

uterina; los vasos se encuentran sobre todo en el tercio inferior del ligamento ancho. Récamier seccionaba los dos tercios superiores de estos ligamentos, pero colocaba sus ligaduras antes de cortar el tercio inferior. El procedimiento seguido por los cirujanos extranjeros, y hasta en estos últimos tiempos por los franceses, consistía en practicar primero la ligadura de los ligamentos anchos para seccionarlos después. Desgraciadamente, cualesquiera que sean las precauciones tomadas, con demasiada frecuencia sucedía que estas ligaduras se caían del muñón de los ligamentos, y luego las hemorragias ocasionaban la muerte de la enferma, no tanto quizás por su abundancia como por los accidentes sépticos que determinaba la presencia de coágulos, que obraban á la manera de cuerpos extraños en descomposición. Además, para hacer esta ligadura con alguna facilidad, es necesario hacer bascular el fondo del útero hacia delante ó hacia atrás, y atraerlo hasta la vulva. Este tiempo, que casi siempre es fácil, a veces resulta muy difícil y hasta imposible, de manera que algunos cirujanos se han visto obligados á practicar *in situ*, la ligadura y la sección de estos ligamentos.

Existe un segundo procedimiento que puede reclamar para sí la cirugía francesa, porque á ésta pertenece exclusivamente, el cual permite hacer con más facilidad y seguridad este segundo tiempo de la operación. Consiste en suprimir toda ligadura, colocar en la base de los ligamentos anchos y á corta distancia del útero, pinzas de forcipresión, que evitan toda hemorragia, y seccionar los ligamentos al ras del útero que se extrae. Richelot ha ideado para este tiempo de la operación pinzas especiales; no obstante, podemos servirnos de las pinzas hemostáticas ordinarias. Estas pinzas pueden retirarse á las 24 horas, pero la seguridad será mayor si las dejamos colocadas 36 horas. Sin duda que el dejar colocadas estas pinzas impide suturar la vagina con la idea de obtener la reunión primitiva de la herida, último tiempo de la operación, del que hablaremos luego; pero este pequeño inconveniente viene compensado por tales ventajas, que bien puede decirse que la aplicación de la forcipresión á este tiempo de la histerectomía ha sido un gran progreso, pues facilita mucho la operación y da mayores probabilidades de éxito.

Extirpado el útero, parece que por la ancha abertura hecha en el suelo de la pelvis, deberían presentarse siempre los intestinos dentro de la vagina. No obstante, nada de esto sucede en la inmensa mayoría de los casos; al contrario, el intestino no llega á ponerse en contacto con el aire exterior, y esta circunstancia explica en parte el hecho de que la mortalidad sea menor con la histerectomía vaginal que con la histerectomía abdominal.

Con todo, era natural que se tratase de cerrar el ancho orificio consecutivo á la ablación del útero, por lo cual, los primeros ope-

radores terminaban la operación por la sutura vaginal; pero esta sutura puede resultar más bien perjudicial que útil si al practicarla no se han tomado ciertas precauciones. En efecto, si nos limitamos á la sutura vaginal, queda más allá de esta sutura y por el lado del abdomen una herida peritoneal abierta, y la exudación sero-sanguínea que puede tener lugar en el tejido celular subperitoneal, forzosamente debe caer dentro de la cavidad del peritoneo. Por lo tanto, si se decide hacer la sutura, conviene hacer lo posible para comprender en ella los bordes de la herida del peritoneo. Con el procedimiento de forcipresión, la sutura completa es imposible, y debemos limitarnos á uno ó dos puntos de sutura sobre la parte media de la incisión; hasta podemos prescindir en absoluto de la sutura y el bajo fondo de la vejiga podrá contribuir ó disminuir mucho las dimensiones de la abertura.

La cura es sencilla. Será prudente colocar en la herida uno ó dos tubos de drenaje para facilitar á los líquidos su salida por la vagina; cuando se emplea la forcipresión, estos tubos son inútiles, porque la serosidad se corre á lo largo de las pinzas. Hoy día que el yodoformo es considerado como una indispensable panacea, todos los cirujanos han recurrido á este agente, con el cual espolvorean los tapones vaginales; pero podemos limitarnos á la simple aplicación de tapones de algodón, á condición de haberse puesto al abrigo de todo contagio posible por el lavado previo del algodón en un líquido destructor de los gérmenes del contagio.

*Apreciación.*—A pesar de que ha entrado extensamente, y quizás con excesiva extensión, en la práctica la histerectomía vaginal total, es una operación que no está aún definitivamente juzgada. Para apreciar su valor, faltan examinar dos cuestiones principales. ¿Cuál es la mortalidad producida directamente por la operación en sí, ó sea la mortalidad operatoria? Esta es la primera. ¿Cuáles son, después de la histerectomía, la frecuencia y la rapidez de las recidivas? Esta es la segunda. Mas luego se presenta con frecuencia el caso de tener que resolver una tercera cuestión: ¿cuando el cáncer está aún limitado al cuello, se ha de practicar la histerectomía total, ó solamente la histerectomía parcial, es decir, la ablación del cuello?

Estas cuestiones únicamente pueden juzgarse con las estadísticas, de las cuales unas están formadas por la reunión de observaciones publicadas aisladamente en las diversas Revistas, y otras, llamadas estadísticas integrales, resumen la práctica personal de algunos cirujanos. De la reunión de estas dos clases de estadísticas deben deducirse las bases del juicio. Ahora bien, las primeras son esencialmente parciales en favor de la operación, y las otras están casi siempre combinadas de manera que los resultados adversos ó



nulos de una operación quedan atenuados, porque el autor de la estadística pretende demostrar el valor terapéutico de aquélla. Prescindo de mencionar ciertas estadísticas de las que me creo con el derecho legítimo de desconfiar. Me limitaré á dar un ejemplo de las dos causas de error de las dos citadas variedades de estadísticas.

Barraud, en su notable tesis, consigna los resultados de las histerectomías totales practicadas por los cirujanos franceses. Comprende 195 operaciones con 52 casos de muerte ó sea el 28,7 por 100 de mortalidad. Ahora bien, no consta en esta estadística una operación practicada por mí en la práctica civil, que terminó por la muerte: esto no tiene nada de particular, puesto que en ninguna parte he publicado la observación, y no la he publicado por la sencilla razón de que no tenía nada de particular, puesto que la terminación por la muerte no deja de ser muy frecuente. ¿Hubiera hecho otra cosa si la enferma hubiese curado? Quizás sí, *homo sum*, y uno se encuentra más dispuesto á publicar las victorias que las derrotas. ¿Cuántos habrán sido los casos de esta índole que habiendo terminado tan fatalmente no se habrán publicado? He consultado los registros del hospital Necker con el fin de averiguar cuáles habían sido los resultados de las histerectomías practicadas por algunos colegas, y de los 5 casos que he encontrado, terminados todos por la muerte, no tengo noticia de que ninguna de estas observaciones haya sido publicada. Con estos simples datos tenemos ya que la mortalidad de 28 por 100 sube á 30 por 100.

Citaré otro ejemplo de interpretación demasiado indulgente de una estadística. Martin, después de haber consignado los resultados exactos de 94 operaciones practicadas de 1880 á 1887, saca de sus cifras la siguiente conclusión: «Lo cual arroja para la histerectomía en los casos de cáncer una cifra de 70 por 100 de curaciones.» Véase ahora la estadística reunida por Martin. En 28 enfermas no le fué posible extirpar por completo el cáncer, lo cual significa ya el 30 por 100 de resultados nulos; pero en su resumen, Martin prescinde de estos casos, y se limita á examinar los resultados obtenidos en 66 enfermas, en las cuales el mal pudo ser extirpado en su totalidad. Once de estas enfermas sucumbieron de la operación y no entran en cuenta. De las 55 restantes, elimina además 11, porque la operación es aún demasiado reciente para que pueda haber recidiva. Con lo cual los 94 casos se reducen á 44, y como de estos 44 en 31 no ha habido aún recidiva, Martin escribe con toda formalidad: «Lo cual arroja para la histerectomía en los casos de cáncer una cifra de 70 por 100 de curaciones.» Esto casi pudiéramos decir que es burlarse de la lógica, porque en definitiva, de 94 operadas, 11 murieron de la operación, 28 no han

podido verse libres del mal, porque la operación ha sido incompleta, lo cual significa 39 casos absolutamente sin ningún resultado, ó sea 41 por 100. Además, en 13 hubo recidiva, lo cual hace subir á 52 la cifra de los fracasos en 94 enfermas; resulta, pues, que la proporción de los casos sin resultado era en realidad y en su punto mínimo en el momento de la publicación de la estadística, del 55 por 100, resultado que Martin transforma en 70 por 100 de curaciones.

Las estadísticas publicadas son bastante numerosas y arrojan resultados muy diferentes, y se comprende que así sea, puesto que en su mayoría constan de cifras limitadas, y forzosamente han de participar de la influencia de las series afortunadas ó desgraciadas. Una suma de 1,605 operaciones, reunión de estadísticas diversas publicadas en el extranjero, da 358 casos de muerte ó sea 16,4 por 100 de mortalidad.

Berns, en el *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, reunió las estadísticas integrales de Olhausen, Fritz, Martin, Czerny, Léopold, Klotz, Staude y Hahn, que suman una cifra de 223 operaciones con 34 casos de muerte, lo cual da una mortalidad de 15 por 100. La mortalidad más elevada es la de Olhausen (31 por 100 en su primera serie de 22 operaciones), y la de Martin (24 por 100); Klotz en 17 casos y Staude en 14 no han tenido ningún caso de muerte.

Barraud cuenta en las estadísticas integrales de Péan, Bouilly, Richelot y Terrier 112 operaciones con 27 muertos, ó sea 24,7 de mortalidad. La menos elevada es la de Péan (18,4 por 100); la más elevada, la de Richelot (37,5 por 100). Hemos dicho más arriba que la estadística más completa de Barraud, resumiendo la práctica francesa, daba 28,7 ó en números redondos 29 por 100 de mortalidad.

Si establecemos, pues, como base de apreciación la cifra de 25 por 100 para la mortalidad operatoria de la histerectomía vaginal, no se nos podrá acusar de hacer sombrío el cuadro, puesto que la cifra para la cirugía francesa es de 29 por 100, y además sin duda se elevaría mucho más aún, si nos fuesen conocidos todos los casos *no publicados* cuya terminación ha sido la muerte.

De todos modos, aun aceptando como real esta mortalidad de una cuarta parte de las operadas, es de advertir que se refiere únicamente á la mortalidad operatoria. Pues bien, como que la operación se practica casi siempre por cánceres del útero, es conveniente examinar cuál sea la frecuencia y rapidez de las recidivas; porque es evidente que no podría considerarse un progreso precipitar con una operación la muerte de una cuarta parte de las enfermas, si las restantes sobrevivientes debían después morir irremisiblemente y con igual rapidez que si la operación que puso en tan inminente peligro su vida no se hubiese practicado.



Sobre este punto, los datos recogidos son escasos, porque sabido es cuán difícil es poder obtener en uno ó dos años noticias precisas acerca del estado de las operadas.

Barraud nos da sobre este punto los resultados de la práctica de cuatro cirujanos alemanes, que se resumen en el cuadro siguiente, cuya primera columna representa el número de operadas que salieron en bien de la operación, y cuya observación se ha continuado bajo el punto de vista de la recidiva.

Cirujanos	Operadas curadas	VIVIERON DESPUÉS DE LA OPERACIÓN			
		1 año	2 años	3 años	4 años
Léopold.....	38	16 —	5 —	2 —	0 —
Schröder.....	62	20 —	7 —	4 —	0 —
Fritsch.....	53	17 —	7 —	2 —	0 —
A. Martin.....	55	35 —	25 —	20 —	5 —
	208	88 —	44 —	28 —	5 —
MUERTAS....		120 —	164 —	180 —	203 —

Si consideramos este número de 208 sobrevivientes, el 75 por 100 de las que se salvaron de la operación, vemos que de estas 75 sobrevivientes, 45 murieron dentro del primer año; al final del segundo año habían muerto 59, al final del tercero 64, y al final del cuarto ya no quedaban más que dos; de modo que, de 100 operadas, 25 habían muerto de la operación, 68 habían muerto después del primer año, 84 después del segundo, 89 después del tercero y 98 por 100 después del cuarto.

Hofmeyer ha reunido 40 hysterectomías totales; 10 murieron de la operación ó sea el 25 por 100, y una se perdió de vista pronto, quedando 29 cuya observación pudo el autor continuar. Un año después quedaban 14, porque las 15 restantes habían sucumbido á causa de la recidiva; un año y medio después quedaban 8, y á los dos años ya no quedaban más que 7.

No es pecar de exigente contentarse con que la recidiva no tenga lugar antes de los dos años, para una mujer que con la operación ha corrido el peligro de una mortalidad de 25 por 100, y no considerar como caso frustrado las recidivas después de haber transcurrido el segundo año. Ahora bien, con la cifra media de 20 por 100 de mortalidad operatoria, en la estadística de Léopold, Schröder, Fritsch y Martin, tendríamos al final del segundo año, 83 por 100 de resultados nulos, y los éxitos aún relativos no pasarían de 17 por 100. Según los datos de Hofmeyer, al final del segundo año, la mortalidad sería de 84 por 100 y los éxitos siempre relativos de 16 por 100. Y si nos limitamos á las cifras de Léopold, Schröder y Fritsch, que de 182 operadas, de las que 23 murieron de la operación y después de los dos años no sobrevivían más que 19, la cifra de los fracasos sería de 89 por 100, y la

de las curaciones de 11 por 100, éxitos siempre relativos, puesto que después del tercer año habían fallecido todas.

Véase, pues, como la triste realidad de las cosas viene á darnos las cifras de 16 ó 17 por 100 de resultados medianamente satisfactorios, y aún tomándolo todo por el lado más favorable. Lejos estamos, pues, del 70 por 100 de curaciones que Martin dedujo de sus cálculos excesivamente optimistas.

Aún no es esto todo; para juzgar friamente del valor de la operación, no bajo el punto de vista del operador, sino tomando en consideración el servicio que se presta tras eminentes peligros á enfermas atacadas de cáncer del útero, hemos de preguntarnos cuál hubiera sido la suerte de estas enfermas si no se las hubiese operado la hysterectomía.

De cada 100, 25 al menos se hubieran escapado de la muerte inmediata, que parece ser el resultado medio de la operación, y hubieran continuado viviendo algún tiempo más, quizás bastante largo, porque la hysterectomía no debe practicarse, y en general no se opera sino cuando se trata de cánceres exclusivamente limitados al útero. Dicen otros: la operación ha proporcionado á la mitad de las enfermas que han salido en bien de ella una sobrevivencia de un año. Pero á mi vez diré ¿puede considerarse verdaderamente un año de vida este año pasado muriendo lentamente de un cáncer uterino recidivado después de una operación grave, y después de las terribles angustias y engañosas esperanzas que diera la operación?

Sin duda que las enfermas habrían perecido todas del mismo mal, pero ¿quién puede afirmar que la muerte se hubiera producido más pronto en la gran mayoría de estas enfermas? ¿Quién puede siquiera afirmar que la marcha de la enfermedad no se haya precipitado con la operación? Todos los días vemos enfermas de cáncer vivir aún dos ó tres años con su mal. En las 242 operadas por Léopold, Schröder, Fritsch y Martin, de las 208 enfermas curadas de la operación, 5 sobrevivieron 4 años y 2 parecían destinadas á vivir sin recidiva. ¿Quién se atrevería á afirmar que entre estos casos no puede haber algunos errores de diagnóstico?

Tenemos, pues, demostrado que la fría realidad diverge mucho del entusiasmo que muestran la mayoría de los cirujanos por esta operación erigida en una novedad; pero tal cual es, merece toda nuestra atención, y sería ponerme yo mismo en contradicción con lo que acabo de exponer, si no dejase consignado que debe practicarse en determinadas condiciones, que más adelante examinaré.

Existe además otra cuestión, que conviene estudiar. Cuando el cáncer está limitado al cuello y la amputación de esta parte puede eliminar todos los tejidos enfermos, ¿debemos practicar esta opera-



ción ó preferir la histerectomía total? En una comunicación que hice á la Academia en 1887, pronunciéme en favor de la operación radical; pero luego, mejor aconsejado por un estudio más completo de esta cuestión, hoy día me inclino en favor de la histerectomía parcial. La mortalidad operatoria de la amputación parcial es mucho menos elevada que la de la histerectomía total. En 136 amputaciones subvaginales del cuello reunidas por Paulick en la clínica ginecológica de Viena, hubo 10 muertos, ó sea una mortalidad de 7 por 100. En 105 operadas de la clínica de Schröder, según Hofmeyer, no hubo más que 13 muertos ó sea 12,3 por 100 de mortalidad; de estas 105 operaciones, 71 fueron supra-vaginales. Réamy, en 57 amputaciones supra-vaginales recogidas de la Sociedad americana de ginecología cuenta únicamente 2 muertos; Verneuil, en 22 amputaciones supra-vaginales, no tuvo más que un caso de muerte; Polaillon no tuvo ninguno en 20 casos; Marchand no tuvo más que uno en 12 casos; por mi parte no perdí ninguna de mis 14 operadas. Para juzgar bien la cuestión, convendría distinguir entre las histerectomías infra y supra-vaginales, porque estas segundas son ciertamente mucho más graves. Pero, según los hechos publicados y reunidos por Barraud, se puede evaluar la mortalidad operatoria á un máximo de 10 por 100. Tenemos, pues, que bajo el punto de vista de la mortalidad, la histerectomía parcial no es comparable con la histerectomía total; punto que, según creo, nadie podrá ponerlo en duda. Queda ahora la cuestión de las recidivas.

Hofmeyer, de 95 enfermas curadas de amputación del cuello por cáncer, ha averiguado la fecha y la frecuencia de las recidivas: en 7 de estas enfermas la observación no ha sido bastante precisa para que puedan entrar en la cuenta; quedan, pues, 88. De estas 88 enfermas, en 43 la recidiva ha tenido lugar dentro del primer año, lo cual significa el 48 por 100 de casos sin resultado. De las 45 restantes, en 3 la recidiva ha tenido lugar dentro del segundo año; en 3 durante el tercero, y en 4 durante el cuarto. La falta de recidiva se ha observado después del segundo año en 9 operadas; después del tercero en 10; después del cuarto en 9; después del quinto en 4; después del sexto en 2 y después del séptimo en 1. Si aplicamos á este caso el mismo cálculo que en la histerectomía total, encontraremos en 105 operadas, 10 casos de muerte después de la operación, 40 recidivas en el primer año, y 3 en el segundo, lo cual significa un total de 56 casos sin resultado en 105 operadas, ó sea el 53 por 100. La proporción de los casos afortunados sería de 47 por 100, que podemos oponer á los 16 ó 17 por 100 de casos curados después de la histerectomía total.

Sería ciertamente muy paradójal sostener que la amputación parcial de un órgano atacado de cáncer limitado pone más al abrigo

de la recidiva que la amputación total del mismo órgano. Pero lo que sí puede afirmarse es que la amputación parcial en gran número de casos puede bastar para proporcionar una curación bastante duradera. Tenemos, pues, que en los casos en que el cancer está limitado al cuello tampoco procede la histerectomía total, porque la mortalidad operatoria es considerable después de la ablación total y por otra parte las garantías de curación que proporciona no son equivalentes á los peligros operatorios á que expone.

Hoy día la mortalidad después de la histerectomía total no es tanta como en los primeros tiempos de la práctica de esta operación, lo cual es debido no sólo á los progresos que ha hecho la técnica operatoria, sino también, y sobre todo, á la circunstancia de que se atiende más el parecer del prudente clínico y se operan cada vez menos los casos complicados en que ha sido invadida la vagina ó los anexos del útero ó se halla enclavada la matriz, condiciones que aumentan considerablemente la gravedad de la operación.

Para que la histerectomía total en el cáncer esté verdaderamente justificada, es necesario que el estado general de la enferma sea satisfactorio y no haya motivos para sospechar la existencia de una caquexia cancerosa; conviene que el cáncer esté limitado al útero, que no se halle invadida la vagina y que por ningún concepto pueda sospecharse que participen de la afección los ligamentos anchos. Por último, es indispensable que el útero disfrute de movilidad, no sólo porque esta condición es necesaria para que la operación no se halle rodeada de excepcionales dificultades, sino también porque esta movilidad supone, en la inmensa mayoría de los casos, que el mal no traspasa los límites del útero. Practicada en estas condiciones, la histerectomía vaginal es una operación aceptable, y la experiencia demostrará con mayor exactitud la extensión de los servicios que de ella podemos esperar.

## CAPÍTULO XI

### OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LOS ANEXOS DEL ÚTERO

#### De los quistes y tumores del ovario Ovariectomía

Los quistes del ovario están generalmente formados por un saco fibro-seroso cubierto por el peritoneo. Por su disposición interior, se distinguen tres variedades principales: 1.º quistes *uniloculares*,