

# CONSIDERACIONES

SOBRE LOS

**TRABAJOS EFECTUADOS**

EN LA

## CLÍNICA GINECOLÓGICA

Museo Nacional de Medicina

Desde el 1.º de Junio de 1896 al 1.º de Junio de 1897.

Memoria presentada á la Universidad  
para optar al grado de Licenciado en la Facultad  
de Medicina y Farmacia

POR

SELIM CONCHA POBLETE

—Ex-interno de Ginecología—

Ayudante de Clínica Quirúrgica del Dr. Barros Borgoño



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

ESTABLECIMIENTO POLIGRÁFICO ROMA

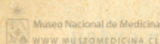
75—CALLE DE LA BANDERA—75

1897

8570



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

## CONSIDERACIONES

sobre los trabajos efectuados en la Clínica Ginecológica, desde el  
1.º de junio de 1896 al 1.º de junio de 1897.

Las estadísticas que en nuestras clínicas han sido hasta hace poco tiempo deficientes, se han venido regularizando últimamente.

La de Ginecología, inaugurada de una manera metódica por el doctor Marcial González, es talvez de lo más completo que tenemos.

En ella se puede consultar con facilidad todas las enfermedades que se han presentado en la clínica y el tratamiento seguido en cada una de ellas, con su resultado definitivo.

En vista de esta certeza de datos y de la abundancia importante de observaciones de que dispone la estadística ginecológica, he creído de utilidad aprovecharla para hacer mi trabajo, con la convicción de que, al aprovechar los datos recogidos en un año de clínica, se podrán sacar de ellos enseñanzas prácticas, ya que estarán basadas sobre hechos observados durante ese tiempo.

No me limitaré sólo á la exposición estadística, sino que haré mención también de la técnica operatoria seguida en la Clínica en los casos operados, con las reformas que el profesor M. González ha creído conveniente introducir en vista del resultado de ellos.



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



También tendré oportunidad de dar cuenta del resultado obtenido en el tratamiento de las erosiones simples del cuello en los catarrros cervicales.

## II

La estadística en Ginecología consta:

De un libro índice en que se anotan las enfermas por orden alfabético con el número de la cama y sala, número del protocolo correspondiente, día de admisión y de salida. De un protocolo para cada enferma en el cual se anota, la fecha de su admisión, anamnesis, lo más importante de élla, ya que en Ginecología, ésta, por lo general es pobre, como ser: edad, estado, ocupación, partos, abortos, reglas, antecedentes hereditarios y personales.

El estado actual; la constitución de la enferma; estado de sus órganos genitales; empezando por los externos para terminar por los anexos, ovarios y trompas. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Aparte, en una carilla, la descripción de la operación y otra para la observación diaria siguiente de la enferma.

Anexa al protocolo una hoja con las curvas de temperatura y el pulso.

Creo que debo mencionar como importante, ya que talvez es único en su género, entre nosotros, el museo anatómico de la clínica en el cual pueden verse todas las piezas extraídas en las distintas operaciones, como ser: tumores, úteros, ovarios, trompas con sus alteraciones patológicas; de casi todas esas piezas anatómicas se han hecho preparaciones microscópicas.

He aquí porqué la estadística ginecológica tiene una importancia mayor aún, pues se pueden observar los casos tanto clínica como anátomo-patológicamente.

## III

El número de operaciones practicadas en la clínica desde el 1.º de junio de 1896 al 1.º de junio de 1897, es de ciento cuarenta y ocho.

Debo hacer la advertencia que hay aún mas operaciones hechas en los meses de marzo, abril y mayo del año 1896, pero que no he podido tomar en cuenta porque aún no estaba establecida la estadística, así es que en la Clínica no hay constancia de éllas.



#### IV

Se han hecho once histerectomias totales por el abdómen; estas operaciones, que son de las primeras hechas en Chile, han sido seguidas de resultados satisfactorios, como tendré oportunidad de dar cuenta en el curso de ésta. En la Clínica se ha decidido á hacer la extirpación total como tratamiento de elección en los casos de grandes miomas del útero en vista del poco ó menor éxito de los demás tratamientos, que pasaré en revista en confirmación de lo que expongo.

El tratamiento de los miomas uterinos es paliativo [ó radical. La ergotina y la electrolisis se consideran como paliativo, como también el raspaje y la colocación de cauterios (percloruro de hierro, cloruro de zinc) en el endometrio para cohibir las hemorragias, que frecuentemente acompañan á estos tumores. De estos métodos paliativos el que más valor parece tener es la ergotina, y sin embargo, A. Martin, uno de los grandes ginecólogos modernos, dice que jamás ha visto una verdadera curación por la ergotina. Otro tanto dice de la electricidad, que aunque muy recomendada en Francia por Apostoli, ha perdido mucho de su prestigio entre los mismos cirujanos franceses.

Por estas razones, el tratamiento radical exclusivamente quirúrgico, queda dominando y tiende á llevarse de hecho la supremacía.

Los métodos quirúrgicos usados dependen de la situación y volumen del tumor.

Los miomas pueden ser submucosos, intersticiales ó subserosos; pueden estar situados en el cuerpo ó en el cuello, su volumen varía.

Los pequeños miomas submucosos é intersticiales del cuerpo y los del cuello pueden enuclearse y extraerse por la vagina, siempre que su volumen lo permita, y si son múltiples se hace la histerectomía. En la Clínica se han hecho extracciones de miomas por la vagina y también histerectomias vaginales por miomas múltiples y además por colpotomía.

Los miomas subserosos, y en general todos los que por su gran tamaño no permitan la extracción vaginal, se deben operar por el abdómen.

Los procedimientos operatorios aconsejados por esta vía son cuatro:

- 1.º La enucleación;
- 2.º La amputación supra-vaginal;
- 3.º La extirpación total del útero por laparotomía;
- 4.º La castración.



La primera propuesta por Martin se halla algo abandonada hoy día, aún por él mismo, por los serios inconvenientes que presenta, ya sea por la imposibilidad de extirpar todos los núcleos miomatosos de la pared uterina, quedando algunos pequeños; éstos continúan creciendo para tener que ser operados después, lo que aconteció con la antepenúltima operada del Dr. González que lo había sido antes ya y se le había dejado un pequeño núcleo que alcanzaba á las dimensiones de una cabeza de feto, cuando se le hizo la extirpación total.

Además, no son raras las grandes hemorragias secundarias, por más que se suture con cuidado las paredes del útero.

Sin embargo, dice Schauta, que se halla indicada la enucleación en los miomas pediculados y en los sésiles de base estrecha.

El método de amputación supra-vaginal ha dado mucho que hacer á los ginecólogos por el tratamiento del muñón.

Dos son los procedimientos que se usan: el extraperitoneal y el intraperitoneal.

El más antiguo es el extraperitoneal, propuesto por Pean y Köberle, en cuyas manos dió malos resultados. Pean, da un 35, 2% de mortalidad. Después lo perfeccionaron Hegar y Kaltenbach.

El método intraperitoneal pertenece á Carlos Schroerer, que al principio dió malos resultados, pero que no tardó en rehabilitarse con el perfeccionamiento de la técnica operatoria y la introducción de la asepsia.

Hay distintas modificaciones de estos métodos por varios ginecologistas.

Ambos procedimientos arrojan una mortalidad no despreciable según la estadística de Hofmeier. El intraperitoneal da un 27% de mortalidad y el extraperitoneal un 15%.

Sin embargo, hay datos de otros ginecólogos que hacen bajar la mortalidad hasta un 8% en un número de casos bastante grande, según la estadística de Hauk.

La castración como tratamiento, ha dado lugar á grandes divergencias entre los ginecólogos, aún en los casos en que debe usarse. Así, unos, como Hegar, la emplean cuando el útero es muy corto y poco movable. Otros, como Fritch y Küstner, la aconsejan en tumores medianos en que la enferma no resiste la miomectomía.

Sin embargo, Martin, partidario de la operación radical, opina que la castración es sólo tratamiento paliativo, porque no termina siempre las hemorragias ó puede el tumor degenerar: y además afirma que se han visto miomas desarrollarse en el climaterio. Y según él, si se atiende al alto grado de perfeccio-



namiento á que ha llegado la técnica operatoria y á los buenos resultados que se observan, es preferible, ya que una enferma decide operarse, hacer la operación radical, pues tampoco es razonable quitar el ovario sano y dejar el útero enfermo.

Apesar de esto, no se puede ir hasta el extremo de proscribir por completo la castración, ya que es un hecho probado por la experiencia de muchos ginecólogos, que la castración trae la suspensión de las reglas y la atrofia del tumor en la mayor parte de los casos. Así lo hacen afirmar observaciones de Hegar, Kaltenbach, Olshausen, Leopold, etc. En estadísticas de Kaltenbach y Fehling se ha producido la menopausia en 78 á 80% de las veces y la atrofia del tumor en un 96%, persistiendo las hemorragias irregulares en un 17.6% y regulares en un 4%. Hay otras estadísticas con datos más ó menos parecidos, por lo que no se puede desechar de un modo terminante la castración.

La extirpación total del útero por laparotomía es una operación nueva que se ha empleado en vista de los inconvenientes de la amputación supra-vaginal.

El doctor M. González, que la ha puesto en práctica entre nosotros, la eligió en vista de que el extraperitoneal da lugar á una convalecencia muy larga y origina cicatrices abdominales defectuosas, que exponen á las hernias. El intraperitoneal hace más probable la infección y expone á hemorragias post-operatorias por el muñón apesar de la exactitud de las suturas.

Además de ésto se han observado tumores malignos desarrollados en el muñón y aún recidivas de miomas en el mismo, (Chrobak y Kaltenbach).

La extirpación total presenta además las ventajas de evitar exudados al rededor del muñón y que el material de suturas no quede en el abdómen.

Fué recomendada primero por Bardenheuer, pero ha sido Martin su principal prestigiador y sostenedor.

Martin levanta el tumor de la pelvis, liga ambos ligamentos anchos, previa compresión del cuello con un tubo de cautchouc y extirpa la masa principal del tumor. Incinde el Douglas y fija el peritoneo al fondo del saco vaginal; desprende el cuello á los lados y en la parte anterior y lo extrae en seguida, hace el drenaje de la vagina y sutura el abdómen.

Bardenheuer aconseja empezar por la vagina abriendo el Douglas, desprendiendo la vejiga del útero y ligando los parametrios lo más alto posible, terminando la operación por el abdómen.

Fritsch comienza por el abdómen, liga é incinde los ligamentos anchos hasta cerca de su base; incinde el Douglas y en



seguida hace un corte transversal en el peritoneo en la cara anterior del útero y desprende la vejiga con el dedo. En seguida incide la bóveda anterior de la vagina y extirpa el útero en totalidad, previa ligadura de los parametrios. Fija el peritoneo á los labios de la herida vaginal y sutura á cada lado las dos hojas de los ligamentos anchos. Invierte los hilos por la vagina que tapona con gasa.

En la clínica Ginecológica se procede del modo siguiente:

El día antes se hace tomar á la enferma un purgante y un baño jabonoso tibio; irrigaciones vaginales con sublimado al 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub>; la noche antes se le coloca en el vientre una compresa empapada en sublimado al 1 por dos mil. Como en todas estas enfermas hay que temer un desfallecimiento cardíaco, se le administra durante dos días, antes de ser operadas, maceración de digital al 1% como tónico cardíaco.

Creo superfluo dar un detalle minucioso sobre el modo de preparación de la sala y útiles de operación; baste saber que se observa con todo rigor la asepsia más estricta; se calienta la sala con estufa, se esterilizan sábanas, paños, tómulas y delantales; las compresas que se manejan en una solución de timol al 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub> después de esterilizadas (método de Zweifel) son lavadas antes de usarlas en agua esterilizada caliente; los instrumentos se hacen hervir durante cinco minutos y se colocan en agua esterilizada al ir á operar.

Colocada la enferma en la mesa, se procede á desinfectar el vientre:

1.º lavado con agua, jabón y escobilla;

2.º con alcohol y se termina con sublimado al 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub>.

Se lava la vagina con lisol al 1% y sublimado 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub>. Hecho todo esto se coloca la enferma en plano inclinado, dando comienzo á la operación del modo siguiente:

Incisión en la línea blanca de longitud variable, según el tumor, que termina comunmente á dos traveses de dedo por encima del púbis, se incide capa por capa, hasta llegar al peritoneo, el que, una vez abierto, se fija á los labios de la herida por un punto de sutura; se ligan los ligamentos anchos hasta cerca de su base y se incinden por dentro de las ligaduras; se practica una incisión transversal del peritoneo en la cara anterior del útero; se desprende el tumor de sus adherencias y con una pinza de garfio se toma el útero del fondo y se luxa hasta la superficie; se desprende la vejiga del útero con el dedo; se abren los fondos de sacos vaginales; se ligan é incinden las bases de los ligamentos anchos y parametrios, extirpándose el útero en totalidad; se fija el peritoneo á los bordes de la herida vaginal y se suturan á ambos lados las dos hojas de los



ligamentos anchos; se invierten los hilos por la vagina, la que al fin de la operación se tapona con gasa yodoformada. El vientre se cierra una vez cohibidas las hemorragias que tuvieron lugar, en dos planos: uno profundo con seda que comprende peritoneo, musculatura y fascias, otro superficial con crin de Florencia, la piel sola; se coloca en la sutura gasa, algodón y vendage. Diez á quince días después se quitan los puntos de sutura. La convalescencia en todos los casos favorables ha sido relativamente rápida.

En otros casos se ha dado principio á la operación por la vagina, practicando una incisión circular en la porción, desprendiendo la vegiga del útero, ligando á ambos lados el parametrio lo más alto posible, y abriendo el Douglas, se obtura el orificio cervical con puntos de sutura, se tapona la vagina con gasa y se procede á la laparatomía como anteriormente.

Los casos operados son once, de los cuales dos son fatales, habiendo curado los nueve restantes de la manera más satisfactoria, salvo en el antepenúltimo, que, dadas las condiciones en que se hizo, da mayor realce al buen éxito de la operación en el que se dejó un Mikulicz.

«Las operadas son las siguientes:

1. Carmen G., 38 años, nulípara, tumor que llegaba hasta el ombligo, grandes menorragias y metrorragias, operada en junio de 1896. Curación.

2. Catalina G., 35 años, un parto, menorragias abundantes, operada 18 de agosto de 1896. El día de la operación no tuvo vómitos, pero el pulso era frecuente y pequeño, al día siguiente 38° de temperatura, pulso frecuente, pequeño é irregular, no hay vómitos; cayó en colapso y murió. Esta operación se empezó por la vagina.

3. Laura T., 40 años, nulípara, operada 22 de septiembre de 1896. Curación.

4. Ernestina S., 36 años, nulípara, menorragias abundantes. Operada en octubre de 1896. Curación.

5. Adelaida P., 39 años, nulípara, operada 15 de noviembre de 1896, falleció peritonitis.

6. Carmen R., 39 años, nulípara, metrorragias y menorragias abundantes, operada 4 de febrero de 1897. Curación.

7. Juana A., 37 años, nulípara, operada 2 de marzo de 1897. Curación.

8. Juana C., 28 años, nulípara, operada 31 de marzo. Curación.

9. Amanda S., 39 años, nulípara, operada 12 de abril de 1897. Curación.

10. Leonor B., 35 años, nulípara, operada 22 de abril de 1897. Curación.

11. Amalia S., 40 años, nulípara, operada mayo de 1897. Curación.»

En el antepenúltimo caso no se pudo cerrar inmediatamen-





te el vientre por que se encontró una salpingo-ooforitis doble supurada (probablemente gonorréica) así es que se dejó un Mikulicz y se continuó curando la enferma; dos meses después salió de alta. A esta enferma se le había hecho la enucleación de un fibromioma por la vía abdominal y al mismo tiempo se le extirpó un anexo habiéndosele dejado un pequeño núcleo miomatoso, por el crecimiento del cual hubo que hacer la histerectomía total.

Me he extendido en este grupo de operaciones por ser nuevo el procedimiento y para manifestar que su gravedad no es tan grande como lo deja ver Pozzi en su tratado de Ginecología. Según el mismo autor que cita una estadística de Zweifel del año 1888, da como término medio mínimum de mortalidad para los métodos intra y extraperitoneales de 22.2 á 25.3%. Esta estadística pertenece sólo á ginecólogos alemanes: mayor es aun en otros datos dados por Pozzi de ginecólogos franceses, que, como Segond del año 90, da un 45%; Terrier del año 90, que da un 50%. Sin embargo, encontramos una estadística de Richelot que nos da únicamente un 18%. El mismo autor da su estadística personal comprendida entre los años 89 á 91, de dieziséis casos con 3 defunciones.

La estadística que yo presento de la clínica ginecológica regentada accidentalmente por el Doctor González, nos da en un año once casos con dos defunciones, ó sea, un 16% de mortalidad, igual á la que nos da Pozzi por su método extraperitoneal; no teniendo los peligros propios de este método y menor que los otros datos estadísticos citados por el mismo autor.

Para mayor convencimiento podría citar la última serie de operaciones de Martin con un (3-4%) de mortalidad en histerectomías totales; como se ve, es bastante halagadora.

Debo advertir que las dos muertes que se registran entre las operadas, tuvieron lugar al principio cuando aún se estaba instalando la Clínica y todavía no se podía contar con el personal suficientemente preparado, ni se tenía disponible los aparatos de asepsia y desinfección que llegaron á fines del año pasado.

Tampoco se podría hacer la objeción á estas operaciones de haberse presentado con pocas dificultades para la extracción del útero, porque en la mayor parte de ellas los tumores eran bastante grandes y con abundantes adherencias, uno de los casos era mioma intraligamentoso, lo que dificultaba la operación, pero jamás hizo fallar el método operatorio.



V

Se han hecho 35 histerectomias vaginales por las afecciones siguientes:

Doce por cancer del cuello; nueve por prolapso total; ocho operaciones radicales por afección doble de los anexos; una por sarcoma de células redondas del cuerpo, diagnosticada microscópicamente después de sacar por raspaje un trozo de mucosa uterina; dos por metritis crónica y cuatro por fibromiomas múltiples del útero.

Antes de pasar á tratar en particular cada grupo de estas operaciones, describiré someramente el método empleado en la clínica en las histerectomias vaginales.

El día antes se hace tomar á la enferma un purgante y se hace un lavado del recto; irrigaciones vaginales con sublimado al 1‰. Previa desinfección de la vagina, se da comienzo á la operación por una incisión circular sobre la porción vaginal, se desprende la vegiga del útero y se abre el repliegue peritoneal véstico-uterino, se fija el peritoneo á la pared anterior de la vagina, por dos puntos de sutura; abertura de Douglas y fijación del peritoneo á la herida vaginal por puntos de sutura que hacen la hemostasis de esa parte; ligadura y sección de ambas uterinas y de la parte inferior de los parametrios, luxación del útero hacia adelante con pinzas de Museux, se liga la parte superior de los ligamentos anchos y las ováricas y se seccionan; se cierra la herida vaginal con puntos de sutura, se tapona la vagina con gasa que se quita á las 48 horas.

A esta operación, el Dr. González ha creído conveniente hacerle á veces modificaciones en conformidad con otros autores ó usar términos medios entre dos métodos. Así para la hemostasis de los ligamentos anchos, al principio sólo usó las ligaduras con seda, preparada del modo siguiente: se esteriliza al vapor de agua y se coloca en ácido fénico al 5%. Después usó las pinzas de forcipresión sólo, únicamente en dos casos porque dieron lugar á hemorragias secundarias alarmantes, así es que últimamente, ha empleado ligaduras y pinzas, éstas las coloca una vez ligada la base de los ligamentos anchos y uterinas; cuando se ha hecho la luxación del útero, se introduce una pinza á cada lado suavemente, tomando el ligamento infundíbulo-pélvico, ligamentos anchos y parametrios; se secciona siguiendo el canto uterino.

Después de colocadas las pinzas se ponen dos puntos de sutura en la herida vaginal entre las pinzas para cerrar aunque sea incompletamente la cavidad abdominal é impedir la salida



de los intestinos y de epiplón por la vagina; las pinzas se quitan con la gasa á los dos ó tres días, comunmente á las 48 horas.

Las hysterectomias se usan en los cánceres del cuello cuando por el examen bimanual y rectal se comprueba que las paredes vaginales y los parametrios no están tomados, limitándose en los casos en que el tumor hubiere invadido esas partes á hacer raspaje y cauterización.

En la clínica sólo se decide la hysterectomia cuando dadas las anteriores condiciones hay al mismo tiempo movilidad del útero; talvez debido á estas precauciones, es que de los doce casos operados no ha habido ningún desenlace fatal, que en estadísticas de algunos operadores atrevidos llega á un 30 y 35%. En estas hysterectomias se tiene cuidado de evitar desgarraduras de la matriz, por esto se cauteriza antes de empezar la operación y se le aísla de la herida, como aconseja Mackenrodt, para prevenir inoculaciones.

Las operadas son las siguientes:

1. «María C., 58 años, multipara, operada 24 de julio del 96.
2. María C., 45 años, multipara, operada mayo 14 del 96.
3. Cayetana P., 45 años, multipara, operada mayo 19 del 96.
4. N. N., 40 años, multipara, operada en agosto del 96.
5. Gregoria A., 48 años, multipara, operada el 18 de octubre del 96.
6. Florinda A., 48 años, multipara, operada el 19 de octubre del 96.
7. Anastasia M., 50 años, multipara, operada febrero 16 del 97.
8. Dolores A., 40 años, multipara, operada febrero 19 del 97.
9. Demofila Z., operada en mayo del 97.
10. Aurora C., 45 años, multipara, operada 23 de marzo del 97.
11. Florinda V., 40 años, multipara, operada en mayo del 97.
12. María R., 40 años, operada mayo 15 del 97.»

Estas doce operadas han salido de alta, término medio, un mes después en perfecto estado de salud, no pudiéndose seguir la marcha ulterior porque en el corto espacio de tiempo que aún ha transcurrido desde que fueron operadas, ninguna se ha presentado á la clínica; así es que nada podré decir de recidiva de los cánceres, tan interesante de tomar en cuenta para conocer el resultado del tratamiento. Los casos, aunque pocos, no dan una sólo muerte, lo que creo podrá dar una idea, tanto del método operatorio, como del resultado satisfactorio de la operación.

Se han hecho nueve hysterectomias vaginales por prolapsos totales de la vagina con descenso primitivo ó secundario del útero y al mismo tiempo operación plástica vaginal ya sea col-



porrafia anterior ó posterior ó colpo-perineorrafia por procedimiento de Hegar.

Al tratar de las colporrafias aisladas que se han hecho, describiré el manual operatorio empleado en la clínica.

En estas histerectomias por prolapso, en que no hay temor de infeccion, el Dr. González, cierra completamente la herida vaginal y fija la vagina á los muñones de los anexos que la tiran hacia arriba; con este método se hace muy difícil que recidive el prolapso.

Se tratan los prolapsos tomando en cuenta el grado de él, la edad de la enferma y el estado de los ligamentos suspensorios del útero.

Así, en los prolapsos parciales de la vagina, ya sea anterior ó posterior, estando el útero en posición normal y sus ligamentos en buen estado, se hace una operación plástica. En los casos de prolapso completo vaginal con descenso del útero, y por consiguiente, alargamiento de sus ligamentos y si se trata de mujer joven en período de actividad sexual, se hace la ventro-fijación y al mismo tiempo colporrafia ó colpo-perineorrafia.

Si es prolapso completo con cistocele ó rectocele descenso del útero, casi siempre alargado y atrófico, en mujeres que han llegado ya á la menopausia en las cuales los tejidos han perdido ya su elasticidad, se hace la histerectomia vaginal con operación plástica y fijación de la vagina á los muñones de los anexos.

Estos métodos puestos en práctica en la clínica, han dado resultados bastante satisfactorios, porque en ningún caso ha recidivado el prolapso.

Una prueba más de la justicia de la histerectomia, en prolapsos que reúnan las condiciones antes indicadas, es el caso siguiente operado por uno de los ayudantes. Se trataba de una mujer de 50 años con prolapso total y descenso secundario del útero, el que se encontraba alargado y atrófico; se hizo la ventro-fijación, al mes y medio después, volvió á formarse el prolapso vaginal con cistocele quedando, sin embargo, el útero fijado al abdómen y hubo que hacer entonces la histerectomia.

Doy la lista de las enfermas operadas en las condiciones exigidas para hacer la histerectomia.

1 «Rosalia N., 50 años, multipara, prolapso vaginal completo, cistocele, atrofia senil, operada abril del 96.

2 Margarita F. 55 años, multipara, prolapso total, cistocele, descenso secundario del útero, operada diciembre del 96.

3 Margarita T., 45 años, multipara, prolapso úterino vaginal, operada octubre del 96.



mientras que las laparotomizadas no pueden hacerlo antes de quince.

Se debe tratar siempre de extraer los anexos enfermos, y antes de operar cerciorarse de la duplicidad de la lesión, y de la movilidad de los anexos para que permitan alcanzarlos por la vagina, ó que estén descendidos en el Douglas aunque estén adheridos. Por esto el Dr. González antes de extraer el útero, practica la colpotomía exploradora para hacer el tacto directo de las trompas y ovarios; así es que interviene por la vagina cuando ve que los anexos enfermos son de fácil acceso por dicha vía. Si hubiere sospecha que mantienen adherencias con el intestino ó están muy altos y adheridos á los tejidos vecinos, se opera por la vía abdominal como se ha hecho en muchos casos, de que daré cuenta más adelante.

En estos casos se han empleado también las pinzas de forcipresión (Doyen y Pean) que se colocan una á cada lado tomando los ligamentos infundíbulo-pélvicos, ligamentos anchos, parametrios, pero después de haber ligado las uterinas y á veces las ováricas; se coloca entre las pinzas en la herida vaginal unos dos puntos de sutura para dejar incompletamente cerrado el vientre, impidiendo la salida de intestino y epiplón, quedando al mismo tiempo un pequeño drenaje.

He aquí los siete casos operados, entre los cuales se cuenta una defunción que fué debida á accidentes tardíos del cloriformo, como lo dejó ver la autopsia.

1. «Zoila T., operada en febrero del 97.
2. Micaela G., 42 años, multipara, operada enero 16 del 97.
3. Rosa A. R., 20 años, 29 de noviembre del 96.
4. Filomena S., 25 años, enero 22 del 97.
5. Blanca E. R., 18 años, un parto, operada mayo del 97; falleció.
6. Adelaida B., operada en mayo del 97.
7. María V., operada mayo del 97.»

Se han hecho tres histerectomías por miomas múltiples del útero. En dos de estos casos se ha empleado la hemisección de Doyen porque la luxación del útero hacia la vulva era enteramente difícil. Se evita en lo posible la hemisección por temor de infección al abrir la cavidad uterina.

En el otro caso se hizo simplemente la histerectomía.

He aquí las enfermas operadas:

1. «Matilde V., 35 años nulipara, operada en septiembre 28 del 96.
2. Petronila V., 46 años multipara, operada febrero 3 del 97.
3. María M., 45 años, un parto prematuro, operada 26 de noviembre del 96.»



4 Nicolasa C., 44 años, multipara, prolapso total, cistocele, operada marzo del 97.

5 Gabriela A., 57 años, multipara, prolapso total de la vagina, descenso del útero, cistocele, operada marzo 17 del 97.

6 Victoria M., 46 años, multipara, prolapso total, operada enero 31 del 97.

7 María del C. N., 50 años, multipara, prolapso total, operada enero 31 del 97.

8 Eugenia D., 51 años, prolapso con cistocele y rectocele, 31 de enero del 97.

9 Carmen M., 52 años, prolapso total, operada mayo 1.º del 97.»

En seis casos se trata de mujeres con más de 50 años y en los otros tres casos con más de 40, á las cuales ya les había llegado la menopausia ó estaban próximas á ella.

Los casos tratados por colporrafias solas con vagino ó ventro-fijación, los citaré al llegar á este grupo de operaciones.

Una hysterectomia se hizo por sarcoma de células redondas del cuerpo, es la siguiente:

«Isabel V., de 50 años ha tenido tres abortos y 13 partos: reglas abundantes regulares, la última hace cuatro años.

Se presentó á la Clínica porque hacía varios meses que perdía un humor claro sanguinolento. Examinada se encontró el útero grande en retroflexión móvil y los ovarios indurados. Para esclarecer el diagnóstico se hizo un raspaje y se examinó al microscopio las partículas extraídas.»

Se han hecho siete hysterectomias por afección de los anexos, llamadas también operación radical (Colpo-histero-Salpingo-ooforectomia ó castración total por la vagina de Doyen).

El tratamiento de las afecciones dobles de los anexos por la operación radical, aunque conocida desde hace tiempo en Europa, tiene importancia aquí, porque según datos que he podido recoger, es nuevo en Chile.

El Dr. M. González, dió cuenta de los primeros casos operados en la *Revista Médica*, números 1 y 3 de este año, eran cuatro, así es que yo agrego los tres restantes.

La hysterectomia, como tratamiento de los anexos, nació en Francia con Pean, Doyen, Richelot y Segond, quienes han sido también los que la han prestigiado y divulgado. En Alemania la cultivan principalmente Landau, Leopold, Sãnger.

Esta operación es preferible siempre que permitiéndolo las circunstancias pueda evitarse una laparotomia, en todo caso más grave; por lo general la intervención vaginal deja á las enfermas menos postradas que la abdominal, tanto que una operada por la vagina puede dejar el lecho á los ocho días,



En dos enfermas de metritis crónicas en las cuales fallaron los tratamientos médicos continuando los padecimientos de las enfermas y como estaban cerca ya de la menopausia, se procedió a la histerectomía vaginal con buen éxito.

1. «Edelmira G., 40 años, operada 30 de octubre del 96.
2. Gertrudis C., 41 años, operada mayo del 97.»

Así quedan distribuídas las 35 histerectomías vaginales con sólo un caso de muerte que casi puede no imputarse a la operación.

## VI

Se han operados dos quistes del ovario; en uno el desenlace fué fatal debido en gran parte al estado de otros órganos porque había una cirrosis hipertrófica del hígado con ascites; la enferma murió a los diez días después de operada.

1. «Filomena Z., 45 años, multipara, operada 28 de octubre, murió el 8 de noviembre.

2. El 14 de mayo de este año se extirpó un gran quiste del ovario que paso a dar en detalle por ser talvez el mayor que se ha extirpado en la clínica.

Sofía J., de 20 años, nulipara, reglas regulares hasta hace 4 meses en que se le suspendieron.

La enferma dice que desde hace tres años ha notado que su vientre crecía de una manera lenta, alcanzando hasta las dimensiones actuales. Se queja de un gran peso en el vientre, lo que le molesta y le dificulta la marcha, sufre de estitiquez, y frecuencia de la mixión. Abdómen, ha adquirido un desarrollo enorme en todos sus diámetros; de superficie lisa y brillante, recorrida por gruesos vasos sobre, todo en sus partes laterales, la circunferencia al nivel del ombligo mide 1.40; del apéndice xifoides al púbis 0.80 centímetros; del ombligo a las espinas ilíacas antero-superiores 0.40 centímetros; a la palpación se nota una resistencia elástica, hay fluctuación, macidez en toda la extensión del vientre. Vulva abierta, vagina con la pared posterior un poco prolapsada (lo que es frecuente cuando a estos tumores acompaña ascite). Hecho el diagnóstico de quiste del ovario, se procedió a prepararla para la operación dándole digital dos días antes. Operación. Incisión en la línea media de 70 centímetros; abierta la cavidad abdominal se exploró el tumor el que la ocupaba totalmente, en la parte anterior había adherencias, se desprendieron éstas, se luxó el tumor hacia el lado izquierdo de la enferma, correspondía al ovario derecho; hecho accesible el pedículo que tenía como 25 centímetros de ancho y en el que se dibujaban gruesos vasos, se ligó con seda firme y se seccionó. Una vez quitado el tumor se pudo observar que el intestino estaba como atelectasiado porque apesar de la magnitud de la incisión, no tenía tendencia a salir fuera de la cavidad. El ovario izquierdo estaba esclerosado y se le extirpó, se rese-



có una parte de epiplón, se cubrió de peritoneo el muñón del tumor para evitar adherencias, se limpiaron los coágulos, se resecaron ocho centímetros de piel á cada lado y se suturó el abdómen como en las demás laparotomías. La convalecencia ha sido normal, la temperatura ha fluctuado entre 36°6 y 37°4; el pulso entre 80 y 100. Salió de alta. El tumor pesaba 27 kilogramos.

## VII

En las retrodesviaciones del útero cuando por los síntomas locales congestivos ó nerviosos reflejos, causan á las enfermas sufrimientos molestos y penosos, siempre que los tratamientos paliativos hayan fallado como pesarios ó no estén indicados, se procede á hacer la ventro-fijación.

Esta operación bastante interesante por sus buenos resultados, se ha ejecutado en 28 casos. No me detendré á examinarla detenidamente porque sería dar excesiva extensión á este trabajo. Sólo expondré los métodos que se han empleado. Primero se puso en práctica una modificación hecha por el doctor González al método Czerny y Leopold que había empleado antes, pero se obtuvieron dos recidivas en veinte operadas.

El doctor González usó primero el método siguiente: Después de abrir el abdómen y desprender las adherencias peritoneales, si las hay, se fija el útero á dos traveses de dedo por encima de la sínfisis, por medio de una sutura con seda gruesa y que toma el fondo del útero en su cara anterior entre ambas trompas en una extensión de centímetro y medio y la pared abdominal comprendiendo peritoneo, musculatura y fascias; se debe cuidar que la sutura tome en el útero únicamente la musculatura y no perforo la mucosa. En seguida se cierra el abdómen como en las demás laparotomías.

Después, en vista de los dos casos de recidivas se ha empleado el método de Olshausen que consiste en abrir el vientre, romper las adherencias uterinas, si las hay, llevar el útero hacia el ángulo inferior de la herida abdominal, que casi siempre está á dos traveses de dedo de la sínfisis, y se fija allí por medio de una sutura á cada lado tomando el nacimiento de los ligamentos redondos. Este método se sigue actualmente y se ha podido observar que el útero al mismo tiempo que queda en una posición constante, goza de cierta movilidad.

Como los procesos inflamatorios, ya sean pelvi-peritonitis que comunmente se acompañan de Salpingo-ooforitis son una de las causas principales de retrodesviaciones, por esto en muchos casos de ventro-fijación ha habido que hacer la extirpación de uno ó de los dos anexos. Hé aquí cómo se distribuyen las 28 ventro-fijaciones; debo hacer notar que en los casos de





castración doble, se hizo la ventro-fijación por tener que operar la afección de los anexos.

En siete casos se hizo la extirpación bilateral de los anexos casi siempre por Salpingo-ooforitis doble supurada.—En tres de estos casos se dejó Mikuliez.

En trece, se tuvo que extirpar un anexo, ya el derecho, ya el izquierdo.

En cinco, como tratamiento de prolapsos en mujeres jóvenes, en las cuales al mismo tiempo se hizo una operación plástica vaginal (colporrafia ó colpo-perineorrafia).

En los tres restantes se hizo simplemente la ventro-fijación. Entre estas operadas no hay un sólo caso fatal, lo que habla elocuentemente del poco peligro de la laparotomía siempre que se observen con estrictez los principios de asepsia y antisepsia. Debo hacer notar que con la introducción del crín de Florencia en las suturas cutáneas han desaparecido las supuraciones, aunque aisladas, de los puntos que antes se hacían con seda.

## VIII

En los casos de carcinoma de la porción, inoperables por estar comprometidos los parametrios y paredes vaginales, se pone en práctica un tratamiento paliativo ya que no se puede hacer la histerectomía. Se hace raspaje con la cucharilla cortante para destruir las fungosidades que se disgregan con lentitud y producen las hemorragias; una vez bien raspado en toda su extensión, la masa cancerosa se cauteriza con termocauterio lo mejor que se pueda, se lava con lisol al 2% y se ponen polvos de clorato de soda con yodoformo ó bien carbón animal y yodoformo en partes iguales. Con este tratamiento se llenan las dos indicaciones urgentes que más atormentan á las enfermas: las hemorragias y el flujo fétido.

Se han tratado doce carcinomas inoperables por este medio, lo que ha hecho dar á las enfermas un bienestar relativo, suprimiendo por algún tiempo las molestias traídas por esta afección.

## IX

Entro á tratar los 34 raspajes de la mucosa uterina. Antes voy á exponer los casos en que el doctor González, de acuerdo con los ginecólogos modernos, cree indicada esta operación:

- 1.º Endometritis exfoliativa. (Dismenorrea membranácea);
- 2.º Endometritis hemorrágicas;
- 3.º Metritis crónicas (algunas veces acompañando á la amputación del cuello);



4.º Para favorecer la involución del útero *post-grávido*.

5.º Con fin diagnóstico para someter los restos extraídos á un examen microscópico.

Fuera de estos casos no se considera indicado el raspaje, aunque algunos, como Pozzi, lo usan en la endometritis catarral simple en que su efecto curativo es nulo ó agrava el catarro.

También se prescribe el raspaje en la endometritis gonorréica en que la infección no sólo se limita á la mucosa, sino que también puede invadir por la vía linfática los otros tejidos. Constituyen otra contraindicación los procesos inflamatorios agudos de los anexos.—(Wertheim.)

En la clínica se ha puesto en práctica el raspaje sobre todo después de abortos cuando quedan esas endometritis hemorrágicas mantenidas por restos de corión y decidua adheridas á las paredes uterinas y en que las contracciones del útero han sido insuficientes para expulsar. La permanencia de estos restos en el interior de la matriz, dan lugar, no sólo á las hemorragias que debilitan á la enferma, sino que son al mismo tiempo un terreno espléndido para el desarrollo y pululación de microorganismo patógenos, produciendo infección que no sólo se limita al útero sino que á menudo invaden anexos y parametrios, trayendo salpingo-ooforitis y parametritis. Aun más, últimamente se ha demostrado que los restos de corión de decidua ó de la placenta, quedando en el útero pueden sufrir la degeneración sarcomatosa desarrollándose procesos sumamente malignos por su rápida propagación metastática y abundantes hemorragias. Estas degeneraciones las denomina Ruge, sarcomas deciduocelulares y Kosmann Sysncioma maligno.

En la clínica se sigue la opinión moderna de Dürhssen y Döderlein que aconsejan la intervención activa é inmediata en el aborto inevitable, sin esperar que los restos sean expulsados por contracciones uterinas ni tampoco que haya fiebre pudiéndola evitar.

El raspaje se ejecuta del modo siguiente: Previa anestesia y desinfección vaginal, se coloca la enferma en posición ginecológica y las valvas del espéculo de Simón. Se toma el labio anterior del cuello con pinzas Museux; se mide con el histerómetro el tamaño del útero y se aprecia su dirección; si el cuello es estrecho se procede á dilatarlo con los dilatadores de Hegar hasta que de paso á los instrumentos; se lava la cavidad con sonda de doble corriente ó como lo hace Martín con una cánula de vidrio, tomando la precaución de introducirla y retirarla rápidamente para no hacer mucha presión dentro del útero. Este lavado se hace comunmente con lisol al 1%. En seguida se toma la cucharilla roma y se raspa cuello y cuerpo con mo-



vimientos semicirculares, extrayendo lo que se pueda. Se deja esta y se continúa el raspaje con la cucharilla en asa de Olshausen, hasta que se sienta el crujido especial que da la musculatura sana del útero. Esta es la parte que demanda más cuidado por la rupturas del útero. Una vez limpia la cavidad de los restos que tuviere, lo que se conoce en que cesa la hemorragia, se procede á lavar y secar la cavidad para enseguida cauterizarla con percloruro de hierro ó hácido fénico alcoholizado y se lava otra vez para diluir el excedente del cáustico. Si el útero es pequeño, se tapona con gasa únicamente la vagina, pero si estuviere grande, se introduce hasta el útero. A las 24 horas se quita la gasa y se continúa haciendo irrigaciones vaginales y durante dos ó tres días ergotina en inyecciones hipodérmicas ó cornezuelo al interior.

Cuando se trata de abortos de más de tres meses, es preferible tratar de sacar los restos con el dedo, pero si estuviesen muy adheridos se puede tentar extraerlos con la cucharilla roma.

Por Endometritis *pots-abortionum* se han hecho veinticinco raspajes, después de los cuales las enfermas salían de alta, término medio, de quince á veinte días, demorándose este maximo de tiempo, á veces, porque quedaban pequeños catarros cervicales.

Por Endometritis exfoliativa (Dismenorrea membranácea) seis en todos estos se hizo una discisión del cuello porque había también una estenosis del orificio externo.

Por metritis crónica, con amputación del cuello al mismo tiempo, dos.

Por vía de diagnóstico una, de que ya dí cuenta al hablar de las histerectomias vaginales.

## X

Se han presentado cuatro casos de abscesos de la glándula de Bartholin (Bartholinitis Supuradas); en esos casos en lugar de la incisión que muchos se limitan á hacer, lo que deja fistulas ó al poco tiempo vuelve á formarse el absceso, en la clínica se hace la extirpación total de la glándula y se cierra la cavidad que queda por medio de suturas perdidas, con catgut en planos superpuestos, haciendo las superficiales con crín de Florencia y se obtiene la reunión por primera intención.

## XI

Se han hecho cuatro amputaciones del cuello. Dos por hipertrofia por el método de Schroeder. Y dos amputaciones al-



tas con Paquelin por carcinomas de la porción. Estas son las que se han hecho sólo, fuera de las amputaciones que han acompañado á otras operaciones y que ya he mencionado.

XII

En dos casos de desgarro del periné se hizo la perineorrafia por el método de Fritsch, sin resección de vagina.

XIII

En dos enfermas que padecían de prolapso de la pared anterior de la vagina, se hizo la colporrafia por el procedimiento de Hegar.

XIV

Dos fístulas, una vesico-vaginal y la otra uretro-vaginal, se operaron avivando los bordes y suturando en varios planos con seda fina, cuidando no interesar la mucosa vesical (Makenrodt).

XV

A una enferma que padecía de un cancer doble de las mamas, se le hizo la amputación de éstas y en el lado derecho resección de algunos ganglios de la axila.

XVI

Tres parametritis supuradas, se abrieron por una incisión hecha por encima de la arcada crural.

Se extirpó un tumor elefantiásico del clítoris.

Dos casos de atresias vaginales de origen inflamatorio, se operaron, teniendo que ir en busca del orificio vaginal del cuello, por las perturbaciones excesivamente molestas que sentían las enfermas cuando les llegaba su período menstrual. En los dos casos se llegó hasta el cuello. Como quedara pérdida de sustancia en la pared se revistió esa parte con vagina.

Un absceso de la parte lateral izquierda de la vagina se abrió y se curó.

Se abrió un quiste de equinococo y extirpó el saco, situado en la pared del abdomen cerca del flanco derecho, era sub-aponeurótico.

Una enferma que padecía de vaginismo, casada, y que sufría mucho con el coito, se operó, extirpando restos del hímen



bastante dolorosos al tacto, colocados en la parte inferior de la vagina, enseguida se hizo una dilatación gradual con espéculos.

He citado sin detenerme estas últimas operaciones ejecutadas en la clínica, porque creo que ellas no tienen la importancia de las anteriores, así es que me he limitado ya sea á indicar el procedimiento operatorio empleado ó bien á anotar simplemente la enfermedad.

## XVII

Concluiré las operaciones mencionando dos colpotomias hechas en la clínica. Esta operación nueva, entre nosotros, es, por lo tanto, interesante, apesar de que ya se dió cuenta del primer caso á esta Facultad en una memoria de licenciado en octubre del año próximo pasado. Yo agregaré el otro caso y porqué el doctor González se ha decidido en ellos á hacer la colpotomía y los resultados de ésta.

La colpotomía conocida desde hace algún tiempo, se le ha dado más importancia desde el año 1892, en que la propuso Dührssen con el nombre de laparatomía-vaginal y procede del modo siguiente: abre el fondo de saco vaginal anterior, por una incisión transversal, rompe el pliegue peritoneal vesico-uterino y hace vascular el útero hacia adelante, conjuntamente con los anexos, y termina la operación por una vagino-fijación.

Augusto Martín dió á la operación el nombre de Colpotomía y la ha ejercitado mucho con buen éxito; hasta el año 1855 había hecho ciento treinta y cuatro Colpotomías, sin un solo caso de muerte.

Las indicaciones de esta operación son las siguientes:

- 1.º En las retro-flecciones del útero;
- 2.º En las perimetritis y en las afecciones crónicas de los anexos (Salpingo-ooforitis);
- 3.º En ciertos embarazos ectópicos;
- 4.º En los pequeños quístomas del ovario; y
- 5.º En los pequeños miomas uterinos que se quieren enuclea ó extirpar.

En la Clínica las dos que se han hecho hasta el 1.º de junio de este año, han sido: la primera para enuclear un mioma del tamaño de una nuez colocado en la cara anterior del útero, cerca de su borde derecho, operada en octubre de 1896; se terminó por vagino-fijación, á los dieciséis días salió la enferma de alta.

El otro es el siguiente, que se hizo para extirpar un anexo:



L. L., de 40 años, 2 abortos, cinco partos; reglas escasas é irregulares. Útero descendido; anexo derecho colocado delante del útero, doloroso á la presión.

Como la enferma se quejara de agudos dolores al vientre, se resolvió á hacer la extirpación del anexo por la vagina. Se hizo una incisión semicircular en la vagina cerca de su inserción en el cuello, previa fijación de éste con pinzas de garfios y dislocamiento del útero hacia abajo y adelante hasta el nivel de la vulva. Fijando el tubérculo uretral se hizo otra incisión perpendicular á la anterior que empezaba en este tubérculo y terminaba en la parte media de la primera; se desprendió la vagina y después la vegiga; se abrió el repliegue peritoneal vésico-uterino y se fijó el peritoneo á la vagina; entonces se trató de luxar el útero y apareció el anexo derecho adherido á la parte anterior y superior de éste; una vez desprendidas las adherencias se extirpó el anexo y se terminó la operación fijando el útero á la vagina por dos puntos de sutura. La herida vaginal se suturó con crin de Florencia. A los 19 días la enferma fué dada de alta en perfecto estado de salud.»

\*  
\* \*

#### Resumen de las operaciones practicadas:

Histerectomias	totales abdominales	11
	Por cánceres del cuello	12
	Por prolapsos	9
Histerectomias vaginales.	Por afección de los anexos	7
	Por sarcoma del cuerpo	1
	Por metritis crónicas	2
	Por fibro-miomas múltiples	3
	Quistes del ovario	2
Ventrofixaciones.	Con extirpación doble de los anexos	7
	Con extirpación de un anexo	13
	Por prolapso con operación plástica	5
	Sin otras operaciones	3
Raspajes y cauterizaciones por cánceres inoperables		12
	Por endometritis <i>post abortum</i>	25
Raspajes de la mucosa uterina	» endometritis exfoliativa	6
	» metritis crónica con amputación del cuello	2
	» vía de diagnóstico	1
Amputaciones del cuello.	{ Por carcinoma de la porción	2
	{ Por hipertrofia	2



Resección de las glándulas de Bartholin	4
Perineorráfias	2
Colporráfias	2
Fístula vésico-vaginal	1
Fístula uretro-vaginal	1
Amputación de las mamas	2
Abscesos parametríticos (abertura)	3
Atresia vaginal	2
Absceso de la pared-vaginal	1
Quistes de la pared abdominal	1
Vaginismo (Extirpación de las carúnculas)	1
Colpotomias	1
} Por mioma Subseroso	1
} Por afección de un anexo	1
} Extirpación de un tumor del clítoris	1

## XVIII

Paso á enumerar los casos que se presentaron á la Clínica en estado de operar y no se hizo por no resolverse las enfermas á la operación, así es que hubo que contentarse con tratamientos meramente paliativos.

Fibromiomas del útero, seis, en los cuales se instituyó el tratamiento por la ergotina ó *hydrastis canadensis*.

*Endometritis post abortum*, dos, limitándose á lavados intrauterinos é inyecciones de ergotina, irrigaciones vaginales.

Prolapsos vaginal con descenso primitivo del útero, un caso.

Retroflexión móvil con síntomas nerviosos reflejos y signos locales de compresión (dolores á las caderas, etc.) No admitiendo la ventro-fijación se le colocó un pesario.

Salpingo-ooforitis doble supuradas, dos casos.

Una fístula vésico-vaginal.

## XIX

Entro ahora á tratar las enfermedades que no demandan una intervención quirúrgica, exponiendo á la ligera los tratamientos ya que ellos son tan conocidos.

En casi todas estas afecciones inflamatorias de los órganos genitales de la mujer, domina como causa principal la infección gonorréica, que entra en un 70%. Siguen en importancia las infecciones secundarias venidas después de partos ó abortos.— La menstruación, diferentes traumatismos y excesos venéreos entran más bien como causas predisponentes que favorecen el desarrollo de la enfermedad.



Infecciones gonorréicas agudas que han comprometido la uretra, vagina y cuello. Se han presentado ocho casos, que se han curado con tocaciones de nitrato de plata al 10 % en el cuello, y al 4 % en la uretra cada tres días, y diariamente irrigaciones vaginales con permanganato de potasio al  $\frac{1}{1000}$ . Un mes después han salido curadas.

Catarros del cuello con erosión simple, quince casos. Además debo agregar aquí siete Endometritis-catarrales del cuerpo con catarro del cuello y erosión, que hacen un total de veintidós casos, los que agregados á veinte erosiones que pudieron seguirse en la policlínica, dan por todo cuarenta y dos casos, en que se ha empleado la cauterización con ácido tricloroacético en el cuello y erosión.—El método empleado es el siguiente: cada tres días se cauteriza el cuello y la erosión con ácido tricloroacético al 50 % y se le coloca un tapón de algodón con glicerina é ictiol, 10 %, el que se quita la enferma á la mañana siguiente.—Irrigaciones vaginales con una sustancia desinfectante, permanganato, lisol, etc., diarias.

Como el empleo del ácido tricloroacético era nuevo, se tuvo especial cuidado en seguir la marcha de la erosión, anotando las cauterizaciones para poder apreciar el tiempo que duraba la curación. En los cuarenta y dos casos seguidos, se pudo ver que la erosión desaparecía de treinta á cuarenta días, que con cloruro de zinc ó vinagre piroleñoso era mucho mayor.

En los casos seguidos en la policlínica demoró más tiempo que los tratados en la clínica, debido, talvez, á que las enfermas de la calle, por muchas causas, no pueden seguir con toda constancia el tratamiento ó les es imposible observar con estrictez las prescripciones del médico.

Por lo expuesto anteriormente creo que en las erosiones simples del cuello, las cauterizaciones con ácido tricloroacético es un tratamiento superior á los empleados hasta aquí, ya que en un número de casos no despreciables ha dado un resultado tan satisfactorio. Me abstengo de dar cada observación de éstas con todos sus detalles, como existen en la clínica, porque creo sería superfluo y solo vendría á alargar con poco provecho el presente trabajo.

## XX

Las demás enfermedades son:

Endometritis agudas dolorosas, siete casos;

Endometritis climatéricas, dos;

Metritis crónicas, seis;

Afecciones de los anexos (ovarios y trompas) veintitrés.





En casi todos los casos de inflamaciones uterinas, endometritis ó metritis ha habido compromiso de los parametrios y de uno ó de los dos anexos; este hecho nos demuestra, una vez más, la estrecha unión que existe entre el útero y sus anexos, como también la facilidad y rapidez de la transmisión de los procesos infecciosos.

El tratamiento en todos estos procesos inflamatorios ha sido casi lo mismo, porque casi en la generalidad se han presentado combinados; tratándose ya de Endometritis con Salpingo-ooroforitis y parametritis derecha ó izquierda, etc., ó bien metritis con salpingo-ooroforitis y parametritis, etc. Así es que el tratamiento en general ha sido antiflogístico: irrigaciones diarias calientes con permanganato, lisol, etc. Cada tres días taponos con ictiol y glicerina, 10%, para favorecer la reabsorción de los exudados y al mismo tiempo un antiséptico dejado en la vagina—Masaje—En los casos de Metritis crónica con bastante congestión del cuello se hacen excarificaciones en éste—Baños de asiento caliente—Como régimen general, libertad del vientre y reposo.

He aquí esbozado rápidamente el tratamiento empleado en aquellos casos que no demandaban una intervención quirúrgica, que, en cuantos á éstos, creo ya haberlos tratado con mayores detalles, ya que son ellos los que en Ginecología ocupan hoy día el lugar más importante.

Se presentaron siete enfermas con retrodesviaciones del útero que no les molestaban, deseando solo curarse algunas de las afecciones inflamatorias que dejo citadas conjuntamente con las cuales se observaron.

## XXI

Anexa á la Clínica de Ginecología hay una Policlínica, á la que acuden las enfermas para las cuales no es necesaria la estadía en el Hospital, ó bien no pueden permanecer en él.

En esta sección se lleva un libro en el que se anota el nombre de la enferma, edad, estado, ocupación, partos, abortos, reglas, síntomas principales. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Como en estas enfermas es casi imposible seguir la marcha diaria, porque pocas veces tienen la suficiente constancia para terminar sus tratamientos, no se tienen resultados seguros de éstos.

Así es que he tomado la estadística de la Policlínica para sacar los datos referentes a las enfermedades que se presentan y su frecuencia, ya que nada podré decir de las curaciones ni



de las causas de ellas, por no tener datos bastante positivos para sacar conclusiones que merezcan crédito.

He aquí las series de afecciones que se han presentado en la Policlínica:

Endometritis catarral del cuerpo y cuello con erosión, cincuenta y cinco casos (55);

Desviaciones del útero, cuarenta y nueve (49)

Infecciones gonorréicas agudas (uretra, vagina y cuello), veintidós (22);

Prolapsos, veintidós (22);

Endometritis agudas dolorosas, diecisiete (17);

Parametritis, diecinueve (19);

Endometritis climatéricas, diez (10);

Afecciones de los anexos, treinta y ocho (38)

Carcinomas del cuello, siete (7);

teros atróficos, seis (6);

Desgarraduras del periné, cinco (5);

Embarazos, tres, se hizo el diagnóstico porque las pacientes se creían enfermas (3);

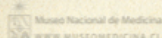
Pólipos mucosos del cuello, cuatro, se extirparon (4);

Hipertrofias al cuello, una (1);

Un tumor tubo ovarial; cuatro chancros simples, que se cauterizaron con nitrato de plata.

He aquí Honorable comisión, los trabajos que se han efectuado durante un año en la Clínica de Ginecología, instalada en el Hospital de San Vicente.—I ojalá que, al pasar en revista operaciones y tratamientos puestos en práctica, puedan aprovecharse las enseñanzas que sus resultados arrojan,— así este trabajo realizaría las esperanzas que se tuvieron en cuenta al emprenderlo.



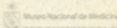


# BIBLIOGRAFÍA



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



*Extirpación total del útero por laparotomía*, por Marcial González.

*Tratamiento Quirúrgico de las Retro-desviaciones uterinas*, por Marcial González.

*Histerectomía vaginal en las afecciones de los anexos*, por Marcial González.

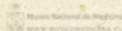
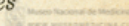
*Histerectomie abdominale et vaginale*, por E. Doyen.

*La castration total par le vagine*, por » » »

*L' histerectomie vaginal appliquée au traitement Chirurgical des lesions bilaterales des annexes*, por E. Baudron.

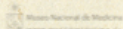
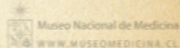
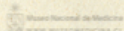
*L' histerectomie vaginale*, por G. Richelot.

*Tratado de Ginecología*, por S. Pozzi.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

