UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
BUENOS AIRES

POR

FRANKLIN GILARDI

Ex practicante menor y mayor, interno, del Hospital San Roque
años 1895-96-97-98-99

11103

BUENOS AIRES

6863—Imprenta y Encuad. «MARIANO MORENO», Corrientes, 82

1899

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE E. DEL ARCA.

Vicedecano

DR. D. JOSÉ T. BACA.

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » JACOB DE TEZANOS PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNÁNDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.
» » LUIS GÜEMES.
» » ELISEO CANTÓN.
» » GREGORIO N. CHAVES.

Académicos Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE.
» » MARTÍN SPUCH.
» » TELÉMACO SUSINI.
» » EDMUNDO NOCARD.
» » EMILIO R. CONI.

Secretario Titular

DR. D. LUIS M. ACUÑA.

Prosecretario

DR. D. ZENÓN AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomia descriptiva	Doctor	Juan José Naón.
Anatomia topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histologia teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiologia general y humana	»	Pedro J. Coronado
Patologia general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar.
Patología externa	»	Obdulio Hernández.
Patología interna	»	José Penna.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriologia	»	Carlos G. Malbrán.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Domingo Cabred.
Enfermedades génito-urinarias	»	Federico Texo
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo. Alejandro Castro.
Clínica médica	Dres.	Gregorio N. Chaves. Abel Ayerza Luis Güemes. Francisco A. Sicardi.
Laringologia, otologia, rinologia	Doctor	Eduardo Obejero.
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Francisco de Veyga.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata.
Física médica	»	Jaime R. Costa.
Zoología médica	»	Eliseo Cantón.
Botánica médica	»	Martín Spuch
Botánica farmacéutica	»	Adolfo Mujica.
Química Médica	»	Atanasio Quiroga.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.
Dentisteria operatoria	»	León Pereira.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez.
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid.
Fisiología general y humana		Horacio G. Piñero.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Gregorio Aráoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patología externa	»	Pascual Palma. Daniel J. Cranwell.
Patología interna	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	»	José Badia
Bacteriología	»	Vacante.
Medicina operatoria	»	Nicolás Repetto.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	Dres.	Alfredo Lagarde. José F. Molinari.
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José A. Estevez. José R. Semprún.
Enfermedades mentales y su Clínica	Doctor	Benjamín T. Solari.
Enfermedades génito-urinarias		Vacante.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo. Diógenes Decoud. Alejandro Posadas
Clínica Médica	»	Julio Méndez. Ignacio Allende. Patricio Fleming
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello. Eliseo V. Segura.
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Luis F. Vila. Fanor Velarde
Medicina legal	Doctor	Domingo S. Cavia.
Enfermedades génito-urinarias		Vacante.
Toxicología	Doctor	Juan Alba Carreras.
Química aplicada á la Medicina	»	Francisco P. Lavalle.
Física médica	»	Juan J. Galiano.
Zoología médica		Vacante.
Botánica médica	»	Lucio Durañona
Botánica farmacéutica		Vacante.
Química médica	»	Francisco B. Reyes.
Farmacia teórica	»	Juan A. Dominguez.
Farmacia práctica		Vacante
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera.
Odontología		Vacante.
Dentisteria operatoría		Vacante.

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO

Doctor Luis Güemes

A la memoria inolvidable

de mi Padre

y de mi Hermano

A mi Madre

A mis Hermanos

Á LOS DOCTORES

Enrique Revilla

Julián Aguilar y Avelino Gutiérrez

GRATITUD

Señores Académicos;

Señores Profesores:

Los progresos crecientes que la Ginecología ha hecho en estos últimos años, las múltiples y variadas intervenciones de que los órganos pelvianos de la mujer han sido objeto, desde las más simples como las perineorrafias, raspados, amputaciones de cuello, colpotomías, etc., hasta llegar á esas grandes operaciones cuya realización requiere la abertura del abdomen y que tanto aterraba á los antiguos cirujanos, para quienes sus misterios continuaban siendo un enigma indescifrable, y que la práctica de la antisepsia, ayudada por una técnica operatoria más precisa y una instrumentación más completa, han hecho, hoy por hoy, de las laparotomías una operación relativamente fácil y corriente, entre todas ellas, la histerectomía abdominal continúa siendo una de las más delicadas y cuya realización debe conocer, profundamente, todo aquel que se dedique á esta rama tan importante de la medicina en favor

de una de las mitades del género humano, cuyas dolencias constituyen una preocupación constante, tanto del médico, como del más profano en esta ciencia.

La observación de muchos casos en que se ha intervenido por este medio, por causas variadas, y que he tenido ocasión de presenciar en el servicio de enfermedades de mujeres del Hospital San Roque, á cargo del Dr. Enrique Revilla, de quien he tenido el honor de ser practicante mayor durante el último año de mi internado, me ha inspirado la confección de este trabajo, más con el único objeto de cumplir con la última prueba que nuestra Facultad exige al alumno, que de aportaros algo nuevo que haya escapado á vuestra observación y á vuestro estudio.

Divido esta tesis en varios capítulos, poniendo de manifiesto en ellos: la historia, la anatomía quirúrgica, las indicaciones y los distintos procedimientos de histerectomía abdominal supra-vaginal y total, incluyendo en estos últimos, algunos abdómino-vaginales, pero en los cuales la mayor parte de la intervención se cumple por el vientre, y terminando con la exposición de las historias de enfermas, cuyas operaciones he presenciado y ayudado al cirujano operador en el transcurso del corriente año.

Permitidme ahora, que junto con el presente trabajo, rinda un homenaje de gratitud hacia todos los distinguidos profesores de la escuela, incluyendo entre éstos algunos en que, si el brillo de su inteli-

gencia se apagó para siempre, nos legaron en cambio, el valioso fruto de sus largos años de estudios y de observación.

Pero hay un nombre que no debo dejar pasar en silencio: es el del Dr. Enrique Revilla, mi distinguido maestro y amigo, quien con sus sabias lecciones y sus prudentes consejos, me ha guiado en la terminación de mi carrera médica.

A él mi reconocimiento eterno y sincero, lo mismo que al ilustrado Académico Dr. Luis Güemes, cuya sola presencia es un timbre de honor para el alumno que apadrina.

Historia

La extirpación total del útero se remonta á mediados del siglo XVI; pero los trabajos de entonces nos merecen muy poca fe, porque las mujeres que habían sido privadas de este órgano podían aún menstruar y concebir.

Breslau reunió en el año de 1852 una serie de 56 casos de extirpación del útero, la mitad de ellos próximamente se relacionaban á operaciones parciales é incompletas, empleando las diferentes vías usadas, ya sea la abdominal ó la vaginal.

Esta operación ha sido empleada, salvo raras excepciones, como en la inversión uterina, por ejemplo, en casos de tumor maligno y principalmente por cáncer, pero la historia propiamente dicha de esta intervención comienza desde el momente que las indicaciones fueron hechas y su manual operatorio expuesto de una manera precisa.

Wrisberg y Monteggia propusieron á fines del último siglo extirpar todo útero atacado de cáncer.

Las operaciones practicadas por Marschall en 1783

y por Langenbeck en 1813, fueron hechas por causa de prolapso uterino, pero en ninguna de ellas parece que se trate de extirpación total.

Gutberlet en un concurso efectuado en 1814 propuso el siguiente método de operación por la vía abdominal. He aquí en qué consistía su procedimiento:

—La pared abdominal habiendo sido abierta al nivel de la línea blanca, un ayudante introducía su mano previamente aceitada para separar las ansas intestinales llevándolas hacia el músculo diafragma; otro ayudante introducía por la vagina una pequeña copa teniendo cuidado de colocar dentro de la cavidad de ella la porción vaginal del cuello uterino. De esta manera tendía todo á su alrededor los diversos fondos de saco, ó mejor dicho, las inserciones de la vagina al cuello. Después de esto, el operador incindía con un bisturí todos los tejidos tensos sobre el reborde de la copa, mientras el primer ayudante que ha colocado sus dedos en la cavidad abdominal para separar los intestinos, comprimía las arterias ilíacas primitivas, dando tiempo á que el operador ligase todos los vasos que hubiesen sido seccionados. Langenbeck, que operó siguiendo este método en 1825, tuvo la desgracia de perder su enferma.

Delpech, el año 1830, hizo una operación combinando á la vez las dos vías, vaginal y abdominal. Abría la cavidad del vientre siempre sobre la línea blanca, atraía el útero hacia afuera, seccionaba los ligamentos anchos de ambos lados ligando ó torciendo los vasos que se presentaban, y por último

separaba las inserciones de los fondos de saco vaginales por esta última cavidad.

Cuando se practicaba una laparotomía por fibromas uterinos, se trataba de errores de diagnóstico, pues se pensaba en tumores del ovario y en la duda se hacía una incisión exploratriz. Los cirujanos quedaban aterrados ante el desarrollo excesivo de los vasos, temiendo con razón para su época las consecuencias que podría tener una hemorragia en semejantes circunstancias. Fué así que en 1825 Lizars habiendo diagnosticado un quiste del ovario y después de abrir la cavidad ventral, cerró ésta por haber constatado que se trataba de un fibroma del útero.

Dieffembach en 1826 corrió la misma suerte.

Por esa misma época se reducían á extirpar los fibromas uterinos pediculados, y la primera operación practicada por Granville en 1837, tuvo un éxito poco halagador.

Los tumores subserosos con una ancha base de implantación, lo mismo que los intersticiales, y que fueron tratados por la amputación parcial por Clay y Heath en 1846, tuvieron también un éxito desgraciado. Las dos operadas murieron de hemorragia.

Pero llega por fin la segunda mitad del presente siglo y no tardan en aparecer algunos éxitos. Burnham opera una mujer por quistes del ovario, y habiendo encontrado un tumor pediculado del útero extirpó este órgano. La enferma curó después de muchos días y de una profusa supuración por la

vagina y la herida abdominal. Viene después Kimball, que algunos meses más tarde hace, pero ya con un propósito deliberado, una extirpación total. Se trataba de una enferma que presentaba copiosas hemorragias producidas por fibromas intersticiales. Kimball extrajo primero el mayor número posible de núcleos fibrosos con el objeto de no dar á la herida abdominal una gran extensión y para abreviar el tiempo pasó una ansa de hilo á través del istmo y, después de haber ligado hacia ambos lados las respectivas extremidades, seccionó el útero llevando las ligaduras á la parte inferior de la herida y cerrando ésta por algunos puntos de sutura (« Boston Medical Journal », Mayo de 1855).

Kœberlé hace el 19 de Septiembre de 1863 su primera histerectomía, que por la novedad del tema en Europa, por la exactitud del diagnóstico y su técnica operatoria tan razonada, da una importancia colosal á su intervención. Kœberlé introdujo el ansa metálica en la ligadura del pedículo, abandonando la ligadura en masa hecha por los antiguos operadores. El ansa metálica fué substituida por algunos, por compresores ó por clamps; procederes todos inferiores al de Kœberlé.

Pean tiene el mérito de haber colocado esta operación sobre bases científicas é indicaciones bien netas. En la Academia de Medicina de París, en su sesión del mes de Agosto de 1870, Pean presentó una enferma curada y tres años más tarde, en 1873, publicó con la cooperación de Urdy un trabajo titulado:

«Histerotomie de l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie». Sobre nueve laparotomías hechas por causa de tumores fibrosos del útero obtuvo siete curaciones. Hasta 1879 hizo 46 histerectomías con 30 curaciones y cuya historia sucinta presentó á la Academia en su sesión del 18 de Noviembre de 1879. Desde entonces su nombre se une estrechamente á la historia de la histerectomía junto con el de Kœberlé, y hoy día se cuentan por centenares las operaciones de esta naturaleza hechas en todas partes, tanto de Europa como en América. Pero el método de Pean, que consistía en fijar con ayuda de agujas ó de hilos metálicos el pedículo uterino afuera del peritoneo, ha sido modificado por los otros operadores; sin embargo, en su parte esencial el procedimiento es el mismo.

Este primer período, como podría llamarse, de la histerectomía abdominal, está también caracterizado por las ardientes y apasionadas luchas que se suscitaron entre los cirujanos, dando motivo para que la Academia de Medicina de París condenase formalmente esta operación; pero, poco tiempo después, una comisión presidida por Richet, declaró que la histerectomía abdominal no obstante ser una operación muy grave, estaba perfectamente indicada y justificada en ciertos casos.

El ansa metálica de Kœberlé y Pean fué substituída por la ligadura elástica, y Kleberg de Odessa hizo, el 8 de Julio de 1876, la primera operación valiéndose de este medio. Martin recomienda también la

ligadura elástica provisoria en el Congreso de Naturalistas y Médicos Alemanes reunido en Cassell en 1878. Cinco años más tarde, Hegar dió á conocer en París su procedimiento de ligadura elástica definitiva para asegurar la hemostasis.

El segundo período se hace notar en ésta como en el de las otras grandes operaciones de la cirugía por la introducción de la antisepsia. A pesar de todos los perfeccionamientos de la técnica operatoria, del tratamiento intra ó extraperitoneal del pedículo, éste era siempre una amenaza de infección y de hemorragias secundarias, por lo cual se trató de substituirlo por la extirpación total del útero, operación que en el año de 1853 había practicado Burnham por vez primera, y que aunque aceptada con alguna reserva ha tomado, desde 1888, el lugar que le corresponde y que la hacen considerar hoy por hoy como la operación de elección.

Anatomía quirúrgica del útero

Las relaciones anatómicas del útero son de una excesiva importancia práctica; él afecta con la vejiga, con los uréteres y otros órganos, conexiones tan estrechas que hacen de su extirpación una operación altamente delicada. Empezaremos por determinar sus medios de fijación ó ligamentos. Son en número de seis: los anteriores ó ligamentos redondos, los medios ó laterales que son los ligamentos anchos y los posteriores ó útero-sacros.

Los ligamentos redondos nacen del fondo del útero al nivel de sus ángulos y se dirigen hacia abajo y hacia adelante, atraviesan el canal inguinal y van á insertarse en los grandes labios.

Los ligamentos anchos que desde los bordes del útero se dirigen hacia las paredes de la excavación son de forma cuadrilátera y colocados verticalmente, dividen la excavación en cuatro compartimentos sensiblemente iguales cuando el útero conserva su

posición normal. El borde superior de este ligamento presenta tres alas; en la primera está alojado el ligamento redondo, en la media la trompa de Falopio y en la posterior el ligamento del ovario. El borde inferior se continúa con el tejido celular subperitoneal de la pelvis y con la aponeurosis perineal superior y muy hacia adentro con los bordes laterales de la vagina. El borde interno se separa en dos hojas que continúan con las dos caras del útero y en el borde externo se unen para insertarse en las paredes de la excavación pelviana.

Los ligamentos posteriores ó útero-sacros nacen de la cara posterior del cuello, contornean las paredes laterales del recto y van á fijarse en la tercera y cuarta vértebra sacra.

El peritoneo se adhiere estrechamente al fondo del útero. Adelante, á medida que él desciende hacia el punto de unión del cuerpo y del cuello, está menos íntimamente unido á los tejidos musculares y en el fondo de saco vésico-uterino sus adherencias son tan laxas que el dedo llega prontamente á desprenderlo.

Es esta la región más importante bajo el punto de vista quirúrgico. El peritoneo se refleja del útero sobre la vejiga de ordinario al nivel del orificio interno, pero este punto de reflexión puede hacerse más bajo ó más alto. En las niñas él se encuentra más arriba, en las multíparas y las viejas más bajo que el nivel mediano. La base de la vejiga reposa sobre la cara inferior del fondo de

saco vésico-uterino, en relaciones estrechas con él, y los uréteres están profundamente encajados en el tejido celular. La pared vesical en un espacio de 14 milímetros está acostada sobre el cuello uterino; debajo, hasta el pubis, ella se apoya sobre la vagina. Courty ha encontrado como resultado de un gran número de medidas hechas á todas las edades que la distancia del orificio vesical del uréter y la inserción de la vagina sobre el cuello tenía un término medio de 1 ó 2 centímetros.

El intervalo que separa las partes laterales del útero con el uréter varía según el volumen del cuello é igualmente según el estado de replexión ó de vacuidad de la vejiga. Cuando la vejiga está vacía y el útero es normal hay una distancia de 12 milímetros enire el cuello y el punto de penetración del uréter en las paredes vesicales.

El peritoneo que recubre la cara posterior del útero se continúa sobre los ligamentos útero-sacros y desciende próximamente 18 milímetros sobre la pared posterior de la vagina antes de reflejarse sobre el recto para formar el fondo de saco de Douglas. Bien que el tejido celular subperitoneal no sea tan abundante hacia atrás como hacia adelante, el peritoneo puede ser fácilmente desprendido de abajo arriba hasta el nivel del orificio interno. El tejido celular comprendido entre las reflexiones de los ligamentos anchos se continúa hacia abajo con aquel que remonta hacia adelante sobre las caras laterales de la vejiga hasta el hipogastrio, y

aquel que desciende hacia atrás, sobre el elevador del ano y la aponeurosis superior del periné. En este tejido celular corren los vasos uterinos y los uréteres.

La arteria uterina, rama del tronco anterior de la ilíaca interna, camina oblícuamente hacia abajo y hacia adelante á partir de su origen en la vecindad de la sínfisis hasta la espina ciática. Un poco arriba de la espina ella abandona las paredes de la pelvis, pero continúa descendiendo hasta la mitad del camino de la tuberosidad del isquión; allí ella se recurva hacia adelante y se dirige hacia la vagina á la cual ella da ramas y llega al útero al nivel de su unión con la vagina. Remonta entonces sobre los lados de la matriz entre los repliegues de los ligamentos anchos, subministrando al útero, vasos, y finalmente se anastomosa con la arteria ovárica en la vecindad del cuerno uterino. Al nivel del orificio externo la arteria uterina da una rama considerable, la arteria circular del cuello, y subministra otras ramas á lo largo de su trayecto ascendente. En todo su transcurso el vaso es tortuoso y laxamente unido al tejido celular que lo rodea. En su porción la más declive esta arteria se encuentra al nivel del orificio externo y allí, ella pasa directamente sobre el uréter, casi en contacto con él, pero sin adherirse de ninguna manera. Las ramas laterales que la arteria uterina subministra á la matriz son tan numerosas que una compresión local debida á una flexión ó cualquier otra causa

puede difícilmente anemiar alguna porción del órgano.

La arteria ovárica ó espermática nace de la aorta debajo de la arteria renal, cruza el borde de la pelvis sobre ó delante de la bifurcación de la arteria ilíaca primitiva, atraviesa el uréter y recorre el borde superior del ligamento ancho hasta el cuello uterino. Más exactamente se podía decir que ella está situada entre los repliegues del ligamento infundíbulo-pelviano. En el espesor del ligamento redondo se encuentra una rama de la arteria epigástrica que se extiende hasta el útero.

Aunque la arteria uterina sea de ordinario más gruesa que la arteria ovárica, la inversa se observa á veces. Sus dimensiones relativas son pasibles de variaciones al infinito.

Las relaciones de los uréteres con el útero tienen una importancia capital. Las revistas de Holl, de Garrigues y de Polk, por más laboriosas y exactas que sean, no concuerdan nunca. La descripción más exacta de su trayecto es la siguiente: Penetrando en la excavación de la pelvis, el uréter cruza la arteria ilíaca primitiva al nivel de su bifurcación, después camina hacia abajo y hacia adelante por frente á la arteria ilíaca y su división anterior. En el punto donde esta división de la arteria ilíaca interna se subdivide en sus ramas, el uréter se dirige hacia atrás y es cruzado sobre su lado interno por la arteria uterina. El uréter se refleja entonces hacia adelante al nivel del orificio interno, y á una distancia de 12 milímetros

próximamente de este orificio, camina á lo largo de las partes laterales de la vagina durante un corto trayecto, finalmente se inclina arriba de la vagina de manera á ganar el intervalo que separa este órgano de la vejiga. El uréter penetra entonces en las paredes del receptáculo vesical exactamente arriba del medio de la pared vaginal anterior y le atraviesa oblicuamente descendiendo un poco.

Indicaciones

Múltiples y variadas son las indicaciones de la histerectomía abdominal. Empezaré por los fibromas, poniendo de relieve las causas que obligan al cirujano á tentar una operación tan radical. Ya Pean en el Congreso de Cirugía del año 1893 omitió la opinión de que todo fibroma, cualesquiera que sean sus dimensiones, las alteraciones que produzca del lado del organismo y la situación que ocupa, debe ser operado. Esta manera de pensar del gran cirujano francés debe ser aceptada bajo algunas reservas. Tal no es la opinión de muchos cirujanos, y entre ellos Schwartz, que acepta la histerectomía únicamente en los casos en que la presencia del tumor constituya un peligro para la vida de la enferma, y la opinión antigua de Verneuil que decía no haber visto sino dos enfermas morir por sus fibromas.

Doyen es de la misma opinión que Pean, y cree que estos tumores presentan una gravedad real y deben ser operados. Para emitir esto, se basa en la creencia

de que estos tumores no son siempre benignos como parece. Es cierto que ellos no se transforman fácilmente en otros de naturaleza maligna; pero esta transformación existe, y si bien en la época de la menopausa se observa que ellos participan de la involución de los órganos genitales, que su crecimiento se detiene, que se atrofian y hasta pueden desaparecer, no siempre sucede lo mismo, y numerosos son los casos en que á pesar de la edad su crecimiento aumenta y con ello aparece toda esa serie de alteraciones que la presencia de estos tumores, que llegan á tener dimensiones colosales, imprimen al organismo y que más adelante pondré de manifiesto.

No sucede lo mismo durante la pubertad; el fibroma una vez constituído se pone en relación con la actividad del útero. Todo lo que exagera la actividad de este órgano aumenta el volumen y crece el desarrollo del fibroma.

Veamos cuáles son las transformaciones que pueden sufrir los fibromas. La degeneración grasosa ha sido constatada á menudo. Esta degeneración se hace tanto en las fibras musculares como en el tejido fibroso. Los tumores de esta naturaleza que han sido diagnosticados durante la vida y que no se encuentran en la autopsia desaparecen tal vez por esta degeneración.

La transformación calcárea empieza algunas veces por la cápsula que envuelve el tumor, pero generalmente se hace del centro á la periferia, atacando primero el núcleo del fibroma.

Cruveilhier y Virchow han señalado la transformación en mixoma.

En cuanto á la sarcomatosa, negada por algunos y aceptada por Schröeder, Rokitanski y Virchow, es bastante frecuente, y si algunas veces ella pasa desapercibida es por la insuficiencia de los exámenes histológicos, que no siempre se llevan sobre la parte del tumor que ha sufrido la transformación.

En algunos casos el fibroma degenera en cáncer y aunque los fibromas siendo como son de origen mesodérmico no pueden dar lugar á un tumor epitelial, no quiere esto decir que algunos elementos epiteliales que se encuentran en el centro del tumor puedan sufrir algún día la transformación cancerosa.

El desarrollo excesivo de vasos hace tomar á estos tumores el aspecto de una esponja vascular, recordando por su semejanza los angiomas cavernosos. Son estos tumores que durante las reglas aumentan de volumen, llegando en ciertas ocasiones á doblarlo y aún triplicarlo. Virchow y Cruveilhier citan ejemplos de esta naturaleza. La formación de quistes, ya sean únicos ó múltiples, los hace asemejar á los quistes del ovario. La superficie interna de estas cavidades está revestida de una pared generalmente lisa, pero en muchas ocasiones anfractuosa é irregular.

Viene por último la infección, la supuración y la gangrena de los fibro-miomas, tan bien estudiadas por Hatz en su tesis de 1844 y por Braun, Hecker y Tyson. Esta última resulta, tanto de la torción del pedículo

como por la estrangulación por el cuello uterino, de un fibroma en vía de evolución vaginal.

Dejemos de lado las distintas transformaciones que pueden sufrir los fibromas y ocupémonos ahora de las consecuencias y de las modificaciones que su presencia imprime al organismo y que son una de las causas más poderosas que obligan al cirujano á intervenir. Tenemos en primer lugar las hemorragias. A excepción de los tumores fibrosos subserosos que algunas veces pasan desapercibidos por la ausencia de este síntoma, raro es aquel que por su presencia no dé lugar á abundantes menorragias al principio, que se transforman en metrorragias más tarde y que son la causa importante de la debilidad y de la anemia que en tan alto grado presentan las enfermas. Es indudable que estas hemorragias no provienen del tumor mismo sino de la mucosa por las alteraciones que ella sufre, y éstas son tanto más abundantes cuanto se aproximan más por su implantación á la mucosa uterina.

La leucorrea y la hidrorrea, que en ciertas ocasiones es tan abundante que al principio se tomaría por una cavidad líquida, que bruscamente viniese á abrirse en el útero ó la vagina y ser arrojada al exterior.

Los dolores tan vivos que generalmente sienten las enfermas y que tienen su asiento en el fibroma mismo ó en los anexos y son debidos puramente á compresión. Esto á primera vista daría lugar á pensar que las trompas ó los ovarios estuviesen afectados, constatándose su integridad perfecta en el momento de la

operación. No quiere decir tampoco que no se encuentren á menudo lesionados y que las salpingo-ovaritis sean entonces las causas de los dolores.

Vienen en seguida los fenómenos de compresión á que da lugar el desarrollo excesivo del tumor y las modificaciones que imprime á los órganos vecinos y al útero mismo sobre el cual está implantado. Empezaremos por este último. Las desviaciones del órgano son constantes: éste puede ser rechazado lateralmente ó ser colocado en ante ó retro-flexión. No es raro observar en los casos en que el tumor es muy considerable elevarse en la cavidad pelviana y venir á ser órgano abdominal, exactamente lo mismo que sucede durante el embarazo. Las deformaciones de la cavidad, que se vuelve irregular y que rinde el cateterismo uterino difícil y por consiguiente uno de los signos que tanta importancia tiene en el diagnóstico diferencial como ser el agrandamiento de la cavidad, viene á ser imposible constatar.

La inversión, las modificaciones histológicas que imprime á las paredes del útero y que en muchas ocasiones determina una hipertrofia considerable y consecutivamente un aumento de espesor y que ha valido á Guyon el empleo del término "embarazo" más acusado sobre todo en aquellos casos de fibromas intersticiales.

La vejiga es uno de los órganos que por sus relaciones inmediatas con el útero sufre el contragolpe de las alteraciones de éste. La disuria y la polakiuria es constante. Gallard en su libro "Leçons clinique sur

les maladies des femmes'' niega que estas alteraciones sean debidas á fenómenos puramente mecánicos; probablemente serán debidos á fibromas pequeños desarrollados sobre la cara anterior del útero. Durante las épocas mentruales se producen verdaderas cistitis, reagravadas éstas por el cateterismo empleado en los casos de retención de orina, y practicado en malas condiciones de asepsia.

Del lado de los uréteres y de los riñones se observan dilataciones debidas á la obstrucción que experimentan, y estas lesiones de distención son de una gravedad tal, que Murphy y Hanot las habían ya señalado en 1849, y que Pozzi y Gallard en su obra citada anteriormente la consideran como una poderosa indicación operatoria. Porak, en la Sociedad de Cirugía de París, en su sesión del 13 de Enero de 1887, ha relacionado la historia de una albuminuria y de accidentes urémicos por la presencia de un fibroma que comprimía los uréteres y desaparecidos después de la histerectomía. Las pielo-nefritis y las hidro-nefrosis son frecuentes y muchas causas de muerte atribuídas á las histerectomías, no son sino debidas á las alteraciones del aparato renal, reagravadas por las inhalación del anestésico. El recto es igualmente comprimido y la presencia de hemorroides en las enfermas son debidas á la estancación de materias excrementiciales. Roberto Barnes, en su tratado de enfermedades de mujeres, le atribuye gran importancia, siendo la causa de accidentes de comproemia que resulta de este estado, ó sea una verdadera toxemia.

La compresión puede ser tal que dé lugar á una oclusión intestinal. Una enferma, la señora G. L. de G., que era asistida por el Dr. Revilla, habiendo ingresado á su servicio del Hospital San Roque (Sala XI, cama nº 34), y no pudo ser operada á causa de la afección cardíaca concomitante debida á la presencia de un gran fibroma del tamaño de una cabeza de adulto, siendo dada de alta por este motivo en el mes de Abril del presente año, presentaba en los últimos días del mes de Julio una oclusión intestinal manifiesta. Vista en consulta por los Dres. Prando y Ballestero-Blaye, por indicación del Dr. Revilla, propusieron practicarle un ano contra natura como único recurso para salvarla de este accidente tan grave.

Réstanos, por último, estudiar las alteraciones que la presencia de estos grandes fibromas causan del lado del corazón y de los vasos periféricos. En éstos, su presencia se traduce por edemas localizados, dilataciones venosas de todas clases, flebitis, neuralgias crurales y ciáticas que atestiguan las compresiones nerviosas. Las afecciones cardíacas, aun las más ligeras, se reagravan exactamente lo mismo que durante el embarazo. Algunas observaciones habían sido publicadas cuando Hofmeier presentó á la Sociedad de Ginecología de Berlín, el 24 de Octubre de 1884, una serie de trabajos sobre la fisiología patológica del Shoch, insistiendo sobre la frecuencia de las enfermedades del corazón en los tumores abdominales y en particular en las fibromas. La muerte en las histerectomías sería debida á la degeneración de la

fibra muscular del corazón, ya se trate de atrofia morena ó de degeneración grasosa, esta última la más frecuente y cuya presencia se manifiesta por una disminución en la intensidad de los tonos cardíacos en los diferentes focos de auscultación, la sofocación, la debilidad general, en una palabra. Es por esto que la auscultación y el examen detenido de estas enfermas deberá ser practicado con sumo cuidado, y á pesar de que muchos cirujanos y Pozzi mismo la consideran como una indicación operatoria más, no es necesario tomar en absoluto esta opinión, y así vemos entre nosotros mismos, seguir en muchos casos un tratamiento paliativo y negarnos á toda tentativa operatoria. Más adelante relacionaré la historia de algunas enfermas que en el transcurso del corriente año se han presentado en el servicio del Dr. Revilla, y que este cirujano se ha negado á intervenir por su mal estado general y en particular por las alteraciones del corazón en dichas enfermas.

Una de las indicaciones más importantes de la histerectomía es sin duda alguna dada con el objeto de evitar á la mujer un nuevo embarazo en los casos en que ésta es portadora de fibromas uterinos.

La distocia especial que su presencia determina y que contribuye á retardar y aun á impedir el trabajo del parto, ha inducido á muchos cirujanos á intervenir por este medio. Está hoy fuera de duda, á pesar de la opinión contraria de Louis, que la fecundación puede hacerse. Es cierto que en muchos casos la presencia de fibromas rinde la mujer estéril, pero no

es menos cierto que esta fecundación es posible y que ella se observa en un tercio de los casos, mientras que los mujeres que no presentan esta complicación se encuentran en la proporción de una sobre ocho, según Spencer Wells, en cuanto á esterilidad.

Por otra parte, las modificaciones que el embarazo imprime á los fibromas son bien marcadas. Estos se encuentran considerablemente aumentados de volumen y aunque después del parto sufren una especie de regresión, su tamaño no obstante es mayor que antes del embarazo.

Algunos autores han creído, y el hecho es excepcional, de que los fibromas desaparecen durante el embarazo. Ribemont-Dessaignes piensa que lo que éstos han tomado por una desaparición del tumor no es sino debido al aplastamiento y que lo hace imperceptible por efecto de una especie de reblandecimiento motivado todo por una vascularización mayor.

En cuanto á la influencia que ejercen los fibromas sobre el embarazo es muy variable. Mientras que muchas mujeres que son portadoras de pequeños fibromas sobre el útero, soportan bien su embarazo y llegan á término con felicidad cumpliéndose normalmente el parto, otras hay, en que su presencia es una causa poderosa de aborto ó de parto prematuro, y en las pocas en que el embarazo se prolonga hasta su término normal el trabajo se encuentra diferentemente influenciado por la presencia del fibroma, y las dificultades varían según su implantación ya al nivel

del fondo, ó ya al nivel del segmento inferior del órgano.

Los diversos diámetros pelvianos disminuyen considerablemente, y si no es posible á veces reducir el tumor, hacerle sufrir un movimiento ascensional y que permita á la parte fetal descender, encajarse, el partero en semejante caso verá rendir el parto imposible y entonces la operación cesárea, ó la de Porro, ó mejor todavía la histerectomía abdominal total, viene indicada.

Cáncer.—En el cáncer del cuello con propagación al cuerpo, la histerectomía es una indicación capital que no da ya lugar á discusión. Mientras que algunos prefieren la vía vaginal á la abdominal, esta última es sin duda alguna más favorable y que permite la extirpación del útero, cualquiera que sea su tamaño. Para practicar esta operación algunos ginecólogos creen que es absolutamente necesario la limitación exacta del tumor al útero, la ausencia de infiltraciones apreciables en el tejido celular pelviano y la integridad de los ganglios. Todo esto no es sino puramente teórico, pues no es posible encontrar un caso en tan buenas condiciones.

Se interviene por la vía abdominal, porque esto permite practicar una operación mucho más radical con un campo operatorio más considerable, y más accesible á la vista del cirujano. Es cierto que los fallos operatorios son frecuentes y no obstante el resultado desgraciado que tuvieron las cuatro operaciones de Hofmeier, que perdió sus enfermas, se puede consi-

derar la histerectomía abdominal como la operación de elección en el tratamiento de los cánceres del cuerpo.

En la Sociedad de Cirugía de París, en su sesión del 28 de Diciembre de 1898 M. Picquet presentó tres casos de histerectomia abdominal, operados por Mauclaire, por cáncer uterino. Dos de las enfermas murieron, la tercera curó. Hace notar que el tiempo delicado de esta operación es el vaciamiento de la pelvis con el objeto de sacar todas las parte del sistema linfático invadidas por el cáncer. Para evitar herir los uréteres, se puede á ejemplo de Quenu, practicar el cateterismo de estos canales. A pesar de todas las precauciones tomadas no se está siempre seguro de extirpar todas las partes invadidas por el neoplasma y de la posible infección del peritoneo por el cuello. Después de algunas otras consideraciones termina haciendo resaltar que no hay ventaja en preferir la vía abdominal á la vaginal, pues á su juicio siendo la primera más peligrosa no subministra resultados superiores bajo el punto de vista curativo. ("Semaine Médicale", Enero 1899).

En las infecciones bilaterales de los anexos y por las cuales se practica la castración, la conservación del útero es la causa de alteraciones funcionales variadas y la más de las veces de un mal resultado terapéutico. Basándose en estas consideraciones, Delageniére practica la histerectomía abdominal total al mismo tiempo que la extirpación de los anexos, aprovechando la vía que se sigue general-

mente para esta operación y no tener así que recurrir más tarde á una nueva. La opinión de Delageniére, cuyas consideraciones han sido publicadas en los "Archivos Provinciales de Cirugía" de 1895, es compartida por muchos cirujanos americanos, entre ellos Krug, Baldy, Brown, Polk, etc., que consideran un gran inconveniente dejar subsistir un útero inútil y doloroso. El procedimiento que Delageniére sigue en estos casos será descrito más adelante, conjuntamente con los otros métodos de histerectomía abdominal.

Procedimientos operatorios

En el presente capítulo voy á describir los diversos procedimientos operatorios de histerectomía abdominal más comunmente usados, empezando por aquellos en que se hace la amputación supra-vaginal, enumerando de paso las causas por las cuales se han substituído por la amputación total y terminando por la descripción de estos últimos.

En la histerectomía abdominal supra-vaginal los cirujanos se han dividido en dos bandos con respecto á la colocación que debe darse al pedículo uterino restante de la amputación, naciendo de ahí dos grandes métodos; aquel mediante el cual se le abandona dentro de la cavidad peritoneal, y el otro en que se le mantiene al exterior, constituyendo el tratamiento intra y extraperitoneal del pedículo respectivamente.

El nombre de Schröeder va íntimamente unido al primero de los procedimientos indicados, como el de Hegar al segundo, y á pesar de las modificaciones que le han llevado muchos otros operadores, en su

parte fundamental, el procedimiento no ha variado. Que se siga uno ú otro de los dos grandes métodos, los primeros tiempos de la operación son iguales. Hé aquí la manera de proceder: Una vez abierta la cavidad ventral con las precauciones conocidas y habiéndose dado cuenta del volumen del tumor para ver si es posible extirparlo por entero sin necesidad de dividirlo en trozos, ó si es quístico practicar una punción, y si ambos casos no fueran posibles, se agranda la incisión abdominal lo suficiente para su enucleación; se seccionan los ligamentos anchos entre una cadena de dobles ligaduras, se coloca entonces la ligadura elástica provisoria, teniendo cuidado de no comprender la vejiga en ella y evitar su deslizamiento por medio de una aguja, que atravesando el pedículo lo impida si es necesario y se secciona el pedículo del tumor á dos traveces de dedo por encima del ligador. Hasta aquí los dos métodos son exactamente iguales, pero desde este momento variarán según que se quiera seguir el proceder de Hegar ó el de Schröeder.

Tomemos el primer caso: tratamiento extraperitoneal del pedículo. Debiendo éste ser fijado á la pared abdominal, se le toma con una fuerte pinza de Museaux, se le lleva hacia arriba, es decir, hacia afuera de la cavidad abdominal, manteniéndolo contra el ángulo inferior de la herida. Con seda ó con catgut fino se procede á hacer una sutura del peritoneo parietal al pedículo uterino por debajo de la ligadura elástica, y después de haber rodeado todo

dicho pedículo, se continúa la sutura hacia arriba con el objeto de adosar las dos hojas del peritoneo parietal y cerrar de este modo con un primer plano la cavidad ventral. La aponeurosis y la piel, constituyendo otros dos planos separados, se suturan á su vez, pero teniendo cuidado de no llegar hasta el pedículo uterino, para que cuando éste comience á esfacelarse no se infecten á su contacto con el muñón. En el caso en que el pedículo ejerciera una fuerte tracción, debido á que fuese relativamente corto, se le atraviesa con dos largas agujas, formando cruz por encima de la ligadura, se cortan las puntas y se apoyan, si fuese necesario, sobre pequeños rodetes de gaza iodoformada, ó simplemente esterilizada, lo que impide maltratar los tegumentos. Se regulariza el muñón del pedículo con tijeras y se cauteriza al termo-cauterio después de haberlo rodeado de compresas. Se coloca por encima del pedículo una mezcla formada de una parte de iodoformo por cinco de tanino, luego un apósito y se deja esta primera curación por espacio de 10 ó 12 días; al cabo de este tiempo se levanta la curación, se coloca una segunda, y por último, de los 20 á 25 días, de la histerectomía, la ligadura elástida se desprende arrastrando junto á ella el pedículo y las agujas, dejando en su lugar una superficie granulosa que tiene el inconveniente de retardar algunas veces la cicatrización, observándose otras, durante las épocas menstruales, un derrame sanguíneo si los ovarios han sido con-

servados y las más de las veces una fístula ó una hernia al mismo nivel.

Si se quiere seguir el proceder de Schröeder, ó sea el tratamiento intra-peritoneal del pedículo, procediendo á la extirpación del tumor, se hará primero al peritoneo una incisión circular á una distancia de 3 centímetros por encima de la ligadura, de manera á obtener una cantidad de serosa suficiente para recubrir en su totalidad la herida, haciendo, si es necesario, una ligera tracción. Se secciona el tumor destruyendo y desinfectando la mucosa de la cavidad uterina que se encuentra en el fondo de la herida. Este es el gran inconveniente que presenta el tratamiento intra-peritoneal, pues la infección puede venir de ahí. Es para evitar en algo este peligro que Olshausen aconseja vaciar en embudo el pedículo, cauterizar luego con ácido fénico al 5 %, ó bien con el termo-cauterio Paquelin, hundiendo la cuchilla en la cavidad cervical y evitando en lo posible el contacto con las porciones más superficiales de la herida y que podrían, entonces, retardar ó impedir la cicatrización por primera intención que se debe siempre buscar y favorecer. Se procede luego á la sutura con haciendo catgut una serie de puntos separados, pero si el muñón es grande, es necesario hacer una fuerte resistencia, lo que daría lugar á la mortificación de los tejidos, ó lo que es más posible, á la desgarradura de los mismos. Para obviar á este inconveniente se aconseja hacer una sutura continua con catgut á planos superpuestos, y si fuese necesa-

rio se colocarán algunos puntos separados con seda, caminando en todo el espesor de la herida y ligeramente en bisel, haciéndose primero éstos para evitar que pudieran cortar el catgut si se colocan de antemano. Se completa, por último, afrontando el peritoneo por algunos puntos de sutura ligeramente superficiales, se saca la ligadura elástica provisoria y se cierra la cavidad abdominal. Algunos aconsejan, y entre ellos Martin, de practicar siempre el drenage por medio de un tubo en cruz á través del fondo de saco de Dcuglas. Después de las precauciones antisépticas tomadas en nuestros días, este drenage que Martin hace de una manera sistemática, debe ser abandonado ó usado sólo en ciertos casos. El procedimiento de Schroeder que, como he dicho anteriormente, es el fundamental de histerectomía supra-vaginal, ha sido seguido de muchos, entre los cuales describiré algunos de los más modernos é importantes.

Proceder de Zweifel.—Antiguamente procedía así: Hacía la ligadura de los ligamentos anchos por partes y aplicaba en seguida una ligadura elástica como provisoria; disecaba, hacia adelante y hacia atrás, dos colgajos peritoneales, hecho lo cual, amputaba el tumor. Cauterizaba el canal cervical, extirpaba á bisturí las partes cauterizadas, después practicaba con gran cuidado y con catgut la ligadura en cadena del muñón, y, por último, rebatía los dos colgajos peritoneales y los suturaba afrontando bien serosa con serosa; pero hoy día ha modificado su proceder

del modo siguiente: Practica por partes la ligadura de los ligamentos anchos hasta el borde del útero, sirviéndose de una aguja de Reverdin, corta sobre la cara anterior del útero ó del tumor un solo colgajo destinado á cubrir el muñón. Este colgajo es rebatido hacia adelante. Pasa después con una aguja y á través del pedículo un hilo de catgut conjuntamente con una de las extremidades del último hilo colocado sobre el ligamento ancho. Un poco más lejos pasa otro hilo de catgut, y de esta manera, encadenando los diversos cabos, hace tres ó cuatro ligaduras, según el ancho del pedículo, tomando todo entero éste, cierra en seguida vigorosamente todas las ansas, amputa el tumor y, por último, rebate el colgajo peritoneal sobre el pedículo suturándolo al borde posterior del muñón. No da ninguna importancia á la desinfección del cuello uterino.

Proceder de Lauwers.—Este cirujano encadena los ligamentos anchos comprendiendo en la última ansa el borde del útero, secciona los ligamentos y corta delante y atrás dos colgajos destinados á ser suturados sobre el pedículo.

Proceder de Baer y de Talley.—Consideran inútil suturar el pedículo. Después de la ligadura de los ligamentos anchos, se contentan con hacer la ligadura de los vasos que se dirigen á la porción restante del cuello y que elloo tratan de conservar considerándola como llave de sostén de la plancha pelviana. Se abandona esta porción de cuello á sí misma, que se encuentra recubierta naturalmente

con el peritoneo vecino. Si el repliegue seroso no recubriera el pedículo se suturará poniendo algunos puntos.

Proceder de Chroback.—Secciona los ligamentos entre dos cadenas de ligaduras, corta luego en las caras anterior y posterior dos colgajos de desigual largo, que desprende hasta la inserción de la vagina sobre el cuello. Hacia los dos lados del cuello coloca una ligadura sobre la arteria uterina, después secciona transversalmente el cuello á un centímetro de la inserción vaginal. Desinfecta el canal cervical, ya sea con una solución fuerte de ácido fénico ó ya al termo-cauterio; rebate luego los dos colgajos y los sutura. Por este procedimiento la línea de sutura viene á quedar por fuera de la cavidad del cuello, á causa de la desigualdad de los dos colgajos en cuanto á su largo. En fin, recubre los muñones resultantes de las ligaduras laterales hechos sobre los ligamentos anchos con un repliegue seroso que sutura en jareta.

Proceder de Richelot.—Tira toda la masa del tumor fuera del vientre, marca sobre su cara anterior un colgajo destinado á recubrir el muñón, y diseca este colgajo que pone la vejiga al abrigo. Coloca una ligadura elástica provisoria comprendiendo los ligamentos anchos, enuclea los fibromas contenidos en el cuello, si existen, después atraviesa el pedículo con una gruesa seda doble que liga en cadena y coloca un segundo hilo alrededor del pedículo para mayor seguridad. Los ligamentos anchos son ligados al

mismo tiempo que el pedículo. Saca la ligadura elástica provisoria, cauteriza al termo-cauterio la superficie del muñón, rebate sobre él, el colgajo tallado hacia adelante y lo sutura al borde posterior del muñón.

Proceder de Balwin.—Después de la abertura del abdomen el ligamento ancho es tomado de arriba abajo y hacia afuera del ovario con una pinza, otra pinza es puesta á lo largo del útero y en seguida se secciona el ligamento cerca de la primera pinza. Hace la misma maniobra del otro lado; se corta un colgajo hacia adelante y otro atrás, se toma por separado cada arteria uterina y se amputa el útero arriba del orificio interno. Se ligan las arterias, se pasa una gaza en el canal cervical y se suturan los dos colgajos el uno al otro.

Proceder de Terrier.—Seccionado el abdomen saca el fibroma y lo lleva hacia afuera, extirpa los anexos y hace un colgajo peritoneal anterior. Incinde en seguida transversalmente el peritoneo hacia atrás, busca las arterias uterinas y practica su ligadura. Hecho esto, secciona transversalmente el cuello arriba de las ligaduras de las arterias y saca la pieza. Cauteriza la cavidad del cuello y practica inmediatamente la sutura de manera á impedir la comunicación de la cavidad del cuello con el tejido subperitoneal. En fin, rebate el colgajo anterior por arriba del cuello y le sutura atrás al colgajo posterior.

Proceder de Ch. Noble.—Hace primero la sección entre dos ligaduras del ligamento ancho del lado

indemne, después la ligadura de los vasos ováricos del lado enfermo. Con una aguja pasa un hilo debajo de los ligamentos redondos, hace la ligadura y después la sección. Incinde en seguida el peritoneo transversalmente arriba de la vejiga y descortica la cara anterior del tumor. Buscando en seguida cuidadosamente el uréter, para no herirlo, incinde el peritoneo hacia atrás, enuclea el tumor rechazando el peritoneo y termina por la ligadura de los vasos uterinos del lado enfermo. El cuello es seccionado arriba de la vagina y el tumor sacado. Se extirpan después los anexos por medio de ligaduras colocadas hacia afuera y se sutura el peritoneo pelviano.

Proceder de Hofmeier.—El vientre abierto, el tumor es llevado al exterior y los ligamentos anchos seccionados hasta su base entre dos rangos de ligaduras, se desenclava el tumor al máximum, después se practica la ligadura de las arterias uterinas haciendo pasar el hilo en el tejido del cuello. Se disecan hacia adelante y hacia atrás dos colgajos que se aislan lo más abajo posible. Se seccionа el cuello en su parte más inferior colocando dos ó tres ligaduras con catgut sobre los puntos que sangran. El tumor extirpado, se aproximan los dos colgajos el uno al otro y se le sutura con catgut. Se termina cerrando la cavidad abdominal.

Termino aquí la exposición de los métodos de histerectomía abdominal supra-vaginal. Réstame ahora, señalar ligeramente los inconvenientes que presenta en la práctica la presencia del muñón uterino res-

tante de la amputación ya se siga el método extra peritoneal de Hegar ó intraperitoneal de Schröeder.

En el primero la eliminación del pedículo tarda demasiado tiempo en efectuarse, necesitando por lo menos veinte ó veinticinco días y retardando por consiguiente la curación. Felices aun las enfermas en las cuales esta eliminación se hace de una manera aséptica; desgraciadamente no sucede siempre así, y fácilmente se observan flemones, abcesos y, lo que es más grave aún, una peritonitis que puede ser mortal: todo esto producido por los gérmenes que están albergados dentro del canal cervical y cuya desinfección perfecta es imposible. Por otro lado, la presencia de hemorragias periódicas por dicho punto, como ya anteriormente he explicado su producción, la poca resistencia de la pared ocasionada por la cicatriz ancha que subsiste en estos casos, da lugar á la formación de una hernia ventral, que obliga á muchas mujeres á reoperarse para salvar este inconveniente que no deja de ocasionarles bastantes molestias.

La persistencia de una fístula vagino-abdominal, el obstáculo á la distención de la vejiga con todos los síntomas inherentes á este estado, la formación de adherencias con los órganos vecinos y, lo que es mucho más temible, los peligros que ofrece una estrangulación interna, son todas estas causas las que obligaron á substituirlos por la extirpación total.

Muchos de estos mismos inconvenientes presenta

el método intra-peritoneal de Schröeder, aumentados por la posibilidad de una hemorragia, pues por la sutura que emplea no se está seguro de la hemostasis en arterias de cierto calibre como las uterinas en este caso, y si bien en muchos de los procedimientos que anteriormente he enumerado este peligro desaparece ó se atenúa en gran parte por medio de la ligadura en masa ó fraccionada del muñón, en cambio las chanzas de infección son mayores por la presencia de un nuevo cuerpo extraño dentro de la cavidad abdominal. La histerectomía total salva, pues, en gran parte estos peligros y no aumenta el tiempo necesario para hacer esta intervención como creen algunos cirujanos. Tanto en la ligadura del muñón como en el desprendimiento de las inserciones vaginales al cuello, el tiempo varía poco, dependiendo únicamente de la mayor ó menor habilidad del operador.

Llega por fin su turno á la descripción de los procederes de histerectomía abdominal total, y entre ellos incluiré algunos en los cuales aunque se requieran algunas maniobras por la vagina, la mayor parte de la intervención se efectúa por la vía abdominal, es decir, procedimientos vagino-abdominales de histerectomía total.

Procedimiento del Dr. Routier.—La descripción de la técnica ha sido hecha por su discípulo Raymond Diriart en los "Anales de Ginecología y Obstetricia" correspondientes al año de 1897. Dos ó tres días antes de la operación la enferma sufre una prolija

desinfección vaginal. Si existen ulceraciones sobre el cuello uterino, se tocan éstas con tintura de iodo. La víspera se le administra un purgante y el día siguiente de la operación, por la mañana temprano, se hace una última irrigación vaginal seguida de un taponamiento hecho con gasa iodoformada.

Operación—*1er Tiempo.*—Por la vagina, abertura completa ó incompleta de los fondos de saco anterior y posterior. La enferma anestesiada es llevada hasta la extremidad de la mesa de operación y colocada en la posición para histerectomía vaginal, las piernas son mantenidas á cada lado por dos enfermeras. La duración de este tiempo debe ser muy corta para evitar la colocación de separadores. La vejiga es completamente vaciada. El operador colocado entre las piernas de la enferma toma con una pinza de Museaux el cuello uterino y lo lleva lo más posible afuera de la vulva. El ayudante, colocado á la izquierda del operador, introduce en la vagina la valva posterior que sostiene con la mano derecha y toma, con la izquierda, la pinza de Museaux que él tira hacia arriba arrastrando consigo el cuello. Con el bisturí, el operador hace sobre la cara posterior del cuello uterino, á dos centímetros de su borde libre, una incisión transversal, teniendo cuidado de no alcanzar de ambos lados las inserciones laterales de la vagina y luego, con el mango del bisturí, con la tijera ó aún con los dedos desprende la inserción de la vagina al cuello y trata de abrir el fondo de saco posterior.

Si esto no fuera posible se renuncia á la abertura completa del fondo de saco y se contenta con la desinserción completa de la vagina sobre el cuello. Se coloca, por el momento, una esponja en el fondo de saco. Si la abertura de este último diera sangre se colocarán algunas pinzas de Pean y si hubiese pus se drenará postergando la histerectomía para una época ulterior. Después se pasa á la abertura del fondo de saco anterior de la misma manera en que se ha procedido para el posterior. Se hace un abundante lavado al sublimato y se coloca un tapón llevando la enferma á la posición dorso-sacra, mientras el operador y el ayudante se lavan de nuevo las manos para proceder á hacer la abertura del abdomen.

2º Tiempo.—Laparotomía—Tratamiento de los anexos. —La abertura de la cavidad abdominal no presenta ninguna dificultad. Llegado al peritoneo y practicado un ojal, se agranda éste con tijeras y se toman los bordes, pasándoles un ansa de hilo conjuntamente con los músculos y la piel. El peritoneo abierto, se buscan las adherencias que pueden existir entre el epiplón ó entre el epiplón y los anexos. Si existen se las rompe ó se las corta entre dos ligaduras. Se protegen los intestinos con algunas compresas y se va en busca de los anexos. Si están sanos y móviles se lleva una ligadura doble con seda hacia afuera del ovario, sobre la parte superior del ligamento ancho. La aguja de *Dechamps* que lleva la seda debe comprender un buen espesor de ligamento ancho, que será tomado entre dos ligaduras con seda. Se cortan entre

éstas y se tocan con termocauterio instantáneamente. Se hace lo mismo con los anexos del otro lado.

3er Tiempo.—Exteriorización y enucleación de los fibromas.—La llevada del fibroma fuera del vientre no debe preceder al tiempo que acabamos de describir y debe ser efectuada de una manera bien diferente, según que el fibroma se encuentre desarrollado en el abdomen ó se halle enclavado en la pequeña pelvis. En el primer caso el cirujano insinúa sus dos manos bajo el fibroma y lo luxa bien pronto hacia afuera, á menos que no lo esté impedido por el volumen del tumor, en cuyo caso hará la descorticación. En el segundo, el útero quedando enclavado en la pequeña pelvis es mantenido en esta posición por la presión atmosférica, y entonces será conveniente servirse del tirabuzón. Una vez encajado éste, se ejercen tracciones que son suficientes para vencer las más grandes resistencias.

Si el fibroma no puede ser exteriorizado, ó si por su volumen impide los movimientos del operador para abrir ulteriormente los fondos de saco y asegurar la hemostasis de la parte inferior de los ligamentos anchos, el fibroma será descorticado.

4º Tiempo.—Abertura del fondo de saco anterior y posterior.—Que se haya descorticado ó no el tumor, la abertura del fondo de saco se hace de la misma manera, pues la incisión vertical usada para la descorticación no debe descender nunca hasta el fondo de saco anterior; ella se detiene á 3 ó 4 centímetros hacia arriba. Si estos fondos de saco han podido

ser abiertos por la vagina, será suficiente agrandarlos por el abdomen. Para el anterior, el cirujano, después de haberlo libertado por dos ó tres golpes de tijera de cada lado del orificio, introduce sus dos índices, y es alejándolos uno de otro que obtiene la separación hacia afuera de los uréteres y el desprendimiento completo de la vejiga. Para el fondo de saco posterior la maniobra es todavía aún más fácil y dos incisiones con la tijera son suficientes para asegurar su ancha abertura, pues el útero ha sido previamente basculado sobre el pubis.

En los casos en que los fondos de saco no han sido abiertos la técnica es la siguiente: Después de haberse rendido cuenta del punto culminante del peritoneo por medio de una sonda introducida en la vejiga se hace, á uno ó dos centímetros de este punto, una incisión transversal del peritóneo, después aprovechando de la brecha abierta se separa, con incisiones hechas á la tijera, la vejiga del fibroma, llevando la punta del instrumento en contacto con el tumor y separando á necesidad la vejiga con la mano izquierda teniéndola contra el pubis. Así se perfora el fondo de saco tanto más rápidamente cuanto que la desinserción de la vagina sobre el cuello había podido ser llevada más arriba en el primer tiempo vaginal. El fondo de saco anterior es así abierto, se introducen los índices para separar los uréteres y la vejiga como ha sido explicado anteriormente. Para abrir el fondo del saco posterior se bascula el fibroma sobre el pubis y se hace sobre la

cara posterior del cuerpo fibroso una incisión á bisturi ó á tijera que hace bien pronto penetrar por el fondo de saco en la vagina.

5º Tiempo. — Hemostasis de los ligamentos anchos.— Supongamos que se quisiera hacer primeramente la del ligamento ancho derecho. El ayudante manteniendo el fibroma por la pinza tomada con la mano derecha lo tira hacia arriba y hacia la izquierda sin exagerar mucho la tracción y el cirujano que ha tomado la ligadura elástica con la mano derecha insinua esta mano detrás de la cara posterior del fibroma y va con el dedo al fondo de saco posterior en busca del borde derecho del cuello uterino.

Llegado al nivel de este borde el ligador elástico aparece en el fondo de saco anterior donde la mano izquierda del cirujano viene en busca de la extremidad libre de la ligadura que puede ser tomada entre el pulgar y el índice y tirado á lo largo de la cara anterior del ligamento ancho derecho. La ligadura es de este modo colocada á caballo sobre el ligamento, alrededor del cual se le hace hacer, siguiendo la misma vía, una segunda vuelta. Es necesario á cada vuelta ejercer fuerte tracción sobre la ligadura elástica, después, las dos circulares siendo hechas al rededor del ligamemto que es fuertemente comprimido, el cirujano que tiene las dos extremidades de la ligadura las cruza tendiéndolas lo más posible, mientras que el segundo ayudante coloca una ligadura con seda al nivel del entrecruzamiento para mantenerlo.

Durante todo este tiempo el ayudante principal

mantiene con su mano derecha el fibroma que lleva hácia arriba y á la izquierda y con la otra mano separa momentáneamente la pared abdominal para favorecer la colocación de la ligadura de seda sobre el elástico. La ligadura siendo definitiva se corta al ras el hilo de seda y se desprenden las inserciones del ligamento ancho sobre el útero, teniendo cuidado que la sección hecha á tijera se haga á expensas de las paredes del útero, más bien que á expensas del ligamento mismo. El útero es de este momento mismo libre de adherencias, sobre todo su borde derecho y se ensaya de hacerlo bascular alrededor del ligamento ancho izquierdo. Para esto se toma con una pinza el borde derecho del útero lo más bajo posible hasta llegar poco á poco sobre el cuello uterino mismo. El cirujano ejerce tracciones sobre la pinza del cuello de manera á llevar éste hacia arriba y á derecha, haciendo así evolucionar el fibroma alrededor del ligamento ancho izquierdo. La báscula es juzgada suficiente cuando se crea que es posible insinuar debajo del cuello un ligador elástico. En este momento el ayudante mantiene la pinza del cuello tirada hacia arriba y á la derecha y el cirujano tiende debajo del ligamento ancho izquierdo un ligador elástico, que es pasado dos veces por él y mucho más fácilmente que antes, pues el útero puede ser elevado ó bajado á voluntad. Al nivel del entrecruzamiento se pasa una seda como anteriormente para mantenerla al ligador, se secciona á su vez este ligamento ancho como precedentemente á lo largo

del borde izquierdo uterino y de este modo el tumor es completamente extirpado. La hemostasis uterina puede ser hecha también con seda en lugar de los ligadores elásticos, pero tiene la desventaja de desgarrar los tejidos, lo que no sucede con el elástico.

6° Tiempo.—Toilette del peritoneo.—Pasaje de las ligaduras en la vagina.—Extirpado el tumor, se saca la sangre coagulada que haya en la pequeña pelvis por medio de compresas y de la mejor manera posible. Del abdomen se pasa á la vagina una esponja para arrastrar la sangre que hubiera en ella, siendo retirada de esta última por un segundo ayudante. Introduciendo ahora por la vagina una pinza y siguiendo la cara anterior, el cirujano trata de constatar, por el vientre, su extremidad; hecho esto, se abren las ramas, se toman las ligaduras junto con una gaza iodoformada, sobre las cuales se cierra la pinza, se tira ésta arrastrando todo hacia la vagina. Las ligaduras elásticas deben ser bastante largas para evitar ejercer tracción intempestiva.

7° Tiempo.—Cierre de la cavidad abdominal.—Routier practica las suturas, tanto profundas como superficiales, con crín de Florencia. Sin embargo, en ciertos casos, sobre todo si la pared es muy espesa, pueden los crines ser reemplazados por hilos de plata ó de seda. Curación con gaza iodoformada. El tratamiento ulterior de las operadas es lo mismo que en todas las laparotomizadas. La mecha vaginal es retirada al cuarto día y reemplazada por una curación vulvar y las ligaduras elásticas caen en un término que varía

del 20º al 30º y aun hasta el 40º días. Desde el 6º ó el 7º día se hacen inyecciones vaginales. Rouffart hace primero por la vagina la liberación del cuello uterino, abre los fondos de saco, coloca pinzas en la base de los ligamentos anchos, los secciona y va por la vía abdominal á ligar toda la porción de los ligamentos que no había sido comprendida en los clamps.

Lampear, practica primeramente la abertura del abdomen y previa ligadura de los anexos secciona éstos. Hace en seguida una incisión transversal al peritoneo, invirtiendo fuertemente el cuello del útero hacia atrás, y desprende con cuidado la vejiga; pasa un dedo en la vagina y perfora el fondo de saco anterior con tijera. Procede del mismo modo para abrir el fondo de saco posterior, después de llevar el útero hacia el pubis.

Una vez abiertos los fondos de saco, el útero es tirado arriba y lateralmente, é introduciendo luego una pinza clamp en la vagina, el operador trata por medio de una mano dejada en el vientre de guiar las ramas del instrumento. Cuando todas las partes blandas que van á contribuir á formar el pedículo lateral del útero son tomadas, se cierra la pinza. Procediendo del mismo modo para el otro lado, se seccionan estas partes rasando el útero y se extirpa este órgano.

Richelot ha publicado en el Boletín de la Sociedad de Cirugía de París, correspondiente al año de 1895, un proceder de histerectomía vagino-abdominal, que une á la rapidez de su ejecución la ventaja de no de-

jar en el vientre cuerpo extraño alguno, y cuyo resultado inmediato es el de una histerectomía vaginal. Una vez abierta la cavidad abdominal y si el tumor es tan considerable que por su tamaño incomoda las maniobras preliminares, hace ya sea la enucleación de los fibromas por entero ó practica el morcellement. Corta en seguida un colgajo peritoneal anterior, abre el fondo de saco vaginal rasando con las tijeras la cara correspondiente del útero. Hecho esto, trata de pasar hacia atrás del ligamento ancho, la rama posterior de una pinza clamp, para lo cual abraza con la mano izquierda este ligamento y practica con una tijera de puntas romas, un estrecho orificio á ras del cuello, inmediatamente arriba de la inserción vaginal, de manera que venga á quedar bien adentro de la arteria uterina y muy arriba del uréter, evitando así que sean lesionados. Se apreta la pinza una vez que se está cerciorado de haber tomado todo el largo del ligamento ancho y para que la presión sea igual en toda la extensión de los dientes de la pinza, se usa la que Doyen ha inmaginado con este objeto, que á más de ser curvas sobre el plano, son cimbradas en forma de arco. Haciendo lo mismo para el otro ligamento se desprende rápidamente el útero por dos incisiones laterales y se termina cortando en último lugar el fondo de saco posterior. Si sangra se colocan dos ó tres pinzas largas de curación en los puntos que sea necesario, y por medio de un separador dispuesto á lo largo de la cara anterior de la vagina, se trata de llevar un tapón hasta la herida vaginal, la que se cierra

exactamente por este medio. Si fuese necesario se colocará un segundo y aun un tercero debajo del primero. Se termina cerrando la herida abdominal.

Procedimiento de Carusso.—En los anales de Ginecología y de Obstetricia de 1894, ha sido descripto este proceder cuyo manual operatorio consiste: 1° Rotas las adherencias que fijan el tumor á los órganos vecinos, se le hace salir fuera de la cavidad abdominal. Con pinzas de force-presión se abraza de cada lado el ligamento úteroovárico, la trompa y el ligamento redondo, se liga en cadena y se secciona en su intervalo. 2° Formación de dos colgajos peritoneales. Para esto se practica una incisión semicircular sobre la superficie anterior del útero cuyo punto culminante pase 5 ó 6 centímetros por arriba del fondo de saco vésico-uterino y hacia los lados descienda hasta el nivel de los ligamentos anchos en el punto en que éstos fueron seccionados. La incisión no comprende más que el peritoneo, el cual se desprende con el dedo para separar la vejiga del útero hasta la implantación de la vagina sobre el cuello y poder palpar el labio anterior. Colocando después el útero en anteflexión forzada se hace lo mismo sobre la cara posterior y á dos ó tres centímetros por arriba del fondo de saco vaginal posterior. Se separa la serosa y se rompen las adherencias úterorectales. Hay que tener cuidado en que los colgajos peritoneales tengan el largo suficiente para evitar su desgarradura al suturarlos si son cortos y su mortificación por falta de nutrición si son demasiado largos. 3° Manteniendo el útero levan-

tado se completa hacia los lados la ligadura parcial de los ligamentos anchos colocando dos nuevos hilos de seda. Éstos abrazan el resto del ligamento, que en este punto, por la formación de los colgajos peritoneales se encuentra privado de serosa y las ligaduras están destinadas á asegurar la hemostasis de la arteria uterina. Hay que tener cuidado al hacer esta ligadura de no comprender ó lesionar el uréter. La ligadura de la uterina puede también hacerse al terminar el primer tiempo de la operación. 4º Se toma con una pinza de Museaux la pared anterior de la vagina, lo más cerca que sea posible á su inserción uterina y se incinde hasta penetrar en su cavidad. Con tijeras se prolonga la incisión de un lado al otro y transversalmente sobre la extensión de la pared anterior, aplicando pinzas de Pean sobre los vasos que sangran. Se cortan los fondos laterales, cuidando de no seccionar las ligaduras colccadas y por último el fondo de saco posterior.

5º Para evitar una hemorragia secundaria es conveniente hacer la ligadura aislada de los vasos más gruesos. 6º Se sutura el orificio vaginal introduciendo la aguja 5 ó 6 milímetros por debajo del borde externo de la superficie de sección de la pared vaginal posterior, atravesando la serosa, y muscular solamente para salir en el borde indicado y respetando la mucosa. Se cruza el orificio y se introduce la aguja en la pared vaginal anterior, del mismo modo que en la posterior, pero en sentido contrario. El comienzo de la sutura puede hacerse indiferen-

temente á derecha ó izquierda. Al terminar la sutura, las superficies de sección de la vaginal vienen á estar en contacto inmediato. 7º Con seda ó catgut se hace una sutura continua ó á puntos separados, reuniendo los dos colgajos peritoneales desde un ligamento ancho al otro, de modo que queden completamente cubiertos con la serosa el pedículo vaginal y la mayor parte posible del pedículo de los ligamentos anchos.

Procedimiento americano.—La mayor parte de los cirujanos de América, Polk, Krug, Eastman, Boldt, Kelly, etc., practican este procedimiento. Su manual operatorio es de una gran simplicidad. He aquí, según Ségond que se ha hecho un vulgarizador apasionado de este procedimiento, en qué consiste. El útero y los anexos son extirpados de izquierda á derecha. Seccionando primero el ligamento ancho izquierdo, después de haber desprendido las adhesiones y buscado los anexos, la arteria útero-ovárica es ligada hacia afuera y tomada del lado del útero con una pinza hemostática. Se secciona todo el ligamento ancho de arriba abajo hasta la arteria uterina. Reconocida ésta, se liga del lado externo, se toma con una pinza del lado del útero y se corta entre el hilo y la pinza. Se incinde la vagina del lado del fondo de saco lateral correspondiente, el izquierdo. El cuello es tomado con una pinza y llevado hacia arriba y á la derecha, librado hacia adelante y hacia atrás, teniendo la precaución de cortar sobre las caras anterior y posterior un col-

gajo peritoneal de largo suficiente. Cuando el cuello está separado completamente de sus adherencias vaginales se percibe la arteria uterina del lado derecho, es ligada, y el ligamento ancho es seccionado de abajo arriba y de izquierda á derecha. La arteria útero-ovárica derecha es ligada como la izquierda. Una vez extirpado todo el útero, comprendidos los anexos, se completa la hemostasis y se termina haciendo una sutura en jareta con catgut ó seda. Este proceder, que como se ve es sumamente simple, se recomienda casi exclusivamente en las afecciones bilaterales de los anexos.

Procedimiento de Delagenière.—Colocada la enferma sobre una mesa cuyo plano está inclinado á 45°; se incinde la pared ventral con las precauciones requeridas, se desprenden las adherencias que hubieren y una vez libertados los anexos se extirpan colocando primero dos pinzas clamps, la primera inmediatamente unida al útero y cuya extremidad venga hasta el nivel del fondo de saco vaginal y que comprenda la trompa, el ovario y la parte correspondiente al ligamento ancho; la segunda por fuera de los anexos tomando solamente ligamentos, formando un ángulo abierto hacia arriba y cuya extremidad venga á ponerse en contacto con la correspondiente á la primera pinza. Los anexos, una vez escindidos, las pinzas son dejadas en su lugar. Se trata ahora de sacar el útero. Para esto se hacen dos incisiones á la serosa peritoneal y en sentido transversal en cada una de las caras ante-

rior y posterior, y que llevadas por encima de los fondos de sacos vaginales vayan á unir la extremidad de las pinzas previamente colocadas á ambos lados bajo los anexos. Se desprende el peritoneo con los dedos tomando los colgajos anterior y posterior con pinzas y operando este desprendimiento de arriba abajo. Se abre en seguida el fondo de saco vaginal posterior introduciendo una pinza, si es necesario, en este fondo de saco para rendirlo más visible. Se agranda con tijeras esta abertura y se desinserta la vagina de todo el contorno del cuello. Se ligan las uterinas de cada lado, se hace lo mismo con el pedículo útero-ovárico ligándolo debajo de la pinza horizontal colocada anteriormente, se practica la sutura en jareta de los dos colgajos peritoneales, adosando perfectamente sus superficies. y la cavidad peritoneal queda de esta manera herméticamente cerrada. Si por cualquier causa hubiese de colocarse un drenage, la sutura en jareta no se practica haciendo pasar el tubo por la vagina á través de este collarete.

Procedimiento de Doyen.—Para la descripción de este proceder supongamos, como lo hace el autor, el caso de un fibroma pesando 6 á 8 kilogramos y muy móvil.

1^er^ tiempo — Incisión de la pared abdominal y extracción del tumor arriba del pubis.—La enferma colocada en la posición de *Trendelembourg*, la pared abdominal es incindida del pubis hacia el ombligo lo suficientemente necesario para la extracción del tumor. El

peritoneo es abierto y tomado con pinzas ó ansas de seda y el tumor siendo recubierto por una compresa se perfora en su centro con un tirabuzón especial y llevado hacia afuera. Si el tumor es piriforme y presenta un pedículo cervical y ligamentario bastante largo, es inmediatamente rebatido sobre el pubis. En caso necesario se coloca un segundo tirabuzón en un punto cualquiera del fibroma más favorable para las maniobras ulteriores. Se rodea ó se aisla el intestino con compresas y se procede á la extirpación del tumor.

2º tiempo. — Extirpación del útero y hemostasis de sus adherencias pelvianas.—La extirpación del útero cuando él ha podido ser fácilmente tirado fuera del vientre debe ser practicada muy rápidamente sin hemostasis primitiva: una larga pinza curva introducida en la vagina que ha sido previamente desinfectada es llevada por detrás del cuello de manera que la extremidad de sus ramas vengan á hacer saliencia lo más arriba posible en el fondo del saco posterior. La altura exacta de la inserción posterior del cuello encontrándose así determinada al nivel de la pared anterior del fondo de saco de Douglas, un ansa de seda es inmediatamente pasada á un centímetro próximamente debajo del punto donde la vagina va á ser abierta. Esta ansa tiene por objeto, al terminar la operación, llevar y mantener alto el borde posterior de la herida peritoneal y facilitar el cierre del orificio vaginal.

El fondo de saco de Douglas es incindido longitu-

dinalmente sobre la salida de la pinza, con bisturí ó tijera, y empujada fuertemente, por el ayudante que la introduce, penetra en el peritoneo. Hecho esto, la pinza es abierta y por el ojal así agrandado el operador introduce su dedo índice y palpa el cuello que toma con una erina especial construída por Collin bajo la dirección del doctor Doyen. Este cuello sólidamente mantenido por la erina es tirado y aparece entre los bordes de la incisión vaginal. Con tijeras se corta á cada lado al contacto del tejido uterino libertándolo de sus adherencias laterales á la porción inferior del ligamento ancho. Bien pronto se eleva por las tracciones de la pinza erina, que lo lleva vigorosamente hacia arriba. El fondo de saco vaginal anterior se hace visible, el labio anterior, si es necesario, se toma con una pinza de Museaux, hecho lo cual se le desprende totalmente de la vagina por medio de tijeras, teniendo cuidado de no arrastrar la vejiga junto con el cuello del cual se la separa con el dedo.

El útero no presenta más que sus conexiones vasculares laterales. Para desprenderlo enteramente se introduce, á la derecha, arriba del ligamento ancho, el índice izquierdo, se perfora el peritoneo vésico-uterino y se termina con el dedo encorvado en gancho el desprendimiento del ligamento ancho derecho. Este último es tomado por el ayudante entre los dedos y cortado entre los anexos y el útero. El tumor es entonces rápidamente basculado hacia la izquierda. Se hace lo mismo con el ligamento ancho

izquierdo, que es tomado por el cirujano, y de esta manera el tumor es ya enteramente desprendido y en las manos del ayudante.

En los casos favorables apenas si algunos pequeños chorros de sangre proveniente de las uterinas, las útero-ováricas y de dos ó tres arteriales accesorias aparecen en el momento de la extracción del útero. Esto se obtiene siempre que se tenga cuidado de rasar el tejido uterino, pues de este modo la sección se lleva, no sobre el tronco mismo de la uterina ó de la arcada útero-ovárica, pero sobre sí sus ramas internas de mucho menos diámetro.

Hemostasis.—Doyen ha demostrado que se puede hasta este momento abandonar sin hemostasis el campo operatorio, donde sangran apenas unas arteriolas de pequeñísimo calibre. Una ligadura hecha circularmente al pedículo previa transfisión y debajo de los anexos derechos, permite la extirpación. Los izquierdos son ligados y resecados á su vez. Las extremidades de estos hilos son tomadas con una pinza hemostática. Las uterinas y sus ramas principales, que han sido tomadas con pinzas después de la extirpación del útero, son ligadas aisladamente.

La cavidad pelviana es secada con esponjas; se observa á menudo todavía una pequeña hemorragia al nivel de la sección vagino-peritoneal posterior; el borde correspondiente es tirado hacia arriba con ayuda del ansa de seda colocada en este punto antes de la abertura de la vagina, la mucosa vaginal es tomada á su vez con pinza erinas y se la aproxima me-

diente algunos puntos de sutura. Las extremidades de las ligaduras de los pedículos útero-ováricos son entonces tiradas hacia la vagina con ayuda de la pinza curva que ha sido introducida al principio de la operación para perforar sobre ella el fondo de saco posterior, y por último no queda otra cosa que cerrar el peritoneo pelviano.

3er tiempo. — Cierre del peritoneo pelviano.—Se toma con una pinza de dientes el pedículo tubo-ovárico izquierdo, se pasa una aguja que atraviesa sucesivamente dicho pedículo, después pequeños pliegues del peritoneo posterior y en fin el pedículo derecho. Se circunscribe de esta manera la semi circunferencia posterior de la herida peritoneal. La misma operación se repite con la semi circunferencia anterior tomando en ésta el peritoneo vesical. Al hacer estas suturas hay que tener cuidado de no herir los vasos que han sido ligados y que inundarían de sangre. Los repliegues serosos circunscritos por las ansas de seda son fruncidos en bolsas y anudados con doble nudo. Se hace la *toilette* del fondo de saco de Douglas y se cierra la cavidad abdominal en dos planos, según Doyen, el primero sero-aponeurótico hecho con seda, y el segundo, que comprende la piel, con crín de Florencia y á puntos separados.

Historias clínicas

Expondré brevemente la historia de algunas enfermas que han sido histerectomizadas en el corriente año, pero antes pondré de manifiesto los cuidados preliminares y la preparación que requiere toda aquella á quien debe ser practicada una laparotomía, cualquiera que sea su naturaleza, y cuyo procedimiento es el que se sigue en la Sala XI del Hospital San Roque. Consiste en lo siguiente: Baños higiénicos templados de cuerpo entero y á *gran jabon* diariamente en la semana que precede á la intervención. La víspera, por la mañana, se prescribe un purgante salino que tiene por objeto desocupar el intestino y por la noche y á la madrugada siguiente se hacen dos abundantes enemas con agua tibia y glicerina para facilitar la evacuación de los últimos restos de materias escrementiciales que hubieran podido permanecer en el recto. Desde tres á cuatro días antes se practica la desinfección de la vagina, habiendo hecho previamente el afeite de los órganos genitales externos. Esta desinfección consiste en una profusa irrigación con so-

lución caliente de Lisol al 1/2 % seguida por otra al bicloruro de mercurio al 1/2 ‰ y luego un taponamiento con gaza iodoformada. Estas irrigaciones se practican dos veces por día.

Por la mañana temprano del día indicado para la operación se hace una última desinfección de la vagina, se repasa nuevamente con la navaja el campo operatorio para sacar todo el vello y se procede á desinfectar cuidadosamente la pared abdominal. Para esto se lava á jabón y cepillo dicha pared, después se frota con un pedazo de algodón ó con compresas sumergidas en bicloruro de mercurio al 1 ‰, se recubre todo el abdomen con compresas empapadas en la misma solución y se coloca una espesa capa de algodón, manteniendo todo por medio de una venda de cuerpo hecha con franela. Llegado el momento de la intervención, colocada ya la enferma en la mesa y después de ser anestesiada, se levanta el apósito, se frota con alcohol para la eliminación de los cuerpos grasos y se repasa por última vez con esponjas sumergidas en la solución de bicloruro de mercurio antes citada. Hago aquí notar la ventaja que ofrece para la enferma el uso del alcohol una vez anestesiada; y se comprende fácilmente que después de un cepillage aun por más moderado que sea, la piel se enrojece y se irrita y entonces el alcohol viene á ser un elemento de tortura que es necesario evitar. He visto enfermos que atemorizados por el ardor que les producía el alcohol, pidieron inmediatamente el alta negándose á toda intervención.

Para la narcosis se utiliza el éter químicamente puro, el cual tiene la ventaja de proporcionar un sueño tranquilo, sin ir acompañado de vómitos á veces tan perjudiciales y siempre molestos para las enfermas. Su superioridad sobre el cloroformo en las operaciones que duran un tiempo relativamente largo y más aun en aquellas como las laparotomías en las que se requiere la posición de Trendelembourg es incontestable; pero el gran inconveniente es sin duda alguna la abundante cantidad de secreciones bronquiales que produce y que hace difícil la respiración, por cuyo motivo debe evitarse su empleo en los enfermos que padecen de alguna afección bronquial.

La cantidad de éter que absorbe cada enferma varía entre 300 y 350 gramos término medio, y en su administración se sigue el método de Berghman.

El procedimiento operatorio es el siguiente: Si la intervención es por afección á los anexos, raspado previo en la misma sección practicado por un ayudante que no intervendrá en manera alguna en el resto de la operación por la cavidad abdominal. Hecho esto, se coloca la enferma en la posición horizontal, se recubre todo el cuerpo con una sábana esterilizada perforada en el centro al nivel del campo operatorio. Alrededor de éste se disponen para mayor seguridad varias compresas cuadradas, previamente esterilizadas á la estufa seca, así como también los delantales en forma de guardapolvo y los gorros para el operador y sus ayudantes. Estos son en número de tres; uno que interviene directamente en ayuda del

cirujano, otro que sirve para alcanzar los instrumentos, enhebrar agujas, etc., y el tercero el encargado de la anestesia. En seguida se practica una incisión en la línea media empezando á dos traveses de dedo por encima del pubis y remontando seis ú ocho centímetros.

Se secciona la piel y el tejido grasoso hasta llegar á la aponeurosis; como esta incisión debe seguir en la línea media aponeurótica para facilitar la pronta abertura de la pared abdominal con poca pérdida de sangre y evitar demoras buscando el punto de intersección de esta línea, se abrevia este tiempo tomando un pliegue longitudinal, ya sea con la pinza de disección ó con los dedos, y se corta transversalmente con tijeras, hecho lo cual es muy fácil caer en la línea media. Viene en seguida el tejido celular preperitoneal, que se toma con una pinza y se levanta para seccionar por debajo el peritoneo parietal. Una vez abierta la cavidad peritoneal, se introduce la sonda vesical, que se levanta lo más posible, se coloca la mesa en la posición de Trendelembourg, y entonces se incinde con tijeras romas el resto del peritoneo, evitando de herir la vejiga, lo que se consigue teniendo cuidado de cerciorarse de la altura á que llega la sonda previamente colocada. Se colocan dos ansas de seda en cada lado del peritoneo para adosarlo á los bordes de la herida abdominal, que se toman con pinzas de Pean, todo lo cual tiene por objeto evitar su movilidad, que dificultaría las maniobras consecutivas. Hasta este momento han sido empleados líqui-

dos antisépticos para las manos, esponjas, etc., pero una vez que el peritoneo ha sido abierto predomina en absoluto la asepsia, empleándose sólo el agua esterilizada. Para sacar de la cavidad abdominal la sangre ó cualquier otro líquido que hubiese derramado en ella, así como para separar ó aislar la masa intestinal, se usan compresas de gaza hidrófila, esterilizada también á la estufa de Poupinel y á la temperatura de 150 grados, de forma rectangular y de una dimensión de 20 por 30 centímetros. Estas compresas son dobladilladas en los bordes, lo cual constituye una gran ventaja, pues de este modo se evita que las hiladuras que se desprenden, en las que no son preparadas en dicha forma, queden dentro de la cavidad abdominal y vengan á constituir nuevos cuerpos extraños, que es necesario evitar. Terminada la operación se suturan las paredes abdominales en tres planos: el primero comprende el peritoneo, y es á sutura continua; el segundo, el músculo aponeurótico, siendo también continuo, y el tercero, que comprende la piel y el tejido célulograsoso, se sutura á puntos separados.

Para los muñones intraperitoneales se usa la seda gruesa trenzada, suturando en cadena si el muñón es ancho y nudo de Lawson Tait, si es pequeño. Como material de sutura se utiliza siempre la seda que ha sido preparada, hirviéndola durante 1/2 hora en una solución de ácido fénico al 5 °/₀ y conservada después en solución de sublimato al 2 °/₀ en alcohol absoluto, renovando la solución de tiempo en tiempo para obviar

al inconveniente que deriva del poder reductor de la seda sobre el biclururo de mercurio. Terminada la sutura se polvorea la herida con iodoformo y se coloca por encima una curación común mantenida por un vendaje de cuerpo. La enferma es conducida á su lecho previamente calentado, aplicándole una á dos bolsas de hielo en el abdomen; se prescribe dieta absoluta las ocho primeras horas y si hay desarrollo de gases se coloca una sonda gruesa de caucho en el recto, para su eliminación.

A los ocho días invariablemente se sacan los puntos de sutura, encontrándose la herida perfectamente cicatrizada. Si no hay intercurrencias la enferma se levanta á los 15 días, para estar sentada tres ó cuatro horas alargando sucesivamente los períodos conjuntamente con el ejercicio metódico y gradual.

Es común expedirles el alta dentro de los 20 á 25 días, y lo es más todavía que las enfermas se anticipen queriendo abandonar el hospital antes de su término, lo que no es de extrañar desde que la ausencia de supuración es la regla en el servicio, encontrándose por tanto la herida cicatrizada desde el cuarto día subsiguiente á la operación.

HOSPITAL SAN ROQUE

GINECOLOGIA

SERVICIO DEL DOCTOR ENRIQUE REVILLA

HISTORIA 1ª.—Teresa M., 48 años, casada, italiana. Ingresa al servicio el 10 de Abril de 1899.

Antecedentes hereditarios.—La madre padeció siempre del vientre y falleció de una enfermedad al corazón El padre vive y es sano. Tiene dos hermanas también sanas.

Antecedentes individuales.—A los cuatro años tuvo sarampión, á los 9 escarlatina. Sus reglas aparecieron por vez primera á los 17 años y fueron siempre perfectamente regulares. A los 22 años contrajo matrimonio, habiendo tenido dos hijos, los cuales viven y son sanos. Hace cinco años tuvo un aborto de cinco meses y que ella atribuye á fatigas y trabajos violentos que tuvo que soportar. Permaneció en cama por espacio de 15 días, tuvo un poco de fiebre, pero sanó y continuó sus ocupaciones habituales. Su enfermedad actual data de dos años, que comenzó con fuerte dolor en ambas caderas y que se irradiaban á la pierna

izquierda. Este dolor era casi continuo y la obligó á guardar cama por ocho días. Los dolores fueron disminuyendo, pero sin desaparecer completamente. La menstuación se hizo más abundante y le duraba por espacio de ocho á diez días, de tres á cuatro que eran normalmente. En este estado continuó hasta hace tres meses en que aparecieron grandes pérdidas de sangre durante las épocas intermenstruales, las que la debilitaban considerablemente. El apetito era casi nulo y la micción empezó á hacerse con bastante dificultad y fuerte ardor al terminar. En este estado y aconsejada por un médico ingresa al Hospital.

Examen genital. — Desgarradura del periné (1er grado). Vulva y vagina normales, cuello grande de consistencia dura, orificio externo pequeño, fondos de saco depresibles. Los anexos no se aprecian. A la palpación bimanual se nota el útero considerablemente aumentado de volumen y del tamaño de un puño; en su cuerpo se encuentra como una especie de surco en la parte media, semejándose á un reloj de arena. Es duro, liso, resistente y bastante móvil.

Al especulum.—Comprueba los datos anteriores, la histerometría da 10 centímetros, ligera anteversión.

Diagnóstico: Fibroma subseroso del útero (sesil) — Abril 29 de 1899. Laparotomía. Operador, doctor Revilla. Una vez abierta la cavidad abdominal, se comprueba el diagnóstico clínico. Se hace histerectomía supra-vaginal por el procedimiento de Chro-

back. No hubo consecuencias operatorias dignas de mención. El 13 de Junio la enferma sale de alta completamente restablecida.

Examen anátomo-patológico.—Constituído histológicamente por tejido conjuntivo adulto y fibras musculares lisas. Estas están agrupadas en manojos paralelos rodeados por tejido conjuntivo pobre en células. Fibro-mioma.—Firmado: *Doctor Badía.*

Historia 2ª.—Dolores V. C., 37 años, casada, española. Ingresa al servicio el 21 de Marzo de 1889.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales.—Empezó á reglar á los 12 años; reglas al principio dolorosas y poco abundantes, que se normalizaron más tarde y le duraban tres ó cuatro días. Contrajo matrimonio en 1892, no habiendo tenido jamás aborto ni parto alguno. Hace cuatro años empezó á notar que las reglas se hacían más escasas, no durándole sino uno ó dos días; otras veces faltaban. Conjuntamente aparecieron dolores en el bajovientre. Éste aumentaba de volumen y se dilataba considerablemente después de comer. Las funciones digestivas son buenas. Es constipada. El tamaño del vientre aumenta de una manera rápida, y consultando á varios médicos le aconsejan la operación, por lo que ingresa al hospital.

Estado actual.—Mujer bien desarrollada, buen esqueleto, abundante panículo adiposo, blanca. En la articulación de la rodilla izquierda hay una ankilosis fibrosa. Sus órganos torácicos respiratorios y circulatorios funcionan normalmente.

Abdomen.—Presenta un abovedamiento considerable en las regiones hipo y hepigástrica. A la percusión da un sonido mate, limitándose una zona de convexidad superior, rodeada por la sonoridad normal del abdomen. A la palpación se nota un tumor del tamaño de una cabeza de adulto, duro, consistente en todas sus partes, de superficie perfectamente lisa, muy poco móvil lateralmente y absolutamente inmóvil de arriba abajo.

Examen genital.—Vulva y vagina normales, no hay desgarradura del periné. Al tacto se nota el cuello del útero casi desaparecido, orificio externo pequeño, consistencia algo dura y continuándose con el cuerpo del mismo, el que por la palpación bimanual permite constatar un tumor del tamaño antes indicado, íntimamente unido y con los caracteres físicos ya descritos. Fondos de saco desaparecidos. No es posible palpar los anexos. No se hace examen al espéculum.

Diagnóstico clínico: Fibroma intersticial del útero.—Abril 8 de 1898. Laparotomía. Operador, doctor Revilla. Se hace histerectomía total por el procedimiento de Doyen. En los días subsiguientes hay una elevación de temperatura que llega á 39°. Se ordenan inyecciones de cafeina de 25 centigramos, cuatro veces al día, y se prescribe una maceración de hojas de digital, pues dicha elevación térmica es producida por congestión hipostática, é irrigaciones vaginales con bicloruro de mercurio al 1 °/ooo dos veces por día. Cinco días después la temperatura

ha descendido á la normal.—El 3 de Mayo la enferma se levanta y el 18 del mismo mes, es dada de alta curada.

Examen anátomo-patológico.—Histológicamente formado por tejido conjuntivo adulto y muscular liso. Este último bajo forma de manojos que se entrelazan unos con otros. En el preparado hay numerosos manojos cortados al través. — Fibro-mioma. —Firmado: *Doctor Badía.* —El tumor pesaba 4800 gramos.

Historia 3ª.—Felipa D. de B.—38 años, argentina, casada, cocinera.—Ingresa al servicio el 15 de Febrero de 1899.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes individuales.—Sus reglas datan de los 16 años, haciéndose regularmente todos los meses hasta la época del matrimonio, hace próximamente ocho años. Desde aquí empezaron á retardarse algunas veces ó adelantarse otras, sintiendo frecuentes dolores y un peso continuo y bastante molesto al bajovientre durante las épocas menstruales. Estos dolores han continuado aumentados ó atenuados hasta que fué operada. Poco á poco los períodos menstruales se fueron aumentando, durándole en algunas ocasiones hasta 25 días y constituyendo verdaderas metrorragias. No ha tenido nunca partos ni abortos. Desde hace dos años empezó á notar que su vientre aumentaba de tamaño paulatinamente, pero en los últimos seis meses éste ha llegado á tener el volumen que hoy presenta. Es bastante constipada, habiendo necesi-

dad de píldoras purgantes para mover el vientre. Las reglas se han hecho cada vez más irregulares y los dolores más fuertes. En vista de esto resolvió venirse desde Corrientes á Buenos Aires, ingresando en este hospital (sala XI).

Estado actual.—Mujer de buen esqueleto, regular estado de nutrición, mide una estatura de mt^{s}. 1,69. La marcha se hace con alguna dificultad por el peso del tumor del vientre, según su propia expresión. Mucosas en general pálidas. Pulso lento, algo raro, (56 pulsaciones) y con algunas intermitencias. A la auscultación del corazón no se siente ningún soplo en los distintos focos, pero la intensidad de los tonos está disminuída. A la palpación del abdomen se constata un enorme tumor que desde la sínfisis pubiana llega hasta cuatro traveses de dedo por encima del ombligo. Este tumor es de consistencia dura, superficie lisa, muy móvil, deslizándose fácilmente debajo de la pared abdominal. Al tacto se nota un cuello grande, duro, haciendo parte del tumor con el que se mueve cada vez que se le hace cambiar de lugar. Orificio externo dilatado. Fondos de saco bastante borrados; los anexos no se palpan. (Histerometría, 12 centímetros).

Diagnóstico—Fibroma intersticial del útero.—Febrero 19.—Laparotomía. Operador, doctor E. Revilla.—Anestesia por el éter. Incisión media sub-umbilical.—Abierto el peritoneo se constata un tumor del tamaño de dos cabezas de adulto, muy móvil y con los demás caracteres descriptos. Hay necesidad de prolongar la

incisión abdominal hasta cuatro traveses de dedo arriba del ombligo para poder extraer el tumor fuera de la cavidad. Se hace histerectomía supra-cervical por el procedimiento de Chroback. En los días subsiguientes las intermitencias se han hecho más numerosas. Se administra digital por tres días. La tensión aumenta y el pulso se hace más regular. A los 22 días la enferma se levanta y el 25 de Marzo sale de alta completamente curada.

Examen anátomo-patológico. — Constituído únicamente por tejido muscular liso, dispuesto en manojos paralelos. Algunos aparecen transversales y cortados al través. Mioma.—Firmado: *Dr. Badía.*—El tumor pesaba 6.200 gramos.

Historia 4ª.—Consuelo P., 50 años, española, casada.

Diagnóstico—Fibro-quiste del ovario derecho.—Fibromas múltiples intersticiales del útero.—Enero 23. Laparotomía. Operador, Dr. Revilla. Extirpación del fibro-quiste é histerectomía supra-vaginal. El tumor pesaba 7.800 gramos y su examen anátomo-patológico hecho por el Dr. Badía ha dado el siguiente resultado. Constituído histológicamente por tejido conjuntivo adulto y fibras musculares lisas. Estas están dispuestas en bandas paralelas más ó menos grandes, rodeadas por el tejido conjuntivo pobre en células.—Fibro-mioma.

Historia 5ª.—Julia C. de S., 39 años, argentina, viuda. Ingresa el 27 de Marzo de 1899. Esta enferma á quien se diagnosticó un fibroma intersticial del

útero, cuyo tamaño y forma le asemejaba á un melón del tamaño de una cabeza de feto, no pudo ser operada por el mal estado general y de su músculo cardíaco. Á su ingreso al hospital venía en completa asistolia, de la que salió mediante un tratamiento enérgico; pero vuelta á caer por segunda vez en el mismo estado, falleció el 13 de Mayo.

Historia 6ª.—Hermosilla D. de M., 29 años, argentina, viuda. Ingresó al Servicio el 15 de Junio. Mismo diagnóstico que la anterior, pero con todos los signos de una degeneración grasosa del miocardio. Aunque su estado general no era malo, pues las hemorragias sintomáticas del fibroma no fueron muy grandes, el Dr. Revilla resuelve no intervenir. A pesar del tratamiento impuesto, el corazón continuaba en el mismo estado, por lo que se la dió de alta el 7 de Julio para seguir asistiéndose en el Consultorio Externo anexo al Servicio.

Historia 7ª.—Gabriela L. de G., 44 años, argentina, viuda. Ingresa al Servicio el 22 de Marzo de 1899. Enorme fibroma que se extiende hasta cuatro dedos debajo del apéndice xifoides. Pulso rápido y frecuente, con algunas intermitencias, irregular y depresible. Miocarditis y todos los fenómenos de compresión que la presencia del tumor causa del lado de los órganos vecinos. Se prescribe un tratamiento paliativo, resolviéndose no intervenir. Esta enferma ha fallecido en los primeros días de Agosto á consecuencia de una oclusión intestinal, en su domicilio en

Banfield, habiéndosela dado de alta en el Servicio el 11 de Abril.

Las piezas anátomo-patológicas pertenecientes á las enfermas histerectomizadas se encuentran conservadas en solución de formol y depositadas en el Museo anexo al Servicio.

F. Gilardi.

Buenos Aires, Septiembre de 1899.

Buenos Aires, Septiembre 14 de 1899.

Nómbrase á los señores Académico Dr. Jacobo de T. Pinto, Profesor titular Dr. Enrique Bazterrica y Profesor suplente Dr. Alfredo Lagarde, para que, constituídos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. Baca.
Luis M. Acuña.

Septiembre 21 de 1899.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex alumno Franklin Gilardi:

"En el local de la Facultad, á 21 de Septiembre de
" 1899, reunidos los que subscriben, encargados de

" dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis
" presentada por el ex alumno Franklin Gilardi, que
" versa sobre " Histerectomía abdominal", resol-
" vieron admitirla. Con lo que terminó el acto.

(Firmados): J. de T. Pinto.—Enrique Bazterrica. Alfredo Lagarde.—*Zenón Aguilar*".

Zenón Aguilar.

Fecha ut supra.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. T. Baca.
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Las alteraciones de la visión periférica y cromática son un buen signo de diagnóstico en muchas enfermedades nerviosas.

En la cura radical de la hernia inguinal el procedimiento operatorio más fácil es el del profesor Dr. Julián Aguilar.

En el tratamiento quirúrgico del entropión y del triquiasis el procedimiento del Dr. Lagleize debe ser preferido.

BIBLIOGRAFÍA

S. Pozzi — *Traité de Ginecologie clinique et opératoire.* — 1897.

Hegar et Kaltembach — *Ginecologie opératoire.*

Ribemont-Dessaignes-Lepage — *Précis d'Obstetrique.*

E. Revilla — *Laparotomias é histerectomias.*

F. Labadie-Lagrave et Legueu — *Traité Medico-Chirurgical de Ginecologie.*

Annales de Ginecologie et d'Obstétrique. — 1897.

Revue de Ginecologie et de Chirurgie abdominale. — 1897.

T. Picardo. — *Tesis* — Buenos Aires, 1896.

Archives Provinciales de Chirurgie. — 1898.

Semaine médicale. — 1898-99.

J. Greig Smith — *Chirurgie abdominale.*

P. Tillaux — *Anatomie topographique.*

E. Doyen — *Tecnique Chirurgicale.*