

N.º 3265

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Anex. B. 99.9

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE
PROCESOS INFLAMATORIOS DE LOS ANEXOS DEL ÚTERO

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS SILVA

Ex-practicante menor y mayor del Hospital Teodoro Alvarez



BUENOS AIRES

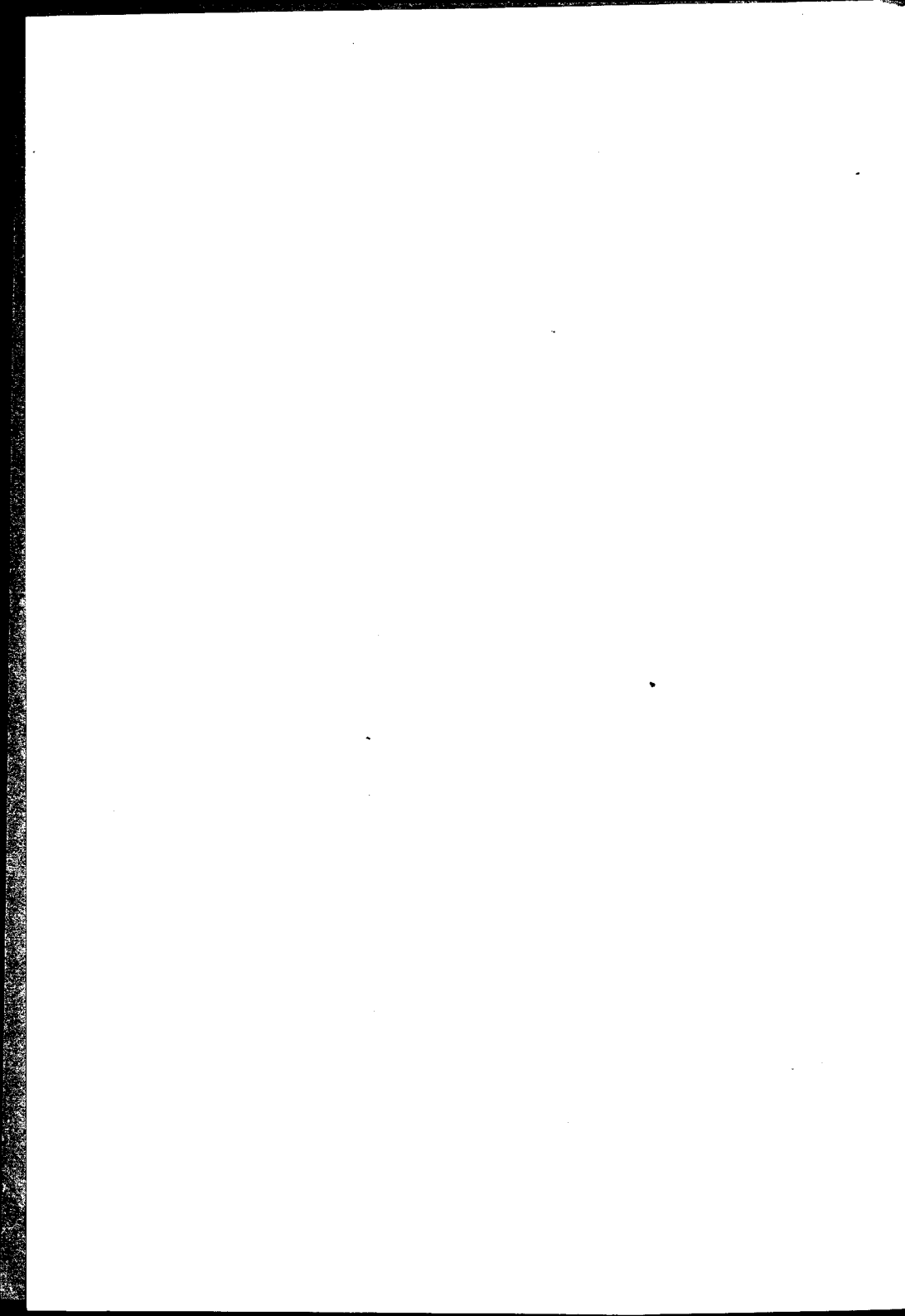
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254

1912





CONFIDENTIAL
SOUTH AFRICAN POLICE DEPARTMENT
INVESTIGATION DIVISION AND SECURITY - 1990



Año 1917

N.º 3265

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE
PROCESOS INFLAMATORIOS DE LOS ANEXOS DEL ÚTERO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS SILVA

EX-practicante menor y mayor del Hospital Teodoro Alvarez



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254

1917



La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

(Artículo 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

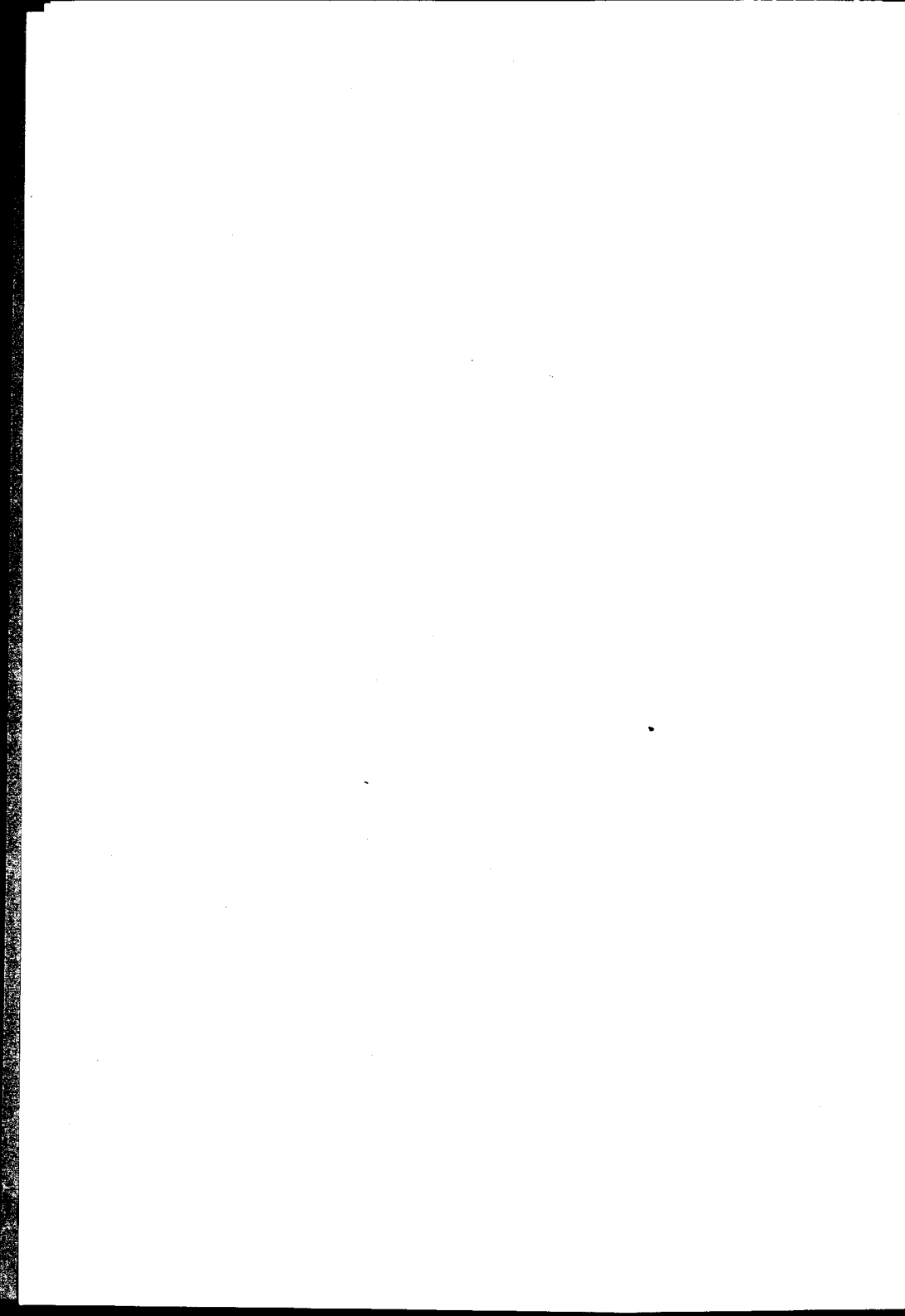
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSE PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRAN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Secretario anual

Vacante.

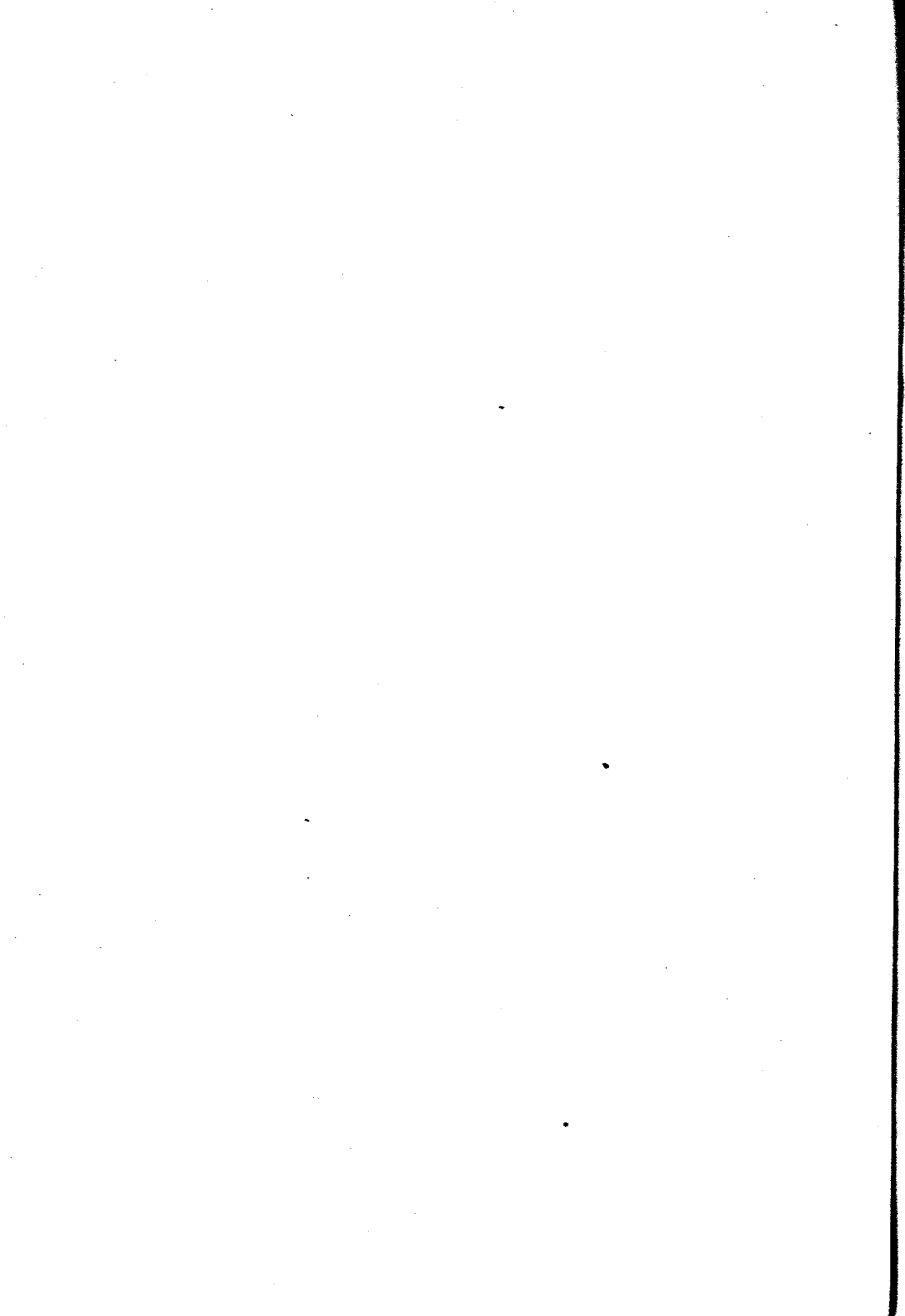


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

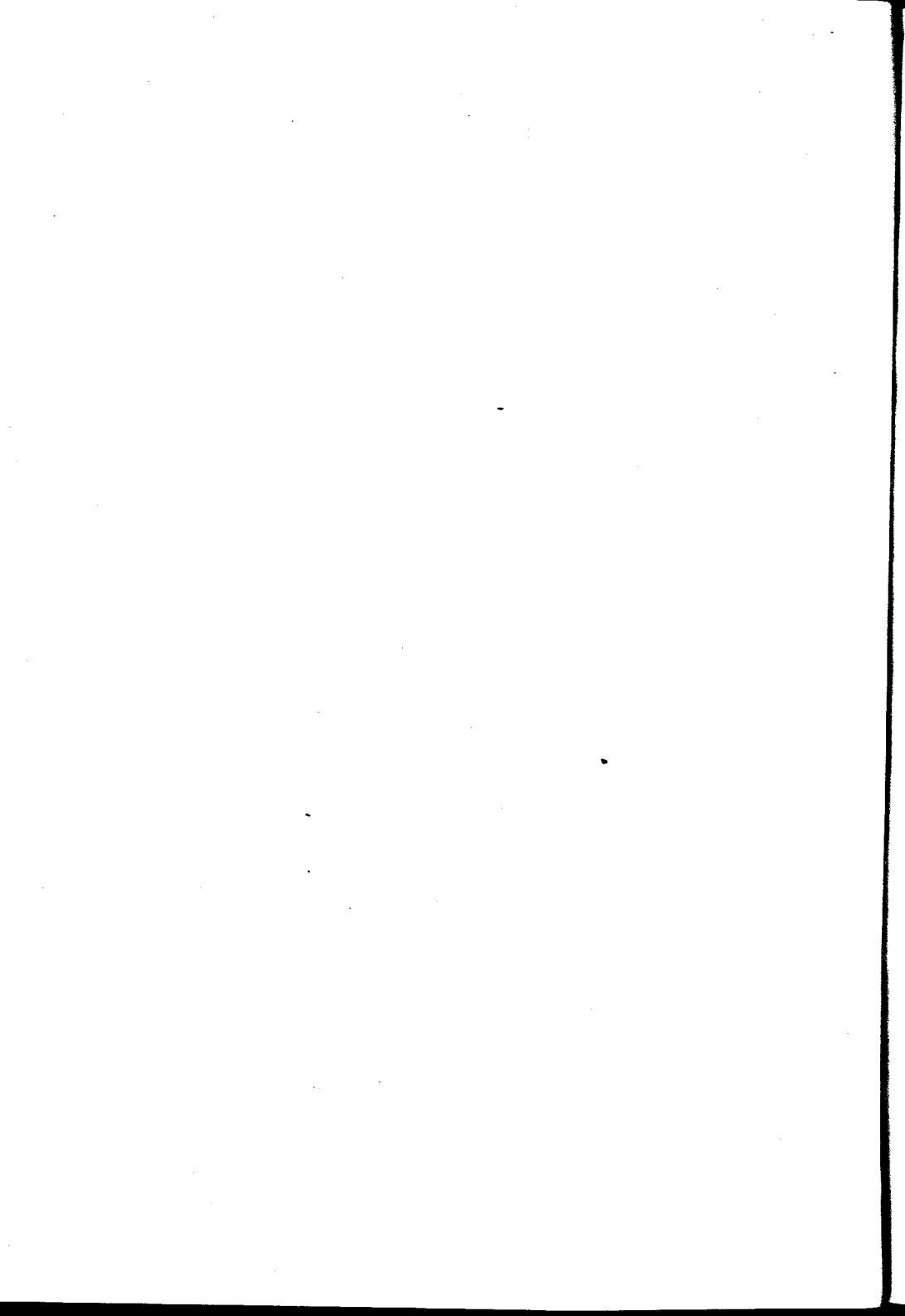
DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
* » ELISEO CANTÓN
* » ANGEL M. CENTENO
* » DOMINGO CABRED
* » MARCIAL V. QUIROGA
* » JOSÉ ARCE
* » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
* » DANIEL J. CRANWELL
* » CARLOS MALBRÁN
* » JOSÉ F. MOLINARI
* » MIGUEL PUIGGARI
* » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
* » FANOR VELARDE
* » MARCELO VIÑAS
* » IGNACIO ALLENDE
* » PASCUAL PALMA

Secretarios

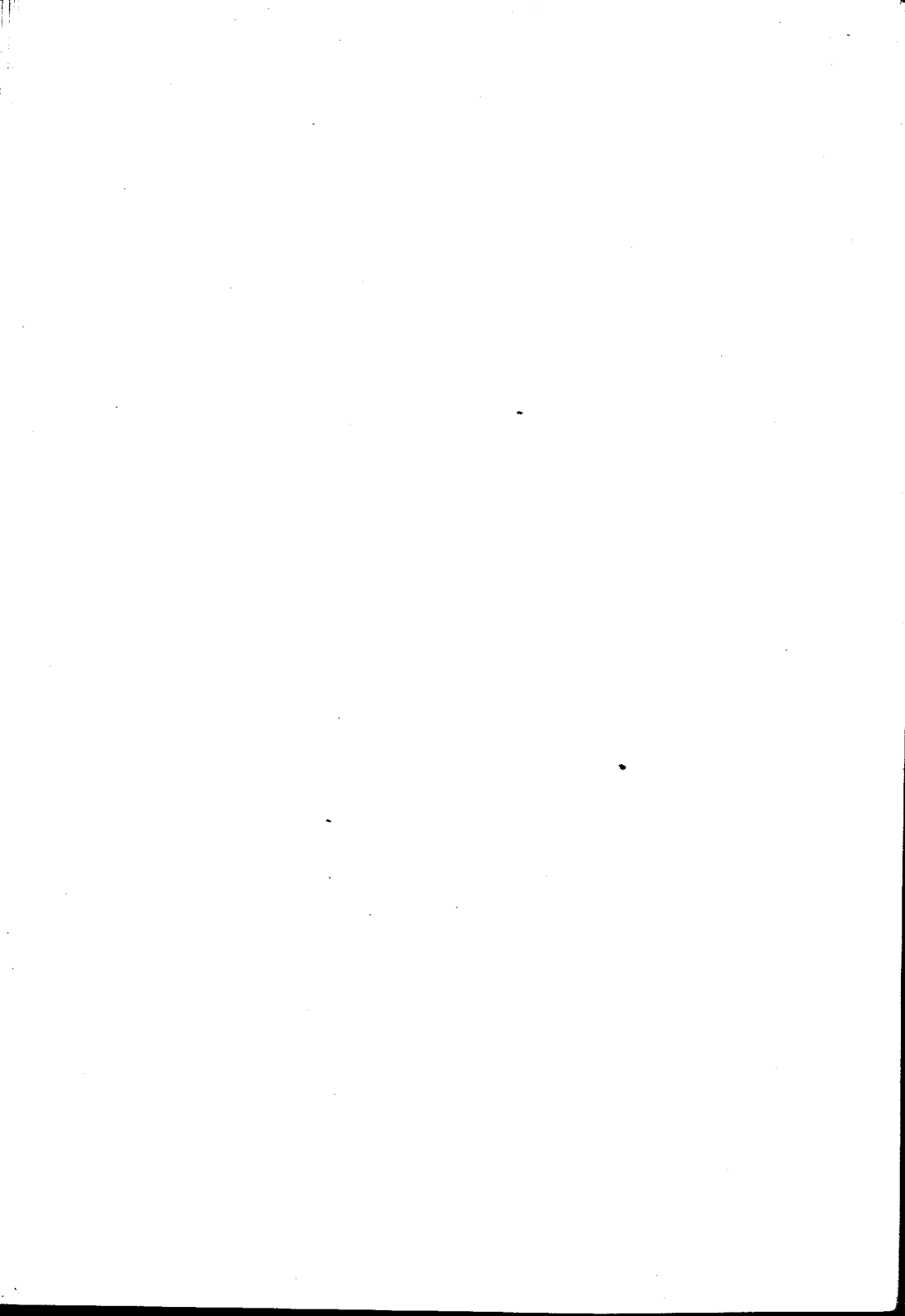
DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA
* » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

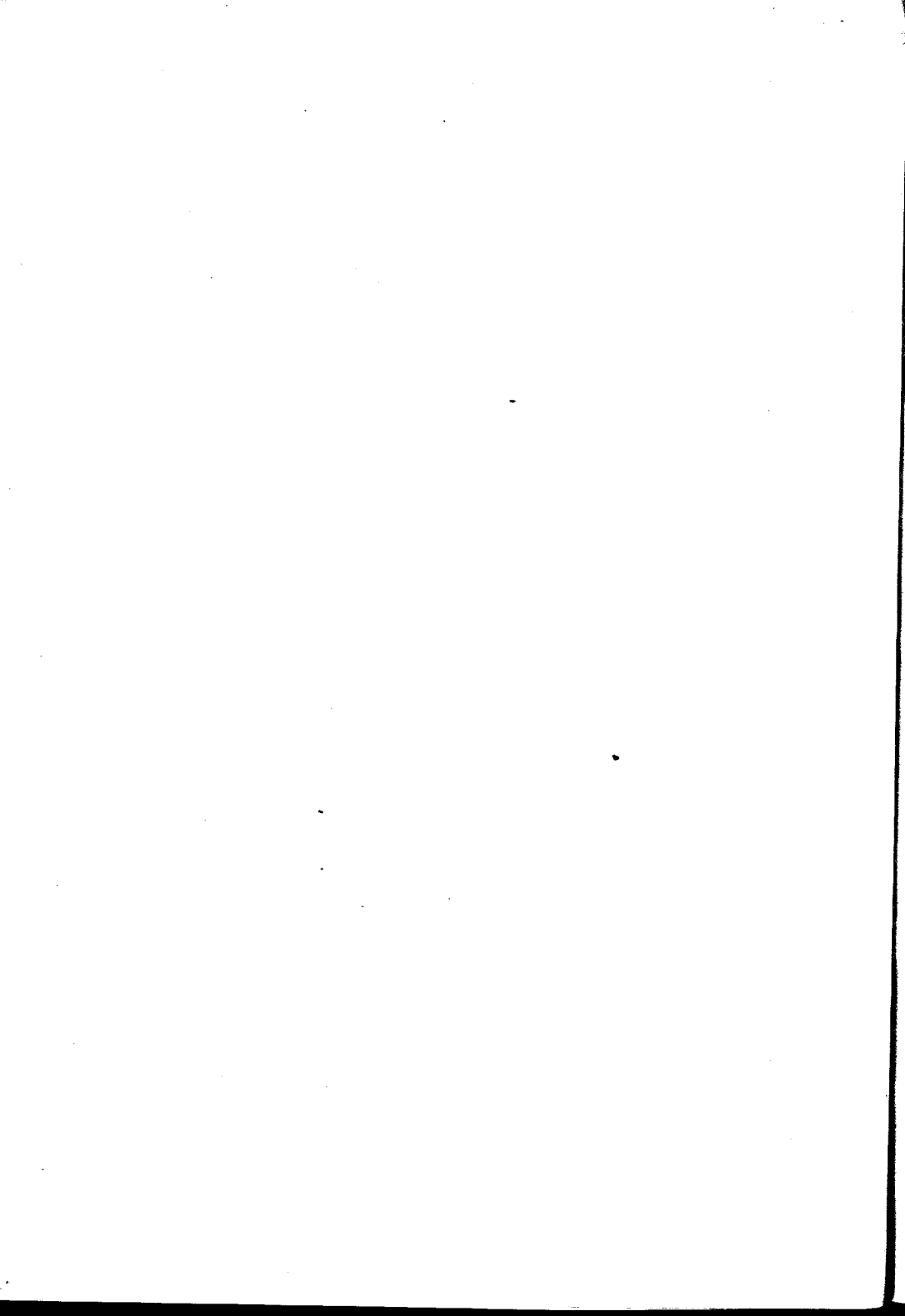
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANAÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PINERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	(Vacante)
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. SANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CÁRLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
	{ » ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clinica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clinica Pediátrica.....	{ » ANTONIO F. PIÑERO
	{ » MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica.....	{ » FRANCISCO LLOBET
	{ » MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica.....	» ELISEO V. SEGURA
Clinica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	" EUGENIO A. GALLI
Bacteriología.....	" FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	" BERNARDO HOUSAY
Higiene médica.....	" RODOLFO RIVAROLA
Semeiología y ejercicios clínicos.....	" SALVADOR MAZZA
Anatomía patológica.....	" BENJAMÍN GALARCE
Materia médica y Terapia.....	" FELIPE A. JUSTO
Medicina operatoria.....	" MANCEL V. CARBONELL
Patología externa.....	" CARLOS BOSCHINO UDAONDO
Clínica dermato-sifilográfica.....	" ALFREDO VITON
> génito-urinaria.....	" JOAQUÍN LLAMBIAS
> epidemiológica.....	" ANGEL H. ROFFO
> oftalmológica.....	" JOSÉ MORENO
> oto-rino-laringológica.....	" ENRIQUE PINOCCHIETTO
Patología interna.....	" CARLOS ROBERTSON
Clínica quirúrgica.....	" FRANCISCO P. CASTRO
> médica.....	" CASTELFORT LIGONES
> pediátrica.....	" NICOLÁS V. GRECO
> ginecológica.....	" PEDRO L. BALISA
> obstétrica.....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
> neurológica.....	" FERNANDO R. TORRES
> medicina legal.....	" FRANCISCO DESTEFANO
	" ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	" ENRIQUE B. DENARIA (en ejercicio)
	" ADOLFO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTÍN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUII
	" LEONIDAS JORGE PACIO
	" PABLO M. BARIABO
	" EDUARDO MARIÑO
	" JOSÉ ARCE
	" ARMANDO B. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHITRO
	" JOSÉ M. JORGE (H.)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JUAN JOSÉ VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAPHAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" JOSÉ DESTEFANO
	" JUAN E. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" MAMERTO ACUSA
	" GENARO SISTI
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PECARDO
	" CARLOS H. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" JUAN C. RISO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GARASPOL
	" ENRIQUE A. ROERO
	" RÓMULO H. CHIAPPORI
	" VICENTE DIMITRI
	" JOAQUIN V. GRIBCO
	" JAVIER B. ANDAM
	" ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, e c..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

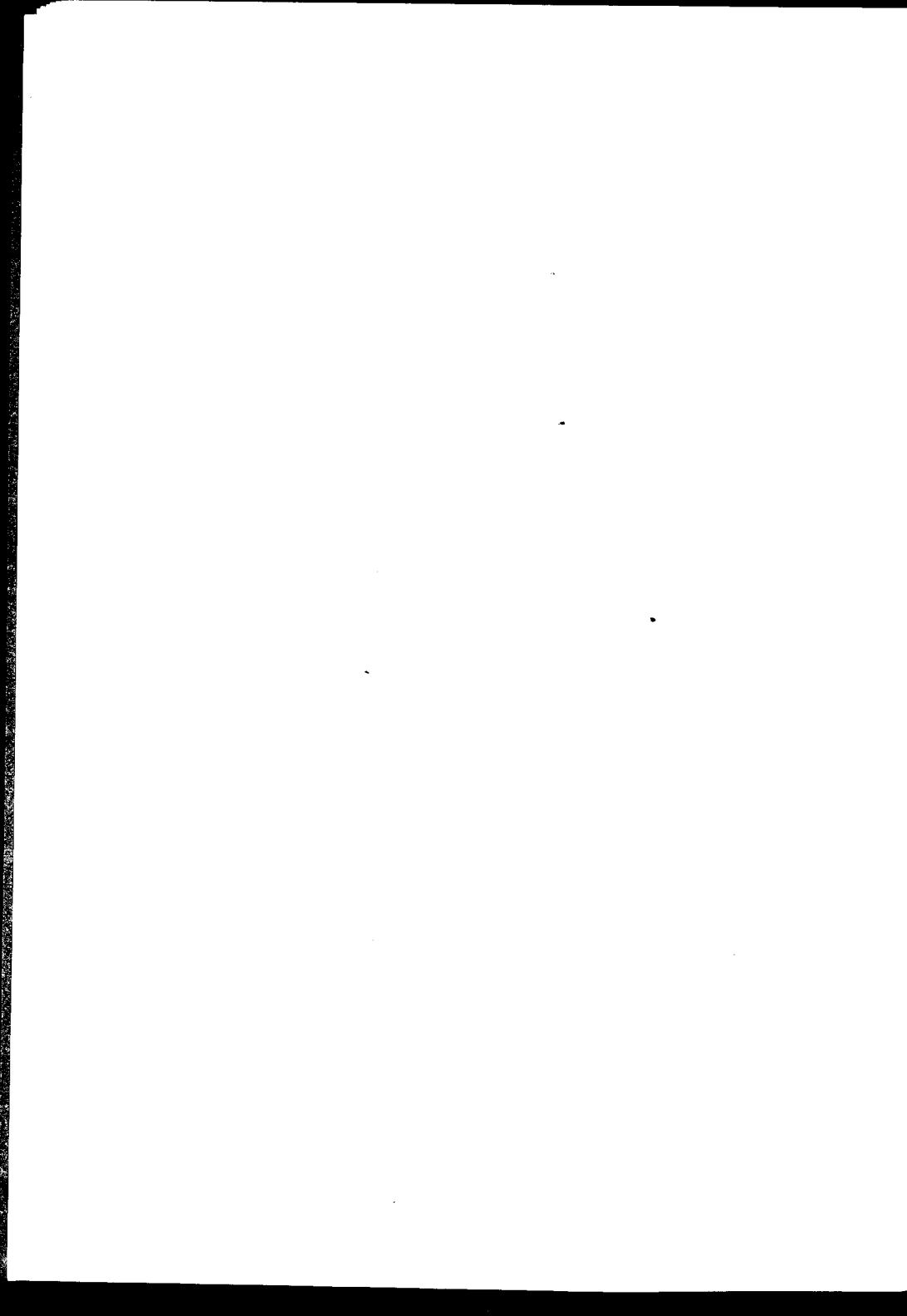
Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... » UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Catedráticos titulares

Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. BATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Técnica farmacéutica.....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMI
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSTIGOS
	{ » LUIS ZUGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	{ ANGEL SABATINI
	{ » EMILIO M. FLORES



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año	DR. RÓDOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protésis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2.^o año)
SR. JUAN M. CARREA (Protésis)



PADRINO DE TESTIS

PROFESOR DR. CARLOS R. CIRIO

Profesor suplente de Clínica Ginecológica
Jefe del servicio de Cirugía general de señoras y Ginecología del Hospital Alvarez.
sala VIII



A LA AUGUSTA MEMORIA DE MI MADRE

VENERACIÓN



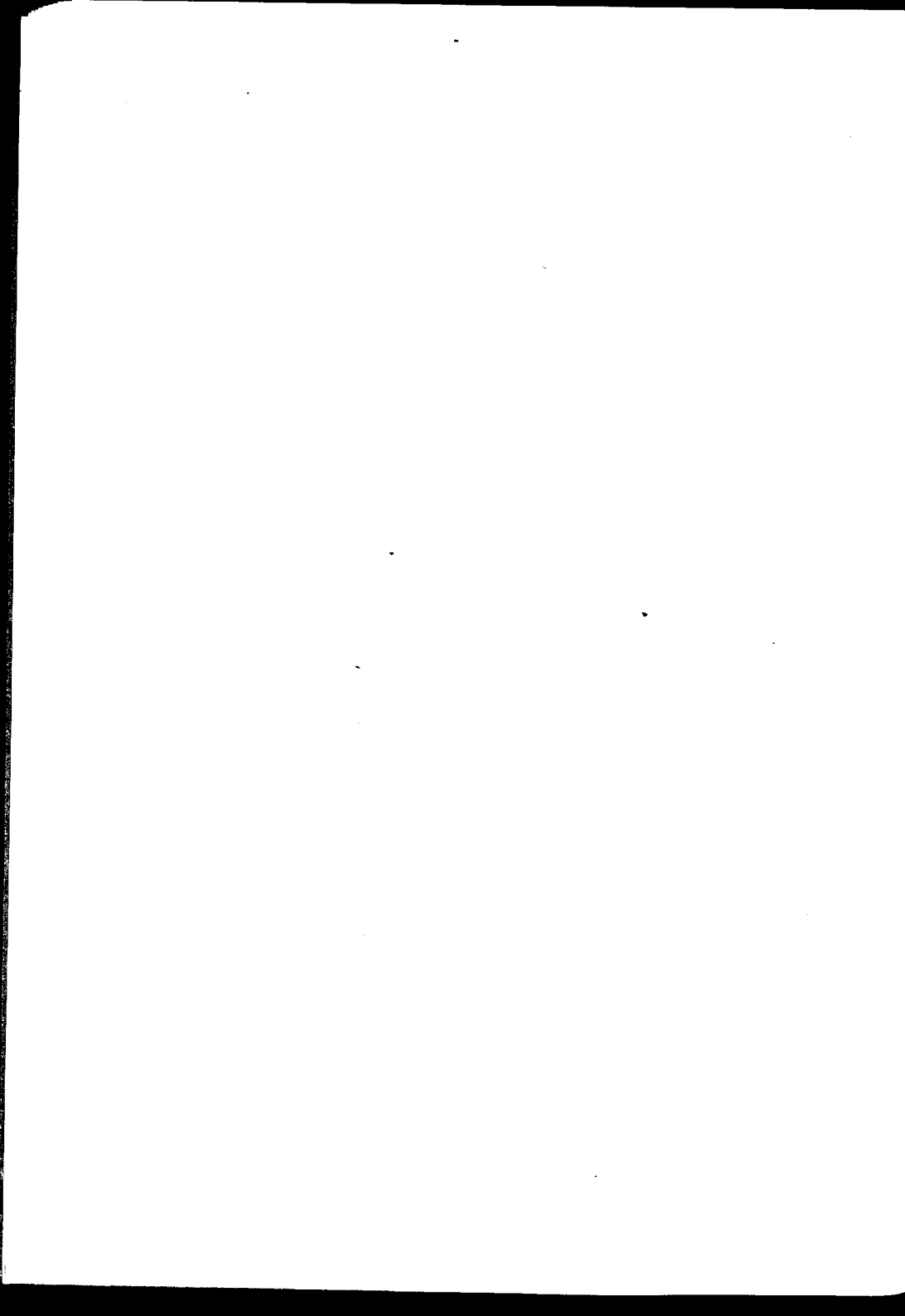
A MI PADRE DON J. RAMÓN SILVA

LOS NOBILÍSIMOS ATRIBUTOS DE SU ALMA, CONSTITUYEN UN LEGADO
DE INAPRECIABLE VALOR PARA SU HIJO

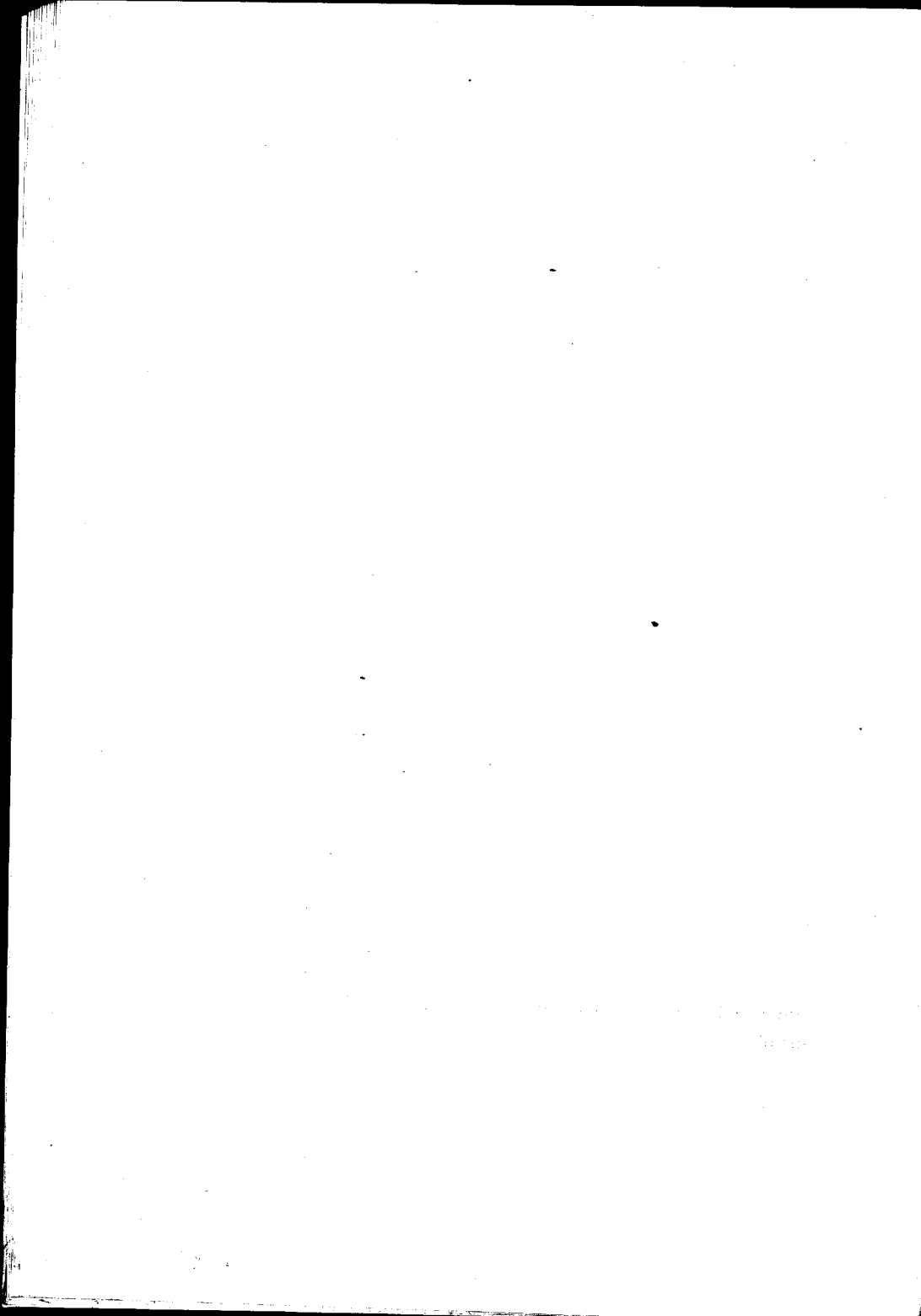


A MIS HERMANOS

A MIS AMIGOS



Carlos Silva



MAESTROS:

Con la emoción propia a los sucesos, trascendentes de la vida, someto a vuestro elevado criterio este trabajo que versa sobre «Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de procesos inflamatorios de los anexos del utero». El es el resultado de mis observaciones en el servicio de Cirujía General de señoras y Ginecología a cargo de mi maestro el Profesor Dr. Carlos R. Cirio.

Si como lo espero, la aceptais con la benevolencia que os caracteriza, y que tanto distingue y enaltece a los seres superiores, habránse colmado mis legítimas aspiraciones y mis vehementes anhelos de estudiante.

Al maestro que tantas atenciones supo dispensarme y dió pruebas de buen sentido como de criterio sereno y ponderado en momentos para mi difíciles, mi inolvidable profesor el Dr. Cirio, las seguridades de mi cariño y admiración.

Al Sr. Director Dr. Dn. José C. Silvani, Médicos y practicantes del Hospital Teodoro Alvarez, el calor de mi amistad.



HISTORIA - CONCEPTOS GENERALES

La operación para extirpar los anexos del útero no puede considerarse como moderna. Fué practicada durante muchos siglos, y en diferentes países, en relación con ritos religiosos o ceremoniales, o con costumbres sociales particulares. Únicamente en tiempos recientes se ha empleado como medio terapéutico, y las primeras relaciones auténticas se refieren a casos en que el ovario fué extirpado en un saco herniario, siendo generalmente la operación unilateral y muy rara vez bilateral. Hunter en el siglo pasado, propuso la extirpación del órgano en la degeneración quística precoz, creyendo que una mujer podía soportar la castración tan bien como los animales.

La primera idea de la operación en relación con los estados morbosos por los cuales se emplea en nuestros días, fué concebida por James Blundell. En el año 1823 en una comunicación a la Royal Medical and Chirurgical Society of London, preconizó la ooforectomía doble con-

tra la dismenorrea intensa y contra la hemorragia que se presenta en casos de inversión uterina, cuando no puede practicarse la extirpación de la matriz. Estas ideas no fueron nunca puestas en práctica.

Esmarch extirpó ambos ovarios en un caso de deformidad de la vagina porque a cada periodo menstrual aquellos descendían por los conductos inguinales y determinaban grandes sufrimientos.

Lawson Tait, practicó la operación a causa de un dolor en la pelvis, en el año 1877.

No fué hasta 1872 cuando la operación comenzó a aceptarse como que podía emplearse beneficiosamente en algunos casos.

El honor de haber desarrollado primero esta idea y de haberla defendido en frente de la indiferencia o de la oposición de muchas, corresponde a Robert Battey, aunque debe admitirse que Hegar, profesaba las mismas ideas por el mismo tiempo. En efecto, este cirujano, fué el primero en llevar a la práctica tales ideas y en Julio de 1872 operaba extirpando ambos ovarios a causa de dolores pelvianos y dismenorrea, encontrando enfermos dichos órganos.

Battey operó con éxito un caso semejante, publicando una relación del mismo. En el mismo año Lawson Tait extirpó los ovarios y trompas de ambos lados para cohibir una hemorragia en un caso de fibroma uterino.

Peaslee, fué el primero en recomendar la ooforectomía doble contra el desarrollo imperfecto del útero.

La extirpación de las trompas enfermas, como operación definida, fué practicada por Hegar y descrita por él mismo bajo el nombre de Salpingotomía.

Es indudable que durante un cierto número de años aquellas operaciones se han practicado con demasiada profusión. Ya en el año 1881 la voz de Battey se levantó en el Congreso Internacional de Londres para protestar contra el abuso de la operación que llevaba su nombre y en tiempos recientes se han hecho análogas protestas.

Las razones de la tendencia actual hacia la conservación son múltiples y apoyadas en investigaciones tanto fisiológicas como patológicas y clínicas.

Por las primeras se ha demostrado que existe una secreción interna del ovario que ejerce una poderosa influencia en el metabolismo orgánico, y que, por consiguiente, la extirpación de estos órganos durante el periodo reproductor puede ocasionar trastornos graves.

Las investigaciones patológicas han permitido al operador el distinguir con más seguridad entre lo grave, lo trivial y lo importante, y de este modo emplear una discreción y prudencia más fundamentada en sus intervenciones. Finalmente los estudios clínicos han demostrado que en muchos casos estos procedimientos mutiladores han servido de muy poco para mejorar un estado; al contrario, a menudo han ido seguidos de una agravación de síntomas antiguos o han hecho aparecer otros nuevos.

Hasta hace poco ha habido una tendencia creciente en la operación para extirpar un ovario enfermo de compren-

der con él la trompa correspondiente, y vice versa, al operar una trompa enferma extirpar el ovario correspondiente, bajo la idea errónea de que el uno sin la otra es inútil. Tal costumbre no está justificada, salvo cuando es imposible extirpar el uno sin la otra, por las razones siguientes: la trompa sin el correspondiente ovario tiene todavía su función y puede servir para conducir al útero un óvulo procedente del ovario del lado opuesto; el que esto es posible se ha demostrado por experimento en animales y por observación en la especie humana.

El ovario sin la trompa del mismo lado es de un gran valor para la economía a causa de su influencia en el metabolismo orgánico y porque puede producir óvulos que pueden penetrar en el útero por la vía de la trompa del lado opuesto y llegar a ser fecundado.

Además, la costumbre general de extirpar la totalidad del órgano, ha sido en aquellos casos en que sólo una parte del ovario ó de la trompa estaba enfermo.

En nuestros días existe una reacción en contra de este proceder, pues se ha demostrado que una pequeña parte de ovario es tan valiosa para el organismo como casi la totalidad del mismo, y que un pequeño trozo de trompa puede servir para conducir un óvulo al útero.

De aquí ha nacido una nueva clase de operaciones, a saber: la cirugía conservadora de los ovarios y trompas, que indudablemente hará menos frecuente la necesidad de practicar operaciones radicales o mutiladoras.

A este respecto merecen citarse los nombres de Schoeder y Williams L. Polk. Este último ginecólogo de la Escuela Americana, en 1886 escribía los siguientes claros y previsoros conceptos: (Nos interesa mucho el ser cautos en intervenir quirúrgicamente en estas trompas con salpingitis aguda que amenaza generalizarse; pero en los casos crónicos cuando se han empleado otros medios que han resultado insuficientes, toda paciente tiene derecho a aquellos medios de tratamiento que pueden proporcionarle una mejoría por medio de una laparatomía.) «En nuestro interés en pro de los medios conservadores podemos esperar que no siempre será necesaria la extirpación de las trompas y ovarios, pues, quien puede asegurar que el cirujano no puede encontrar medios gracias a los cuales estos órganos pueden ser tratados de modo que recuperen la salud sin desposeerlos siempre de las probabilidades de una maternidad».

En Francia los nombres de Pozzi, de Momprofit son bien conocidos, siendo los principales trabajos del primero aquellos que están relacionados al empleo de la iguipuntura en el tratamiento de la ooforitis crónica y en las oovritis microquísticas.

En Alemania, Martin ha sido el defensor más caluroso de las teorías conservadoras. En los Estados Unidos el trabajo de Polk ha sido continuado por Dudley Kelly y Willie.

En nuestra Escuela la mayoría de los ginecólogos tien-

den a ser conservadores, pudiendo citarse los nombres de los profesores Bazterriča, Carlos R. Cirio, Molinari, E. Zárate, Piccardo, Chueco, Salvador, Sotre Casas y otros más.

OPERACIONES EN LOS ANEXOS DEL ÚTERO

Las operaciones que pueden realizarse al nivel de los anexos del útero, ya se recurra a la vía abdominal (de preferencia) o a la vía vaginal, son susceptibles de ser divididos en dos grandes grupos (Salvador. Cirugía de los anexos 1908).

- 1.º Operaciones radicales o mutiladoras.
- 2.º Operaciones parciales u operaciones conservadoras.

Las primeras que solo deben ser efectuadas en último extremo, cuando son bilaterales, constituyen la castración simple, con todos sus trastornos.

En las segundas, se trata siempre de conservar por lo menos, una parte de la glándula genital para evitar los inconvenientes que derivan de su extirpación total en ambos lados. También existen operaciones conservadoras de la trompa, pero estas poseen un interés relativo y secundario.

Otros procedimientos llamados mixtos, la resección es parcial en la trompa y en el ovario correspondiente.

Las operaciones radicales más comunmente empleadas son las siguientes:

1.º *Castración o aneurectomía doble u ooforo-salpingectomía doble.*—En la actualidad debe entenderse por castración la extirpación total de ambos anexos sanos con el fin de producir una modificación funcional, por lo que es necesario distinguir, una castración analgésica. (Battey, Hegar). Y una castración hemostática (Trenholme, Hegar, etc.) En estos casos la mutilación de los órganos se efectúa por considerárselos como centros productores de reflejos hemorrágicos o dolorosos. Puede ser ejecutado también con el fin de provocar la esterilidad.

La castración fué practicada con un fin terapéutico, y casi al mismo tiempo por Battey, primero en 1872 y por Hegar pocos años después en enfermas afectadas de dismenorreas dolorosas. Es una castración analgésica. Parece que ambos cirujanos se contentaron al principio con extirpar los dos ovarios, empleando Bottey la vía vaginal en una serie de operaciones. Hegar, después de su primera intervención por el abdomen extirpó en las siguientes, además de las dos glándulas, las trompas de ambos lados.

La castración hemostática fué realizada por primera vez por Trenholme, el año 1876, en una enferma que tenía un tumor fibroso en el útero y más tarde por He-

gar, el cual se hizo gran propagandista de esta operación en los casos de miomas o fibromiomas uterinos.

Las indicaciones de esta intervención fueron instituidas por los cirujanos de esa época, después de la observación de la mejoría bien manifiesta de los diversos accidentes en las mujeres que, con neoplasias fibrosas en la matriz, entraba en el período en que la vida sexual cesa y se establece la menopausa.

A una reducción del tumor por atrofia, acompañaba generalmente una disminución o suspensión completa de las hemorragias.

De ahí nació la idea de provocar, y apresurar, en el momento más favorable o sea el más próximo a la edad crítica la menopausa artificial, por la extirpación de los ovarios y obtener así al poco tiempo sus efectos sedantes, hemostáticos y atróficos.

Al hablar de esta operación no debemos olvidar a Wiedow y a Lawson Tait, que lo general; Taron en Inglaterra así como a Duplay Tissier y Segand en Francia.

Hoy en día esta intervención se halla totalmente abandonada en el tratamiento de la dismenorrea dolorosa y para corregir la esterilidad.

Ovariotomía.—Consiste en abrir el ovario por su borde posterior, a manera de un libro para explorar su interior; tal cual se realiza con el riñón por ejemplo.

Ovariectomía normal o uni o bilateral.—Con este nom-

bre se comprendería la extirpación de los ovarios sanos o considerados en este estado de uno o ambos lados. Hoy día, hasta criminal se considera la realización de esta operación.

Ovariectomía u ooforectomía.—Consiste esta operación en la ablación total de un ovario o de los dos enfermos.

Salpingectomía.—Esta intervención consiste en la extirpación de la trompa sana o enferma. Puede ser uni o bilateral y es total cuando se hace su ablación con la mayor parte de la porción intersticial de la misma.

Ooforo salpingectomía o salpingo-ooforectomía.—Consiste en la ablación de los anexos de un lado (trompa y ovario) por una alteración mórbida de los mismos, especialmente por procesos inflamatorios (salpingo-ovari-tis) o tumores malignos pudiendo ser uni lateral o bilateral, Lawson Tait desde 1870, vulgarizó esta intervención, creando el punto de partida de una nueva terapéutica en las supuraciones anexiales.

Histero-ovaro salpingectomía. (Histerectomía total. Castración útero anexial).—Extirpación total de los anexos, en este caso con el útero, que según la vía que se emplee es vaginal o abdominal; que con relación al útero, es total o subtotal y si se extirpan ambos anexos o se dejan los de un lado o parte de ellos, es completa o incompleta.

Algunos denominan histero-salpingo-ooforectomía o castración total a esta intervención, reservando el nombre de castración simple a la óvaro-salpingectomía bilateral.

La primera histerectomía vaginal, por inflamación de los anexos, fué practicada por Péan en 1887, y la primera histerectomía abdominal, también por un proceso inflamatorio, fué ejecutada en 1892 por Polk, al que hay que añadir los nombres de Baldy, Krug, Brown, Pyron, Kelly.

La primera extirpación del útero canceroso por la vagina, fué efectuada por Santer en 1822 y por el abdomen por Freund. (1878).

Las operaciones conservadoras que pueden practicarse en las trompas de Falopio son numerosas:

Expresión y cateterismo de las trompas.—Ambas son aplicables a determinados procesos inflamatorios benignos y crónicos de las trompas. La primera realizada por Polk y la segunda por Mundé (1888), con el objeto de establecer la permeabilidad del orificio uterino del conducto, recomendando a la vez el lavaje del canal tubario con una solución caliente, débil, de bicloruro de mercurio, para arrastrar el contenido muco-purulento que pudiera encerrar.

Ruptura de adherencias. (Operación de Polk).—A pesar de que el primer éxito obtenido con la simple ruptura de las adherencias peri-anexiales y movilización consecutiva de la trompa y del ovario, sea debido a Ferrillón (1885),

Polk, que la practicó más tarde, generalizó el procedimiento a todas las salpingitis no muy intensas (generalmente catarrales) declarando que en estos casos el origen de los dolores proviene de los exudados organizados, y como obtuviera notables resultados, se hizo un defensor convencido de esta intervención.

En manos de Mundé, Hadra, Hovritz fué modificada, completándose poco después, cuando había desviación del útero hacia atrás, con una histeropexia abdominal.

Salpingorrafia. —Es un complemento ventajoso y necesario de muchas operaciones ejecutadas en la trompa, con beneficios muy reales y que la práctica demuestra constantemente. El objeto principal de esta intervención, es la fijación al ovario o a una porción de la glándula, de una franja del infundíbulo o de varias, por algunos puntos de sutura con catgut fino, siempre que el canal del conducto tubario esté permeable.

La salpingorrafia, además de mantener bien extendidas las franjas del pebellón, orienta al ovario, reseca o nó, de una manera perfecta con relación al orificio externo de la trompa, lo que hace posible, mediante otros factores, la fecundación.

R. T. Morris, a la par de otros cirujanos, ha observado varios casos de embarazo, en enfermas a las cuales se les había efectuado esta operación.

La salpingorrafia, que es muy preconizada por Pozzi, ha sido realizada la primera vez por Martín.

Salpingotomía.—Fue practicada por Martín en el año 1889. Consiste en separar suavemente, con una sonda acanalada, las franjas del infundíbulo aglutinadas por un proceso inflamatorio anterior no muy intenso. Esta intervención debe ser completada, a menudo, con la debridación del ostium externum insuficiente de la trompa, terminando siempre con una salpingorrafia.

Salpingostomía.—En los procesos infecciosos más violentos, las franjas del pabellón se encuentran tan íntimamente unidas y el orificio de la trompa es tan estrecho, que la salpingostomía es impracticable. En estas circunstancias encuentra su indicación la salpingostomía o creación de un orificio artificial externo en la trompa, por la resección del infundíbulo y del ostium abdominal, obturado por repetidas inflamaciones agudas. Alrededor de la nueva abertura se hace una sutura continua sero-mucosa con catgut fino y si es necesario la expresión y el cateterismo del canal tubario,

También debe completarse esta operación, admitida por Pozzi y un buen número de cirujanos, con una salpingorrafia, desempeñando los hilos de catgut el oficio del ligamento tubo-ovárico y de la franja de Richard extirpadas por la intervención.

La salpingorrafia, que es imprescindible, es una garantía de seguridad para el peritoneo contra futuras y posibles infecciones, pues la resección del pabellón priva a la trompa de sus franjas, que son los órganos que protegía a la sérosa

abdominal por su rápida aglutinación en los casos de infección útero-anexial, reteniendo todos los productos inflamatorios dentro de su canal, que cede y se hace quístico, cuando hay muy abundantes y no encuentra salida por el ostium-uterino. En general los procesos de perisalpingitis o de periovaritis, no dependen siempre de exudados sépticos de las trompas caídas en el peritoneo vecino siendo más bien el resultado de peri-linfangitis y de periflebitis.

Constituyendo pues uno de los peligros más importantes de la salpingotomía y de la salpingostomía, la deficiencia o la ausencia de las franjas del pabellón. L. Landau reconoce, que con la salpingorrafia, ambas operaciones son practicables.

El nombre de salpingostomía fué propuesto por Skutsch (1889) determinando como debía practicarse.

En una enferma que tenía un hidro-salpinx, después de la punción de la trompa quística y resección de un trozo de la pared en su extremo abdominal y cateterismo de la misma, suturó con seda fina, alrededor de la nueva abertura, la serosa con la mucosa y consideró, además, que sería prudente, suturar el nuevo pabellón u orificio al ovario.

Debemos también citar al ocuparnos de la salpingostomía, a Martin, Dudley, Goullioud, Gersuny, Delbet, Leguen, etc.

Salpingo-ovario-sindesis. Es semejante a la operación

anterior pero en la cual Clado, que la denomina así, extirpa además del pabellón, una porción más o menos grande del segmento ampular de la trompa.

Salpingo-peria (Operación de Walkins).—Después de haber resecado una porción más o menos extensa de la trompa, Walkins, sutura o anastomosa el resto del conducto, al tejido del útero previamente seccionado.

Marsupialización de la trompa.—(Operación de Lambotte).—El autor recomienda en los casos de salpingitis con retención de los exudados (salpingitis quísticas) el abocamiento de la trompa a la pared abdominal.

Hemos recordado estas operaciones conservadoras de la trompa para indicar que encierran graves inconvenientes y pocas ventajas.

Ignipunción del ovario.—Esta operación tiene por objeto permitir la conservación de la glándula en su casi totalidad.

Pozzi es el partidario más entusiasta de la ignipunción, la que le ha dado buenos resultados, especialmente en los casos de lesiones limitadas de la glándula genital.

Martin (A) de Berlin, se ha mostrado siempre poco dispuesto a practicar la ignipunción y prefiere la resección parcial de la glándula en los casos de ovaritis quísticas. En las enfermas rebeldes a todo tratamiento médico indica la extirpación del ovario por la laparotomía.

Ooforrafia.—(Imlach (1885) denomina así, a la intervención que tiene por objeto curar el prolapso del ovario. El cirujano de Liverpool lo consigue acortando el ligamento ovaro-pelviano que lleva al órgano a su sitio normal, cerca del estrecho superior. Saenger, obtiene el mismo resultado, fijando la glándula en la pared de la pelvis.

Ressección del ovario. Ovariectomía parcial.—Esta operación, particularmente indicada en las mujeres jóvenes y en las que se encuentran todavía lejos de la menopausa, debe intentarse siempre que sea necesario intervenir, en los anexos enfermos, aunque ambas trompas deban ser extirpadas en su totalidad. El hecho fundamental es dejar, cuando sea posible, una porción de la glándula genital, por pequeña que ésta sea.

Fué Schroeder, el primero que, con un propósito deliberado, conservó en una enferma un pedazo de ovario sano, después de la extirpación de un pequeño quiste dermoideó del mismo lado y ooforo-salpingectomía del lado opuesto por un gran quiste. La operada quedó embarazada más tarde, teniendo a los 9 meses un parto normal.

El mismo cirujano ejecutó más adelante cinco veces la misma intervención haciéndose por sus resultados, un instigador apasionado de la ooforectomía parcial.

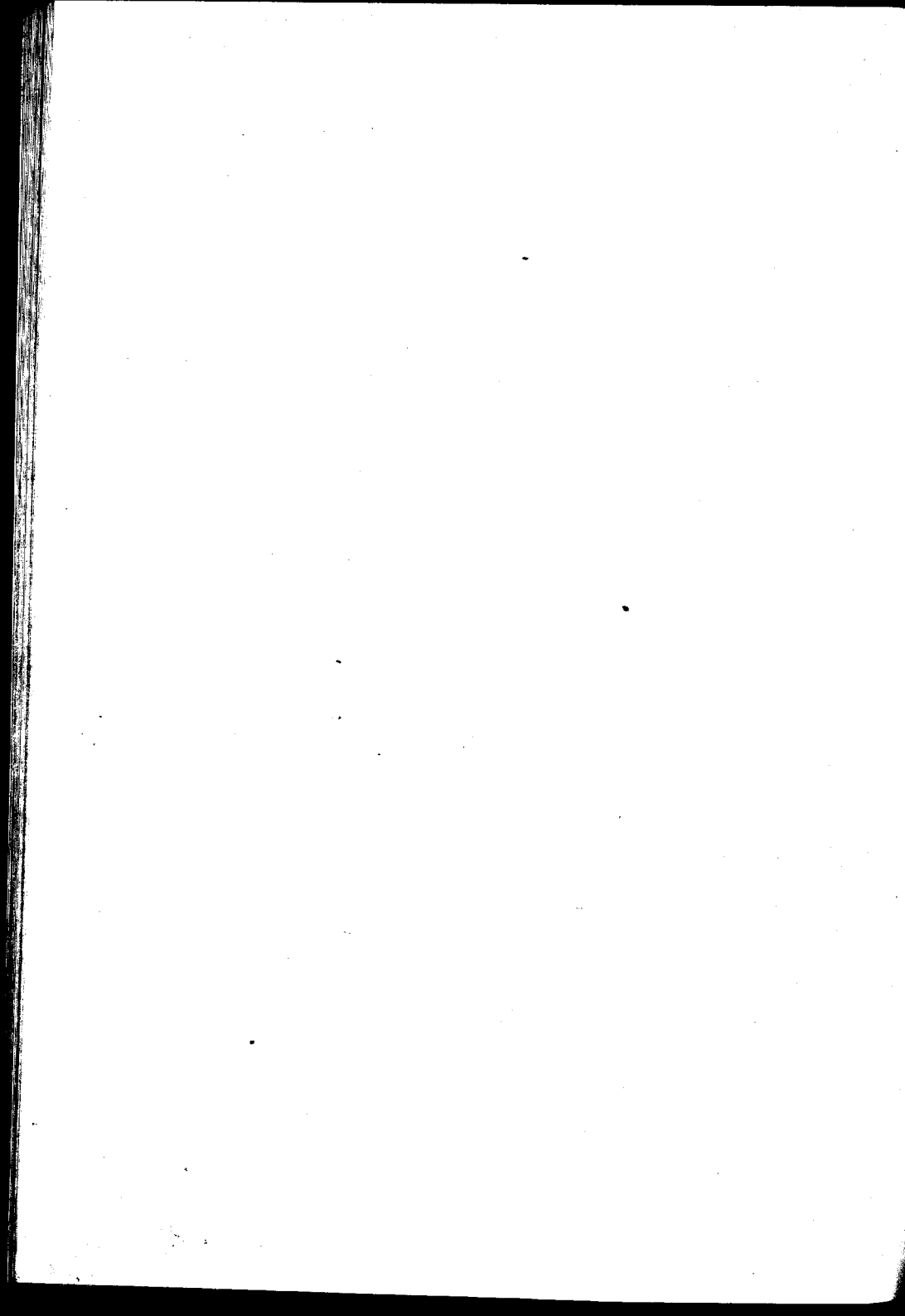
Los casos en que puede aplicarse el método conservador en el ovario son múltiples: periovaritis con adherencias, ovaritis escleroquísticas, varicocele tubo-ovárico,

quistes foliculares (grandes o pequeños, serosos o hemáticos) quistes del cuerpo amarillo, neoplasmas benignos, hematomas y quistes paraovaricos.

Injertos de ovario. -- Esta operación puede considerarse también como conservadora. Fué intentado en la mujer, por Morris primero y despues por Glass, debiendo citarse entre los que más se han ocupado de esta cuestión y siempre con el objeto de evitar la caquexia ovari priva en las operadas, a Chroback, Gregorrieff, Yayle, Knauer, Labusquiere, Mauclaire, Momprofit, y otros.

El injerto puede ser:

- 1º. Peritoneal, entre las hojas del ligamento ancho.
- 2º. Intro-orgánico, en el útero, trompa, (Dudley, Morris, Franck, Delageniere).
- 3º. Subcutaneo, debajo de la piel del pubis, (Muclaire).



CRITERIO A SEGUIR EN LOS CASOS DE ANEXITIS

No está en mi ánimo entrar a estudiar la técnica operatoria que sobre cirugía de anexos existe, sino exponer solamente el criterio con que se tratan las afecciones anexiales, quirúrgicamente, en la sala de cirugía general de señoras y ginecología del Hospital Teodoro Alvarez, servicio del Doctor Cirio.

En términos generales, dos son las conductas que puede el ginecologo observar, ante un caso de anexitis teniendo en cuenta los tres factores: 1°. Edad de la paciente, 2°. la intensidad, modalidad y evolución de su dolencia; y 3°. la condición social de la enferma: El tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico.

En muchísimos casos, los más tal vez, el primero mejora manifestamente, y, en ocasiones llega hasta sanar la lesión inflamatoria de las anexos, pero debido a múltiples causas, la paciente puede llegar a tener un nuevo ataque

por el cual, vuelve otra vez a sufrir las molestias de un nuevo tratamiento generalmente largo.

Empleandolo en una crisis aguda con los diversos elementos a nuestro alcance tales como, reposo absoluto en cama, en primer lugar, lavajes calientes, taponés glicerinados, enemas, fomentos o bolsas de hielo en el hipogástrio, aplicaciones calmantes, láudano de Sydenhan, etc; y en el caso de ser gonocócica la lesión las vacunas, y en especial la de Méndez, que sea dicho de paso, tan buenos resultados nos ha dado, se consiguen éxitos halagüenos, pero que, para arribar a ellos, es menester que existan generalmente, de parte de la enferma como del médico, perseverancia y asiduidad en las indicaciones instituidas.

No está en nosotros traer a colocación y detallar este tratamiento, que aconsejamos debe instituirse para las mujeres jóvenes y aún para los pacientes pobres y menesterosos que sacrificarán, indudablemente, mucho del tiempo que necesitarían para ganarse el sustento con que vivir, como a diario tenemos oportunidad de ver en el servicio, y obtener así sus beneficios con la ventaja de no haber sido mutiladas, conservando el funcionamiento normal o casi normal de sus órganos y también su anatomía, con ligeras modificaciones, inevitables casi siempre por la evolución que toman estos procesos inflamatorios.

Pero no siempre es posible observar tan plausible conducta.

Existen pacientes que, aún sometidos a las mas estrictas

tas prescripciones médicas, siguen siendo víctimas de repetidos ataques que reagran al extremo su mal, haciéndoles imposible continuar en esa verdadera via-crucis y pidiendo en ocasiones ellas mismas la intervención para ser libradas de tanta molestia.

Otras veces y aún en la certidumbre el ginecólogo de que la enferma podría seguir viviendo con alternativas de mejoría y ataques, que irán estos disminuyendo paulatinamente hasta desaparecer en un tiempo muy largo, teniendo en cuenta el estado social de ella, como hemos dicho, se vé obligado a intervenir.

En efecto; existen mujeres atacadas de sus anexos que haciendo grandes sacrificios, dejando a veces un hogar lleno de criaturas desamparadas, van peregrinando por los consultorios hospitalarios, para internarse enseguida en una sala y salir después a las primeras manifestaciones de mejoría, con el objeto de reanudar sus tareas, que, por los rudas que son, reavivan el mal haciendolo más intenso todavía, para terminar con alguna complicación funesta, que concluye con sus días.

Bien, es en esas mujeres principalmente, donde muchas veces, creémos nosotros debe el cirujano intervenir para dar fin de esta manera con todos éstos padecimientos. Y, al implantar el tratamiento quirúrgico, debe, dentro de lo posible, ser conservador, cuando el caso así lo exige, pues es justo que, habiendo en el ovario pequeñas porciones de tejido sano se conserven éstos en totalidad o en

parte, para evitar los inconvenientes inherentes a una menopausia precóz.

Pero, viene ahora el reverso de ésta cuestión ya debatida en los Congresos: No hay que abusar de la cirugía conservadora que, por conservar la maternidad, la menstruación o la secreción interna de los ovarios, concluye por conservar también la enfermedad, pues, por el prurito éste de no ser tan radical y que ha hecho tanto mal, como los que han abusado del radicalismo, deja a veces anexos lesionados, que, en un momento dado, reactivan sus manifestaciones, obligando a practicar nuevas intervenciones.

Es por eso que nosotros sostenemos que, para llenar concientemente estas indicaciones, el ginecólogo debe saber COMPROBAR EL GRADO Y EL PERIODO DE LA EVOLUCIÓN ANEXIAL, adquiriendo éste criterio por los datos recogidos de los muchos casos observados, y estando subordinada tal conducta a las reflexiones anteriormente anotadas.

Desde el año 1908 inclusive, hasta el 1916, inclusive también, es decir, en el espacio de nueve años, recorriendo los libros de la Sala VIII del Hospital Teodoro Alvarez, hemos recogido doscientos ochenta historia de enfermas tratadas en dicho servicio, por lesiones anexiales inflamatorias. De estos 280 casos, ciento cuatro, fueron tratados medicamente, obteniéndose en la generalidad de ellos, mejoras manifiestas, y, aparentemente, en algunas curaciones completas. Ultimamente, en el año 1916, debi-

do al hoptinógeno Méndez, para el tratamiento de las gonococcias anexiales, hemos aumentado esta última cifra. con resultados halagüeños.

Téngase en cuenta que, si este número de enfermas tratadas médicamente, no ha sido mayor, fué debido al poco interés que proporciona para todo personal de servicio, el hecho de tratar tales afecciones genitales.

En cambio, los casos conceptuados quirúrgicos figuran en mayor número, no escapando a nadie esta razón de ser que justifica si se quiere, la cifra de ciento setenta y seis, número a que llegan las operadas, y que contrasta con la anteriormente enunciada.

De estas ciento setenta y seis operadas por lesiones anexiales inflamatorias, 46 sufrieron intervenciones radicales, siendo la histerectomía abdominal sub-total el procedimiento de elección (40 veces) y estableciéndose, en casi todas ellas, después de haberse hecho la peritonización alta, el drenaje vaginal, practicándose el abdominal, cuando aquella peritonización era imposible. En una sola enferma por estas lesiones se ha practicado la histerectomía vaginal.

La anexectomía total de ambos lados, dejando la matriz, fué hecha en los cinco casos restantes practicándose en cuatro de ellos el auto injerto de un ovario, ó parte de él en el tejido celular del ligamento ancho.

Así se ha conseguido conservar en parte, la función interna de la glándula, pues la insuficiencia ovárica si se ha manifestado en algunas de ellas, ha sido muy atenuada,

consiguiéndose también mantener; aunque algo disminuido el periodo menstrual." (Ver historias: 1386, 2019, 2094).

Las operaciones conservadoras de anexos, fueron hechas 130 veces, consistentes en salpingectomías de ambos lados, salpingectomías unilaterales con anexectomía total ó parcial del lado opuesto, salpingorrafias, salpingostomías, con resultados alejados buenos algunos, y en otros malos.

Entre estos últimos conocemos (3) enfermas que fueron después reintervenidas en otros servicios, practicándoseles operaciones radicales.

En cambio, podemos nosotros ofrecer entre varias, la historia número 1906 (correspondiente al año 1911, libro IV) de una enferma que fué operada en otro hospital, y en la cual hubo necesidad, después, de practicar una histerectomía sub-total.

Entre las operaciones conservadoras debemos consignar (22) colpotomías posteriores, hechas por anexitis quísticas supuradas caídas en el Douglas, ó por abscesos perimetro-salpingianos. Los beneficios en estas operadas fueron óptimos, pues el estado general tan grave que presentaban algunas de ellas, por el hecho de coleccionar grandes cantidades de pus, siguieron mejorías notables que llevaron algunas a la curación clínica completa. En otras, (Ver 904) después de esta operación se consiguió colocarlas en condiciones de ser operadas por el vientre (Ver 2139, 1352, 1602).

CONCLUSIONES

Con lo expuesto anteriormente, creemos nosotros llegar a las siguientes conclusiones:

1.º La cirugía en los procesos inflamatorios anexiales, debe proscribirse (dentro de los límites establecidos por el grado de la lesión) en aquellas mujeres jóvenes y en las cuales es factible todavía un tratamiento médico bien instituido y ordenado.

2.º En estas mismas mujeres jóvenes y en las cuales el tratamiento médico ha fracasado, comprometiéndose el estado general de ella, por la evolución que va adquiriendo la dolencia, debe recurrirse a la intervención, presentándose en ocasiones, la oportunidad de una colpoto-
mía posterior con drenaje, que hasta puede curar a la paciente, unida o no a un tratamiento médico.

3.º En estas mismas mujeres jóvenes, hecho el caso manifestamente quirúrgico, y con mucha vida genital

por delante, conviene emplear, cuando el grado de la lesión lo permite, procedimientos conservadores siempre que la experiencia del ginecólogo así lo juzgue conveniente, para no caer en lo que hemos dicho, que, por conservar el funcionamiento endocrínico de la glándula, se conserve también la enfermedad.

4.º En mujeres ya próximas a la menopausa, no se debe titubear al respecto: la conducta radical es la mejor.

5.º En enfermas, aun jóvenes, con lesiones muy avanzadas, como en aquellas cuyo estado social no le permite una vida holgada y cómoda, aconsejamos también, el mismo temperamento.

CARLOS SILVA.

Buenos Aires, Abril 28 1917.



Buenos Aires, Abril 20 de 1917.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari, al profesor titular Dr. Enrique Zárate y al profesor suplente Dr. Toribio Piccardo, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Mayo 5 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3265 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento médico de las afecciones inflamatorias de los anexos.

José F. Molinari.

II

Patogenia de la apéndice-anexitis.

Enrique Zárate.

III

Influencia de la etiología en el éxito del tratamiento médico de las lesiones anexiales.

Toribio Piccardo.

30453

