora, la cantidad de sangre perdida fue insignificante.

Día 28 — Temperatura de la mañana 36,3; pulso 96. — Temperatura a mediodía 37° pulso 98. En la tarde. Temp. 37° pulso 104.

La enferma ha pasado bien el día y la noche. Ningún dolor, dos veces vómitos. Respiración normal. Se estrujó la orina no tomó ningún alimento ni medicina; solamente pedacitos de hielo.

Día 29. Suprimiendo los vómitos la enferma se encuentra buena. Se le aplicó hielo al vientro, y se le dio una gota de tintura de yodo tres veces al día. Menos trocitos de hielo.

Vómitos desaparecidos; Caldo y leche helada. Se estrujó la orina.

Temp. de la mañana 37,8, pulso 100, Anest. di 38; pulso 200
en la tarde Temp. 37,7 pulso 102

Día 30 - Continúa bien. En la mañana se le sacaron los doctores
y el epifloro salió por la vagina pero sin llegar a la vulva.
Se volvió y colocó un nuevo tapon gaza poliformado y otro para llenar
la vagina. La vagina se lavó con solución de rubinado al 1/2000
ningún remedio. Temp. de la mañana 37,5 pulso 102 - A. med. di
Temp. 38, pulso 100,; tarde 37,6 pulso 100 -

1.º de octubre - Ningún dolor, buen apetito, orina colorada al día
Temperatura normal pulso 100.

27 de octubre la enferma como en el día anterior.

Día 4 la enferma continúa tan bien como en los días anteriores.
En este día se le sacaron los taponos de gaza. El epifloro no hizo
herida. Se lavó con solución de creolina al 1/100 y se dejó libre
en la cavidad vaginal.

Día 5 - y 6 - sigue bien

11 - se levantó de la cama y el 17 de octubre salió de alta.
El día 2 de noviembre volvió al hospital por un caso que se le hizo
el día de la salida. Se le lavó la vagina con solución de creolina.
Los hilos de las ligaduras se desprendieron con el tiempo. La herida
completamente cicatrizada.

Se le permitió salir a su casa con la primera
de volver 15 días después para seguir observando.

Hasta la fecha en enferma sigue bien -



Observación VIII

Tránsito Silva, de 48 años, natural del Parral, casada, Costurera, entró a la clínica ginecológica del Dr. Moerike el 5 de mayo de 1891

Sin antecedentes de familia. Refiere que sus reglas le comenzaron a los 12 años, que reglaba bien hasta antes de casarse i que duraban tres días, sin trastorno alguno

Ha tenido cuatro partos de tiempo y tres abortos, los últimos y con la particularidad de cada uno iba siendo de menos tiempo. El que una vez casada desde el primer parto de sus reglas duraban hasta 7 días, con fuertes dolores de vientre desde que tuvo el 3.º hijo. El último aborto tuvo lugar como un año antes de su ingreso al hospital

En los quince días de dolores de caderas y muslos, tiene metrorragias frecuentes y leucorrea muy abundante y de mal olor, lo que la obliga a entrar al hospital a cada ocho días, además, un enflecamiento bastante marcado, apoplejía y anorexia

Al examen se descubren las partes genitales externas muy descoloradas como exangües, lo mismo la entrada de la vagina. Al examen combinado se encuentra el útero en ante flexión, móvil; la porción vaginal del cuello muy aumentada de volumen y con muchas depresiones que con el especulum se ve que sangran con facilidad y abundancia.

Se diagnostica, carcinoma de la porción vaginal y el día ocho de mayo se procedió a la operación de histerectomía



48

vajinal por el procedimiento de Schroeder

En esta enferma se dejó los ovarios, procurando la cicatrización de ella, y en estado general un tanto agotado se la podía considerar como en plena menopausia

Después de estirpado el útero se le dividió longitudinalmente y se vió la mucosa muy congestiónada, lo que prueba la existencia de los cambios que acompañan a toda afección grave del útero

Después de la operación se cerró el Douglas, se puso simplemente un tapón de gaza yodiformada que se estajo a los dos días después de la operación

Salio de alta perfectamente bien y contenta el 7 de junio de 1891. No habiendo tenido reacción febril alguna después de la operación.

Observación IX

Maria del Carmen Rojas de 40 años de edad, casada, natural de Santiago. Lleva a la clínica ginecológica del Dr. Schroeder el 2 de mayo de 1892 y ocupa la cama n.º 469

A la edad de 14 años tuvo su primera regla la duraba 4 días

Ella tenia tres partos y dos abortos, después del último aborto que tuvo lugar hace dos años perdió mucha sangre y quedó mal de salud

Ella ha criado a todos sus hijos, y aun sirvió de ama a otro.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Desde hace un mes a mes i medio, antes de entrar al hospital se sintió mal. Tenía dolores de cintura y de vientre muy intenso, pérdida del apetito, emflajecimiento, decaimiento de fuerzas ^{decaimiento abundante} etc. todo lo cual la obligó a solicitar su admisión en el hospital.

Practicado el examen ginecológico se notó la porción vaginal aumentada de volumen con ulceraciones que sangraban con facilidad. Se diagnosticó un canceroides de la porción vaginal.

El día 5 de marzo se procedió a la operación por el procedimiento de Schroeder, después de desinfectar todo previamente el campo operatorio.

La operación se llevó a cabo con toda felicidad por el Dr. Maerike con el concurso de los Drs. Marchant y Ujers, ayudantes de la clínica.

Aquí no se hizo esterilización de los órganos y como en la observación anterior se cerró el Douglas, simplemente, con un tapón de gaza yodoforada. ~~Después~~ La operación duró 35 minutos.

El día de la operación la temperatura no subió de 37°. En los tres días siguientes a la operación la curva termométrica osciló 37,5, hasta 38,8 que tuvo en la tarde del 6 de marzo.

Desde el 8 de marzo no ha subido la temperatura de 37,5 hasta la fecha.

El 12 de marzo se estajo el tapón de gaza
 El 20 del mismo mes se levanto por primera vez
 y hasta la fecha su apetito es innegable, el estado
 general ~~se~~ ha mejorado notablemente y a la
 fecha está alegre y contenta.

Conclusiones

- 1.ª Debe hacerse siempre la operacion total (histerectomia) siempre que no sea posible fijar con seguridad los límites superiores del neoplasma. La histerectomia vaginal es preferible a la operacion de Freund, porque es de ejecucion mas facil y menos peligrosa, segun lo demuestran las estadísticas.
- 2.ª La amputacion parcial debe reservarse para aquellos casos en los cuales el cancroide, del cual reviste una forma parecida a simple erosion o cuando el botón carcinomatoso aun no ha traspasado las capas musculares de las paredes de este.
- 3.ª Cuando el tejido celular pericervical está invadido por la degeneracion cancerosa, toda operacion radical está contraindicada, si las partes comprometidas no caen dentro del radio limitado de la operacion. El tratamiento en esos casos es simplemente paliativo.

Santiago marzo de 1892

Pedro Ferranob

