

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL

(MÉTODO YANKEE)

COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS AFECCIONES INFLAMATORIAS BILATERALES DE LOS ANEXOS

POR

GUILLERMO ANWANDTER M.

MEMORIA

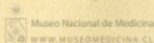
PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA
I FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

(Publicada en la REVISTA MÉDICA DE CHILE, 1898, Núms. 5 y 6.)

4



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Á LA MEMORIA DE MI MADRE

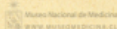
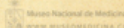
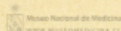


Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

À mi padre

À mis maestros

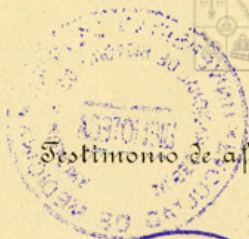


Al doctor Lucas Sierra M.

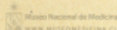
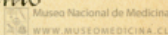
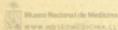


Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

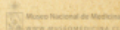


Testimonio de afecto y reconocimiento



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Publicado en la "Revista Médica de Chile.", 1898, Núms. 5 y 6



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL

(Método yankee)

COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS AFECCIONES INFLAMATORIAS BILATERALES DE LOS ANEXOS

POR

GUILLERMO ANWANDTER M.

La práctica de la Ginecología entre nosotros es demasiado reciente; la creación de una cátedra especial en la Facultad data de muy pocos años (1886); así nos explicamos el número tan reducido de trabajos nacionales que tengan atinencia con esta importante rama de la Cirugía. Sólo en los últimos años ha comenzado á desarrollarse entre los médicos y estudiantes el gusto por esta especialidad y no dudamos que sabrá colocarse ahora á la altura que merece. Son estas consideraciones las que me han inducido á tomar por base de esta memoria la Histerectomía abdominal total.

No pretendo yo traer datos nuevos ni arrojar luz especial sobre algunos puntos en litigio. Mis aspiraciones se reducen á señalar á mis compañeros y especialistas una modificación introducida en la operación á que me he referido y de cuyas ventajas he podido convencerme personalmente viéndola practicar en el Hospital de San Borja por el distinguido Dr. D. L. SIERRA M., y luego por experimentaciones en el cadáver que he repetido yo mismo, acompañado de dicho doctor.

Para la claridad en el desarrollo ó exposición de estas ideas, dividiré mi trabajo del modo que sigue:

1.º Reseña histórica de la histerectomía, vaginal ó abdominal en el tratamiento de las afecciones de los anexos.



2.º Indicaciones de la histerectomía total.

3.º Histerectomía abdominal total. Descripción del método yankee modificado por RICHELOT.

4.º Ventajas que ofrece este método á los seguidos ordinariamente.

5.º Estadísticas generales de los laparotomistas y de los que operan por la vagina.

5.º Conclusiones.

I

RESEÑA HISTÓRICA DE LA HISTERECTOMÍA, VAGINAL Ó ABDOMINAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES DE LOS ANEXOS

El tratamiento de las afecciones de los anexos se ha dividido en tratamiento indirecto (médico) y directo (quirúrgico).

Nos limitaremos á hablar de este último.

Fué HEGAR, el primero, que en 1872 efectuó deliberadamente la extirpación de los ovarios, por laparotomía, como tratamiento de ciertas afecciones de los anexos.

Esta operación es más conocida con el nombre de operación de TAIT, porque fué LAWSON TAIT (Birmingham) el que la vulgarizó.

Poco más tarde, se preconizaba por GAILLARD THOMAS (Nueva York) y por BYFORD (Chicago) la extirpación de los anexos, en casos de salpingoovaritis, por la vía vaginal, con incisión del fondo de saco posterior.

Estas dos vías de operación eran aceptadas por la mayoría de los cirujanos hasta que en 1890 describe PEAN, en el Congreso de Berlín su histerectomía vaginal, llamada por el autor *Histerectomie vaginale avec morcellement*.

La indicación de la extirpación del útero con desmenuzamiento, la buscaba PEAN en las supuraciones pelvianas recidivantes, después de laparatomías, y más principalmente, en pelvi-peritonitis supuradas adhesivas con útero encapsulado y múltiples colecciones de pus.

Además, la denominación de castración uterina, que le daba á esta operación, indicaba que PEAN intentaba, con la extirpación del útero, la curación de las supuraciones pelvianas, á imitación de HEGAR, que proponía la extirpación de los ovarios para la curación de los fibromas. Para PEAN, la extirpación de los anexos

era una cosa secundaria y sólo la llevaba á cabo cuando espontáneamente se presentaban á la vulva.

La comunicación de PEAN no tuvo eco en Francia ni en el extranjero y fueron muy pocos los cirujanos que se mostraron partidarios de este método, porque, mientras existieran métodos fáciles para la curación de colecciones de pus periuterinas, como ser punción, incisión por la vagina, ó excisión de los sacos purulentos por laparotomía, se preferían estos últimos métodos.

Al mismo tiempo demostraba GLÄVEKE (Alemania), que después de la extirpación del útero con conservación de los anexos, era más difícil obtener la regresión de estos órganos y la desaparición de la congestión menstrual, que con la extirpación de los anexos, conservando el útero.

En Francia, la operación de PEAN, era, para unos «una intervención ciega y brutal», para otros, «un retroceso de la cirugía francesa» ó «un producto más ó menos inconfeso de errores de diagnóstico, algunas veces groseros».

Esta desconfianza de los cirujanos persistió hasta que SEGOND hizo su comunicación á la Sociedad de Cirugía de París, el 23 de febrero de 1891.

En esa comunicación, SEGOND no se limita á aplicar la operación de PEAN á supuraciones periuterinas graves, sino á piosalpingitis enucleables, á salpingitis parenquimatosas ó catarrales, etc., etc.; es decir, sustituye pura y simplemente la histerectomía á la laparotomía en todas las lesiones inflamatorias bilaterales de los anexos.

SEGOND afirmaba sus preferencias por la histerectomía: 1.º en que la operación es menos grave; 2.º en que las curaciones son más perfectas y duraderas; y 3.º en que ella evita los inconvenientes de una cicatriz.

Entonces la operación de PEAN fué aceptada sin restricción por NELATON y RECLUS, que la hicieron operación de elección en todas las lesiones inflamatorias bilaterales de los anexos.

Entre los adversarios, figuraba en primer lugar POZZI, que defendía con entusiasmo la laparotomía y rechazaba en absoluto la histerectomía.

Otros, como FERRIER, BOUILLY, TERRILLON, LUCAS CHAMPIONNIÈRE, RICHELLOT, BAZY, ROUTIER, la aceptaban sólo en ciertas condiciones.

Así, BOUILLY, admitía la histerectomía en los casos siguientes:



1.º Salpingo-ovaritis antiguas complicadas de accesos de pelvi-peritonitis de repetición, con adherencias numerosas i sólidas; confusión de órganos entre ellos y con los órganos vecinos, imposibilidad de reconocer por la palpación y tacto nada más que induraciones difusas y espesuras sólidas; producción de fístulas purulentas en la vejiga ó en la piel;

2.º Supuraciones agudas ó crónicas, libres en la cavidad peritoneal, tengan o nó por punto de partida los anexos del útero, pero que no forman ya sacos aislados que nosotros sabemos distinguir de una trompa ó de un ovario supurado.

RICHELOT admitía la histerectomía vaginal como drenaje ideal en las bolsas purulentas múltiples con cubiertas duras, magma de adherencias intestinales, verdadero proceso fibroso que enclava el útero y le forma una cúpula de adherencias. Para las piosalpingitis adherentes prefería la laparotomía.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE admitía la histerectomía para las pelvi-peritonitis anfractuosas.

Pero, poco á poco, los mismos adversarios fueron reconociendo el valor de la operación de PEAN y haciéndose partidarios de ella.

En el extranjero, la histerectomía vaginal también ganaba terreno y LANDAU en Alemania (1892), JACOBS, ROCHET en Bélgica (1891), BASTIANELLI, ACCONCI en Italia (1892), publicaban éxitos notables debidos á la histerectomía, y en el Congreso internacional de Ginecología y Obstetricia, celebrado en Bruselas el 13 de septiembre de 1892, la operación de PEAN era elocuentemente defendida por SEGOND, RICHELOT y DOYEN (Reims).

Desde entónces acá, la operación de PEAN ha sufrido modificaciones y solo mencionaré los procedimientos de SEGOND, de MILLER-QUÉNU, de DOYEN, de SCHRÖDER y CZERNY.

En América, la histerectomía vaginal encontró muy pocos partidarios, pues los americanos (yankees) aconsejan extraer el útero por la vía supra-pubiana y en lugar de adoptar la histerectomía vaginal, han perfeccionado la técnica de la histerectomía abdominal total.

La histerectomía abdominal, tanto para fibromiomas como para lesiones inflamatorias de los anexos, es originariamente una operación americana.

La primera histerectomía abdominal hecha con propósito deliberado por un fibromioma, es debida á KIMBALL de Lowell (Massachusetts), el 1.º de septiembre de 1853.



La histerectomía abdominal total por lesiones inflamatorias de los anexos, es una operación de actualidad y fué hecha en 1892 por POLK (Nueva York), EDEBOHLS, KRUG (Nueva York) y BALDY (Filadelfia)

Al principio todos los cirujanos americanos y después los europeos se limitaban á practicar la histerectomía abdominal en casos de fibromiomas, llegando á ser actualmente el procedimiento de preferencia en el tratamiento quirúrgico de estos tumores.

En cuanto al tratamiento de las anexitis por la histerectomía, es aún hoy día objeto de estudio y discusiones.



Museo Nacional de Medicina II

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA TOTAL

No creo necesario insistir aquí en las indicaciones de la histerectomía total como tratamiento de los fibromas uterinos, que es actualmente, como lo he dicho más arriba, el método de preferencia.

Respecto al tratamiento de los cánceres uterinos, la tendencia general es operar por la vagina. Por lo tanto me limitaré al tratamiento de las anexitis, objeto de este trabajo.

Comprendo bajo el nombre de anexitis las siguientes afecciones: supuraciones periuterinas, pyosalpiux y abscesos del ovario, salpingitis quísticas no supuradas (hidrosalpinx, hematosalpinx etc.), salpingitis parenquimatosas y degeneraciones escleróticas del ovario.

La histerectomía total como tratamiento de las anexitis, está basada en parte en los conocimientos que poseemos hoy día, sobre su etiología.

La inmensa mayoría de los autores (SCHRÖDER, ARAN, QUÉNU, TRELAT, TERRIER, LUCAS CHAMPIONNIÈRE, POIRIER, POZZI, SCHAUTA, WERTHEIM, FEHLING, LEOPOLD, OLSHAUSEN, etc.) admiten que las inflamaciones periuterinas tienen habitualmente por origen la infección espontánea ó traumática de la mucosa vagino-uterina, es decir, son debidas á la propagación de gérmenes infecciosos desde la mucosa vagino-uterina, ya sea por la mucosa misma, por la vía linfática, y en otros casos, menos conocidos, por la vía sanguínea (tuberculosis), á los anexos.

Los resultados de la sola extirpación de los anexos no han sido



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

bastante satisfactorios y en muchos casos ha sido necesario hacer seguir á la castración ovariana la extirpación del útero con el objeto de hacer desaparecer los dolores, ó las hemorragias uterinas de que seguían padeciendo las operadas.

La laparotomía, tal como se practica habitualmente para las lesiones de los anexos, es insuficiente siempre que el útero mismo esté enfermo; esto último es lo común: trátese ya de gigantismo uterino, metritis inveteradas ó de neuralgias rebeldes.

PEAN refiere sus dos primeras histerectomías á quistes del ovario supurados, es decir, á estas supuraciones pelvianas que se consideran como secundarias á las afecciones neoplásicas y no á óvaro-salpingitis; pero ya en 1888, aplica su castración uterina al tratamiento de supuraciones primitivas (ovaritis, salpingitis, pelvi-peritonitis).

Para SECOND la histerectomía vaginal está indicada en las lesiones bilaterales, é incurables médicamente.

Para DOYEN la histerectomía tiene por fin la curación de las lesiones de los anexos, supuradas ó nó, y dice que siempre que exista una lesión periuterina grave y en que el peritoneo pelviano ó los anexos, sean asientos de tumores inflamatorios de data antigua, la intervención quirúrgica se impone. La ablación total del útero y de los anexos ó castración total, puede hacerse siempre cualesquiera que sea la gravedad y la extensión de las supuraciones y de las adherencias. La única operación verdaderamente lógica en los casos de inflamaciones pelvianas extensas, como en los casos de reflejos nerviosos graves de origen uterino, es la castración total y cita en su apoyo, las dos faltas de éxito terapéutico que tuvo PEAN en marzo de 1882 y abril de 1885 (ablación de los anexos por laparotomía, con persistencia de fenómenos dolorosos), que los obligaron á practicar poco más tarde, la extracción del útero. Concluye DOYEN diciendo: que así como BATTEY, HEGAR y LAWSON TAIT han desconocido en casos de inflamaciones pelvianas, el rol tan importante del útero, PEAN ha desconocido el rol de los anexos, para atribuirlo todo al útero y contentarse con su sola extirpación. La castración tubo-ovariana de BATTEY, LAWSON TAIT y HEGAR y la castración uterina de PEAN, son por lo tanto operaciones incompletas.

HENRI HARTMANN (París), KRUG (de América) y BARDENHEUER (Colonia), practican la histerectomía total en todos los casos



en que el estado de los anexos sea tal, que se deba sacrificar ambos lados.

Igualmente se encuentran entre los cirujanos que practican la histerectomía total, sea abdominal ó vaginal, para curar las afecciones de los anexos á DELAGÉNIÈRE (Le Mans), LANDAU, SCHAUTA, BUMM, LEOPOLD, MARTIN, OFMEIER (de Alemania) y JONNESCO (de Bucarest).

ROUTIER practica la histerectomía total, en la ablación de los anexos, cuando se trata de un útero grávido que sangra demasiado ó que está infectado.

SCHWARTZ (París) en las supuraciones pelvianas.

RICHELOT considera, para las supuraciones pelvianas, la histerectomía total como único tratamiento. La castración uterina, dice, tiene gran importancia y mucho más en las artríticas y nerviosas, cuyo útero voluminoso no se atrofia y cuyas funciones continúan sangrando y cuyos dolores persisten. Indica el rol importante del útero diciendo, que una histerectomía sin ablación de los anexos—con tal que no se deje foco purulento—vale más que una castración ovariana sin ablación del útero.

«Es curioso de ver, y más frecuente de lo que se cree, congestiones y hemorragias prolongadas después de la ablación fácil é íntegra de los dos ovarios; más curioso todavía es ver pequeños úteros atrofiados, sin traza de lesiones, dar lugar á vivos dolores.»

III



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL. — DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO

YANKEE MODIFICADO POR RICHELOT

La modificación introducida por **RICHELOT** consiste en seccionar el ligamento ancho de arriba hacia abajo, en lugar de hacerlo de abajo hacia arriba y lo describe de la siguiente manera:

Hecha la incisión de la pared, se descubre el útero y se le despega del fondo de saco de Douglas; una pinza de tracción toma y atrae el fondo del órgano; compresas mantienen y protegen el



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

intestino; una valva ancha colocada hácia el púbis abre la herida y deja penetrar la luz sobre el aparato útero-ovariano (fig. I).

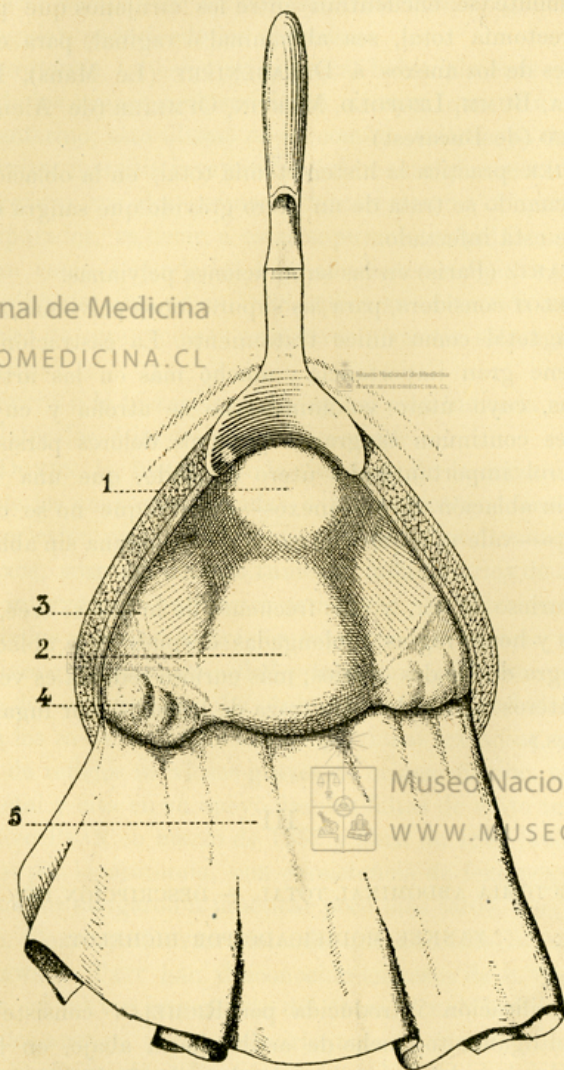


Fig. I

1 vejiga.—2 útero.—3 ligamento redondo.—4 piosalpinx

Se corta un colgajo peritoneal anterior, por una incisión transversal que va de un ligamento ancho al otro y que se hace á distancia de la vejiga, en el punto en que el revestimiento seroso



del cuerpo uterino se separa del tejido muscular y se hace movi-
lizable sobre la cara anterior del cuerpo. El dedo desgarrar, agran-
da la incisión, despega el colgajo y lo rechaza; la vejiga es recha-

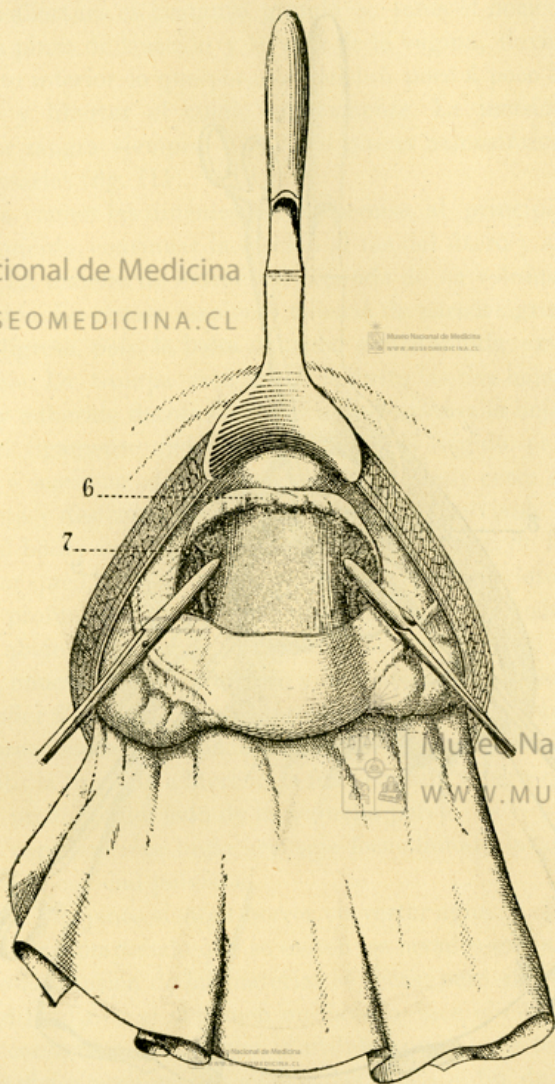
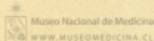


Fig. II

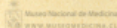
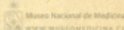
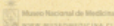
zada hacía la pequeña pelvis y el segmento inferior es desnudo,
así como el tejido paramétrico en medio del cual se ve por trans-
parencia la arteria uterina (fig. II).

Museo Nacional de Medicina

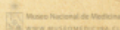
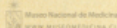
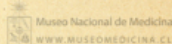
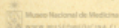
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Se trata ahora de atacar el útero de abajo arriba. Es preciso asegurarse primero de la uterina; nada más sencillo que introducir una pinza larga en el tejido paramétrico y tomarla á la dere-

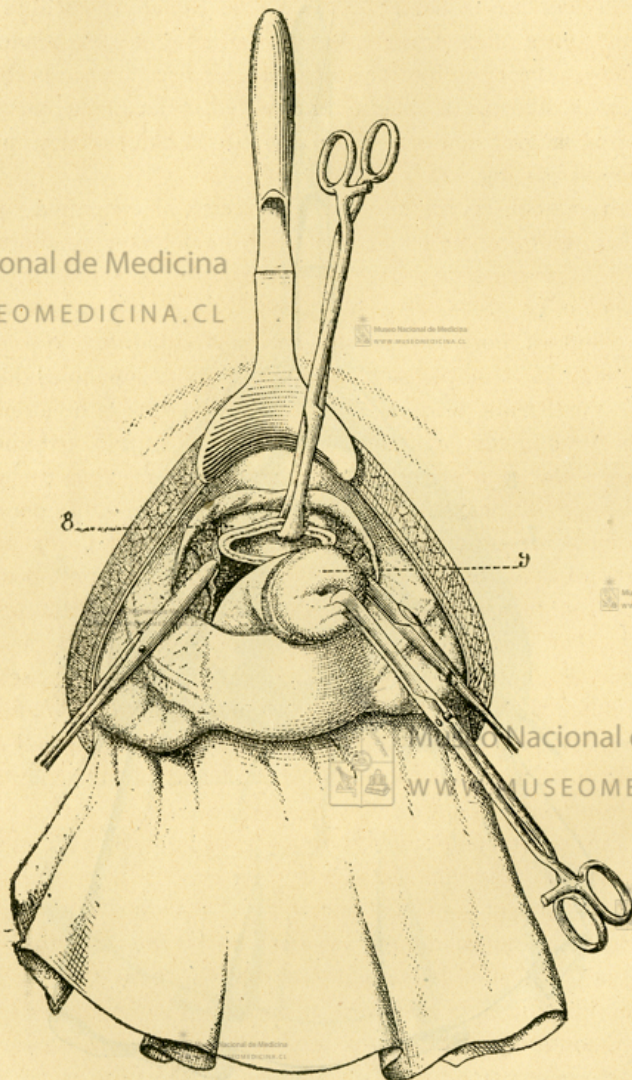


Fig. III

cha y á la izquierda. Aquellos que no gustan de la forcipresión pueden cargarla sobre un hilo. Hecha así la hemostásis provisio-



ria, se toma una pinza de disección y tigras y se ataca la incisión vaginal; se corta oblicuamente, penetrando un poco en el tegido uterino y se abre así el fondo de saco anterior. Tan luego como la abertura es bastante grande se toma el hocico de tenca con una pinza de tracción y se saca de la vagina, flexionando el segmento inferior, lo que permite concluir poco á poco la incisión circular y libertar el cuello enteramente. La incisión vaginal posterior sangra siempre: una ó dos pinzas hemostáticas pueden ser necesarias (fig. III).

Ahora vienen las dificultades. Es preciso, al principiar por el lado izquierdo, continuar la sección al ras del útero y abordar los anexos. La manera de extraerlos depende de su volumen y de su disposición. La gruesa serpiente tubaria de paredes gruesas no es muy peligrosa, pero la bolsa delgada y distendida exige mucha prudencia. La trompa está incluida entre las dos hojas del ligamento y adherida detrás de él. Es útil desgarrar la hoja anterior, cortar el ligamento redondo, entrar en el tegido paramétrico, romper ó seccionar algunos tráctus fibrosos muy cerca de la bolsa purulenta y deslizarse entre ella y la pared pelviana para ir á cortar el borde superior del ligamento ancho fuera de los anexos. El tumor queda aislado en parte, pero aún queda sujeto por adherencias profundas; he aquí el punto delicado. Sobre todo desprendido de abajo hácia arriba, se tiene así la probabilidad de ver la trompa enuclearse sin ruptura y levantando la masa se podrá desprender fácilmente un asa intestinal que pueda estar adherida.

Desprendido de abajo hácia arriba para respetar hasta el último momento la línea de adherencias más elevada y para que la ruptura se produzca del lado de la pequeña pelvis.

Si la ruptura tiene lugar aconseja formalmente lavar inmediatamente la cavidad pelviana.

Ciertos cirujanos sienten horror en verter agua en el peritoneo. Ahora bien, comprendo que se eviten los lavados extensos y que se tema la difusión de las materias sépticas; pero no veo lo que pueda difundir en el abdomen un lavado bien circunscrito á los puntos contaminados; no veo la utilidad que pueda tener, el dejar superficies peritoneales manchadas, hasta el fin de la operación, cuando se haga la toilette y el taponamiento y creo mucho más seguro arrastrar rápidamente las materias sépticas antes de pasar adelante.

Desprendidos los anexos de la pequeña pelvis, separados del

útero, ó dejados adheridos á su cuerno, se repite la misma maniobra en el lado derecho y según que haya sido más ó menos difícil, se extrae el aparato útero-ovariano en varios pedazos ó en un solo trozo.

Queda que hacer la hemostasis definitiva y la curación de la cavidad pelviana.

Si el peritoneo ha sido perfectamente protegido y en caso que el drenaje sea supérfluo, haremos la oclusión vaginal; una aguja sólida y algunos hilos separados de catgut bastan para ello; es este un medio seguro para hacer la hemostasis de la incisión posterior.

Viene en seguida el tratamiento de los ligamentos anchos, desgarrados irregularmente y cuyos puntos cruentos han sido comprimidos con las pinzas. Aquí no debe pensarse en tomar los tejidos en masa con hilos de seda. Se escalonan catguts separados, de abajo hacia arriba sobre los restos del ligamento y se acercan las hojas serosas; los hilos superiores perpendiculares á la dirección de la uterina la toman en uno ó dos puntos de su trayecto.

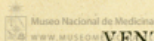
Para terminar, se dobla el colgajo peritoneal anterior y se fija sobre el muñón vaginal y sobre la región de la uterina; resulta de esto una línea de sutura sero-serosa en forma de media luna ó de herradura. Cerradura del abdomen sin drenaje, si no ha habido el menor contacto con la cavidad pelviana. Pero si se teme la infección es preciso comportarse de otro modo: la uterina es ligada de la misma manera, pero la vagina queda abierta y se colocan aisladamente algunos hilos sobre los puntos que sangran. En seguida, mechas de gaza llenan blanda pero exactamente la pequeña pelvis para secuestrar el foco, impedir al intestino venir á infectarse y crear adherencias protectoras. Las mechas atraviesan la herida vaginal, pues es por ahí por donde se hará el drenaje, para la salida fácil de los líquidos y también para que la herida abdominal pueda cerrarse completamente y dar una buena cicatriz. Pero recuérdese bien el verdadero rol de la gaza: ella secuestra el foco pelviano pero no hace el drenaje ó por lo menos no basta para ello; por el contrario, viene á ser una causa de retención de los líquidos y de accidentes graves. Al taponamiento hay que asociar un grueso tubo de drenaje colocado en medio de las mechas.

En fin, si la inundación séptica ha sido tal que se tema la insuficiencia del drenaje por una sola vía, un segundo tubo en la



herida supra-pubiana permitirá la salida de los líquidos y la irrigación de la cavidad pelviana después de la extracción de la gaza.—(*Revue de chirurgie* 1897, pág. 701 y siguientes).

IV



VENTAJAS QUE OFRECE ESTE MÉTODO SOBRE LOS EMPLEADOS ORDINARIAMENTE



Para hacer resaltar este método, que ha sido el que ha servido de partida a cirujanos como HOWARD KELLY, DOYEN, HARTMANN, etc. en sus procedimientos de histerectomía abdominal total, expondremos, primero, brevemente las complicaciones que pueden acompañar á los otros procedimientos quirúrgicos hasta ahora empleados en el tratamiento de las afecciones de los anexos y la opinión de célebres cirujanos sobre la histerectomía abdominal total.

En la histerectomía vaginal una de las complicaciones más serias es la friabilidad del músculo uterino. Se le observa de una manera constante en las supuraciones periuterinas antiguas con útero inmóvil y enclavado, y es en estos casos precisamente donde son indispensables tracciones enérgicas sobre las pinzas de aprehensión, para enuclear la matriz de en medio de falsas membranas y de colecciones purulentas.

La friabilidad del útero adquiere su más alto grado inmediatamente después de los partos. Ella se extiende á todos los tegidos pelvianos que se desgarran y destruyen, á porfía, bajo las pinzas y en esos casos la histerectomía vaginal es una operación horriblemente difícil y peligrosa y no se concluye sino á precio de desgarraduras viscerales graves. (Observaciones de BAUDRON, LE MASSON, BROCA).

Las heridas de la uretra, de la vejiga y del intestino, son complicaciones que acompañan también á la histerectomía vaginal. BAUDRON cita cinco casos de herida de la vejiga y nueve casos de heridas del intestino entre doscientas observaciones. DÖDERLEIN (de Groninga), en ochenta y siete intervenciones por la vagina, ha tenido dos casos de comunicación del recto con la vagina, dos semanas después de la operación. CHRBOAK (Viena), en el séptimo Congreso de la Sociedad Alemana de Ginecología (1897) comu-



nica que los peligros de las operaciones por la vía vaginal, provienen de que á menudo no se ve con toda exactitud lo que se hace, lo cual puede dar lugar á que produzcan lesiones intestinales sin reconocerlas. Esto ocurre ciertamente más frecuentemente que con la laparotomía, dado que en ésta se trabaja á cielo abierto. Cuando se practica una operación por la vía vaginal, hay que preparar siempre la laparotomía.

OLSHAUSEN (Berlín), dice en el mismo Congreso que se congratula de observar una detención en el entusiasmo exagerado por las operaciones vaginales, de las cuales se ha hecho un verdadero abuso. Las consecuencias remotas de las operaciones por la vía vaginal son á menudo graves. Conoce á una señora que lleva todavía una fístula vagino-intestinal, declarada inoperable, después de tentativas hechas por los mejores cirujanos de Berlín; sabe de otra que tiene dos fístulas vagino-intestinales bilaterales, habiendo sido aplicadas las dos pinzas sobre el intestino. Cree por consiguiente, que debemos ser muy prudentes en la selección y en el empleo de estas operaciones.

CHARLES P. NOBLE (Estados Unidos), en su trabajo sobre histerectomía por inflamación de los anexos, dice, que habiéndose practicado la histerectomía abdominal total suficientes veces, ha quedado establecida su superioridad sobre la castración limitada de los anexos, en casos de adherencias extensas ó de exudados inflamatorios. En semejantes casos, cuando han sido extirpados los anexos, queda una superficie de descortización extensa detrás del útero, en la superficie posterior de los ligamentos anchos y en la escavación. Una gran parte de estas superficies sangrientas, recibe su irrigación vascular de la arteria uterina que es dejada indemne en la simple castración anexial. Este hecho anatómico explica la dificultad que se tiene algunas veces de detener la sangre en semejantes casos. La histerectomía abdominal total suprime este flujo vascular y detiene la trasudación. Además, cuando existe un grado marcado de inflamación uterina, ella ahorra á la enferma los síntomas que de esto resultan y le dispensa el tratamiento consecutivo para curar estas lesiones.

JONNESCO (Bucarest) opina que en el tratamiento de las afecciones sépticas útero-anexiales, la castración abdominal total presenta una superioridad incontestable sobre la castración vaginal total y debe ser considerada como la operación de preferencia. La histerectomía abdominal total tiene la ventaja de evitar toda



equivocación sobre la bilateralidad y la gravedad de las lesiones, permite la ablación completa de los órganos enfermos y da resultados terapéuticos perfectos y duraderos. Al revés de lo que ocurre con la castración vaginal total, pone á cubierto de los accidentes operatorios y post-operatorios, tales como la hemorragia primitiva ó secundaria, la lesión de los uréteres, de la vejiga ó del recto.

RICHELOT, que antes de ahora, era uno de los más entusiastas partidarios de la castración ovariana y de la vía vaginal, se expresa de la siguiente manera: Cuando se extirpan los anexos como antes, dejando el útero, es preciso atacarlos de arriba abajo y despegarlos de sus adherencias con el peritoneo ó con el intestino, usando de suavidad y prudencia, apoyando más bien sobre la bolsa que sobre la pared intestinal. Esta enucleación peligrosa da buen resultado cuando la bolsa es gruesa y las adherencias blandas, pero cuando es delgada ó friable, cuando la adhesión es fuerte, cuando el pus está contenido en esos pabellones dilatados cuya envoltura es tan frágil, por más que se vacie en gran parte la colección por el trócar aspirador, es difícil evitar la ruptura, por lo menos, en su parte más declive y ésta se produce más pronto de lo que uno piensa. Aún cuando las asas del intestino delgado se encuentren bien protegidas, aún cuando no haya gran efusión, el pus séptico toca los dedos y el peritoneo y la operación se concluye en malas condiciones. En resúmen, despegamiento penoso, ruptura á menudo inevitable, vecindad del intestino, peritoneo mal protegido, contacto prolongado de los líquidos sépticos.

Si por el contrario, practicamos la ablación total, el útero atacado de abajo arriba, flexionado y levantado, arrastra los anexos, cuya enucleación se hace más fácil comenzando en su parte declive; todo el aparato útero ovariano puede ser extirpado en block. Si la ruptura tiene lugar, se produce debajo de las masas anexas, mientras que su parte superior, adherente sirve de barrera y protege el peritoneo; un lavado inmediato en el curso de la operación, limitado á la pequeña pelvis, arrastra los líquidos sépticos, purifica los instrumentos y los dedos.

Con respecto á la histerectomía vaginal, dice que con el nuevo método siente mayor confianza en vista de una técnica mejor.

El manual operatorio de la ablación total parece más peligroso y más difícil que el de la castración tubo-ovariana. Más difícil, puede ser. Más peligroso, nó; lo verdadero es lo contrario. Es cierto que un pus muy séptico nos puede dar que hacer, pero, es

en los casos de este género cuando la histerectomía vaginal presenta sus fracasos. (*Revue de chirurgie*, 1897).

Para probar la ventaja de la histerectomía abdominal total relacionada con la extirpación limitada de los anexos, me basta citar á BOULLY, CHAMPIONNIÈRE, PEAN, etc., que han tenido que extraer con frecuencia úteros, á los cuales se les había quitado por la vía abdominal sus anexos. En tales casos se encuentran en el muñón de la trompa adherente al útero quistes serosos, (L. TAIT), empastamiento de dicho muñón (TERRILLON) ó hemorragias en las falsas membranas que le rodean (BOULLY). Á más de los dolores, se han observado infecciones de origen uterino con formación de abscesos al nivel del fondo de saco de Douglas (LE DENTU, BOULLY). Los fenómenos que acompañan á las reglas son bastantes acentuados: malestar, congestiones, accesos ó bocanadas de calor, sudores, hemorragias suplementarias, etc., etc.

Por las experimentaciones hechas en el cadáver, he quedado convencido de la falta de complicaciones operatorias y de la facilidad de la histerectomía abdominal total.

Las lesiones, aislando bien el útero, son completamente imposibles y solamente debe recordar el cirujano las relaciones de los uréteres con los órganos genitales internos.

Insuflando los uréteres he podido convencerme que la lesión de dichos tubos, tanto en la parte alta, al cruzar la arteria ilíaca y colocarse por detrás de los ovarios, como en la parte baja donde llegan á estar á 6 centímetros, más ó menos uno de otro, se hace muy difícil.

Las experimentaciones en el cadáver me han sugerido la idea de preguntar, ¿si no sería más fácil el despegamiento de la vejiga de la cara anterior del útero, distendiendo la vejiga en lugar de vaciarla, como comunmente se hace?

En el cadáver he podido cerciorarme que se hace más fácil este despegamiento y se está más seguro de no herir este órgano.

V

ESTADÍSTICAS GENERALES DE LOS LAPAROTOMISTAS Y DE LOS QUE OPERAN POR LA VAGINA

Las estadísticas con respecto á la histerectomía abdominal total, son muy escasas. Esto se explica fácilmente, pues, siendo

LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL



ésta una operación muy moderna, las publicaciones han sido poco numerosas.

JONNESCO ha operado 14 enfermas por este método; de las cuales 12 por anexitis dobles supuradas y 2 con tuberculosis útero-anexiales. No ha perdido sino 2 operadas. La primera presentaba una verdadera supuración disecante de la pélvis menor y á pesar del drenaje vaginal, sucumbió. La segunda muerte fué debida á que durante el cierre del abdomen, un asa intestinal fué herida por la aguja y esta lesión que había quedado inadvertida, dió lugar á una peritonitis aguda cuyo desenlace fué fatal.

HARTMANN ha practicado 13 veces la histerectomía abdominal total por anexitis bilaterales, de las cuales 9 eran supuradas.

Todas las enfermas curaron.

En la operación abdominal, limitada á la castración anexial, la estadística es bien diferente si se toman en globo todas las laparotomías por afecciones de los anexos: 6% SCHAUTA; 3.77% CHROBAK; 1.42% ZWEIFEL; 2.5% CHAMPIONNIÈRE y POZZI, cuando los sacos purulentos son pequeños y no adherentes.

Por el contrario, en los casos en que la colección purulenta es muy adherente, difícilmente ó no enucleable, la mortalidad llega hasta 25% y aumenta más todavía si se opera en un absceso agudo; si el pus es fétido y se ha derramado en el peritoneo, llega á la espantosa cifra de 50% (LAFOURCADE).

SCHAUTA anota sobre 189 laparotomías limitadas, 107 curaciones completas, es decir 56%.

RICHELOT, basándose en 600 observaciones de lesiones anexiales tiene por laparotomía (castración ovariana) 65% de curaciones definitivas.

La histerectomía vaginal, tiene una estadística bastante favorable y según un estudio de LAFOURCADE la mortalidad es 8.66%, pero se ha excluido aquí la observación de los resultados lejanos, debidos á residuos patológicos que no han podido ser extraídos ó porque colecciones purulentas situadas muy altas han podido escapar enteramente á la mano del cirujano.



VI

CONCLUSIONES

1.^a En las afecciones bilaterales de los anexos, sean éstas supuradas ó nó, consideramos justificada la (ablación total del aparato genital) histerectomía total.

2.^a Parécenos preferible en la gran mayoría de los casos la vía abdominal. La histerectomía vaginal total la consideramos una operación más de especialista. En cambio por el abdomen está la operación al alcance de todo cirujano prudente y de práctica. No creemos llegado el momento todavía de probar con números esta aserción.

3.^a La vía abdominal garantiza de una manera más segura los órganos, cuyas lesiones dan lugar á las más serias complicaciones de la operación vaginal.

4.^a El drenaje por la vagina, aún en los casos más sépticos y en que el pus se ha vaciado en la pequeña pelvis, permite hacer la sutura exacta y completa del abdomen poniéndose así al abrigo de hernias futuras.

5.^a Aconsejamos formalmente seguir el método yankee, modificado por RICHELLOT; asegura la hemostásis y simplifica la parte difícil y delicada de la operación.

6.^a La posición de TRENDELENBURG (Leipzig) facilita considerablemente la operación permitiendo operar lejos de las asas intestinales. Es probable que en ciertos casos la vejiga, medianamente distendida, haga más sencillo el despegamiento de este receptáculo.

OBSERVACIONES

I

Leonor F., de 25 años, soltera, entra á la sala del Rosario, en el Hospital de San Borja, servida por el doctor L. SIERRA M. el 25 de diciembre de 1897.

Reglas: á los 14 años, abundantes y duran 8 días.

Partos 2. El primero el año 1893 y el segundo en agosto de 1897. Normales.

A su entrada se constata el útero de 6 centímetros, en lateroposición izquierda. Los anexos caídos del tamaño de un huevo grande de gallina y muy dolorosos.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Diagnóstico: Piosalpinx doble.

Antecedentes personales: desde su niñez, pérdidas blancas que no parecen haber aumentado después de las relaciones sexuales.

Historia: Hace quince días, en plena salud, ataque de cólico que comenzó en el bajo vientre, dolores, vómitos. Desde entonces siente dolores en la fosa ilíaca derecha que se han hecho tan intensos que le impiden todo trabajo y la obligan á guardar cama.

El estado de cosas se ha ido agravando á tal punto que á los 25 días de su enfermedad, la enferma misma reclama la operación que se juzga perfectamente indicada.

Operación el 5 de enero. Se prefirió la histerectomía abdominal total, siguiendo el método yankee descrito y ligeramente modificado por RICHELOT.

La operación se practicó fácilmente y sin hemorragia. Dejamos un drenaje con gaza y tubo, después de haber obstruido un poco el orificio vaginal en su despegamiento del útero.

Convalecencia normal, no habiendo ningún incidente que anotar.

Fué dada de alta, completamente sana el 8 de febrero de 1898.

He tenido ocasión de ver últimamente á la enferma y se encuentra perfectamente bien.

II

Julia V., de 16 años, soltera, entra á la sala del Rosario en el Hospital de San Borja, servida por el doctor L. SIERRA M., el 25 de enero de 1898.

Reglas: á los 14 años, escasas y duran 2 o 3 días.

Partos: uno en abril de 1897. Normal.

A su entrada al servicio, se constata que los anexos están gruesos y dolorosos en ámbos lados. El del lado izquierdo, del tamaño de una naranja regular, y el derecho del tamaño de una nuez grande.

Diagnóstico: Piosalpinx doble.

Estado general: mediocre. Muchacha flaca, anémica.

Antecedentes personales: á principios del 97, fenómenos de una probable tuberculosis incipiente, dolor de espaldas, hemoptisis, sudores nocturnos, etc.

Historia: Desde el parto ha tenido dolores intrapelvianos. En enero de 1898 se agravaron considerablemente después de haber pasado un día con poco abrigo, estando con la regla.

Operación el 11 de febrero: Histerectomía abdominal total. La operación se practicó fácilmente. Durante tres días siguió una marcha completamente normal y satisfactoria. No había dolores ni meteorismo, la temperatura apenas si había pasado de algunas décimas de 37°. A pesar de este estado completamente satisfactorio, el lunes 14 á las 4½ A. M. sintió un malestar y dejó de existir

á las 4½ A. M. Las enfermeras no saben dar explicaciones claras de lo que pasó en este cuarto de hora.

La autopsia no nos reveló tampoco la causa de la muerte.

No había peritonitis ni hemorragias; corazón y pulmón sanos, lo mismo que el aparato digestivo y urinario.

La muerte, ¿fué debida á una embolia, ó á un accidente tardío del cloroformo? (El despertar del cloroformo fué largo i difícil).

BIBLIOGRAFÍA

FEHLING.—*Lehrbuch der Frauenkrankheiten*, 1893.

RICHELOT. — *Hystérectomie abdominale totale contre les affections des annexes. Revue de Chirurgie*, 1897.

DOYEN. — *Traitement chirurgical des affections inflammatoires et neoplasiques de l'uterus et de ses annexes*, 1893.

BAUDRON. — *De l'hystérectomie vaginale appliqué au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'uterus*, 1894.

SEGOND. — *Inflammations periuterines. Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, tomo VIII, 1892.

CHARLE P. NOBLE. — *L'hystérectomie pour fibromyomes et pour inflammations des annexes en Amérique. Traduit par le Dr. R. LABUSQUIÈRE d'après The British Gyn. J.*, mai, 1897, p. 48. *Centralblatt für Chirurgie*, 1897, núm. 8.

8. Información de REICHEL. *La Semana Médica*, núms. 26, 35, 50, 51 de 1897.

L. SIERRA M. — *Tratamiento quirúrgico de las afecciones de los anexos. Revista Médica de Chile*, agosto de 1893.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL