

**(*) APENDICE A LA MEMORIA DEL DR. J. VILLARREAL TITULADA:
MANERA DE PRACTICAR LA HISTERECTOMIA
ABDOMINAL TOTAL O SUPRAVAGINAL EN LAS AFECCIONES
NEOPLASICAS DE LA MATRIZ O DE LOS ANEXOS,
EL FONDO DE DOUGLAS ESTANDO LIBRE O ADHERENTE.**

En un año que hace presenté á la Academia el trabajo que se acaba de publicar en la "Gaceta," han cambiado algo mis ideas y mi manera de proceder, así como mi estadística que comprende actualmente 27 casos de Histerectomía Abdominal Total ó Supravaginal por afecciones neoplásicas de la matriz ó de los anexos, con una sola muerte, la anterior al empleo de mi procedimiento, no habiendo perdido una sola enferma en los 22 casos siguientes, de los que 2 fueron operados por el procedimiento de Kelly y Segond, como consta en las diferentes comunicaciones que en el curso de este año he tenido el honor de hacer en la Academia N. de Medicina. Algunas de dichas operaciones han sido bastante difíciles: tales las que presenciaron los Dres. N. Ramírez de Arellano y R. González en México y D. Peña y A. F. Leal en Monterrey; habiendo en el caso que vió el Dr. González, (se trataba de un inmenso tumor adherente, intraligamentario, que pesó 9.100,00 y simulaba un embarazo gemelar á término) seccionando y ligando el ureter derecho, que se encontraba comprendido entre dos lóbulos del tumor, lo cual requirió la extirpación del riñón correspondiente, seis días después de la primera intervención, por haberse presentado signos de infección urinaria. (Véase comunicaciones de Noviembre y Diciembre. Actas de las sesiones).

La práctica repetida de la histerectomía abdominal, que he hecho extensiva á las afecciones inflamatorias supuradas é hidro-quísticas de los anexos, me ha inducido á llevar las siguientes modificaciones: 1º en

(1) Véase la pagina 45, después de la que debió ir este Apéndice.

la asepsia; 2° en la técnica operatoria y 3° en la sutura de la pared del vientre.

1° *Asepsia*. El lavado de las manos y del campo de la operación, lo hago simplemente con agua y jabón esterilizados por la ebullición, sin emplear soluciones antisépticas ni cepillos que maltratan las manos y región en que se va á operar; las soluciones siendo cuando menos inútiles, estando demostrado por la bacteriología que los microorganismos no mueren sino después de un tiempo largo de haber permanecido en ellas, lo que es irrealizable en la práctica del aseo y es perjudicial su uso después de divididos los tejidos, porque los elementos celulares perecen á su contacto, sobre todo las celdillas peritoneales, quedando así una puerta abierta á la infección.

El aseo mecánico realizado por frotamientos repetidos de las manos entre sí ó con la región y una compresa esterilizada, jabonando mucho y empleando el agua estéril caliente, durante 15 minutos cuando menos, da al cirujano la seguridad práctica de la asepsia de las manos y región de la operación, siendo lógico suponer que lo que frotamientos repetidos no han podido arrastrar, mucho menos lo sustraerán los tejidos que apenas se tocan.

Una vez dividida la piel, uso para el aseo de las manos ó el lavado de la herida, de soluciones de cloruro de sodio estériles al 6/000 á fin de dejar á las celdillas su defensa quimotáxica, y produciendo el menor traumatismo posible y no estorbando la reparación orgánica por la interposición de un cuerpo extraño así pudieran ser cadáveres celulares.

2° Las modificaciones en la técnica operatoria, se refieren á la hemostasia, sutura del peritoneo pélvico y á la manera de arreglar el epiplón.

Hemostasia.—El conocimiento de la fisiología de la circulación útero-anexial, que he podido comprobar en las múltiples intervenciones sobre dichos órganos, me ha permitido llegar á extirparlos sin la colocación de pinzas, conservando toda la extensión de los ligamentos anchos: lo que facilita la reparación del peritoneo pélvico.

La arteria uterina aborda la matriz al nivel del cuello y la recorre en toda su longitud, desprendiendo en su trayecto ramas sumamente delicadas que penetran en el músculo uterino y que no necesitan de ligadura cuando se las secciona. Del cuerno uterino en adelante, la arteria uterina recorre de la misma manera la longitud de la trompa desprendiendo ramos delgados que nutren este órgano y que no sangran tampoco cuando se las corta entre la arteria principal y su penetración en la trompa.

La arteria útero-ovárica se distribuye de igual manera en el ovario y el ligamento útero-ovárico que la a. uterina en el útero y la trompa y

al igual de éstas se pueden dividir las pequeñas arteriolas que nutren el ovario sin que sea necesario colocar una ligadura. De una manera general se pueden comparar las arterias uterina y ovárica á las arterias mesentéricas en su distribución, anastomosándose como éstas en el borde superior del ligamento ancho, que representa el meso de los órganos genitales internos; más dicha anastomosis está muy distante de tener la importancia de las de los ramos colícos de las mesentéricas.

Basado en lo anterior, no confecciono más pedículos ligamento vasculares, sino que una vez cogidos los ligamentos entre los dedos, de la manera que dejo descrita, los corto al ras de la matriz fibromatosa desde el cuerno uterino y en seguida extirpo el ovario y trompa correspondiente de uno y otro lado, rasando su superficie y sin que haya necesidad de colocar ni una sola pinza.

Si por accidente se hiere el arco arterial útero-tubo-ovárico, una pinza cogerá la arteria y tres ó cuatro ligaduras bastarán para la hemostasia perfecta de los más grandes tumores, siendo frecuente que en los medianos y pequeños ninguna y cuando más una ó dos ligaduras satisfagan la hemostasis.

Suprimimos los pedículos y por lo mismo los hilos gruesos de seda y con ellos las probabilidades de hemorragia é infección por aflojamiento de una ligadura ó su intolerancia, así como la disminución de los dolores postoperatorios; pues para cegar las arterias son suficientes delgados hilos de seda ó catgut que son perfectamente tolerados y que no causan accidentes, ni dolores porque comprimen solo la arteria.

Sin embargo, con la supresión de los pedículos queda una pérdida de substancia peritoneal en el medio del piso pélvico, los ligamentos anchos siendo apenas exfoliados. Para suturar rápidamente esta solución de continuidad cuando se está cierto de que no ha habido infección y de que la hemostasis es perfecta, previa la sutura de la vagina ó cuello, suturo en surjete sobre la parte media los colgajos peritoneales anterior y posterior y hago una sutura en bolsa para cada ligamento ancho, para lo que se presta admirablemente la altura que se les conservó.

Si hay miedo de infección por rotura de alguna colección purulenta ó por otra causa, si la hemostasis no ha sido perfecta ó la operación larga: entonces canalizo por la vagina con una gasa estéril, yodoformada ó no, haciendo la extirpación del cuello si la histerectomía había sido supravaginal.

El buen arreglo del *Epiplón* sobre los intestinos, es un detalle sobre el que no he visto insistir como su importancia merece. Para mí, el epilón es un órgano de protección y suplencia del peritoneo visceral y parietal y más extensivamente el guardián de los deslizamientos fáciles de la serosa, Su constitución y situación explican perfectamen-

te su mecanismo de adaptación á las funciones mencionadas: compuesto de cuatro hojillas serosas y extendido delante de las vísceras ventrales, lo mismo tapa una brecha abierta en la pared del vientre que en el intestino, é igualmente se adhiere al peritoneo parietal que visceral, despididos por la infección ó el traumatismo; más el espacio seroso, continuación de la trascavidad de los epiplones, comprendido entre sus cuatro hojillas de composición, persiste, facilitando el movimiento de las vísceras no adheridas.

En las intervenciones abdominales frecuentemente sufre el peritoneo parietal y aun la serosa intestinal queda bastante lastimada; pero el epiplón que ha huido (posición de Trendelenburg) durante la operación, vuelto á su lugar ayuda á la reparación serosa, tal vez sin adherencia, interponiéndose entre las membranas maltratadas.

Favorecer este papel del epiplón, ayudar á la naturaleza y evitar accidentes de estrangulación, es lo que me propongo cuando de una manera sistemática al terminar una operación en el abdomen, hago poner á la paciente en posición horizontal, y si la mesa lo permite, dispongo que la pelvis quede más baja que el tronco, para que descendiendo los intestinos, el epiplón venga con ellos, y arreglándolo, muchas veces baja torcido, lo extiendo como delantal sobre la masa intestinal y lo hago descender hasta el fondo pélvico. Con dicha práctica las pacientes no sufren cólicos y apenas si sufren de las incomodidades de la parálisis intestinal tan común, molesta y tenaz sin esta sencilla maniobra.

3º. *La sutura* de la pared del vientre, la practico con catgut á fin de evitar las fistulas que puedan quedar en la pared abdominal á causa de los hilos perdidos que aconsejaba el año pasado y que he podido observar en algunas operadas de distinguidos colegas; en masa: por haber notado que la sutura así practicada es más rápida y no predispone de ninguna manera más que la hecha en planos, á la eventración y haber comprobado en una paciente que operé de piosalpinx unilateral que canalicé por el vientre con gasa, que al retirar ésta 36 horas después, bastó la simple tonicidad muscular ayudada de un vendaje para evitar la hernia de los intestinos.

La sutura en masa es subcutánea para evitar la cicatriz que la aguja deja sobre la piel, y al efecto hago varios puntos entrecortados y perdidos que comprenden el espesor de los tejidos del vientre, desde la capa celular subcutánea de uno y otro labio de la herida hasta el peritoneo; y con el objeto de que la aguja no deje su trazo sobre los bordes de la herida, hago la sutura intradérmica también con catgut y solo cuando me precisa terminar empleo un surjete común también con catgut. Doce días después que se retira el apósito, la enferma está curada y no hay más que ponerle su faja abdominal que protegerá por algún tiempo su herida, ahorrándose la molestia de la quitada de los hilos y

las infecciones superficiales y cicatrices estriadas que suelen presentar se cuando las suturas cortan la piel.

Las observaciones clínicas que comprueban lo anterior, las he presentado en varias sesiones en la Academia N. de Medicina, y tanto en mi museo particular como en el del Hospital Ginecológico y en el de San Andrés, existen las piezas justificantes, que son además bellos ejemplares de la anatomía patológica de los fibromiomas de todas naturalezas y de afecciones neoplásicas de los anexos.

Réstame para terminar, hacer público mi reconocimiento hacia mis inteligentes y laboriosos amigos, los Dres. J. Velázquez Uriarte y R Norma, adjuntos del Hospital Ginecológico, á quienes gran parte corresponde por su valiosa ayuda, en los éxitos que he obtenido, secundando en un todo mis miras.

México, Enero 3 de 1899.

J. VILLAREAL.



MEMORIAS

DE LOS SEÑORES DOCTORES

JESUS GONZALEZ URUEÑA,

Roque Macouzet y Joaquín Vértiz,

OPTANDO A LAS PLAZAS VACANTES

EN LAS SECCIONES DE

FISICA Y QUIMICA MEDICAS, HISTORIA NATURAL MEDICA

Y

PATOLOGIA, CLINICA Y TERAPEUTICA QUIRURGICAS



MEXICO

IMP. «J. DE ELIZALDE.» 2a SAN LORENZO NUM. 10.

1900