

Yo he operado dos enfermas de prolapsus uterino por la histerectomía abdominal, con colpopexia ligamentosa; ¿voy á deducir de ahí que tengo un ciento por ciento de éxitos? Seguramente no.

El pronóstico de la histerectomía, en el prolapsus uterino, varía, como el de todas las operaciones de alta Cirugía, con las condiciones orgánicas de la enferma y con la pericia y habilidad del operador. Pero de un modo general se puede asegurar que no es tan grave como pretenden hacerlo los adversarios del método.

La histerectomía está contraindicada en todos aquellos casos en que la vitalidad de la enferma esté comprometida ya, y en los que el trauma operatorio pueda precipitar la muerte de la enferma: senilidad avanzada, cardiopatías graves, nefritis ó lesiones pulmonares intensas, etc., etc.

En resumen: la operación de elección contra los prolapsus complicados, graves, es la *colpo-histerectomía*. La misma operación puede emplearse con ventaja en los prolapsus no complicados, cuando son *completos, incoercibles, dolorosos y en mujeres ancianas*.

La histerectomía no ha sido propuesta jamás por ningún autor, ni la propongo yo como un método de elección para los prolapsus genitales: pero sí es y será un buen recurso terapéutico que merece llamar más la atención de los Cirujanos modernos.

VI

INVERSION DEL UTERO.

La inversión uterina es, en la mayoría de las veces, una consecuencia del parto, aun cuando no es raro encontrarla en ciertos tumores voluminosos de la cavidad del útero.

Como excepcional se la ha señalado después del aborto.

El útero invertido puede ser arrastrado por la vagina hasta afuera de la vulva, y constituye entonces el *prolapsus con inversión*.

La inversión del útero se distingue en *aguda y crónica*, según

su marcha; y en *total ó parcial*, según las dimensiones del segmento invertido.

Algunas veces la inversión uterina es reductible y la reducción se sostiene por la contracción del tejido muscular del útero; pero es más frecuente que, aun cuando se realice con facilidad la reducción del útero, no se sostenga, y el fenómeno de la inversión se reproduzca.

Pasa aquí algo semejante á lo que se observa en ciertas formas de hernias ó prolapsus abdominales, que aun cuando se haga la introducción de la hernia, se reproduce ésta inmediatamente que las maniobras del taxis cesan. Se dice en estos casos, que la inversión es *incoercible*.

Hay otros casos en los que toda tentativa de reducción ó taxis fracasa, y la inversión se sostiene á pesar de todos los recursos sangrientos ó no sangrientos. Se designan éstos con el nombre de *inversión con irreductibilidad absoluta*.

Las teorías emitidas hasta hoy para explicar el mecanismo de la inversión uterina, son poco satisfactorias. El reblandecimiento parcial del tejido uterino con ampliación de la cavidad, de SCHULTZE; la parálisis sub-placentaria, de ROKITANSKY; las teorías de la inercia uterina; de la presión de arriba hacia abajo por la prensa abdominal; del peso exagerado de ciertos tumores, etc., etc., adolecen todas de puntos vulnerables y son más ó menos hipotéticas.

El Profesor H. TREUB,¹ de Amsterdam, estudia la inversión uterina, á propósito de un caso reciente tratado con éxito por la histerectomía, y propone la explicación siguiente, casi tan difícil como la de sus predecesores:

Una placenta ó un tumor, están sólidamente adheridos á un punto de la cavidad uterina: la capa muscular subyacente, perturbada en su nutrición y en sus funciones, se paraliza. Una causa cualquiera deprime esta porción paralizada hacia el interior del útero, mientras el resto de las fibras musculares del órgano, que están indemnes, se contraen. Se produciría aquí un fenómeno análogo al del encasquillamiento de la placenta.

No solamente las fibras de la capa muscular paralizada no se contraen ó se contraen poco; sino que esta perturbación de la contractilidad irradia al rededor de la superficie de implantación del tumor ó de la placenta, y las contracciones orgánicas uterinas se hacen irregularmente.

¹ BRIT. Gyn. Journal. 1897.

A medida que la acción enérgica de las fibras activas del útero se hace sentir sobre el segmento paralizado é incluído en la cavidad, la zona de parálisis radiante se amplía, hasta que á la larga todo el cuerpo del útero va invirtiéndose y paralizándose. En este momento, la contractilidad se detiene; pero todo el útero ha pasado ya al través del cuello. Si una presión de arriba á abajo se hace sentir sobre el anillo de inversión, el cuello cede y la inversión es total.

Esta inversión es reductible; pero si se presentan algunas circunstancias nuevas, cesa de serlo, y el útero invertido, ulcerado, doloroso y sangriento, se transforma en una especie de tumor imposible de soportar.

He aquí algunas otras causas de irreductibilidad:¹

LA CONTRACCION UTERINA.—La matriz no tolera el menor contacto, sin contraerse, endurecerse, hacerse esferoidal y ofrecer invencible resistencia á las maniobras de reducción.

EL ESPASMO DEL CUELLO.—El cuello fuertemente contraído, aprieta el pedículo de la inversión como lo haría un esfínter enérgico, é impide el paso á su través del cuerpo del útero.

CONGESTIÓN PLETÓRICA DEL UTERO.—La contracción del cuello aplasta las venas y respeta las arterias duras y resistentes. La circulación de vuelta cesa y la llegada de la sangre continúa, produciendo la plenitud del aparato sanguíneo, la trasudación edematosa por los capilares, el aumento de volumen del útero y el reblandecimiento por maceración de los tejidos.

TRANSFORMACIÓN FIBROSA DEL TEJIDO UTERINO.—En los casos inveterados de inversión crónica, los elementos anatómicos musculares se transforman, se endurecen, se atrofian y degeneran las fibras del tejido conjuntivo. Esta degeneración es más acentuada en las cercanías del cuello, transformándose el anillo de inversión en una especie de argolla dura, resistente é infranqueable.

TRANSFORMACIÓN DEL INFUNDIBULUM PERITONEAL.—El cuerpo del útero, al invertirse, forma una cavidad digital, revestida completamente de peritoneo, en sus paredes. La metritis concomitante, la esclerosis uterina ó cualquier otro fenómeno de irritabilidad celular, produce en este peritoneo una actividad endotelial inusitada, que termina por la formación de adherencias y de gruesas bridas en todo el interior del infundibulum peritoneal y por la fijez a permanencia del órgano en su nueva posición.

¹ Véase el notable estudio de DUBREY, en el Journ. de Sciences Médicales de Lille. 1898.

PERITONITIS EN EL INFUNDIBULUM.—Accidentes análogos á los anteriores; pero de mayor intensidad.

El diagnóstico de la inversión crónica puede presentar dificultades, confundiéndose con los fibromas sub-mucosos polipiformes.

Estudiando la Historia de la histerectomía, hemos visto cómo este error fué cometido varias veces, y cómo se amputaron matrices invertidas, tomándolas por tumores uterinos.

Lo probable es que hoy también se continúen cometiendo estos errores, aun cuando no consten en la Literatura de Cirugía, por causas que bien se dejan adivinar.

La necesidad de un examen riguroso en estos casos es invariable, y sucede en ocasiones, que ni los anamnésticos, ni la exploración directa aun bajo la anestesia, den resultados positivos.

Pozzi debió recurrir una vez á la incisión del tumor, para reconocer una inversión uterina.

El Cirujano será muy cauto en su juicio y sumamente reservado en sus intervenciones, en todos estos casos.

La indicación primera en el tratamiento de una inversión uterina, es la reducción de ella.

Para realizarla con mejor éxito, debe procurarse intervenir lo más prematuramente posible.

Mientras con la mano izquierda se deprime el hipogastrio y se sujeta el útero invertido, con dos dedos de la mano derecha, introducidos por la vagina, se rechaza muy suavemente el fondo del útero, procurando que pase al través del anillo cervical.

La reducción manual debe intentarse siempre, aun cuando haya transcurrido algún tiempo desde el momento de la inversión y la época en que el ginecólogo la reconoce. Aun cuando con el carácter de excepcionales, existen observaciones de inversiones uterinas datando de varios años, que se han reducido por maniobras digitales.

Si la taxis digital fuera dificultosa ó no se pudiese realizar, habría esperanzas de obtener aún la curación, mediante el procedimiento de reducción lenta de Pozzi. Este autor preconiza el taponamiento de la vagina con gasa iodoformada suavemente comprimida: bajo su influencia, el edema inflamatorio cede, la congestión uterina disminuye, y la reducción puede hacerse suave y lentamente,

PONUEG, Cirujano del Canadá, recurre á una maniobra que aun-

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

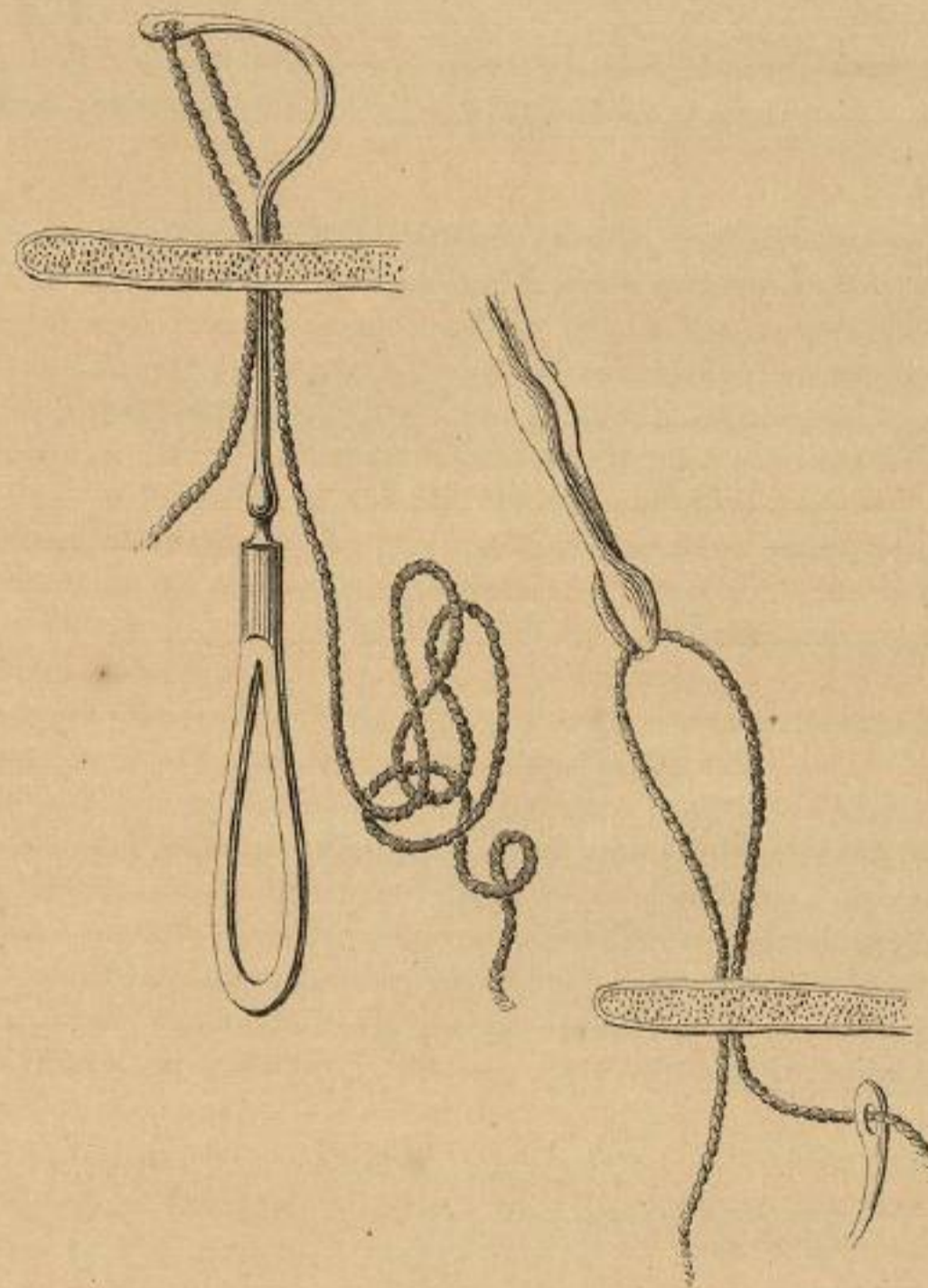


Fig. 50.—Ligadura en cadena por el procedimiento de Wallich. (Primero y segundo tiempo).

que muy ingeniosa y aparentemente sencilla, ha causado ya sus accidentes mortales. Pasa al través del cuello varios hilos elásticos que fija en el pabellón de un estetoscopio: la otra extremidad del estetoscopio la aplica sobre el fondo del útero invertido, ejerciendo así una presión continua que tiende á dirigirlo hacia arriba.

PONEY, de Montevideo, recomienda también la reducción por tracciones con hilos elásticos sobre el cuello uterino.

Las operaciones practicadas para reducir una inversión rebelde á todo otro tratamiento, consisten particularmente en incisiones del útero y en liberaciones del anillo constrictor cervical.

GAILLARD-THOMAS, intentó dilatar el infundibulum peritoneal, después de haber abierto el abdomen. Operó así dos enfermas y murió una. MALINS y SCHMALFUSS no pudieron realizar la reducción ni aun abriendo el vientre. En 1885, MUNDÉ no consiguió reducir una inversión uterina, aun cuando se esforzara en levantar el fondo del útero por medio de una seda fuerte que introdujo por la vagina al través del útero y fija en su extremidad inferior sobre un botón.

El procedimiento de OTTO KÜSTNER es muy conocido para que me detenga en él: es también infiel y peligroso.

F. A. KEHEER modificó el procedimiento clásico de KÜSTNER, haciendo la incisión sobre la cara anterior del útero, lo que á su entender facilita las maniobras; pero no es menos infiel el procedimiento y queda expuesto á hemorragias é inflamaciones graves.

DURET, el Cirujano de Lille, ha obtenido la curación en un caso que parecía desesperado ya, por un procedimiento suyo, nuevo, y según su autor, fácil en la técnica. El procedimiento consta de seis tiempos, á saber:

- I. Incisión del fondo vaginal posterior.
- II. Incisión mediana, vertical, posterior, de todo el útero.
- III. Reducción de la inversión uterina.
- IV. Reconstitución del cuerpo uterino hasta el istmo.
- V. Reposición del útero, y
- VI. Reconstitución del cuello uterino.

La sola mención de estos diversos tiempos, da idea de la operación y de la aptitud y buen juicio del autor de ella.

Todos estos procedimientos fracasan las más de las veces, y como dicen muy bien los ginecólogos franceses F. LABADIE-LA-

GRAVEY FELIX LEGUEU: "*L'hysterectomie totale est actuellement la méthode de choix pour les inversions irréductibles.*"

Se podría recurrir á la incisión de KÜSTNER ó intentar el procedimiento de DURET, pero en cuanto sean inaplicables, solamente la histerectomía procurará seguridad de curación á la enferma.

Las excisiones uterinas parciales están juzgadas y desechadas: sólo queda como recurso verdaderamente seguro y racional, la histerectomía vaginal total.

En cuanto á las inversiones reductibles y reincidentes, deben buscar en la histeropexia abdominal su mejor método de curación.

VII

TUBERCULOSIS DEL ÚTERO.

La tuberculosis uterina es una afección sumamente rara. Se conocen algunos casos, aunque muy pocos, de tuberculosis completa útero-anexial primitiva; pero la lesión tuberculosa del útero, como iniciación del proceso infeccioso, es una verdadera rareza patológica.

Más común es la invasión secundaria del útero, por los bacilos.

Se han descrito tres formas principales:

I. *La forma miliar aguda*, localización en el útero, como en los demás órganos de la economía, de la infección tuberculosa general.

II. *La forma intersticial*, manifestación sorda, lenta, de la infiltración tuberculosa en el tejido propio de la matriz y cuyos signos vagos ó nulos, la hacen casi imposible de descubrir.

III. *La forma ulcerosa*, es la más frecuente é importante de todas. Sus lesiones primeras no se diferencian de las de la endometritis; más tarde los tubérculos aparecen, y al reblandecerse forman ulceraciones de contornos irregulares, de bordes gruesos y claros, de forma lenticular al principio; pero que á medida que el proceso avanza, se unen unas á otras y constituyen pérdidas extensas é irregulares.

He aquí la descripción que hace CORNIL, de un corte microscópico de tuberculosis uterina.¹

¹ Citado por Pozzi.—Ginecología, pág. 905.

"Las secciones perpendiculares á la superficie de la mucosa del cuerpo, previo endurecimiento en el alcohol, no han mostrado ningún vestigio de su estructura normal, ni epitelium, ni glándulas, ni vasos sanguíneos reconocibles. Toda la parte caseosa de la superficie presentaba al microscopio una capa homogénea formada por pequeñas celdillas muertas, vitrosas, no colorándose más, y cuyos núcleos sólo tomaban una ligera coloración rosa con el picro-carmin. Las celdillas estaban separadas por fibrillas finas entrelazadas en todas direcciones.

"Abajo de esta zona muerta había otra que poseía pequeñas celdillas vivas, entre las cuales encontrábase celdillas gigantes diseminadas.

"Luego venían los planos musculares: aquí veíanse algunos folículos tuberculosos.

"En los cortes, interesando toda la pared, comprendido el peritoneo, había: Hacia dentro de la infiltración caseosa, reemplazando la mucosa, algunos folículos invadiendo la pared y granulaciones subperitoneales.

"Vanamente he buscado los bacilos de la tuberculosis, dice CORNIL, en una decena de cortes practicados en esta mucosa degenerada."

SÍNTOMAS.

Los del principio corresponden á la endometritis concomitante, dolores hipogástricos con irradiaciones vagas á los muslos, á la cintura, etc. Hipersecreción glandular, manifiesta por escurrimientos transparentes, mucosos, y muco-purulentos, etc., etc. Luego el flujo se hace francamente purulento, caseoso, fétido.

Las ulceraciones del cuello comienzan á tomar su carácter particular y la raspa exploradora del endometrio obtiene masas caseosas, que hacen despertar sospechas sobre su naturaleza.

El examen microscópico de ellas no da ningún indicio cierto sobre su naturaleza; sin embargo, al decir de PAUL PETIT, sería casi cierta la tuberculosis uterina, si en estas masas se reconocen celdillas intersticiales muertas ó atrofiadas, celdillas gigantes en mayor ó en menor cantidad, nódulos embrionarios formados en los contornos de los vasos, y glándulas numerosas dilatadas y con sus elementos epiteliales muy desarrollados.

Puede practicarse también la inoculación en conejos, tanto en el peritoneo, como en la cámara anterior del ojo.

Pero de un modo general, este diagnóstico es muy difícil, y sólo presenta cierta facilidad cuando á las lesiones uterinas se acompañan manifestaciones tuberculosas en otros órganos, intestinos, laringe, y muy particularmente pulmones, etc.

TRATAMIENTO.

Muchos elogios se hacen de la creosota en aplicaciones directas sobre la matriz; se ha dado la raspa como método paliativo; pero todo es infructuoso, y la necesidad de la histerectomía se impone siempre que no haya alguna contradicción. Como quiera que el diagnóstico es en la mayor parte de las veces dudoso, estas intervenciones rara vez son oportunas.

VIII

HEMATOCELE EXTRA-PERITONEAL.

Se designa bajo el nombre de hematocele extra-peritoneal y también con los de *hematoma extra-peritoneal*, *trombus de los ligamentos anchos* y *pseudo-hematocele*, el derrame sanguíneo en el tejido conjuntivo de la pequeña pelvis.

Negada por algunos autores fuera del estado puerperal, donde los trombus de la vagina y de la vulva también pueden producirse, esta lesión está definitivamente admitida hoy.

ETIOLOGÍA.

El hematocele se puede producir bajo la influencia de la preñez que, como se sabe, da lugar á una dilatación considerable de todo el sistema venoso de la pelvis, y en particular, á la del plexus útero-ovárico. Pero el varicocele útero-ovárico puede existir en la mujer, y dar lugar á una ruptura sub-serosa, aun fuera de la preñez, por desgarradura ó ulceración de venas que contienen flebolitos. Se observa generalmente bajo la influencia de fatigas ó de excesos genésicos, durante el período menstrual, y con más frecuencia en las multíparas, cuyos vasos venosos están más dilatados, que en las mujeres que jamás han tenido hijos.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

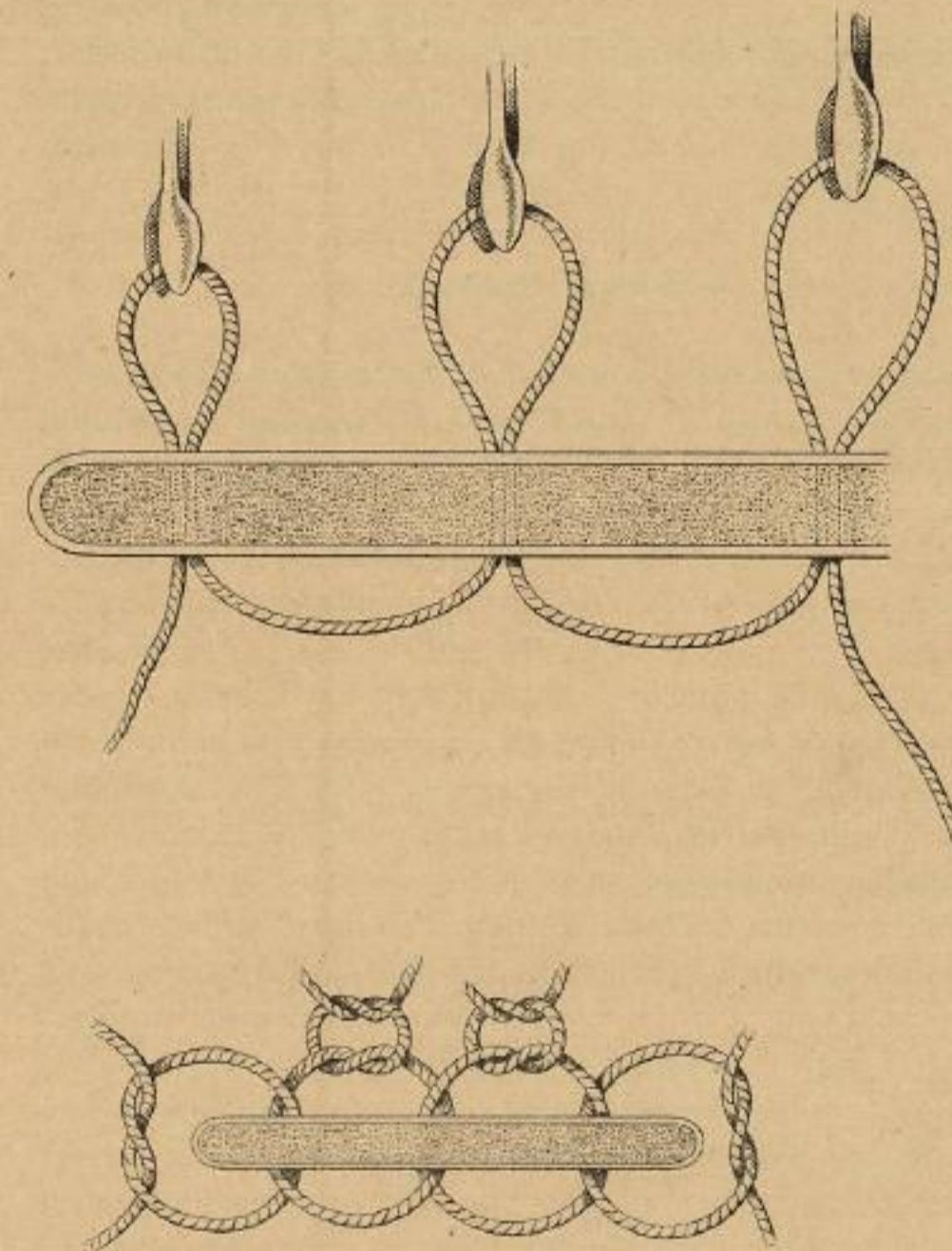


Fig. 51.—Segundo y tercer tiempo de la ligadura en cadena, por el procedimiento de WALLICH.

Según BYRNE, los trombus del ligamento ancho serían mucho más frecuentes de lo que se piensa, y con frecuencia darían lugar á abscesos pélvicos ó á flegmones.

SKENE KEITH ha observado la aparición de un hematocele extra-peritoneal efímero después de las salpingotomías, á consecuencia de un íctus congestivo en el momento que corresponde al primer período menstrual.

BEIGEL cree que el hematocele extra-peritoneal constituye una parte considerable de los casos que se comprenden en la forma ordinaria.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

La sangre puede formar un tumor circunscrito entre las dos hojillas del ligamento ancho. Como no constituyen una cavidad cerrada, sino que comunican con el tejido celular pélvico, el derrame sanguíneo, si es muy abundante, desborda sus límites y se dirige entonces hacia los lados de la vagina y del recto.

El tumor es pequeño por lo común y su volumen varía desde el de un puño hasta el de la cabeza de un adulto. Es francamente lateral, y si existe en los dos lados, siempre uno es incomparablemente mayor que el otro. Además, los dos focos pueden llegar á reunirse. A veces la colección se sitúa hacia adelante del útero.

A. MARTIN, quien ha tenido ocasión de estudiar la anatomía patológica de esta lesión en varias operaciones, siempre ha encontrado una bolsa de superficie desigual, sembrada de prolongamientos profundos en el tejido celular, atravesados por bridas conjuntivas y vasos rotos.

El contenido está formado por sangre y coágulos más ó menos alterados; á veces está mezclado con pus, y puede por una desgarradura del ligamento ancho, comunicar con un derrame intra-peritoneal.

SÍNTOMAS.

El accidente sobreviene en mujeres que, al parecer, se encuentran en muy buenas condiciones. Un dolor agudo en el vientre bajo, con tendencia al síncope, marca su principio. Sucesivamente pueden observarse diversos accesos.

Al mismo tiempo que el hinchamiento y la sensibilidad del ab-

domen, se presentan síntomas de una anemia intensa y perturbaciones debidas á la compresión de la vejiga y del recto. Al tacto y á la palpación bimanual se siente que el tumor está situado en el ligamento ancho y no en el fondo de saco de DOUGLAS. Es blando y pastoso; el útero se encuentra sobre su lado interno, está colocado más ó menos hacia atrás; pero se le puede circunscribir por todas partes.

En cuanto á los demás síntomas y marcha de la enfermedad, se confunden con el cuadro clínico del hematocele intra-peritoneal.

Tal vez á estos de hematoceles extra-peritoneales hay que referir un fenómeno muy excepcional: *la coloración equimótica de la vagina*.

Se ha visto también, aunque muy raras veces, la equimosis de la pared abdominal.

El diagnóstico diferencial con el *hematocele intra-peritoneal*, no siempre puede hacerse. Para esto hay que basarse, sobre todo, en la etiología, situación francamente lateral y conexiones del tumor.

TRATAMIENTO.

La expectación es, aun aquí, la regla común.

Si la gravedad de los accidentes impone una intervención, casi no podría pensarse en la vía vaginal, por temor de herir los gruesos vasos ó el uréter.

La *laparotomía sub-peritoneal* parece ser el procedimiento de elección. MARTIN recomienda la *laparotomía transperitoneal*, la limpia del foco y la sutura de la bolsa sobre un tubo en cruz, que salga por la vagina. Él ha obtenido por este procedimiento, nueve éxitos en diez operaciones.

En algunos casos podrá dar buenos resultados la *histerectomía vaginal*.

IX

QUISTES OVÁRICOS Y WOLFIANOS.

PEAN sistematizó la histerectomía vaginal en las supuraciones de la pelvis, y SEGOND, el vulgarizador más caracterizado de la *operación de Pean*, la hizo extensiva á todas las lesiones anexiales bilaterales. Los neoplasmas, como las inflamaciones, no es-

caparon á esta regla, y el campo de la histerectomía se amplió aun más.

Los quistes ováricos y para-ováricos, comenzaron á ser atacados por la vagina, y SEGOND logró reunir siete casos personales, de notable interés.

Fuera de duda está, que la evacuación y extirpación de los quistes ováricos por la vagina, es una operación que requiere destreza y que hace distinguido al Cirujano que la realiza, ahorrando á la enferma la cicatriz abdominal y sus consecuencias; pero sacrifica el útero sano en la mayor parte de los casos.

Ahora bien, este sacrificio no puede hacerse sin discusión. Ciertamente que el útero sano, cuando pierde los dos anexos, queda transformado en un órgano inútil; pero no creo que el Cirujano esté autorizado para suprimir órganos por el sólo hecho de su inutilidad, sino cuando esta supresión ocasione reales y positivas ventajas.

¿En este caso, cuáles son las ventajas? ¿La supresión de la cicatriz abdominal? Esta cicatriz, cuando la reunión ha sido correcta, no ofrece absolutamente más inconveniente, que un pequeño defecto de estética.

Además, los quistes ováricos ó para-ováricos no implican forzosamente la bilateralidad de las lesiones ooforo-salpingeas, y frecuentemente vemos mujeres operadas de quistes anexiales, hacerse grávidas posteriormente y parir niños perfectamente bien desarrollados.

La histerectomía vaginal, como primer tiempo de la ovariectomía por quistes, no resiste tampoco á este argumento: las bolsas están por lo común adheridas al peritoneo parietal, al gran epiploon, á la serosa intestinal y á órganos que como el uréter y los vasos iliacos ó abdominales, hacen su ruptura extraordinariamente peligrosa para la vida de la operada; estas adherencias, difíciles de destruir por la vía abdominal, amplia y bien alumbrada, ¿serían más fácilmente atacadas por la vía vaginal, estrecha y profunda? ¿En caso de un accidente operatorio, el Cirujano podrá remediarlo violentamente por la vagina, ó tendría que recurrir urgentemente—como me ha sucedido alguna vez—á la incisión del abdomen? ¿Puede el Cirujano prever la existencia de estas dificultades, antes de elegir su camino operatorio? Indudablemente no.

Sin embargo, BOUILLY, RICHELLOT y SEGOND, no han vacilado en recurrir en multitud de ocasiones á este medio, que no parece hacer fortuna en la terapéutica de los quistes del ovario.

De otra manera importante es la histerectomía, en ciertos casos de quistes para-ováricos muy adherentes entre las hojas de los ligamentos anchos.

En estas circunstancias la amputación abdominal del útero presta grandes servicios, facilitando la extracción y la disección del quiste, á la vez que asegura una buena canalización de la pelvis y una vía amplia y cómoda para obrar sobre la cavidad que la disección del quiste ocasiona.

Las dos observaciones siguientes permiten comprender bien estas ventajas.

"María M. . . . O. . . , 28 años, natural de Andalucía, con cinco años de antecedentes genitales, presenta un gran tumor abdominal, que clasifica mi buen amigo y hábil Cirujano Dr. DANIEL VÉLEZ, quiste del ovario izquierdo.

"Por indicación suya veo esta enferma, y encuentro un enorme quiste del lado izquierdo, que no sólo evoluciona hacia el abdomen, sino que obstruye casi la vagina. Me parece percibir otro quiste pequeño, en los anexos del lado derecho. El útero está grueso, rojizo, y deja escurrir moco purulento.

"Planteo el diagnóstico de *quistes para-ováricos bilaterales*.

"El día 10 de Noviembre de 1898, hago la laparotomía. Desde que abrí el vientre percibí la bolsa blanca, con ligeros matices azulados y de paredes sumamente gruesas. La punción de ella, da unos cuatro litros de líquido claro, límpido, ligeramente amarillento. La bolsa se afloja; pero no cede á las tracciones. En su cara anterior reconozco la trompa enormemente dilatada y con una longitud de *veinticuatro centímetros*.

"Hacia su cara superior ofrece una adherencia, como de doce centímetros de extensión, con el colon: la disección es muy laboriosa, el intestino sangra mucho; pero al fin desprendo el quiste y hago la hemostasis por compresión.

"La cara anterior de la bolsa está casi cubierta por el gran epiplón, que le da gruesas venas y multitud de arteriolas; divido el epiplón, ligándolo en cadena.

"La cara inferior de la bolsa se pierde entre las hojas anterior y posterior del ligamento ancho izquierdo. El ligamento ancho derecho está enteramente lleno por otro quiste wolfiano: la trompa derecha mide *doce centímetros*, el ovario derecho crecido, está cribado de hemato-quistes. El útero en retro-flexión y fijo por los quistes bilaterales.

"Comienzo por desprender la vejiga de la cara anterior del úte-

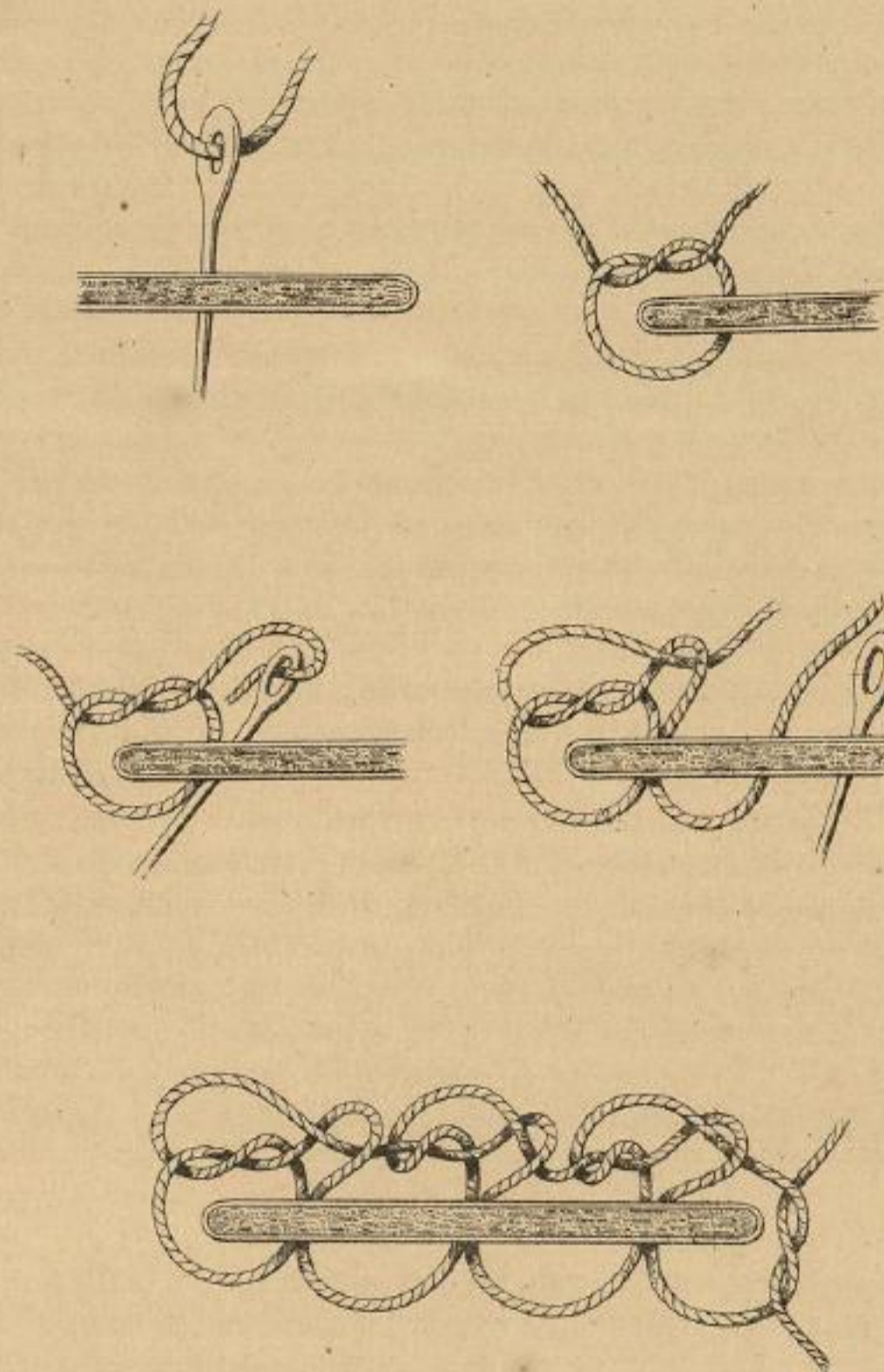


Fig. 52.—Ligadura en cadena, por el procedimiento de SUÁNEZ GAMBOA.

ro, abro el fondo vaginal anterior, ligo las arterias uterinas y liberto completamente el cuello de sus inserciones vaginales. Dos golpes de tijeras seccionan las conexiones laterales derechas del útero: la bolsa del quiste derecho se deja enuclear y sale fácilmente de su cavidad intraligamentosa, con la trompa y el ovario derechos.

Queda el gran quiste izquierdo, con el útero íntimamente adherido. Comienzo á desprender la bolsa, por la base del ligamento ancho, diseco el uréter izquierdo en una extensión como de cuatro centímetros, corto adelante y atrás las hojas respectivas del ligamento ancho, diseco dos ó tres puntos adherentes en la cara anterior del recto y extraigo la bolsa intacta.

La hemorragia ha sido intensa: hemostasis rápida, sutura de los restos de los ligamentos anchos en ambos lados; la vagina queda abierta, con una tira de gasa yodoformada suavemente colocada en su cavidad y cierro el vientre por mi método de sutura mixta.

La operación se debió suspender dos ó tres veces, por accidentes graves de la anestesia; sin embargo, duró solamente *setenta minutos*.

Inyección de mil quinientos gramos de suero artificial.

Las consecuencias operatorias fueron insignificantes. Al tercer día subió la temperatura; se inflamó y supuró una inyección hipodérmica, que fué necesario abrir con el bisturí.

Por lo demás, la evolución post-operatoria fué extremadamente feliz, y la Sra. María N. . . . O. . . . , se encuentra en la actualidad, perfecta y completamente curada.

En esta operación me acompañaron solamente mis amigos Dr. NUMA TORREA, Dr. CALIXTO VARGAS y mi practicante ANTONIO VALDÉS ROJAS.

Irene D. . . . , natural de México, casada, con tres hijos, partos buenos y sin anamnóstico puerperal; 27 años de edad, y estéril desde su último parto que data de cuatro años.

Enferma de la clínica particular de mi amigo el sabio y joven partero Dr. FRANCISCO DE P. CARRAL; la veo en junta con él durante el mes de Agosto de 1897, y establecemos el diagnóstico de *retro-flexión uterina con retro-versión, metritis parenquimatosa y quiste para-ovárico derecho*.

La operamos durante los primeros días de Septiembre, y hacemos la histerectomía abdominal previa y la enucleación del quiste intra-ligamentoso.

Las consecuencias operatorias fueron insignificantes, y salvo accidentes ligeros de menopausa, Irene D. . . . curó radicalmente de sus padecimientos.

Estas dos histerectomías abdominales, con dos curaciones, son casos tipos del comportamiento del Cirujano en los casos de quistes para-ováricos enclavados en los ligamentos.

Desde luego, la superioridad de la vía abdominal sobre la vaginal es indiscutible. La amplia abertura del vientre permite reconocer minuciosamente el estado del útero, de los anexos y del peritoneo pélvico, colocando al operador en condiciones de criterio que le permitan ahorrar una mutilación inútil á la operada ó definir una intervención que podría resultar incompleta é infructuosa.

La extirpación del útero, grande, inflamado ó fuertemente desviado, es una necesidad complementaria en las intervenciones anexiales bilaterales. La resección del útero en los grandes quistes wolffianos, con lesiones dobles, es un gran recurso en la técnica operatoria, y un medio seguro y no peligroso de salvar á la paciente de los accidentes sépticos de la marsupialización y de las resecciones incompletas.

Pero la histerectomía *a priori*, á ciegas y sin fundamento clínico seguro, es una operación que se debe rechazar, aun cuando la patrocinen Cirujanos como SEGOND y BOULLY.

X

QUISTES DERMOIDES.

No tengo en mi práctica quirúrgica ninguna observación de histerectomía por quiste dermoide del ovario; pero podría decirse á propósito de estos, lo mismo que de los quistes mucosos ó wolffianos.

La *preñez extra-uterina*, que en el rigorismo clínico de su naturaleza ofrece cierta analogía con los quistes dermoides—*feto-mas*—merece las mismas consideraciones.

La característica de estas lesiones, es su unilateralidad. La vía abdominal es la más cómoda y amplia para su exploración. En la mayoría de los casos, la intervención será sobre uno sólo de los anexos, y sólo podrá acudirse á la resección total del útero,

cuando la infección genital haya inyadido todo el aparato útero-anexial, ó cuando el cuerpo del útero, al desprenderse, forme una brecha útil á las maniobras del Cirujano, y no cause perjuicio grave á la operada.

XI

RETRO FLEXION UTERINA.

MAZZONI en 1881, parece haber sido el primero que realizar la resección del útero por accidentes de retro-flexión.¹ En 1886, RICHELLOT publica sus primeras histerectomías vaginales por retro-flexión, y en 1894 alcanza su estadística la vigésima cuarta observación.²

En 1888, BOULLY publica una serie de casos análogos, y en 1895, QUÉNU cuenta con una rica colección de amputaciones del útero por retro-flexiones complicadas de lesiones anexiales.³

Finalmente, PEAN, MANGIN, REYNIER, PICHEVIN, y muy particularmente Pozzi, hacen de actualidad la histerectomía vaginal, como recurso supremo contra las retro-desviaciones uterinas complicadas.

He aquí algunas palabras de Pozzi, el joven y sabio ginecólogo francés.⁴

"Il est des cas où le meilleur traitement d'une rétro-déviacion est l'hysterectomie vaginale, ce sont ceux où il s'agit de lésions anciennes et bilatérales des annexes, compliquées de métrite chronique avec hypertrophie de l'uterus. En effet, en pareil cas, l'extirpation des annexes par l'abdomen, après destruction des adhérences laisse l'uterus lourd et volumineux se renverser de nouveau dans le cul-de-sac de Douglas. Assurément on pourrait alors, après castration, faire l'hysteropectie abdominale complémentaire dans la même séance, puis plus tard amener la guérison et l'involution de l'uterus par le curettage et l'amputation du col, enfin refaire un périnée s'il était insuffisant et placer un pessaire. Mais cette pratique est beaucoup plus compliquée, plus longue et sensiblement aussi grave que l'hysterectomie vaginale.

On est donc autorisé à y avoir recours dans des cas exceptionnels."

1 MAZZONI: Italia Médica, 1881.

2 RICHELLOT: De l'hysterectomie vaginale. 1894.

3 LOSQUET: Bulletin Général de Thérapeutique. 1898.

4 Pozzi: Congrès international de Ginecologie de Genève. 1896.

En estas palabras, Pozzi deja claramente delineadas algunas indicaciones de la histerectomía por retro-desviaciones. ¿Pero esto quiere decir que la exéresis uterina total, no tenga más indicación, en las retro-flexiones y retro-versiones, que la irreducibilidad y la *bilateralidad* de las lesiones anexiales? De ninguna manera.

En las retro-desviaciones, como en todas las afecciones patológicas en las que el sistema nervioso imprime su característica de variabilidad, hay diversidad infinita de formas clínicas que corresponden á diversos modos terapéuticos.

Desde la retro-desviación latente, desconocida, asintomática, hasta la retro-desviación neurálgica, horriblemente dolorosa y precursora del suicidio, hay una escala de grados tan extensa, que el clínico no podría asentar reglas precisas de indicaciones operatorias, sin exponerse á cometer errores.

Pero desde luego se pueden separar del grupo de las operables, todas las retro-desviaciones sencillas, fácilmente reductibles y no dolorosas. Los *pesarios*, la *columnización de la vagina*, la *kinesiterapia*, la *electricidad*, ó más sencillamente aún, la *reposición espontánea aérea* de Courty y de los Ginecólogos Norte-Americanos, bastan para sostener un estado constante de euforia, que mucho se parece á una curación.

Del grupo mismo de las operables se aíslan aquellas retro-desviaciones en las que se cuenta aún con cierto grado de tonicidad por parte de los ligamentos uterinos, con una buena tensión de las paredes abdominales, con la vagina resistente y bien musculada, ó con el útero y los anexos sanos ó poco lesionados.

En este grupo se hallan grandes ventajas recurriendo á las operaciones de POLK y de KOCHS, sobre los ligamentos anchos; á las de KELLY y FROMMEL, sobre los ligamentos útero-sacros; á las de WYLIE, DUDLEY, ALQUIÉ, ALEXANDER y ADAMS, sobre los ligamentos redondos, ó á las histeropexias de TERRIER, POZZI y LEGUEU,¹ y á las vagino-fijaciones de AMUSSAT, DÜHRSEN, MACKENRODT, LE DENTU y PICHEVIN. Podría ensayarse, y supongo que el éxito sería completo cuando el útero y los anexos estuviesen sanos, la *resección cuneiforme* de una parte de la cara anterior del útero, por analogía con la *Operación de Doyen*, para las ante-flexiones.

¹ Yo tengo un procedimiento cómodo, rápido y absolutamente seguro, para la histeropexia abdominal, que publicaré con su estadística, ya notable, en su oportunidad. La primera vez que lo realicé, fué en una enferma de la Clínica de mis amigos OJEDA, GARCÍA y MACÍAS, en Veracruz.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

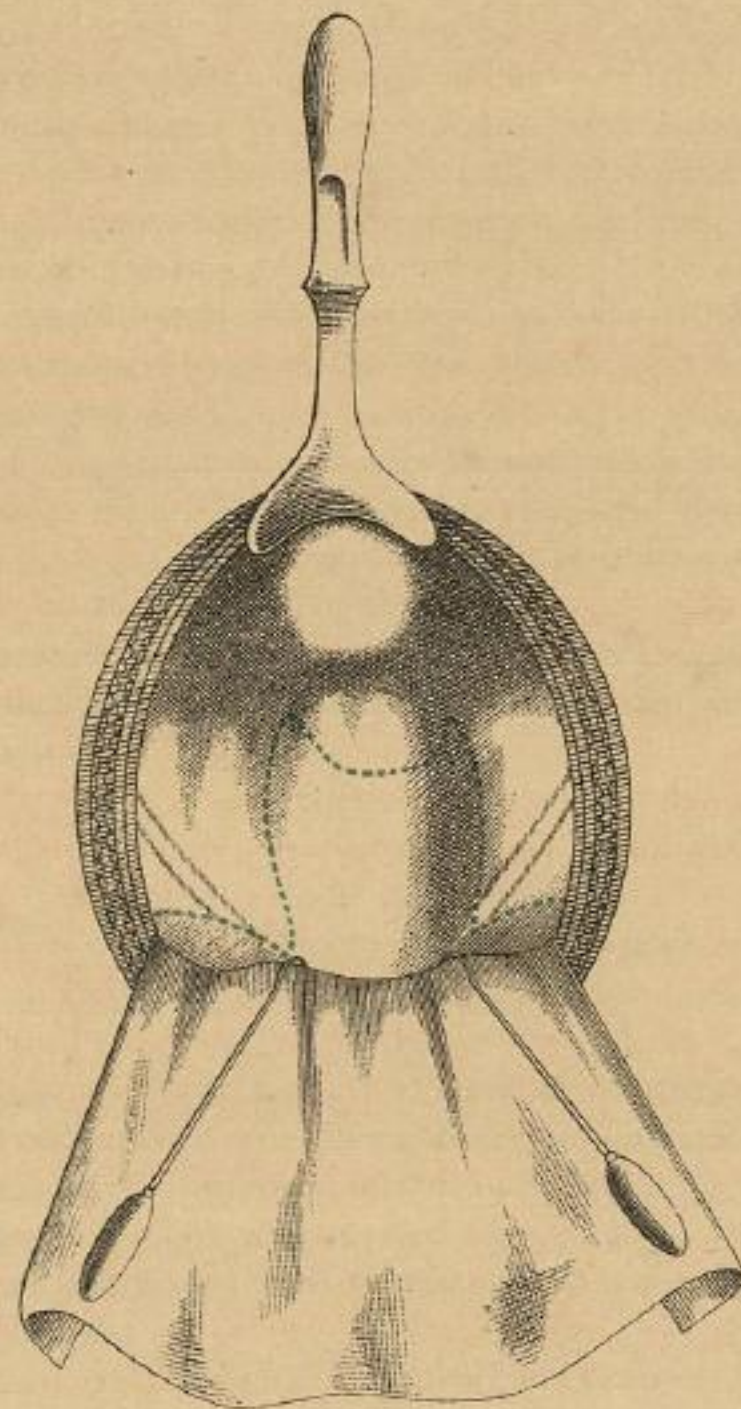


Fig. 53.—Método Suárez Gamboa. Trazado de las incisiones peritoneales, en la cara anterior del útero.

Quedan ya separados los casos de retro-desviaciones con inutilidad de los aparatos suspensor y fijador del útero y con lesiones intensas de sépsis útero-ooforo-salpingea.

En estos últimos, los accidentes de la ooforo-metro-salpingitis, dominan sobre las perturbaciones dinámicas del útero, y rigen toda la terapéutica. Ya aquí comienza á acentuarse la necesidad de la histerectomía.

Pero en aquellas mujeres de vientre flojo, de vagina amplia, de perineo inútil; en las que comienzan á entrever la proximidad de la menopausa, ó en aquellas que necesitan de su trabajo físico, rudo y constante, para ganar el sustento de ellas y sus familias, y que una retro-desviación incorregible y dolorosa las priva de los recursos de su trabajo, la histerectomía está absoluta é indiscutiblemente indicada.

La gravedad de la operación es aproximadamente igual á la de la histeropexia, y los resultados son incomparablemente superiores. En 80 casos que he logrado reunir en la literatura de Ginecología, no he hallado uno solo mortal.

Sin embargo, la histerectomía es y será en el tratamiento de las retro-desviaciones, un recurso excepcional felizmente, de indicaciones muy limitadas.

XII

NEURALGIAS PELVICAS.

Una neuralgia no corresponde á los Cirujanos, sino cuando se han agotado contra ella los medicamentos, no los comunes, ni los de moda, ni los del capricho del enfermo ó de sus amigos, ni los que se anuncian en la cuarta plana de los grandes periódicos, sino los que llenen precisa y exactamente las indicaciones verdaderas de la neuralgia.

La indicación causal suele, sin embargo, ser inapreciable aun después de varios y prolongados estudios en la cabecera de los enfermos, y entonces queda la medicación sintomática, que aunque recurso meramente paliativo, puede en ciertas circunstancias prestar servicios inesperados.

Pero cuando el tratamiento médico, racional y constante, ha fracasado; cuando la rebeldía del dolor desafía todos nuestros elementos farmacológicos, queda el recurso de las intervenciones sangrientas sobre los nervios afectados. La gran neuralgia ciá-

tica, las neuralgias cubital, radial, intercostal, y muy particularmente la del trijémico, han obtenido notables mejorías por los métodos de elongación, sección y resección nerviosas, tan en voga en nuestra Cirugía moderna. Las operaciones de QUÉNU, de PENCOAST, de KRONLEIN, de KRAUSE y de ROSE, son demasiado conocidas para que me ocupe de ellas.

Desgraciadamente el conductor neurálgico no siempre se declara ni queda al alcance de nuestro instrumental quirúrgico y las visceralgias nos permiten convencernos todos los días de la pequeñez de nuestros esfuerzos curativos.

Entre estas visceralgias descuella un grupo de suma importancia, extremadamente rebelde á toda terapéutica y envuelto siempre en el más desesperante de los misterios.

Me refiero á las neuralgias pélvicas, inclusive la histeralgia.

Algunos autores separan la histeralgia del grupo vago denominado neuralgias pélvicas; pero la etiología, síntomas y tratamiento de las dos afecciones nos autorizan á considerarlas como padecimientos de un mismo grupo.

¿Qué es la neuralgia pélvica? He aquí la más peligrosa de las preguntas. RICHELLOT la define así: *es un conjunto de fenómenos dolorosos, graves, permanentes y rebeldes, que se encuentran en el útero ó los ovarios, en ciertos estados neuropáticos.*

Esta definición, como se ve, no dice mucho; pero conformémosnos con ella, puesto que ni la clínica, ni la anatomía patológica, nos dicen más sobre la naturaleza de tan terrible padecimiento.

En las discusiones de RECLUS, QUÉNU, TERRIER, L. CHAMPIGNONNIERE y VERNEUIL, habidas últimamente en la sociedad de Cirugía francesa, con motivo de algunos estudios de RICHELLOT, todos estos autores se manifiestan muy reservados y no llegan á ninguna conclusión verdaderamente especulativa.

Para el estudio de las grandes neuralgias pélvicas, hay que comenzar por separar de ellas los dolores neurálgicos, más ó menos intensos que acompañan á las inflamaciones uterinas y anexas. Las metritis de todo género, las ooforo-salpingitis, y particularmente las ovaritis quísticas, en las mujeres neuropáticas, pueden revestirse de un aspecto tal que adquieran la fisonomía y el cuadro común á la verdadera neuralgia pélvica *sine materia*.

La ausencia de lesión causal, la diversidad de formas clínicas y la resistencia absoluta á toda terapéutica, son las características de las verdaderas neuralgias pélvicas. Como se ve, no pueden constituir una entidad morbosa definible.

La enferma cuya historia tengo el honor de presentar aquí, me va á permitir bosquejar la etiología, los síntomas, el pronóstico y el tratamiento y anatomía patológica, de la importante neuropatía que me ocupa.

“La Señorita Cecilia X. . . ., natural de Guadalajara, de 23 años de edad, soltera, virgen, sin antecedentes hereditarios tangibles, lleva dos años de sufrir crueles torturas.

“Un día sufre una caída de un caballo, durante un paseo, cayendo sentada; y sin resentir durante los ocho ó diez primeros días después del accidente, ninguna molestia, nota después que dolores vagos, como rápidos relámpagos, recorren inesperadamente su vientre. Sus menstruaciones han sido siempre buenas, nunca ha padecido escurrimientos vaginales y sus digestiones han sido también excelentes; nada varía con los nuevos fenómenos, pura y sencillamente de orden doloroso.

“Estos episodios rápidos de neuralgia abdominal, van acentuándose; revisten el carácter de crisis más y más prolongadas y terminan en un estado permanente de dolores pélvicos con exacerbaciones repentinas.

“La señorita X. . . . no abandona ya el lecho: en posición dorsal constante, no tolera ni el peso de sus ropas en el vientre; no come, casi no duerme, se enflaquece rápidamente y pronto llega á un avanzado grado de consunción.

Así se halla cuando en unión de mi compañero el Dr. NUMA TORREA, la veo por primera vez.

La Srita. Cecilia es de esmerada educación, se expresa con extraordinaria facilidad, sus ideas son claras; su imaginación vigorosa imprime en todas sus manifestaciones un sabor marcado de neurosismo, y la prolongación de sus sufrimientos hace percibir en su profundo desaliento, la germinación de tendencias al suicidio. Un neurologista la habría clasificado *degenerada superior*.

La exploración de su estado general es difícil; sin embargo, puede apercibirme de que sus órganos principales estaban sanos y de que salvo su estado anémico y consuntivo, nada ofrecía de accidentes realmente morbosos.

El estudio del vientre es casi imposible. Ante la sola idea de sufrir un contacto en sus paredes abdominales, se horroriza; la aproximación mía á su cama le imprime en su cara la expresión del más vivo terror; sus ojos se abren contraídos de pánico, su boca se crispa, extiende convulsos sus macilentos brazos, gime

ó grita con desesperación y por su pálido y demacrado rostro escurre el sudor en abundancia. La familia de ella, desmoralizada y llena de congoja, se opone á un reconocimiento forzado.

En una de estas tentativas, sobreviene el gran acceso neurálgico, que tuve la triste fortuna de estudiar. Las paredes del vientre se contraen tetánicamente; los músculos rectos se destacan con vigor. La enferma se dobla sobre sí misma, se comprime el hipogastrio, tiembla con todos sus músculos, grita lastimeramente y sus convulsos movimientos sacuden violentamente las cortinas y columnas de su cama. Luego el dolor redobla, la enferma se retuerce entre sus sábanas, muerde las almohadas ahogando sus sollozos, se arranca á puñados el cabello y termina con un ataque casi franco de histeria, durante el cual grita, canta, se ríe, solloza, rompe con las uñas su camisa, forcejea y se debate entre las manos de los que pretenden sujetarla, y queda rendida, medio muerta, tirada en su cama, respirando penosamente, completamente privada de sentido, mientras ligeros estremecimientos sacuden periódicamente su cuerpo sudoroso y frío.

Poco á poco el acceso se calma, el dolor amengua, la vida vuelve lentamente, y después de un rato más ó menos largo de ligero delirio, la infeliz niña parece dormir, abrumada por su fatiga y aniquilada con su martirio.

Estas escenas se repiten con frecuencia y la vida de la paciente ha llegado á ser una perpetua desesperación.

Se comprende que el desfile de médicos por su recámara y la avalancha de drogas por su estómago, ha sido constante.

Propongo el reconocimiento clínico bajo cloroformo, que es aceptado.

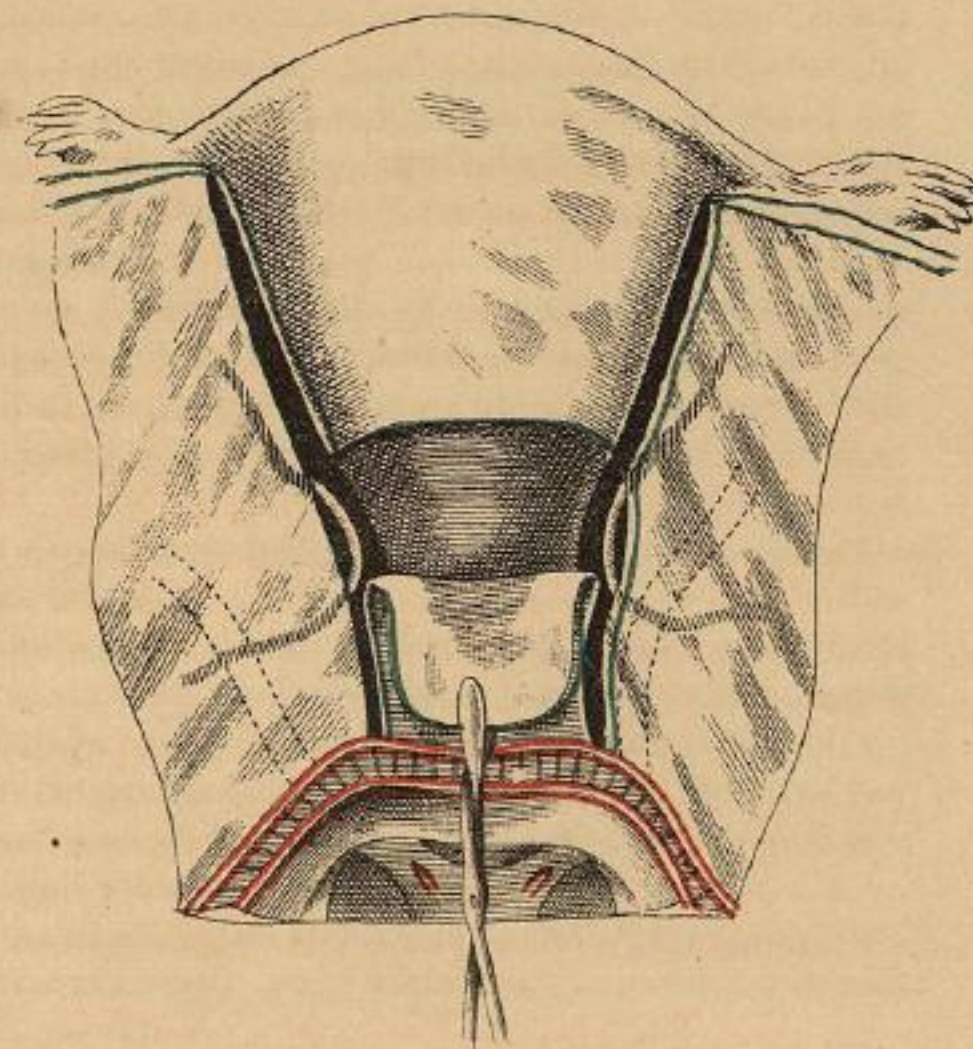
La membrana himen es bilabiada, y permite el paso franco de mi dedo: el cuello uterino está engruesado, el útero algo crecido está en ligera retro-versión, y creo percibir un ligero endurecimiento del ovario izquierdo. El resto de los órganos pélvicos, sanos.

¿Qué significa esta exigüedad patológica? ¿Por qué tan tremenda sintomatología en tan pequeña patogenia? ¿Hay otro origen en este proceso doloroso, que no percibo?

Inútilmente busco y vuelvo á buscar una causa pequeña, un desequilibrio funcional en otros órganos, no encuentro nada. El sistema nervioso, salvo sus manifestaciones hiperalgésicas, queda callado á mis investigaciones; el aparato digestivo no ofrece trastornos serios; el sistema nefro-cístico parece sano; toda la

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)



Método Suárez Gamboa.
Fig. núm. 54.—Dissección del colgajo peritoneal sobre la cara anterior del útero, llevada hasta destruir las conexiones útero-vesicales.

patogenesis está circunscrita á un ligero engruesamiento del cuello, á una pequeña retroversión y á una lesión discutible del ovario izquierdo. ¿Qué es entonces lo que tiene esta enferma? La gran neuralgia pélvica.

La desproporción entre la causa y los efectos, acusa desde luego aquí la influencia del neurosismo; los accesos histeriformes, las perturbaciones psíquicas, la rebeldía á toda medicación, parecen traicionar la existencia de una neurosis, de la histeria clásica.

¿Pero la localización constante é invariable de los dolores, es causa ó efecto de la neurosis? ¿La pequeña lesión útero-anexial ha producido la neuralgia histerica, ó la histeria causa ese dolor tremendo, por sí sola é independientemente de la lesión? Graves cuestiones que debía resolver y que no hacían sino embrollar mis meditaciones.

Si las lesiones de metritis y ovaritis eran las responsables de los accidentes neurálgicos, suprimidas estas, traerían desde luego la curación; pero si por sí mismas no eran la causa, mi operación sería inútil, y la neuralgia persistirá á pesar de mi intervención.

El caso de la institutriz de QUÉNU y de TERRIER, estaba constantemente ante mis ojos.

Quizás si hubiese yo sabido utilizar el hipnotismo, habría recurrido á él como medio de diagnóstico; pero esta enferma la veía en una población lejana de México, y no podía recurrir á las notables dotes del psicólogo mexicano Dr. GUILLERMO PARRA, ni poseía yo cualidades é instrucción de hipnotizador; ni, por otra parte, me inspira mucha fe la psicoterapia.

Todas estas vacilaciones, todas mis dudas influían perniciosamente en el tratamiento. ¿Qué debía hacer en estas circunstancias? Difícil cuestión.

Recurrir á los narcóticos, á los estupefiantes, á los métodos paliativos, era volver á recorrer la senda tan inútilmente explorada por mis antecesores.

La hidroterapia era un recurso imposible en circunstancias tan urgentes. ¿La electricidad podría servirme? ¿Encontraría ventajas en la faradización intra-uterina bipolar, que preconiza APOSTOLI? ¿Debió emplear de preferencia las corrientes descendentes, las corrientes alternadas de alta frecuencia, ó la corriente sinusoidal? ¿La electricidad estática es en realidad tan útil para el dolor, como se dice de ella?

La electroterapia es un gran recurso en la Ginecología; pero es un recurso peligroso en el sentido de que suele exacerbar los pa-

decimientos cuando no alivia, y para que alivie necesita ser utilizada por manos muy ejercitadas en su empleo, y por operadores muy instruidos en electricidad médica. Resolví en vista de esto, prescindir de ella.

Esperar la curación espontánea de la neuralgia, como VERNEUIL ha observado un caso, limitándome al cuidado del estado general, era exponer á esa niña á la perpetuación de su martirio y á la desesperación moral por su incurabilidad.

Resolví, pues, intervenir quirúrgicamente. No obstante que los autores de ultramar tienden á declarar la inutilidad de la intervención quirúrgica en las neuralgias pélvicas; no obstante los fracasos conocidos por mí de RECLUS, de KIRMISSÓN, de BOUSQUET, de TERRILLÓN y aun de RICHELLOT, yo tenía en mi caso una lesión conocida que tratar, y debía comenzar mi tratamiento por el de esta lesión.

Hacer la histerectomía, desde luego, como lo quiso PEAN y lo propone RICHELLOT, se me hace un poco difícil. Me resisto á quitar órganos tan poco enfermos que parecen sanos, en mujeres jóvenes aún, en plena vida genital fisiológica, que aunque presas de un estado neuropático grave, pueden aun tener hijos, como lo ha comprobado una observación reciente de RICHELLOT. Aun cuando se hayan agotado todos los recursos de la Terapéutica, aun cuando la enferma martirizada por tales ó cuales procedimientos de sus médicos, reclame ardientemente la histerectomía, se me dificulta resolverme á semejante mutilación, antes de ensayar otras operaciones menos crueles.

Por eso en mi enferma resolví curar la metritis y reconocer directamente el ovario supuesto enfermo, por medio de la incisión abdominal exploradora.

Esto lo verifiqué acompañado del Dr. NUMA TORREA y de mi practicante Sr. ANTONIO VALDEZ ROJAS.

Hice la dilatación del cuello uterino, raspé y cautericé vigorosamente el endometrio, y luego abriendo el vientre, extirpé la trompa izquierda varicosa y edematizada ligeramente y el ovario del mismo lado, con micro-hematoquistes.

Un mes después, la herida operatoria estaba curada, y la metritis muy avanzada en su curación.

Pasaron seis meses, durante los cuales dejé de ver á la enferma. Los accesos neurálgicos continuaron dos meses aún; luego fueron disminuyendo, y cuando volví á verla, estaba casi bien.

Hoy se cree curada. ¿Lo está? Mucho lo dudo. Ayer fué una ooforo-metro-salpingitis, mañana será cualquier otra lesión in-

significante, la que provoque su sistema nervioso y reproduzca las escenas histeralgias que ha recorrido: en materia del sistema nervioso soy tan escéptico, que estoy por no creer en las curaciones.

Esta observación nos demuestra una vez más la importancia del diagnóstico y tratamiento etiológicos en las neuralgias, y nos permite esperar que la histerectomía se realice cada vez menos en estas circunstancias.

Sin embargo, no deja de ser la histerectomía, un procedimiento de curación aplicable á las grandes neuralgias pélvicas.

Este procedimiento, se comprende, es enteramente de excepción.

XIII

UTERUS GIGAS.

M. POLAILLON designó bajo el título de *gigantismo uterino*, "una hipertrofia regular de todos los elementos que constituyen el útero, con esta particularidad, que la cavidad uterina sufre una ampliación proporcional al engruesamiento de sus paredes."

Después del parto, el útero puede no sufrir su involución normal, y queda en semejante caso tal como se hallaba en la segunda semana después del parto; pero su tejido se hace duro, fibroso, frágil.

Abajo del ombligo se percibe el fondo uterino. La cavidad del útero, grande y abierta, deja escurrir un líquido sero-sanguinolento, ó sangre negra, constantemente. La mucosa endométrica se adelgaza y se atrofia; ofrece un campo fértil á los microorganismos, y pronto hasta los anexos llegan los agentes de la inflamación y del pus.

Cuando el gigantismo uterino ha resistido á todos los medios terapéuticos, cae bajo la jurisdicción de la histerectomía.

En 1889, recomienda por primera vez la histerectomía vaginal en el *uterus gigas*, el Cirujano SECHEYRON.

En 1894, la practica por esta misma causa dos veces RICHELLOT, y en 1897, publica DOYEN su método en Y para la histerectomía por gigantismo uterino.

Hoy está resuelta ya la indicación de intervenir quirúrgicamen-