

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO-AMERICA

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE ALGUNAS TECNICAS
QUIRURGICAS GINECOLOGICAS EN EL SERVICIO
DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL

POR

FRANCISCO BAUER P.

EX-INTERNO POR OPOSICION A
LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL
1938 — 1942

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO

DICIEMBRE DE 1942

INTRODUCCION

Siendo múltiples los procedimientos empleados para la Histerectomía y no llenando ninguno de ellos las condiciones requeridas para aplicarlo siempre como método de elección, no es posible pronunciarse en favor de uno u otro; la conducta seguida por el cirujano, variará con el caso clínico. Tomando en cuenta estas dificultades, las técnicas que describo resuelven en parte este problema porque son aplicables a la gran mayoría de los casos.

En general, la Histerectomía puede ser practicada por vía abdominal o vaginal, teniendo cada una de ellas indicaciones precisas.

La Histerectomía abdominal, puede ser total o sub-total, siendo preferida hasta hace pocos años la segunda; pero las secuelas post-operatorias y los peligros a que queda expuesta la paciente, han demostrado las ventajas de la Histerectomía abdominal total, aún a pesar de su mortalidad que es ligeramente superior.

Preocupado por estas discusiones y con el deseo de aportar algo nuestro, al estudio del tema, creí conveniente hacer una relación de los procedimientos empleados por el Dr. Wunderlich para extirpar el útero, comparando los resultados de una serie de casos tratados entre 1936 y 1942, con los de clínicas ginecológicas de otros países.

Las conclusiones a que he llegado después de un estudio minucioso son altamente satisfactorias a pesar de que las operaciones fueron realizadas en un ambiente de hospital, carente de buen número de recursos adecuados para los tratamientos pre y post-operatorios. La mayor parte de los autores, están de acuerdo en que la mortalidad de la Histerectomía Abdominal Total oscila alrededor de 5 a 6%; en mi estudio encontré una proporción de 2.3%, hecho que indiscutiblemente puede atribuirse al buen criterio clínico y a la "estrategia operatoria" aplicados a cada caso.

En el estudio de la Histerectomía vaginal, encontré una mortalidad de 1.4%, cifra comparable a la obtenida en la Clínica Mayo que es de 1.5%.

Deseo hacer notar también que el período post-operatorio fué excelente en la gran mayoría de los casos y que las complicaciones graves fueron excepcionales, probablemente por la rapidez, traumatismo mínimo y buena hemostasia durante el acto quirúrgico.

Ojalá que esta tesis sirva de iniciación a una obra más completa que resuma el trabajo de treinta y siete años consecutivos durante los cuales el Dr. Wunderlich ha prestado su valiosa cooperación a la Cirugía en Guatemala.

Histerectomía abdominal total

Los procedimientos ideados para la extirpación del útero, son muy numerosos y esto, unido a las dificultades que se encuentran para ejecutar el acto quirúrgico en una gran proporción de los casos, hacen que sea difícil elegir una técnica apropiada. Estamos convencidos que en este punto —elección de la técnica— radica casi por completo el éxito de los resultados y por eso, enumeraremos los procedimientos aplicados por el Dr. Wunderlich a los diversos casos que se presentan.

- a) Histerectomía por degollamiento anterior del útero a nivel del istmo (Faure): es muy valiosa en las anexitis bilaterales con numerosas adherencias, en los tumores uterinos enclavados en la pelvis y en todos los casos difíciles en que es preferible extirpar los anexos de abajo hacia arriba. La Operación, es una Histerectomía supra-vaginal, pero el muñón del cuello se extirpará en seguida.
- b) Histerectomía por el procedimiento de la hemisección uterina: aplicable en iguales condiciones que la anterior, nosotros no la hemos visto emplear sino excepcionalmente.
- c) El procedimiento de Howard A. Kelly: útil cuando existen adherencias de un sólo lado de los anexos, porque permite abordar de abajo hacia arriba los órganos adheridos. La técnica, consiste en principiar la Histerectomía por el lado sano, seccionar el útero a través del istmo y atacar los anexos adheridos de abajo hacia arriba, totalizando después la operación.
- d) La técnica seguida por el Dr. Wunderlich, cuya descripción encontraremos en el curso de mi trabajo, conviene a la mayor parte de los casos y es aplicable también al tratamiento del cáncer del cuello y cuerpo uterinos en que es necesario hacer una disección amplia del parametrio. (Técnica de Wertheim).

INDICACIONES

Es el método de elección en las afecciones siguientes: Fibromiomas uterinos cuando no sea factible la miomectomía; cáncer incipiente o moderado (Grados I a II) del cuello y cuerpo uterinos; anexitis agudas o crónicas que no han cedido al tratamiento mé-

dico; metorragias muy profusas de la menopausia; quistes o afecciones anexiales bilaterales pues no hay objeto en conservar el útero después de extirpar estos órganos; corio-epitelioma por degeneración de embarazo molar; prolapso uterino cuando sea imposible extirpar el útero por vía vaginal debido a tumores, adherencias inflamatorias o lesiones de los anexos; ruptura uterina.

De lo expuesto, se deduce que las causas que indican la Histerectomía abdominal total, son múltiples y ella tiene las ventajas sobre la Histerectomía vaginal, de permitir una exploración completa de los órganos pelvianos, de presentar un campo operatorio más amplio, de poder tratar lesiones sobreagregadas de los anexos (quistes, tumores, adherencias, etc.), de practicar en la misma sesión operatoria otras intervenciones en órganos abdominales: apéndice, vesícula biliar, etc.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL Y LA SUPRAVAGINAL

De los trabajos más recientes respecto al estudio comparativo entre la Histerectomía abdominal total y la supra-vaginal (Collected papers of the Mayo Clinic 1940) se concluye en que la primera tiene mayores ventajas, por las razones siguientes:

- a) Suprime los peligros de cancerización secundaria del cuello uterino.
- b) Suprime las lesiones del cuello, cervicitis, ulceraciones, tumores, etcétera.
- c) Evita la aparición post-operatoria de lesiones (cervicitis, tumores, etc.) del cuello, conservado en la Histerectomía Supravaginal.
- d) Las complicaciones sépticas post-operatorias son menos frecuentes (trombo-flebitis) y ello es debido a que en la Histerectomía abdominal sub-total, se abre la cavidad séptica del cuello uterino, mientras que en la total, sólo se abre la vagina que carece de glándulas.
- e) La dispareunia observada algunas veces después de la operación, es debido a la sequedad de la mucosa vaginal y se subsana fácilmente empleando lubricantes.
- f) En cuanto a mortalidad no existe considerable diferencia, ya que encontré para la Histerectomía abdominal total 2.3% y para la sub-total 1.2%, cifras que coinciden casi exactamente con las obtenidas en la Mayo Clinic, por ejemplo 1.2% y 0.9% respectivamente.

DE LA EXTIRPACION O CONSERVACION DE LOS ANEXOS EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL

- a) La Anexectomía bilateral está indicada:
 - 1o.—En las enfermas que estén en el climaterio o en la menopausia.
 - 2o.—Cuando hayan lesiones bilaterales de los ovarios que nulifiquen su función: quistes, procesos inflamatorios, tumores, etc.
 - 3o.—En el cáncer uterino cualquiera que sea la edad de la enferma.
 - 4o.—En la degeneración de la mola hidatidiforme.
 - 5o.—En los tumores malignos del ovario.
 - 6o.—En la endometriosis.
 - 7o.—Entre nosotros dada la calidad de la clientela de hospital (ignorante y carente de cultura) el tratamiento radical se impone muchas veces en casos dudosos de tumores porque es imposible conseguir que las enfermas asistan periódicamente al servicio para practicarse exámenes post-operatorios.
- b) Siempre que se opere a mujeres jóvenes menores de cuarenta años, por afecciones benignas (fibromas, lesiones inflamatorias, deformaciones uterinas, etc.) se debe conservar por lo menos un ovario, para que subsista la increción ovárica. Las trompas deberán extirparse, pues no hay objeto en dejarlas ya que no realizan ninguna función sin el complejo útero-ovárico, y en cambio pueden ser factor de procesos patológicos post-operatorios.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL CON EXTIRPACION BILATERAL DE ANEXOS

T E C N I C A

Describiré la seguida por el Dr. Wunderlich en el Servicio de Ginecología y la tomo como modelo porque la conservación de los ovarios es una simple variante que no merece detallarse.

En ciertos casos, debido a grandes tumores o a procesos inflamatorios es imposible efectuar la operación tal como la describo y entonces es preferible realizar primero una Histerectomía supra-vaginal degollando el útero a nivel del istmo, bascular el fragmento superior para libertarlo de las adherencias con los órganos vecinos (recto, sigmoide) y totalizar en seguida la operación extirpando el cuello.

- a) **Anestesia:** 1) Raqui-anestesia de elección. El medicamento empleado, es la Solución de Procaína al 10%. Quince centigramos del medicamento disueltos en 3 cc.

de líquido céfalo-raquídeo e introducidos en el tercer espacio intervertebral lumbar, son suficientes. (Se empleó en 361 casos de los 383 registrados sin accidentes serios y las cefaleas post-operatorias son rarísimas desde que se emplea una aguja de calibre No. 22).

2) Inhalación: éter. Cuando está contra-indicada la anterior. (Se administró en 22 pacientes de las cuales dos presentaron bronquitis post-operatorias y una murió de choque).

b) **Antisepsia:** de la pared abdominal y de la vagina con la Solución de Vaichulis y Arnold de Chicago, Illinois introducida por el Dr. Wunderlich en el Hospital General y actualmente empleada en todas las dependencias de la Sala de Operaciones. Su fórmula es la siguiente:

Alcohol a 95°	600 cc.
Acetona	200
Bicloruro de mercurio	1 gr.
Acido clorhídrico	10
Crisoidina Y	2
Agua, C. S.	1000

Esta solución tiene la gran ventaja de no producir dermatitis y puede ser utilizada también en las mucosas.

c) **Posición:** Trendelenburg.

d) **Operación:**

1o.—Incisión mediana sub-umbilical por planos hasta el peritoneo.

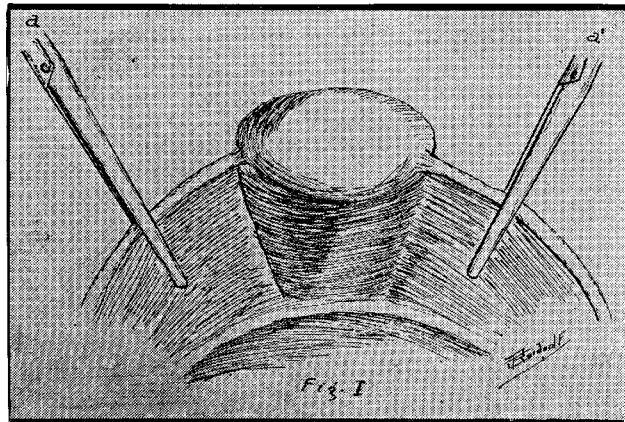
2o.—Exploración de los órganos abdominales: útero, anexo, apéndice, vesícula biliar.

3o.—Exposición del campo operatorio por medio del separador abdominal de Balfour; aislamiento de las asas intestinales por un rodillo de gasa mantenida por el separador de Deaver.

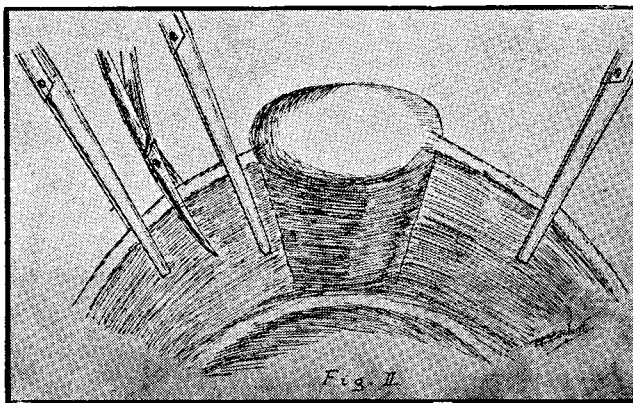
l) A) Forcipresión y sección de los ligamentos redondos e infundíbulo pelvianos.

B) Disección y sección del peritoneo sobre la hoja anterior del ligamento ancho y fondo de saco vésico-uterino.
Describiré en detalle estos tiempos:

- a) Forcipresión de cada ligamento redondo por dos pinzas de Kocher colocadas a tres o cuatro centímetros de su inserción uterina. (Pinzas tractoras a, a'). Dib. 1.



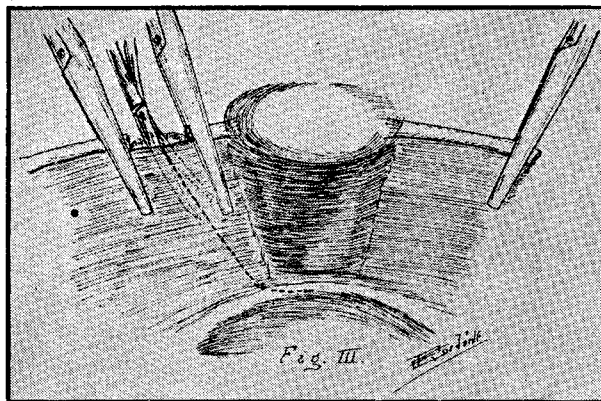
- b) Sección del li-

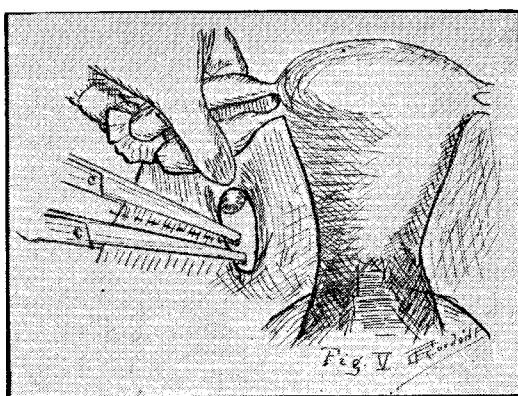


gamento redondo izquierdo entre la pinza tractor a y otra colocada por dentro de ella, paralela al borde uterino, teniendo cuidado que descienda más que la anterior para evitar el reflujo sanguí-

neo al cortar el ligamento. Dib. 2.

- c) Disección y sección del peritoneo sobre la hoja anterior del ligamento ancho y mitad izquierda del fondo de saco vésico-uterino a dos o tres centímetros del borde vesical. La disección se hace por movimiento de cierre y apertura de las tijeras curvas de Mayo introducidas cerradas inmediatamente debajo de la hoja peritoneal. Dib. 3.

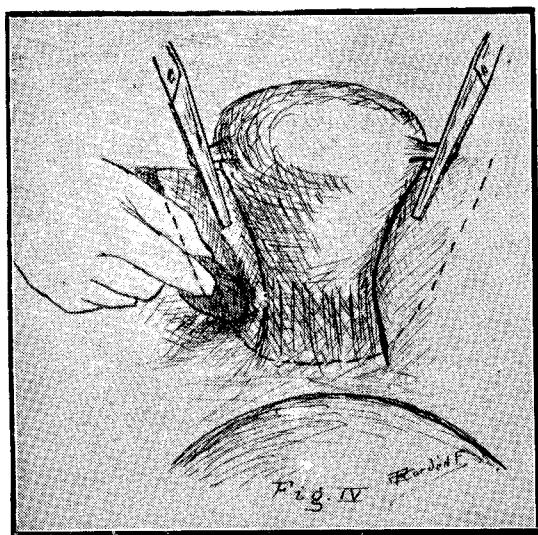




d) Perforación de la hoja posterior del ligamento ancho con el dedo índice y medio izquierdos de adelante atrás. Los anexos izquierdos, quedan en la mano del cirujano y son llevados hacia adentro, quedando libre el ligamento infundíbulo-pel-

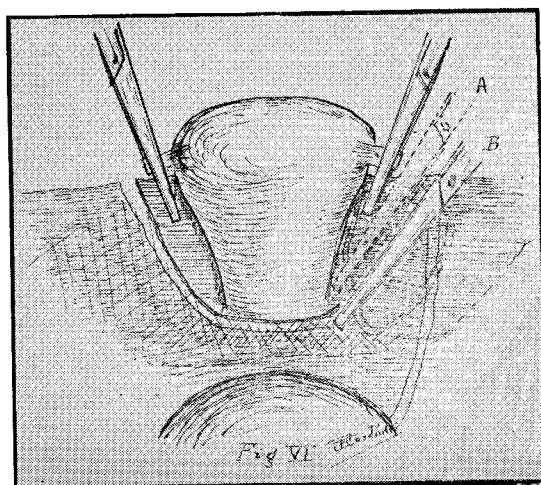
viano correspondiente. Dib. 5.

- e) Forcipsección del ligamento infundíbulo pelviano izquierdo entre dos pinzas de Kocher y sección del mismo.
- f) Se repiten b, c, d y e del lado derecho.
- g) Ligadura de los extremos libres de los pedículos (Ligamentos redondos e infundíbulo-pelvianos) con catgut simple. No. 1.



II) Disección roma, con compres, del tejido celular del ligamento ancho a lo largo de los bordes uterinos para separar los uréteres. Idéntica disección hacia abajo para aislar la vejiga, hasta tocar el cuello uterino a través de los planos vaginales. Mientras se realiza este tiempo, el cirujano tirará hacia arriba y atrás el fondo del útero con la mano libre. Dib. 4.

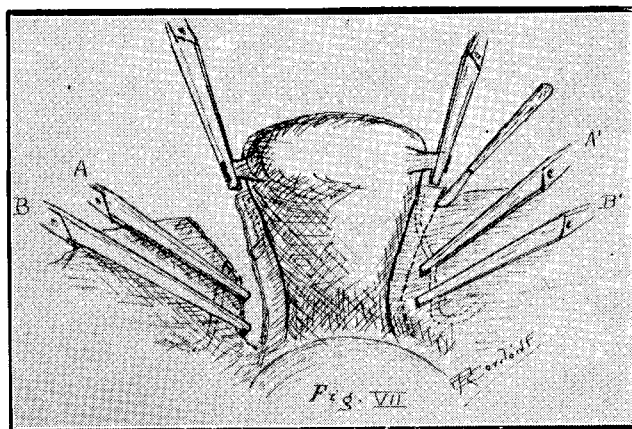
- III) Forcipsección de las inserciones uterinas del ligamento ancho izquierdo, colocando dos pinzas de Kocher fuertes. Las pinzas, forman un ángulo de treinta grados con el borde del útero y sus extremos descienden hasta el cue-



llo uterino, el cual ha sido previamente palpado a través de la cúpula vaginal. Primero se coloca la pinza externa B y después la interna A Dib. 6. En este tiempo, los vasos uterinos quedan cogidos.

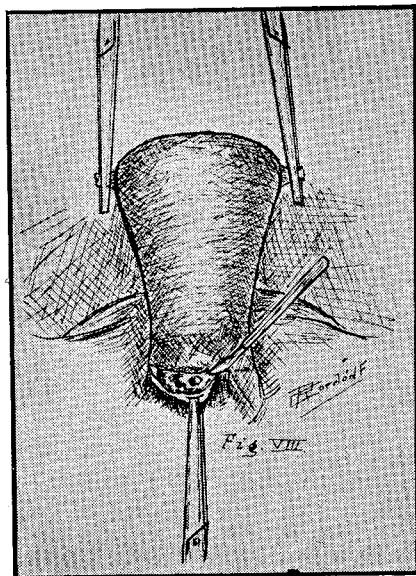
IV) Idéntico procedimiento del lado derecho.

Sección con el bisturí de las inserciones, por dentro de las pinzas internas A, A', rasando el borde uterino.

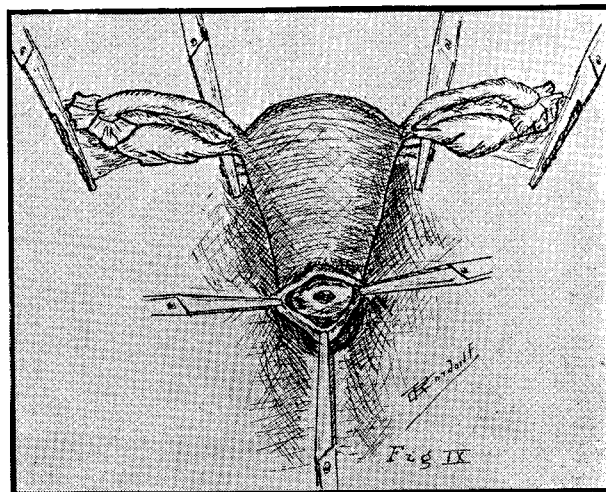


Dib. 7.

IV) Separado el útero de sus conexiones laterales, se le levanta tomándolo por el cuerpo y se tira fuertemente hacia el púbis para exponer el sitio de la futura abertura vaginal. En esta posición, se repite la maniobra de palpar el cuello a través de los planos vaginales. Sección transversal de los ligamentos útero-sacros y de la pared posterior vaginal con un bisturí de mango lar-



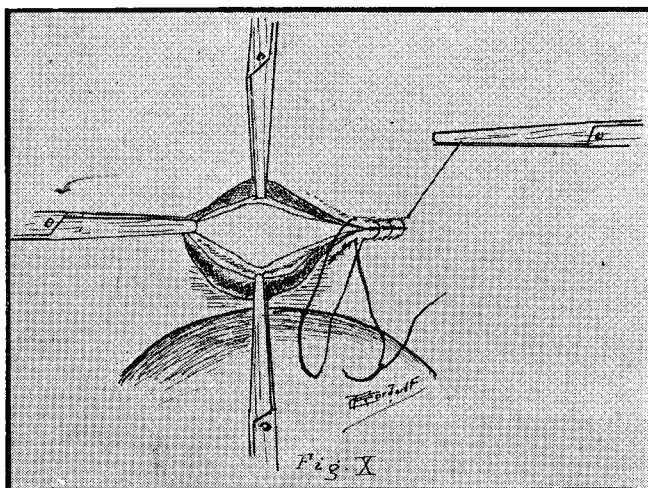
go. Dib. 8. El ayudante coloca una pinza de Kocher en el borde seccionado y el cirujano continúa la sección total de los fondos de saco hasta extirpar completamente el útero. El ayudante, coloca tres pinzas más, dos en los extremos laterales y la restante en el medio del borde anterior. Dib. 9. Antisepsia de la vagina con la solución de Vaichulis-Arnold a través de la incisión, previa protección del fondo de saco de Douglas con un cuadrado de gasa.



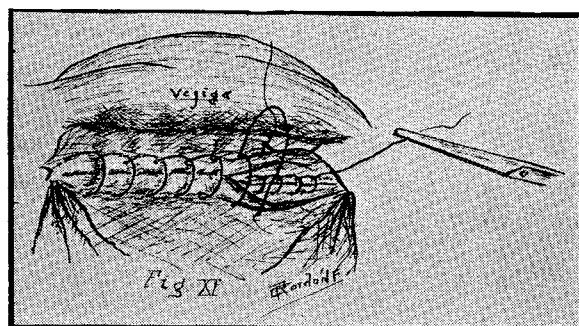
V) Cierre de la cúpula vaginal.

- a) Afrontamiento de los bordes de la cúpula vaginal por una sutura de colchonero con catgut simple No. 1. (Es recomendable usar instrumentos largos, porta-agujas, pinza de disección, etc., porque facilitan mucho el acto operatorio). Esta sutura se hace de un extremo lateral al otro,

princiando por el más próximo al cirujano. Los puntos, son perforantes e interesan todos los planos vaginales. Dib. 10.



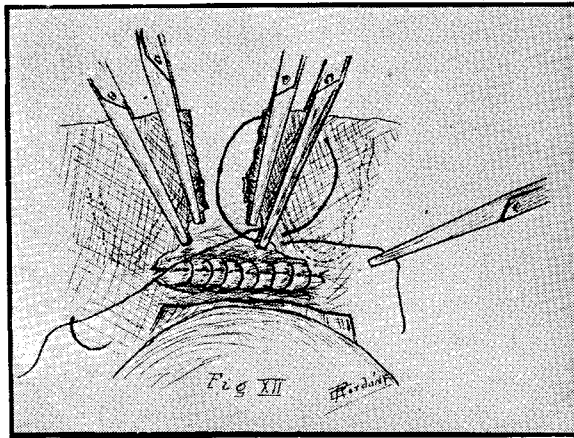
- b) Sutura invaginante de la anterior. Con la misma hebra, se afronta el ligamento útero sacro correspondiente (el derecho), y el peritoneo que tapiza la pared posterior de la vagina al tejido retro-vesical, por medio de una sutura de colchonero y se termina enganchando el ligamento útero-sacro izquierdo. La puntada sobre el tejido celular retro-vesical, se hace en el sentido transversal, para evitar herir la vejiga. Dib. 11.



- c) lavado de los guantes del cirujano y ayudantes con solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 1000. Protección con nuevos campos estériles.

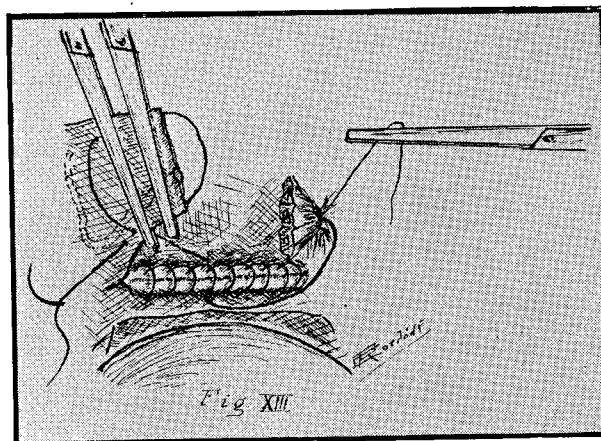
Empleo de nuevos instrumentos en los tiempo siguientes.
Antisepsia del muñón vaginal con alcohol a 95°.

- VI) Sutura-ligadura de los pedículos del ligamento ancho (comprendiendo los vasos uterinos) y "anclaje" de los mismos a la cúpula vaginal.

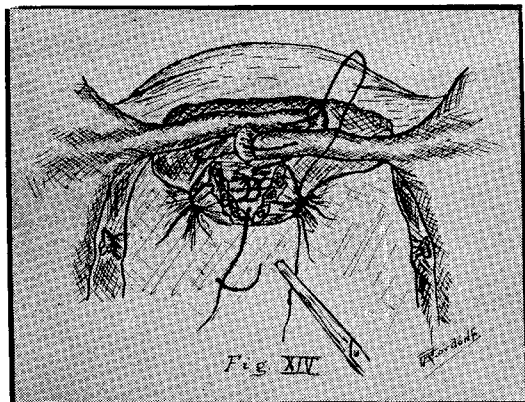


Se principia por el izquierdo, empleando catgut simple No. 1. El pedículo queda ligado adentro de un asa que principia y termina en el extremo inferior de las pinzas A, B, pasando arriba, por debajo del borde superior del liga-

mento ancho. Hecha el asa, se quita primero la pinza externa B y se tira del extremo corredizo del catgut para que apriete; en seguida se retira la pinza interna A y se anuda. Así quedan ligados los vasos uterinos. Dib. 12.



"Anclaje" del pedículo a la cúpula vaginal con la misma hebra y se pasa a ligar el opuesto, "anclándolo" a la cúpula vaginal y anudando. Dib. 13.



VII) Sutura de los ligamentos redondos entre sí y fijación de los mismos a la cúpula vaginal. Dib. 14.

VIII) Afrontamiento de los ligamentos infundíbulo-pelvianos a la cúpula vaginal, siempre que sean lo suficientemente largos para que no haya tensión. Si son cor-

tos, serán simplemente invaginados.

- IX) Peritonización de todas las soluciones de continuidad recubriendo el muñón con la hoja peritoneal supra-vesical, la cual es llevada hacia atrás y por encima del puente formado por los ligamentos redondos.
- X) Se baja el gran epiplón a la pelvis menor y se cierra la pared abdominal.

CIERRE DE LA PARED ABDOMINAL

El procedimiento seguido por el Dr. Wunderlich, para suturar la pared abdominal en las incisiones medianas sub-umbilicales, es original. Lo describiremos tal como él lo comunicó a Academia Mexicana de Cirugía.

"Se pasa el cabo inicial de la hebra de catgut empleada en esta sutura, por la porción más alta del borde derecho del corte aponeurótico, y ahí se anuda, hilvanando, a continuación, todo el largo de la sección peritoneal. (Fig. 15)."

Con la ayuda de una compresa de gasa se desprende y se levanta la reflexión peritoneal sobre la vejiga

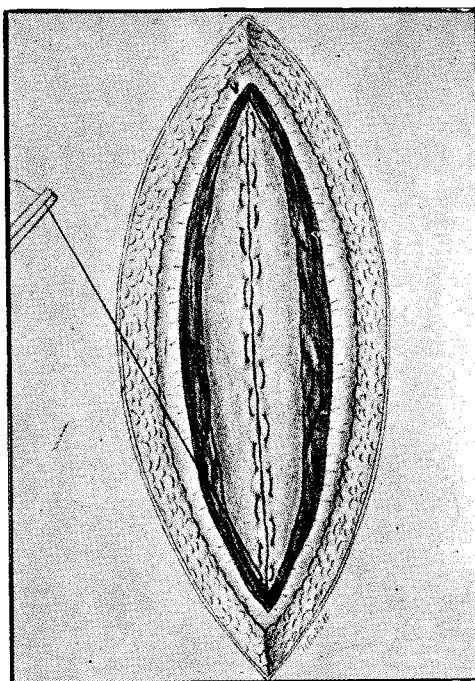


Fig. 15

—desprendimiento que se practica sin ninguna dificultad, pues el tejido adiposo que separa ambos órganos es muy laxo— y se tira, a la vez, de la hebra de sutura para ir frunciendo gradualmente el corte hilvanado del peritoneo. (Dib. 16)."

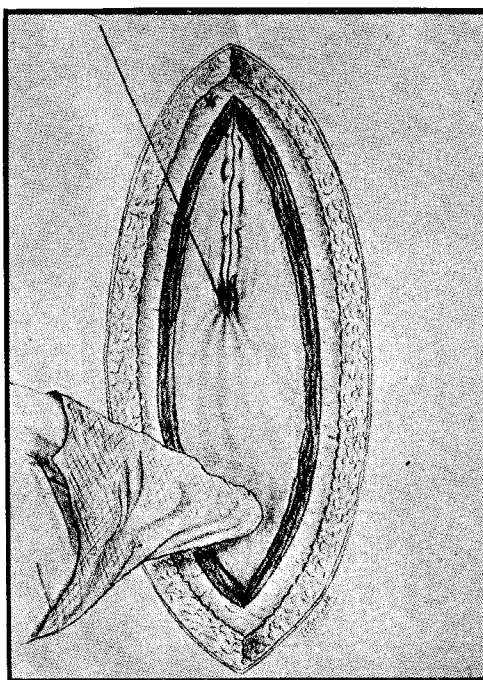


Fig. 16

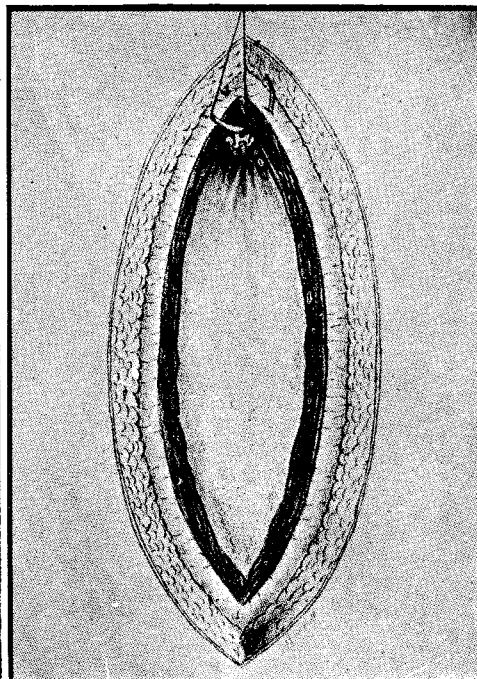


Fig. 17

Continuando la tracción de la hebra, se sigue plegando cada vez más el peritoneo, hasta reducir todo el largo del corte a un pequeño frunce y se hace salir la aguja enhebrada por la parte más alta del borde izquierdo de la incisión aponeurótica; es decir, exactamente del lado opuesto y simétricamente al comienzo de la sutura. Queda así el peritoneo retraído hacia la parte alta de la incisión y sólidamente anudado bajo el plano firme musculo-aponeurótico. (Fig. 17)."

"El resto de la sutura del plano aponeurótico se continúa, como de ordinario, con el sobrante de la hebra que cosió el plano peritoneal (Fig. 18); y para los puntos profundos y superficiales de la piel, no hay variación a los procedimientos corrientes". "Como se ha visto, el objetivo buscado con este cierre de la pared, es el de quitar la coincidencia de los planos diversos de costura con el peritoneo, quedando este reducido, al fruncirse, a una porción mínima, en la parte más alta de la herida".

De todas estas intervenciones, se registraron siete muertes, así:

Caso Obs.	8648	por	peritonitis hipertóxica.
Caso Obs.	9574	"	celulitis gangrenosa de la pelvis.
Caso Obs.	10396	"	celulitis difusa de la pared abdominal.
Caso Obs.	11116	"	embolia en la bifurcación de la arteria pulmonar.
Caso Obs.	11189	"	peritonitis aguda purulenta.
Caso Obs.	11873	"	celulitis difusa de la pelvis.
Caso Obs.	11881	"	colapso cardíaco (en una enferma que tenía insuficiencia aórtica e Hipertrofia cardíaca).

Lo cual arroja una MORTALIDAD de 2.3% que comparada con la cifra de 6% obtenida en la práctica de esta intervención en la generalidad de las buenas clínicas ginecológicas, demuestra la bondad de la técnica seguida por el Dr. Wunderlich.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS OBSERVADAS

- a) Supuración de la pared abdominal en 2% de los casos.
- b) Flebo-trombosis de la extremidad inferior izquierda en sólo dos operadas. Fueron tratadas por Novocainización esplácnica y curaron rápidamente. (En el Servicio de Ginecología fué donde se uso este procedimiento por primera vez en Guatemala para el tratamiento de las flebo-trombosis).
- c) Fístula vésico-vaginal se presentó en un solo caso que fué operada secundariamente y curó.

Debe hacerse notar que no hubo accidentes por ligadura de los uréteres o por hemorragia de los vasos uterinos.

DATOS ESTADISTICOS OBTENIDOS CON LA HISTERECTOMIA SUPRA-VAGINAL

En ochenta y tres HISTERECTOMIAS SUB-TOTALES practicadas durante el mismo período:

51.....	fueron	por	fibromatosis uterina.
11.....	"	"	quistes del ovario.
4.....	"	"	embarazo ectópico complicado.
2.....	"	"	anexitis crónica.
13.....	"	"	anexitis aguda que no cedieron al Elliott.
1.....	"	"	Corio-epitelioma.
1.....	"	"	adenocarcinoma del ovario.

Se registró una muerte, caso de la Obs. No. 8394 por choque operatorio, lo cual da una MORTALIDAD DE 1.2%.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS EN LA HISTERECTOMIA SUPRA-VAGINAL

- a) Trombo-flebitis del miembro inferior derecho en dos casos y del izquierdo en uno: 3.6%.
- b) Absceso de la pared abdominal en el 2%.

CUIDADOS PRE-OPERATORIOS

A) Exámenes requeridos para cualquier intervención abdominal: examen del aparato cardiovascular, pulmonar, renal, de sangre (numeración globular y fórmula leucocitaria, eritrosedimentación, tiempo de sangría y coagulación, dosificación de la urea en el suero), son hechos cuando hay razones clínicas que los indiquen.

B) La noche anterior a la operación un enema evacuador y una cápsula de 0.20 cgr. de amital.

C) 0.02 cgr. de Pantopón y un cuarto de miligramo de escopolamina son inyectados dos horas antes de la operación.

D) 0.10 a 0.20 cgr. de Nembutal una hora antes de la operación.

Esta medicación (C y D) es muy ventajosa porque mejora el estado psíquico del paciente y desde que es empleada, se han observado menos accidentes durante la anestesia raquídea.

E) Si la tensión arterial máxima está comprendida entre 9 y 10 cm. de Hg., se inyectan 0.025 mgr. de efedrina media hora antes de la intervención. Si la cifra de la tensión máxima es inferior a 9 cm. a pesar de la efedrina o superior a 18 cm. se desiste de la raqui-anestesia y se utiliza el éter.

F) Cateterismo vesical antes de pasar a la enferma a la sala de operaciones.

Durante el curso de la operación: Una enfermera cuida de la tensión arterial, tomándola, cada diez minutos, lo mismo que el número de pulsaciones y respiraciones.

En caso de un descenso de la presión arterial, hecho que se manifiesta por respiraciones profundas "signo del suspiro" o por vómitos, se inyectan 0.025 mgr. de efedrina, repitiendo esta dosis si las molestias reaparecen.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS:

La enferma reposará en decúbito dorsal con la cabeza más baja que los pies, por lo menos durante ocho horas, para evitar las cefaleas post-operatorias, transcurrido ese lapso, se pondrá en posición de Fowler.

Gimnasia respiratoria como profilaxia de la atelectasia pulmonar.

Hidratación por medio de soluciones salinas isotónicas o glucosadas por vía rectal (proctoclisis) o subcutánea. Un litro en las primeras veinticuatro horas es la cantidad empleada.

Para combatir el dolor, se administra centigramo y medio de Morfina cada seis horas durante el primer día.

Alimentación: las primeras 24 horas sólo se permite sorbos de agua caliente o de té y los días siguientes será a base de glúcidos.

Al tercer día de la operación, se administra un enema de 0.50 gr. de clorhidrato de quinina en 250 cc. de agua para movilizar el intestino.

La orina es colectada y medida cada veinticuatro horas; en caso de escasez se aumentará la administración de los líquidos ya sea por vía oral, rectal o hipodérmica. Si hay retención de orina, se toman las medidas adecuadas para tratarla.

Gimnasia en el lecho, es ordenada desde el segundo día de la operación y consistirá en cambios de posición, movimientos de los miembros, para activar la circulación y prevenir las embolias.

Los puntos cutáneos, superficiales se quitan al octavo día y los profundos a los doce días de la operación.

El alta se confiere generalmente a las dos semanas.

CONCLUSIONES

- 1a.—La HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL es mejor que la SUPRA-VAGINAL porque no obstante su mortalidad ligeramente más elevada, llena más indicaciones y está sujeta a menor número de complicaciones.
- 2a.—La mortalidad obtenida en TRESCIENTAS operaciones efectuadas desde 1936 hasta 1942, fué de 2.3% cifra inferior a la obtenida en la mayor parte de las clínicas ginecológicas bien acreditadas, que oscila alrededor de 6%.
- 3a.—Las complicaciones post-operatorias más frecuentes en la Histerectomía abdominal total fueron:
 - a) Infección de la pared abdominal 2%.
 - b) Celulitis gangrenosa de la pelvis 1%.
 - c) Trombo-flebitis 0.66%.
 - d) Pelvi-peritonitis 0.66%.
 - e) Fístula vésico-vaginal 0.33%.
 - f) Embolia de la arteria pulmonar 0.33%.
- 4a.—Siendo relativamente frecuente la ligadura de los uréteres y la hemorragia interna por mala hemostasia en esta operación, es notable que en trescientos casos no se hayan presentado

estos accidentes una sola vez, lo que atribuimos a la buena técnica operatoria.

5a.—La sutura de la mucosa vaginal es un tiempo originalmente empleado por el Dr. Wunderlich y es de notar que, sin aumentar los riesgos operatorios, posee las ventajas siguientes:

- a) evita la hemorragia vaginal que es habitual usando otros procedimientos.
- b) Hace inútil el taponamiento vaginal destinado a cohibir dicha hemorragia.

HISTECTOMIA VAGINAL

INDICACIONES

Es la operación de elección en el Prolapso uterino y está especialmente indicada en pacientes mayores de cincuenta años por el mínimo de traumatismo que produce.

En los Prolapsos uterinos de Grados III y IV, es el tratamiento ideal y es aplicable a los de Grado II en enfermas menopáusicas.

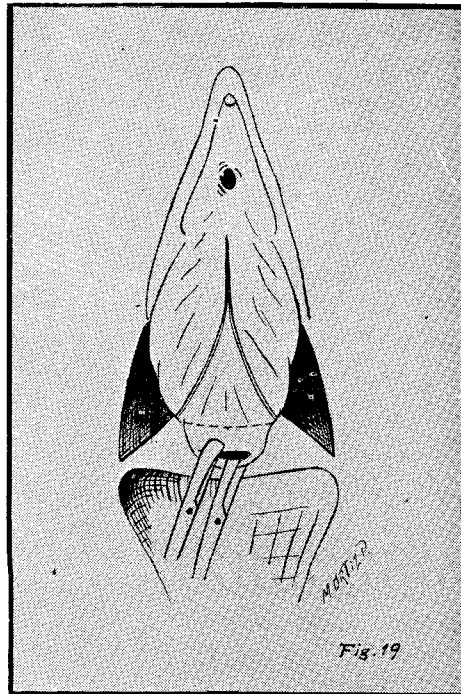
DESCRIPCION

La técnica empleada es la de Mayo y todas las operaciones registradas fueron realizadas con ella.

- a) **Anestesia:** La raqui-anestesia es excelente. Ocho a diez centigramos de Procaína disueltos en 3 cc. de líquido céfalo-raquídeo e introducidos en el cuarto espacio intervertebral lumbar, bastan. El éter se emplea cuando está contra-indicada la anterior.
- b) **Posición:** la de la talla vesical, con ligero trendelenburg.
- c) **Antisepsia:** de la vulva, vagina, periné y cara interna de los muslos con la solución de Vaichulis-Arnold.
- d) **Exposición del campo operatorio:** con dos pinzas de Musseux colocadas sobre los labios del cuello uterino, se prolapsa el útero y se hace una antisepsia cuidadosa de la región. Se coloca una valva de Auvard en la pared posterior de la vagina.
- e) **Operación:**
 - 1) a) Incisión y disección de la mucosa vaginal. Tirando de las pinzas de Musseux hacia abajo y atrás para poner tensa la pared vaginal anterior se hace sobre ella una incisión en forma de raqueta, cuya cola principia a dos centímetros del me-

to urinario, continúa recta y mediana en un corto trayecto de 2 centímetros y luego contornea el cuello uterino para reaparecer simétricamente del lado opuesto y terminar en la incisión mediana. La base de la raqueta, pasa a dos o tres centímetros del extremo libre del cuello uterino. La incisión interesa solamente la mucosa vaginal y es ejecutada en dos tiempos. Primero se hace la cola y la mitad izquierda de la base de la raqueta y después la mitad derecha.

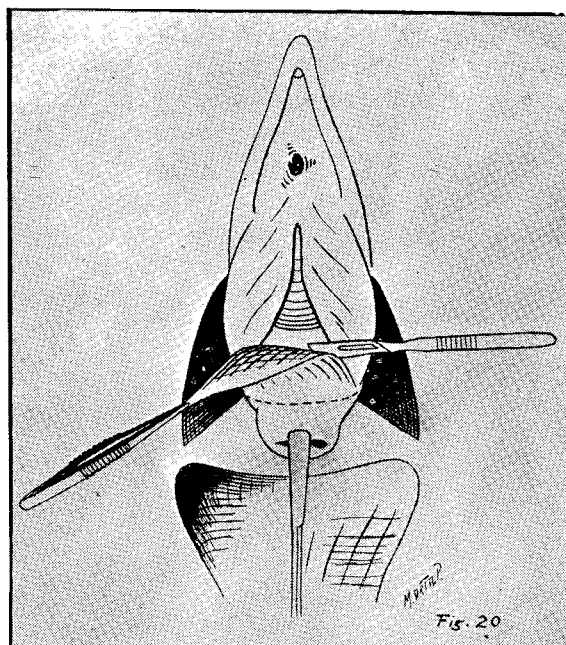
Durante la ejecución de este tiempo la mano izquierda del cirujano que empuña las pinzas de Musseux les imprime un movimiento de torsión



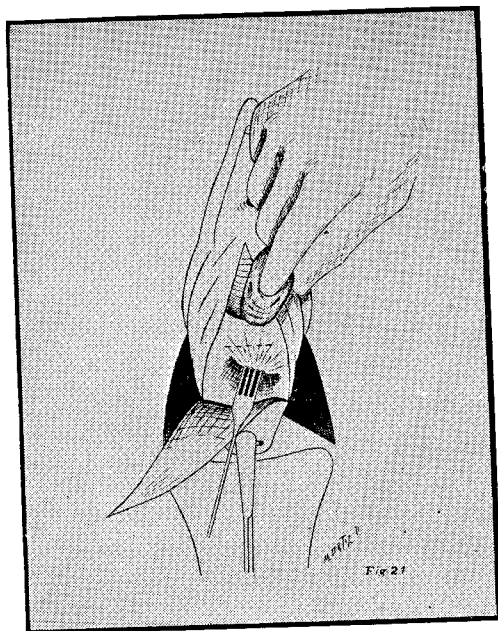
de derecha a izquierda para presentar el borde izquierdo y la cara posterior del cuello uterino. Dib. 19.

b) Separación de la vejiga.

El ayudante tira de las pinzas de Musseux en igual sentido que anteriormente poniendo tensa la pared vaginal para facilitar su disección. Imprimiendo movimientos de arco de violín al bisturí, se desprende la vagina desde el extremo de la cola de la raqueta hasta dos o tres centímetros del vértice del cuello. Dib. 20.



Durante este tiempo, hay que tener especial cuidado en no herir la vejiga, la cual es sostenida por el ayudante por medio de una compresa de gasa a medida que la disección avanza hacia abajo. Dib. 21. Al encontrar el fondo vesical (a veces



es necesario determinarlo por una sonda metálica introducida por el meato uretral) se separa de las adherencias uterinas por dos o tres golpes de bisturí y el ayudante levanta la vejiga por un separador de Farabeuf.

c) Exteriorización del fondo uterino.

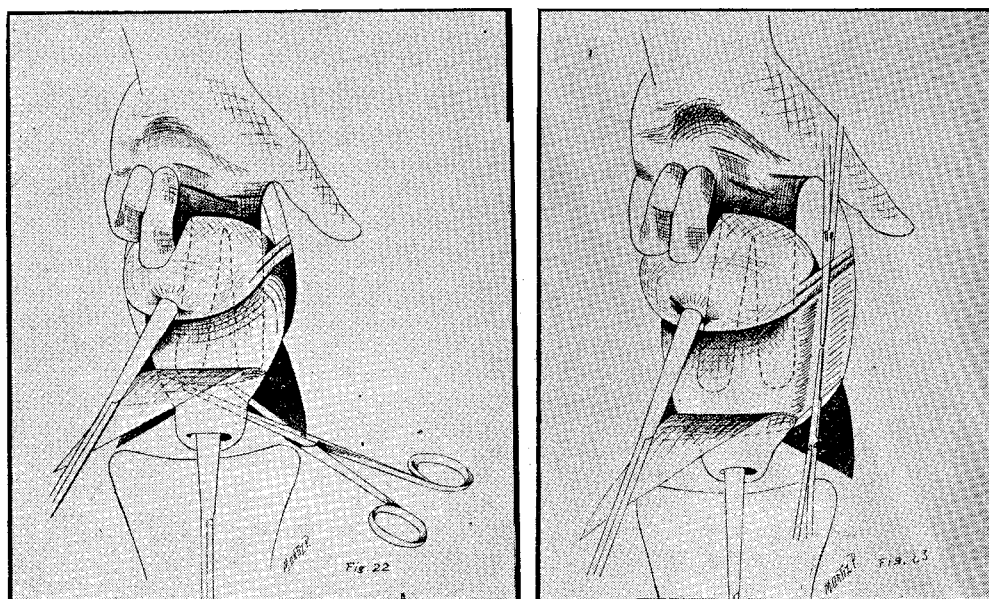
El cirujano, engancha el istmo uterino con un retractor de Volkman tirando fuertemente de él hacia abajo. Empuñando otro retractor, lo coloca encima del anterior y por presas cada vez más altas en "escalera" alcanza el fondo de saco vé-sico-uterino. Dib. 21.

Este es abierto y el cuerpo uterino basculado por tracción ejercida con una pinza de Musseux que, colocada anteriormente sobre el labio anterior del cuello es trasladada al fondo uterino.

II) Extirpación del útero.

- a) Ejerciendo tracción simultánea sobre las pinzas de Musseux se introducen los dedos índice y me-

diano de la mano izquierda en el fondo de saco de Douglas, a través de la abertura del peritoneo vésico-uterino, mientras que la mano derecha maniobrando las tijeras curvas perfora el peritoneo



recto uterino. Las tijeras son introducidas detrás del cuello uterino por debajo de la incisión practicada a ese nivel (base de la raqueta). Los dedos de la mano izquierda presentan el fondo de saco de Douglas y las tijeras lo perforan sin peligro de herir el recto. El útero queda suspendido por los ligamentos anchos y redondos. Dib. 22.

- b) Forcipsión del ligamento ancho y redondo izquierdo por dos pinzas de Kocher fuertes. Una pinza **a** es colocada de arriba hacia abajo tocándose con la otra **a'** que es colocada de abajo hacia arriba. Los vasos uterinos quedan cogidos. Dib. 23. Sección con el bisturí entre las pinzas y el borde uterino.

El tiempo **b** se repite del lado derecho y el útero es extirpado.

III)

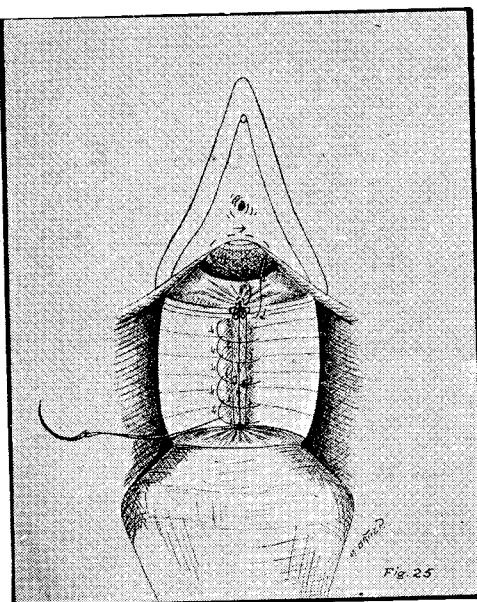
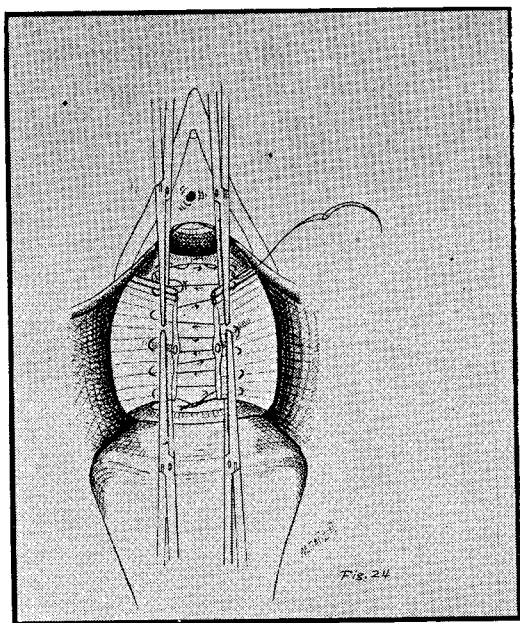
- a) Afrontamiento de los ligamentos anchos y redondos.

Es realizado con una hebra doble de catgut cronizado No. 2, la cual pasa por debajo de las pin-

zas en una sutura simple de abajo-arriba teniendo cuidado de cerrar el fondo de saco de Douglas.

Al llegar al borde superior de los ligamentos anchos, se afrontan los redondos por un punto pasado y se retiran las pinzas. Dib. 24.

- b) El ayudante mantiene tenso el catgut, mientras el cirujano va a buscar el corte del peritoneo vésico-uterino por medio de dos pinzas de Allis manio-bradas en "escalera" hasta pinzar el borde. Al encontrarlo se hace una sutura en bolsa a su alrededor con la misma hebra que afrontó los ligamentos redondos. Dib. 24.



- c) Sutura hemostática del muñón.

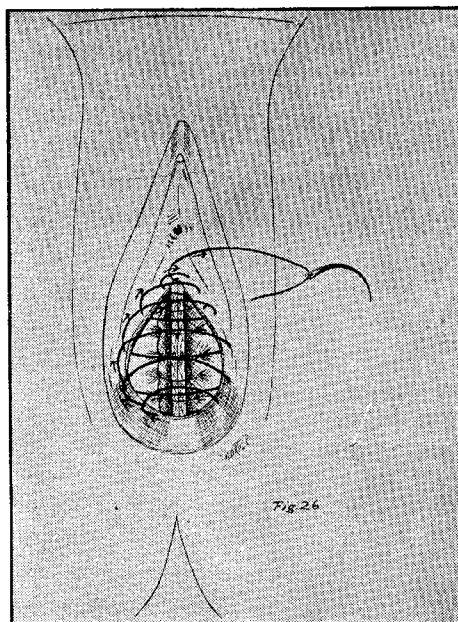
Realizado el tiempo anterior, se fija el muñón de los ligamentos anchos por uno o dos puntos laterales, a la mucosa situada abajo del meato uretral (Vagino fijación pelviana de Mayo), teniendo cuidado de no interesar la uretra.

En seguida se hace la hemostasia de los pedículos por una sutura de colchonero que termina en el extremo inferior.

Los vasos uterinos quedan ligados. Dib. 25.

d) Sutura de la vagina.

La aguja perfora el extremo inferior de la incisión vaginal y se corta una hebra del catgut doble para que quede un solo hilo y la mucosa vaginal es afrontada por una sutura de colchonero que se



termina en el extremo de la incisión mediana por debajo del meato. Dib. 26.

Una sonda de Pezzer es introducida en la vejiga y la operación queda terminada.

COLPO - PERINEORRAFIA

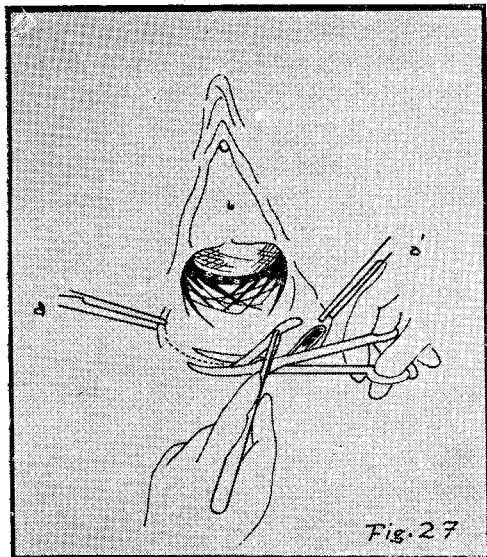
Esta operación se ejecuta como un tiempo complementario de la anterior y además en las rasgaduras antiguas del perineo.

Nosotros hemos empleado con éxito la técnica del Dr. Wunderlich en los casos de rasgaduras perineales post-partum.

Cinco centigramos intra-raquídeos de Procaína son suficientes para obtener una buena anestesia.

TECNICA:

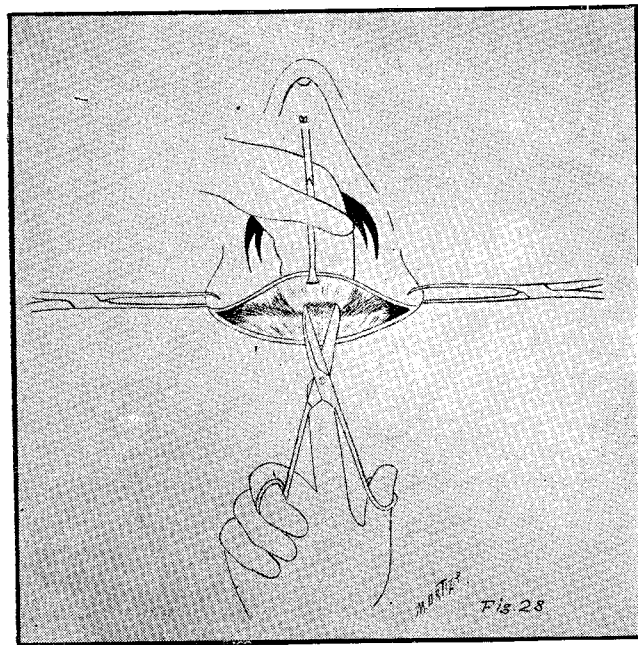
- 1o.—Antisepsia de la región perinéo-vulvar y cara interna de los muslos.
- 2o.—Exposición del campo operatorio por medio de dos pinzas de Allis (a, a') colocadas a los lados del introito vaginal a la altura que el cirujano considere conveniente. Li-



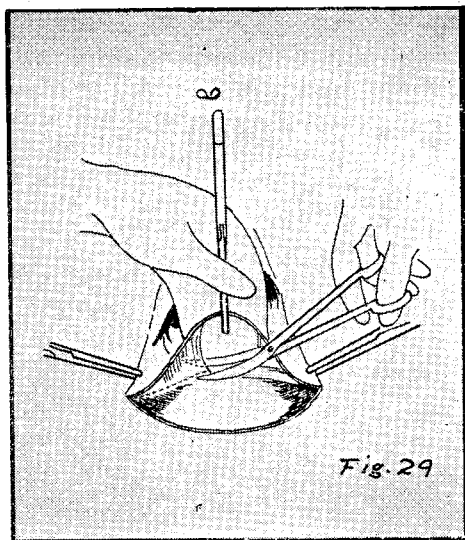
gera tracción hacia arriba y afuera es mantenida por el ayudante.

El borde cutáneo mucoso comprendido entre las pinzas es excindido con las tijeras. Dib. 27.

30.—Una pinza de Allis (b) es colocada en la parte media del labio mucoso de la incisión y sostenida por la mano izquierda del cirujano mientras que con las tijeras se disecciona un colgajo mediano. Los



dedos de la mano izquierda, presionan firmemente el colgajo vaginal y dirigen la disección de las tijeras. Esta maniobra es muy importante para no herir el recto. Dib. 28.



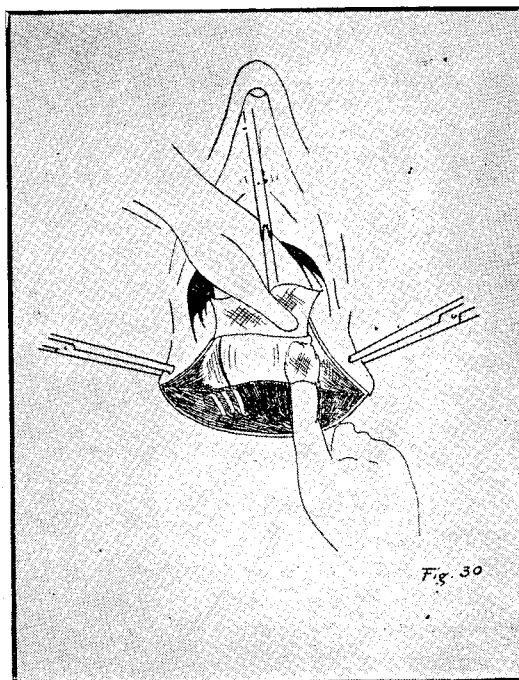
40.—Sección de los planos perineales superficiales con las tijeras, desde la línea media hasta el sitio de inserción de las pinzas. (a, a') Dib. 29.

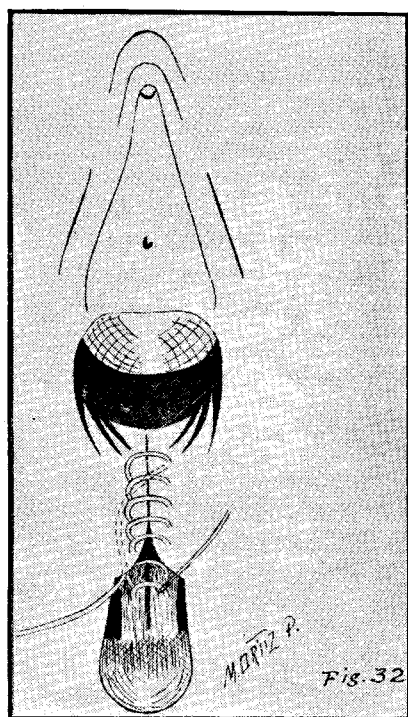
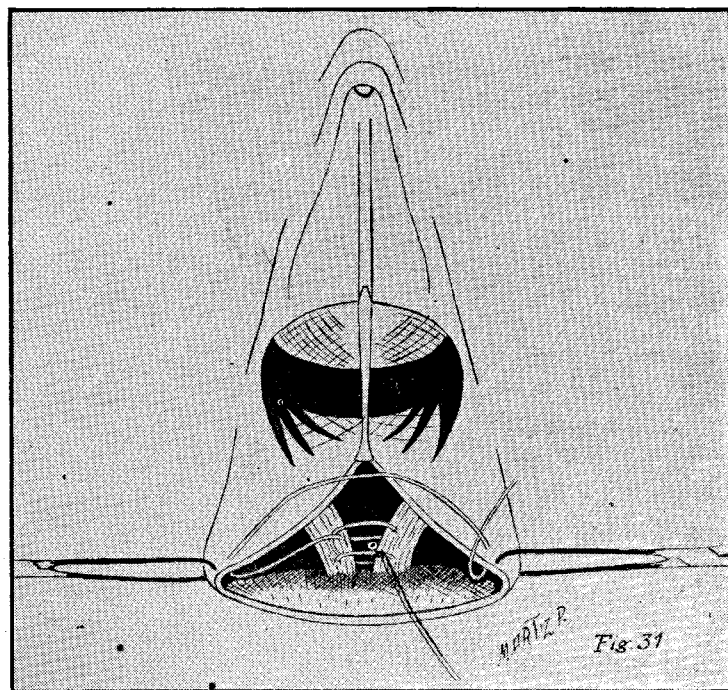
50.—Tomando el colgajo vaginal con los dedos de la mano izquierda protegidos por una gasa pequeña se busca el elevador izquierdo del ano por disección roma ejecutada con el índice derecho protegido igualmente por una gasa. La presión se hace profunda y lateral-

mente para separar el tejido celular recto-vaginal hasta que los haces pubo-coccígeos del elevador del ano aparecen. Idéntica maniobra se realiza del lado derecho. Dib. 30.

60.—Sutura de los elevadores.

Con una hebra de catgut cromizado No. 0 se afrontan los músculos teniendo cuidado de que la aguja no perfore el recto y para evitar este accidente, el cirujano aísla el elevador correspondiente entre sus dedos medio e índice izquierdos, el primero protege el recto y el segundo separa el tejido grasoso de la fosa isquio-rectal. Dos o tres puntos bastan y para no cerrar demasiado el introito vaginal dos dedos deben entrar fácilmente en él. Dib. 31.

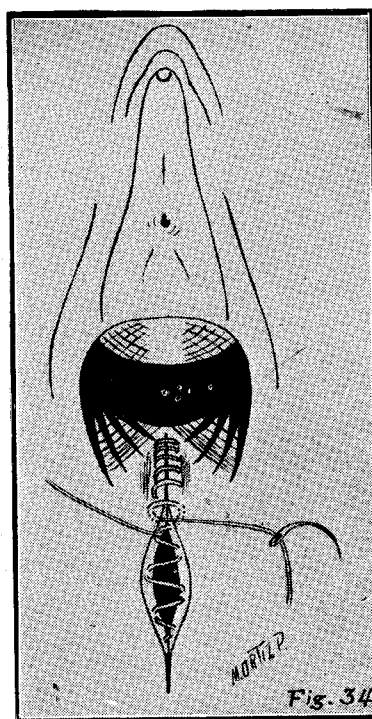
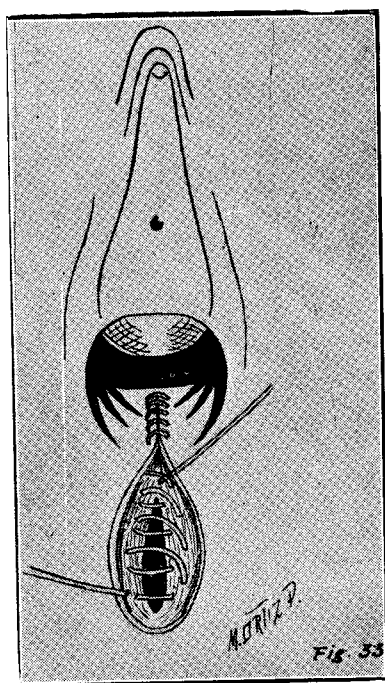




7o.—Con el mismo catgut, se unen los extremos laterales de la incisión, anudando a este nivel (las pinzas a, a') se retiran. Dib. 31. En esta puntada, hay que interesar el colgajo vaginal posterior para evitar el espacio muerto.

8o.—Sutura de la incisión vaginal por una serie de puntadas de colchonero. El ayudante expone el campo traccionando la pinza B y al llegar la aguja al extremo superior de la incisión cutánea. La pinza B, es retirada. Dib. 32.

9o.—Afrontamiento de la aponeurosis perineal superficial por una sutura de colchonero que al mismo tiempo realiza la hemostasia. Dib. 33.



10.—Sutura intradérmica de la piel. Dib. 34.

Se realiza así la operación con una hebra ininterrumpida de catgut.

CUIDADOS PRE-OPERATORIOS EN LA HISTERECTOMIA VAGINAL

- a) Medidas tomadas rutinariamente para cualquier intervención quirúrgica importante: examen del aparato cardio-vascular, pulmonar, renal, sangre (numeración y fórmula leucocitaria, sedimentación de eritrocitos).
- b) Reposo en decúbito dorsal y taponamientos vaginales de glicérido de boroglicerina son aplicados durante seis o siete días antes de la operación para descongestionar los órganos prolapsados y hacer cicatrizar las ulceraciones. Esta preparación es fundamental y nunca debe omitirse porque facilita la disección de la mucosa vaginal y disminuye los riesgos de infección y hemorragia post-operatorios.

- c) La noche anterior a la operación se vacía el recto por medio de un enema y se administra una cápsula de 0.20 cgr. de amital sódico, para inducir el sueño.
- d) La mañana de la intervención: 0.02 gr. de Pantopón y un cuarto de milígramo de escopolamina son inyectados por vía hipodérmica dos horas antes.
- e) 0.10 a 20 gr. de nembutal se administran oralmente una hora antes de la intervención.
- f) Cateterismo vesical antes de trasladar la enferma a la Sala de operaciones.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

- a) Sonda vesical permanente (Pezzer Nos. 18 o 20) durante cinco días; especial atención se presta para evitar que se obstruya y la orina es medida cada veinticuatro horas.
- b) Posición: decúbido dorsal con la cabeza más baja que los pies, durante ocho horas, después simple decúbito dorsal.
No se utiliza la posición de Fowler durante los primeros días para evitar la tensión del perineo.
- c) Durante las primeras veinticuatro horas, sólo se administran líquidos por vía oral, agua, té, limonadas, etc.
- d) Si es necesario se inyectan soluciones salinas o glucosadas por vía subcutánea para hidratar a la enferma.
En los días siguientes, la dieta es a base de alimentos que dejen poco residuo, para evitar evacuaciones. Los dulces, la miel, el arroz, son inmejorables.
- e) La enferma no debe defecar sino hasta el quinto día, en que se administra un enema de 0.50 gr. de clorhidrato de quinina en doscientos cincuenta centímetros cúbicos de agua. La dieta anterior es suficiente para obtener el estreñimiento requerido, pero si se presentan asientos la medicación opiácea es instituida.
- f) La sonda vesical es retirada al quinto día.
- g) Medicamentos:
Si el Ph. urinario es alcalino o si hay piuria, se ordena una posición con cuatro gramos de cloruro de amonio y gramo y medio de urotropina para acidificarla. Esta medicación se continúa hasta que el trastorno desaparece.
En caso de tenesmo vesical provocado por la permanencia de la sonda se administra un gramo de urotropina y sesenta centígramos de bromuro de alcanfor por vía oral (repartidos en paños de 0.25 gr. de urotropina y 0.15 gr. de Bromuro de alcanfor) cada veinticuatro horas.

- h) Durante las primeras veinticuatro horas se administra una inyección de un centígramo y medio de morfina cada seis horas para combatir el dolor.
 - i) Las curaciones vulvares se cambian una vez cada veinticuatro horas y un toque solución de metaphen al uno por quinientos sobre la sutura perineal es suficiente para mantener limpia la herida.
- En caso que ocurra una evacuación intestinal, se practica una limpieza perineal inmediata.

ESTADISTICA

En DOSCIENTAS VEINTISIETE HISTERECTOMIAS VAGINALES CON COLPO-PERINEORRAFIA practicadas durante el tiempo comprendido entre Agosto de 1938 a Septiembre de 1942, sólo hubo cuatro defunciones, lo que da una MORTALIDAD de 1.4%, cifra inferior a la obtenida en la Mayo Clinic en 607 casos de 1934 a 1938 que fué de 1.5%.

Las muertes, se debieron a:

Casos de las Obs. 9592 y 12122 Hemorragia interna por haberse soltado los vasos uterinos.

Caso de la Obs. 10835 por Pelvipерitonitis.

Caso de la Obs. 10474 Celulitis gangrenosa de la pelvis.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

- a) Infección del perineo en 5% de los casos.
- b) Absceso de la cúpula vaginal en 4.4%.
- c) Herida de la vejiga en sólo dos ocasiones, que fueron tratadas durante el acto operatorio y cicatrizaron por primera intención.

CONCLUSIONES

1a.—La Histerectomía vaginal con colpo-perineorrafia, es la operación ideal para el tratamiento del prolapso uterino especialmente en pacientes mayores de cincuenta años por el escaso choque que su ejecución implica.

2a.—La mortalidad obtenida en DOSCIENTAS VEINTISIETE OPERACIONES efectuadas de 1938 a 1942, fué de 1.4% cifra ligeramente más baja que la registrada en la Clínica Mayo en 607 casos que fué de 1.5%.

En todo caso, la Mortalidad de la Histerectomía vaginal, es más baja que la de la Histerectomía abdominal.

Imprímase
Ramiro Gálvez A.
Decano.

PROPOSICIONES

Anatomía Descriptiva	Arteria Uterina
Anatomía Topográfica	Hiato de Wisnlow
Anatomía Patológica	Mixomas
Bacteriología	Neumococo
Botánica Médica	Digitalis Purpurea
Clínica Quirúrgica	Raqui-Anestesia
Clínica Médica	Exploración Renal
Fisiología	De la Menstruación
Física Médica	Escalas Termométricas
Higiene	Profilaxia de la Difteria
Histología	El Cuerpo Tiroides
Medicina Legal y Toxicología	Intoxicación por Barbituricos
Obstetricia	Placenta previa
Parasitología Médica	Tenia Solium
Patología Quirúrgica	Cáncer del Riñón
Patología Médica	Pielitis
Patología Tropical	Fiebre Biliosa, Hemoglobinurica
Pediatría	Enfermedad e Little
Psiquiatria	Oligofrenia
Química Médica Inorgánica	Yoduro de Sodio
Química Médica Orgánica	Codeína
Química Biológica	Investigación de la sangre en la orina
Técnica Operatoria	Histerectomía Abdominal
Terapéutica	Pituitrina.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

Archivos del servicio de Ginecología del Hospital General.

Libros: T, U, V, W, X, Y, Z, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39.

Collected Papers of the Mayo Clinic 1940.

Ginecología Operatoria de Crossen y Crossen.

Surgical Practice of the Lahey Clinic, 1941.

Tratado de Ginecología de Graves.

Tratado de Ginecología de Kelly.

Traité de Gynecologie Medico-Chirurgicale. (Faure y Siredey).

Revista de Cirugía y Cirujanos de la Academia Mexicana de Cirugía.

Tomos IV y X.