

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-

te en estos casos, y parece ser la vía vaginal la elegida para ejecutar la histerectomía.

El gigantismo uterino es una afección sumamente rara, y de aquí que excepcionalmente se encuentren observaciones de esta naturaleza en los autores de Ginecología.

Más afortunado yo, puedo publicar la siguiente, que pertenece á mis estadísticas personales:

“La Srita. Margarita N. . . , de veinte años de edad, soltera, de constitución débil y raquítica, con antecedentes hereditarios tuberculosos, sufre una violación por parte de su amante, y seis meses después, por los malos tratamientos de ese hombre, aborta un producto muerto.

Durante toda la duración de su preñez, tiene leucorrea abundante, producida según los datos que puedo obtener, por un contagio blenorragico.

El mal cuidado de su aborto, la falta de recursos y la ignorancia de esta infeliz mujer, le causan una infección puerperal *post-abortum*, de la que estuvo próxima á morir.

Repuesta difícilmente de su fiebre puerperal, no llega á quedar sana y pasa un año sufriendo constantemente de su vientre, padeciendo indigestiones frecuentes y viéndose obligada de vez en cuando á permanecer varios días en la cama, tanto para calmar sus dolores, cuanto por la suma debilidad muscular que le originan sus abundantes é incoercibles metrorragias.

Finalmente, un día, catorce ó diez y seis meses después del aborto inicial, le sobrevienen repentinamente violentos calofríos, agudos dolores en el hipogastrio, vómitos y constipación tenaz.

Después de ocho días de fiebre, de signos peritoníacos y de situación muy grave, la ve el hábil médico Dr. ANTONIO ARTURO LOAEZA, y á la amistad y antiguo afecto que desde la escuela nos une, debí el verla yo.

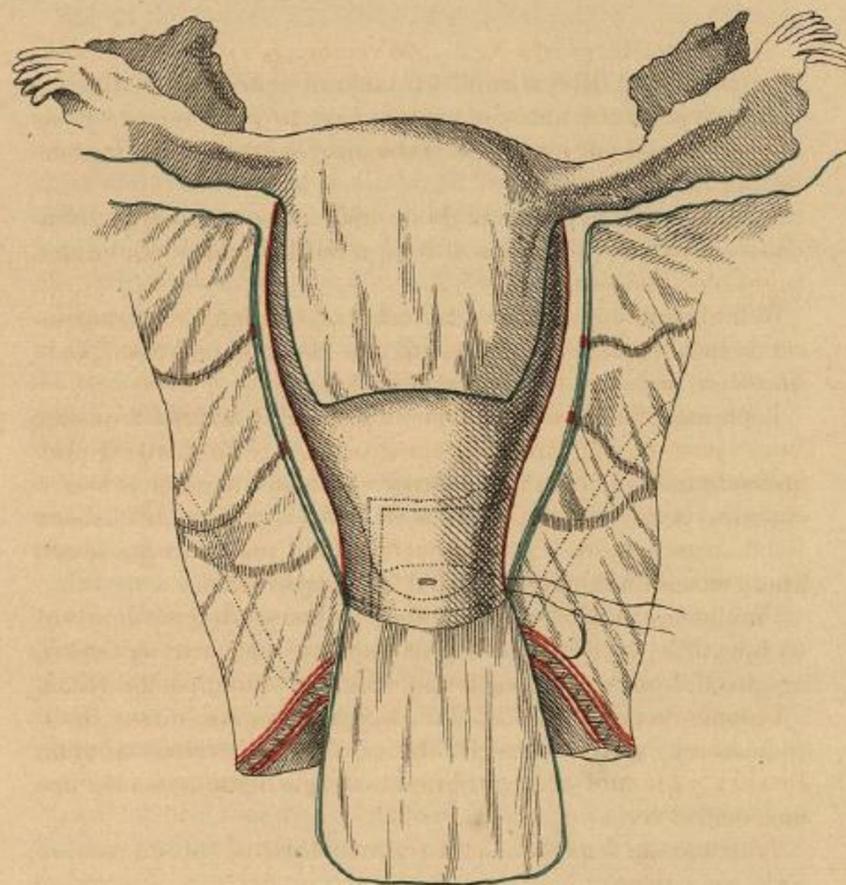
Trasladada á mi sala del Hospital “Morelos,” puedo reconocerla con calma.

Es una mujer extraordinariamente extenuada, agotada. Su respiración está anhelante, su piel seca y ardiente, temperatura 40°, pulso á 150 y 160 por minuto.

El vientre sumamente doloroso, ofrece un tumor marcado en la fosa ilíaca derecha, que parece extenderse al hipogastrio: este tumor es duro, remitente, parece fluctuante, aun cuando el examen es casi imposible por la resistencia y los gritos de la enferma que se opone á todo contacto en su vientre.

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)



### Método Suárez Gamboa.

Fig. núm. 55.—Útero desprendido de sus conexiones con los ligamentos anchos. —Sutura en bolsa sobre la vagina. El colgajo peritoneal anterior está abatido hacia adelante. La sonda vaginal hace relieve en los límites del cuello, y marca el lugar de la incisión vaginal.

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUÁREZ GAMBOA

La vagina estrecha, muy caliente, muy dolorosa, deja escurrir abundante leucorrea, purulenta y fétida. El cuello uterino grueso, desgarrado, está inmóvil. Los fondos vaginales casi no existen.

Consulta con mi maestro el Dr. RAMÓN MACÍAS, Director de ese Hospital, y de común acuerdo resolvemos operar inmediatamente, la laparotomía de urgencia.

Nos inclinábamos á admitir *dos pio-salpinx* y *flegmón pélvico*.

Hecha la incisión abdominal, pudimos ver desde luego el útero enormemente crecido; pero regular y normal en su aspecto general. Un gran pio-salpinx derecho, que se adhería al cœcum y al apéndice ileo-cœcal ocupaba la fosa ilíaca derecha. El pabellón de esa trompa forzado al máximo, se apoyaba de plano sobre el peritoneo de la fosa ilíaca derecha. Algunas natas fibrino-purulentas cubrían aquí y allá el ámpula cœcal.

Procuro con muchísima delicadeza reconocer el fondo de DOUGLAS y movilizar la bolsa purulenta; pero la trompa se despega del peritoneo, y por su pabellón permeable y dilatado salta el pus, horriblemente fétido, y forma olas que inundan la cavidad de la pelvis.

Vacía casi la bolsa, me es muy fácil hacer en unos cuantos minutos la histerectomía de KELLY, y extirpo un segundo pio-salpinx izquierdo.

Hacemos el Sr. MACÍAS y yo, la antisepsia minuciosa del peritoneo pélvico; arranco los depósitos fibrino-purulentos peritoneales con la cucharilla roma, dejo una amplísima canalización por la vagina; pongo un *drain* de gasa yodoformada en la región cœcal, que saco al través del abdomen, y terminamos haciendo abundantísimas inyecciones en el tejido celular, con la solución salina al 6 por ciento, el pseudo-suero fisiológico.

Los dos primeros días después de la operación transcurren sin incidente notable; pero al tercer día la situación se agrava rápidamente, y en la noche de ese día muere la operada con tranquilidad. A la autopsia, se encuentran signos de peritonitis purulenta.

El útero obtenido en la operación, es un monstruoso representante de estos órganos. Mide *veintidos centímetros en su eje mayor* y *diez y seis en su mayor anchura*: el espesor de sus paredes al nivel del cuerpo, es *casi de tres centímetros*.<sup>1</sup> La mucosa

<sup>1</sup> Diámetro vertical del útero normal, 55 á 72 milímetros. Diámetro transversal del útero normal, 40 á 50 milímetros. (En las mujeres no vírgenes, según RICHER.)

está pálida, delgada, y solamente en las cercanías del *árbol de la vida*, se ven ligeras ulceraciones muy superficiales. Las arterias uterinas son más voluminosas que las radiales en su normalidad.

Esta pieza anatómo-patológica se encuentra depositada en mi "Museo Ginecológico" particular.

## XIV

## DECIDUOMA MALIGNO.

Con los nombres de *sarcoma deciduo-celular* (SANGER), *sarcoma deciduo-corio-celular* (GOTTSCHALK), *blastoma deciduo-corion-celular* (SCHMORL), *sarcoma de las vellosidades coriales* (GOTTSCHALK), *deciduo-sarcoma uteri gigante celular* (KLEIN), *tumores deciduales* (MARCHAND), *carcinoma sincicial del útero* (KOSSMANN), y *placentoma*, se comprende en Ginecología una forma particular de neoplasia que tiene una evolución clínica especial y cuya constitución anatómica recuerda tanto la del sarcoma como la del carcinoma.

Este neoplasma no ataca primitivamente sino el útero grávido y las trompas; pero tiene una extraordinaria aptitud para difundirse en toda la economía, constituyendo múltiples metastasis.

En la literatura médica se conocen 75 casos de este género, computados por J. J. FEODOROFF, cirujano de Varsovia. El deciduoma maligno, se encuentra más especialmente en las múltiparas, 69%; mientras en las uníparas no se observaría sino en un 31% de los casos. Particularmente peligrosas son las preñeces irregulares: en un 72% se han observado abortos, molas, preñeces extra-uterinas, etc.; mientras los partos normales no dan sino un 28% de estadística.

El estudio de este neoplasma está casi totalmente por hacer. Los autores que de él se han ocupado, han emitido las más variadas opiniones, de entre las cuales con dificultad se desprenden algunos hechos exactos, pudiendo considerarse en este número: su relación constante con el embarazo, su malignidad unánimemente reconocida, y la dificultad de hacer un diagnóstico precoz.

La marcha del *deciduoma* se caracteriza por su excesiva rapidez, de algunas semanas á seis meses, rara vez más de un año;

por la presencia constante de hemorragias, la mayor parte de las veces muy abundantes y por la producción de metastasis (pulmonares en el 90% de los casos).

El único tratamiento del *deciduoma* es la *histerectomía*, practicada en cuanto se haya hecho el diagnóstico del neoplasma. Toda vacilación en este caso sería nociva, pues los tratamientos paliativos no harán sino agravar el estado de la enferma y apresurar su fin. El gran número de veces que ha fracasado la histerectomía como tratamiento del *deciduoma*, creemos se debe en gran parte á no haber sido aplicada á tiempo; á haber sido precedida de maniobras tales como la *raspa*, que, en casos como este, no tienen más resultado que precipitar la marcha invasora del neoplasma.<sup>1</sup>

## XV

## UTERO BICORNIO.

CHAPUT, Cirujano francés, ha sido el primero en publicar una observación de colpo-histerectomía, por útero bicornio.

Se conoce alguna que otra observación semejante; pero siendo las afecciones congénitas del útero bastante raras y reclamando muy excepcionalmente intervención tan seria, podemos considerar la histerectomía como extraordinariamente excepcional en esta clase de padecimientos.

## XVI

## HEMATOMETRIA.

Durante el año de 1895, en la sesión de la Sociedad de Cirugía de París, correspondiente al 10 de Julio, el Profesor SAMUEL Pozzi presentó una enferma curada por la colpo-histerectomía, de hematometría, hemato-salpinx doble y hematocele retro-uterino, consecutivos á una atresia cicatricial del cuello. Para la extirpación de los hemato-salpinx tuvo al fin que recurrir á la laparotomía.

<sup>1</sup> El estudio del deciduoma ofrece un ancho campo á los ginecólogos del porvenir.

No fué esta la primera histerectomía por accidentes uterinos de retención, pues durante el año de 1883, el Cirujano de los Estados Unidos, JOHN HOMANS, la ejecutó con éxito en una enferma con hematometría lateral por útero bicornio.

La histerectomía está indicada en la hematometría, cuando no se puede llevar la disección perineal hasta el tumor y evacuarlo por esta vía; cuando el coágulo está organizado, como sucedió en el caso fatal de JEANEL; cuando las paredes del útero están reblandecidas ó hipertrofiadas; y cuando los fenómenos de retención hacen eco profundo en los anexos y en los tejidos perimetéricos. En estos últimos casos, está más particularmente indicada la laparo-histerectomía.

## XVII

## TRAUMATISMOS QUIRURGICOS DEL ÚTERO.

No es mi ánimo tratar ninguna de las lesiones que constituyen la vasta serie de las heridas uterinas, comprendidas en la traumatología abdominal. Ocupado ó vacío el útero, puncionado, cortado ó contundido; completa ó incompletamente dividido, lesionado sólo en su nutrición, ó hecho estallar bajo un exceso de fuerza, todos estos son puntos que abandono al patólogo ó al partero.

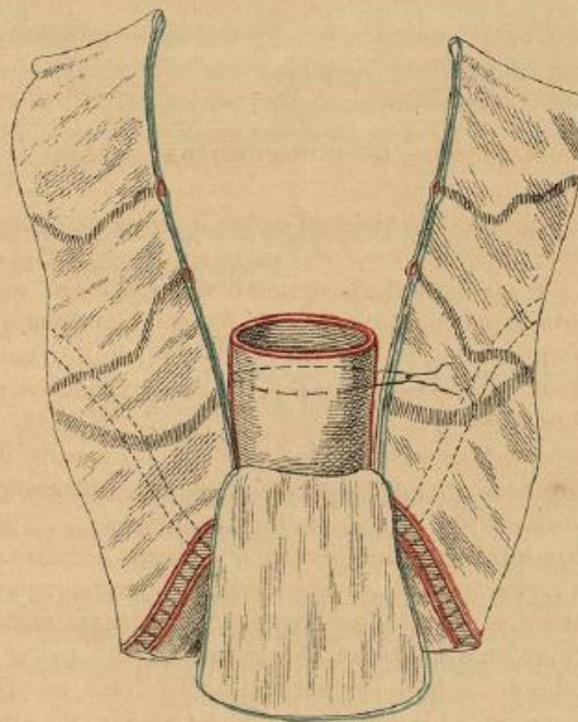
Deseo únicamente estudiar las lesiones traumáticas del útero, causadas directamente por los médicos, durante las maniobras de un reconocimiento ó de una operación.

Estas lesiones tienen todas, la característica de dirigirse siempre del interior del útero hacia el exterior: lo inverso sucede en los traumatismos uterinos de origen no quirúrgico, el agente vulnerante marcha del exterior al interior.

En el estudio de las lesiones quirúrgicas del útero, parece que tendrían un lugar las lesiones uterinas causadas por algunos médicos con fines más ó menos criminales. Este estudio corresponde á los médico-legistas, no á nosotros: es un asunto que se ventila en los Tribunales del orden Criminal, es un borrón de infamia con que los malos médicos han señalado nuestra noble profesión, es la teratología de los ginecólogos y parteros, y nosotros sólo estudiaremos los errores de los cirujanos normalmente honorables; es decir, los hechos desgraciados, inconscientes é invo-

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)



Método Suárez Gamboa.  
Fig. 56.—Corte de los ligamentos anchos y de la vagina, una vez desprendido el útero

luntarios, de los ginecólogos y parteros que ejecutando un acto quirúrgico persiguen un fin terapéutico. El lector que desee obtener datos sobre estas lesiones criminales, que busque lo relativo á ellas en los tratados de Medicina Legal ó en la notable Memoria de Fr. NEUGUEBAUER, sobre los cuerpos extraños del útero.

De ninguna manera vaya á creerse que la lesión quirúrgica del útero, implica un exceso de fuerza, torpeza manual ó ineptitud del operador que la produce. Por lo común, el útero alterado en su constitución anatómica es el directamente responsable del accidente.

No obstante esto, hay que recomendar mucho á todos los Cirujanos que ejecutan maniobras en el interior del endometrium, la mayor prudencia en el manejo de los instrumentos y una gran suavidad en todos sus actos manuales.

Los traumatismos quirúrgicos del útero reconocen tres tipos clínicos principales, que son:

- I. *Las perforaciones.*
- II. *Las desgarraduras, más ó menos extensas y*
- III. *Las exéresis parciales.*

Las *exéresis* se observan con más frecuencia durante las ablaciones de los tumores polipiformes del endometrio, pediculados ó no. En estos últimos casos, al ejercer sobre el tumor las tracciones indispensables para pediculizarlo, si no tiene pedículo; ó si lo tiene, para colocar el asa galvánica ó atacarlo con las tijeras curvas, se produce una inversión limitada de la pared uterina en el punto de implantación del pólipo, y la sección del operador, en vez de limitarse al pedículo únicamente, se lleva un fragmento de tejido uterino. Este fragmento puede ser pequeño y se limita entonces la exéresis uterina á la formación de una cavidad poco profunda constituida en el espesor de las paredes del útero; ó por el contrario, ser el fragmento cortado muy grande y se producirá una exéresis total de la pared con abertura de la cavidad peritoneal. En un caso semejante WERTH hizo inmediatamente la histerectomía vaginal.

Cuando se toma la inversión uterina crónica por pólipo uterino y se hace su extirpación, se comprenderá fácilmente la gran excisión de tejido uterino que se verificará. No hace mucho tiempo aún, que algunos ginecólogos mexicanos, muy conocidos por sus operaciones, se alistaban á cortar un falso pólipo uterino, que no era en realidad mas que una inversión parcial del útero. Felizmente, un poco de masaje hizo desaparecer *el pólipo é hizo*, también, salvarse á la enferma de un desastre.

Incomparablemente más frecuentes que las exéresis, son las perforaciones uterinas, por medio de instrumentos delgados y largos, tales como los *histerómetros* y las *cucharillas*.

Estas perforaciones pueden observarse en todas las regiones del endometrio; pero sus sitios más frecuentes son el fondo y la pared posterior del útero.

Los casos de perforaciones uterinas son día á día más numerosos, tal vez por el incremento que toman las intervenciones quirúrgicas intra-uterinas en la Ginecología actual. Entre una multitud de hechos notables, se destacan los descritos por FRÉDERICH, ROSENFELD y OURISNIER.

El instrumento que trabaja en la cavidad uterina, cucharilla, histerómetro, dilatador, etc., da constantemente sensación de la resistencia peculiar al tejido del útero. Repentinamente esta resistencia falta, el instrumento se hunde con violencia y sin esfuerzo en la cavidad abdominal: la perforación se ha realizado.

Estas perforaciones instrumentales del útero no son siempre fácilmente diagnosticables. A veces pasan enteramente inadvertidas para el operador, hasta que un epifenómeno ó un accidente extraño y repentino, las pone de manifiesto; otras en cambio, no existe la perforación que cree haber hecho el operador, y los signos subjetivos que le indujeron á admitirla, son falsos y erróneos. S. FRÉDERICH cita dos observaciones de la especie anterior: en la primera, fué después de la raspa uterina, cuando el escobillón trajo fragmentos membranosos que se reconocieron como colgajos peritoneales; en la segunda, fué en el momento de la inyección cuando se apercibieron que el líquido no volvía por la cánula de la sonda. En cambio, OSCAR BEUTTNER, de Génova, ha publicado dos casos de pseudo-perforaciones del útero. Estas pseudo-perforaciones, que COURANT niega, se observan con más frecuencia en los casos de aborto con retenciones placentarias. Existiría, cerca de la inserción de la placenta, un estado mor-

boso del músculo uterino caracterizado por una relajación local de su tejido. Es al deprimir esta zona, cuando la cucharilla da la falsa sensación de una perforación.

Las perforaciones del útero con instrumentos asépticos, no parecen ser peligrosas, y curan, por lo común, espontáneamente. Sin embargo, ciertos accidentes de la perforación, han inducido á algunos cirujanos á practicar inmediatamente la histerectomía. Así, BAUDRON perforó la matriz en el curso de una raspa y no se apercibió de ello hasta que, haciendo una inyección de sublimado, notó que el líquido no volvía: inmediatamente practicó la histerectomía vaginal.

Las *desgaraduras* uterinas quirúrgicas, verdaderas rupturas por eclosión, no son tampoco muy raras.

Ya es un dilatador normalmente introducido en el endometrio el que desgarra el tejido uterino, quebradizo y blando; ya es otro dilatador, abierto forzosamente, el que hace estallar la pared del órgano.

Durante el curso de las operaciones asépticas, estas desgaraduras tendrían poca importancia; pero en las intervenciones por procesos infectantes del endometrio, pueden tener desastrosas consecuencias.

La historia siguiente, observada en mi Sala de Operaciones particular, es un ejemplo clásico de estas lesiones quirúrgicas del útero:

La Sra. Sara L., casada, de 30 años de edad, dos hijos, el último de 5 años de edad.

Sufre desde hace dos ó tres años accidentes ligeros de ooforometro-salpingitis no quística.

El día 20 de Septiembre de 1898, en mi Sala de Operaciones procedo á hacerle la raspa de la matriz, con anestesia local. Me acompañaban los Dres. ARCADIO T. OJEDA, de Veracruz, NUMA TORREA y JESUS VALDEZ SÁNCHEZ, y todo el personal de mis practicantes.

Una vez hecha la antisepsia de la vagina, introduzco en la cavidad uterina el dilatador de tres ramas, de SIMS, y comienzo lentamente la dilatación. Esta maniobra era muy poco dolorosa. Repentinamente la enferma acusa un dolor vivísimo en el vientre, escurre algo de sangre por la vagina y ceso de experimentar resistencia para la abertura del dilatador.

Hay que advertir que cuando este accidente se produjo, comenzaba apenas á hacer presión sobre las ramas del instrumento.

La libertad con que se hundía una rama del dilatador, el dolor agudo y la pequeña hemorragia vaginal, me hicieron pensar en una ruptura del útero.

Cloroformamos inmediatamente á la enferma y le practiqué la laparotomía: en el espesor del ligamento ancho izquierdo había un hematoma tan grande ya como una naranja.

Abierto este depósito y vaciada la sangre, aún líquida, percibí una ruptura completa, irregular, como de cuatro centímetros, sobre el borde izquierdo del útero.

Suturé muy cuidadosamente la desgarradura, limpié atentamente la cavidad formada entre las hojas del ligamento ancho, por la hemorragia; hice la ooforo-salpinguectomía derecha, por encontrarse en muy malas condiciones esos anexos, y reuní, por medio de suturas, los bordes del ligamento ancho izquierdo, en la parte seccionada, con los de una abertura que practiqué en la vagina. Una tira de gasa iodoformada canalizó la cavidad del hematoma al través del ojal vaginal.

Las consecuencias operatorias fueron sencillas y la enferma curó sin accidentes.

Como se puede ver por este caso, la histerectomía no es indispensable en el tratamiento de los traumatismos quirúrgicos del útero.

Sin atreverme á rechazarla por completo, sí la considero como un procedimiento de extraordinaria excepción que pocas veces tendrá oportunidad de servir al Ginecólogo.

## XVIII

## SARCOMA DEL UTERO.

Los sarcomas que atacan al útero se desarrollan: unos en su tejido muscular, los otros en la mucosa; los primeros, circunscritos, son casi siempre fibro-sarcomas; los segundos, difusos, constituyen el *sarcoma difuso de la mucosa uterina*.

En el cuello se observan excepcionalmente sarcomas que, diferenciando por completo de los anteriores por su forma, han sido clasificados aparte, con el nombre de *sarcomas quísticos de la mucosa uterina*.

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

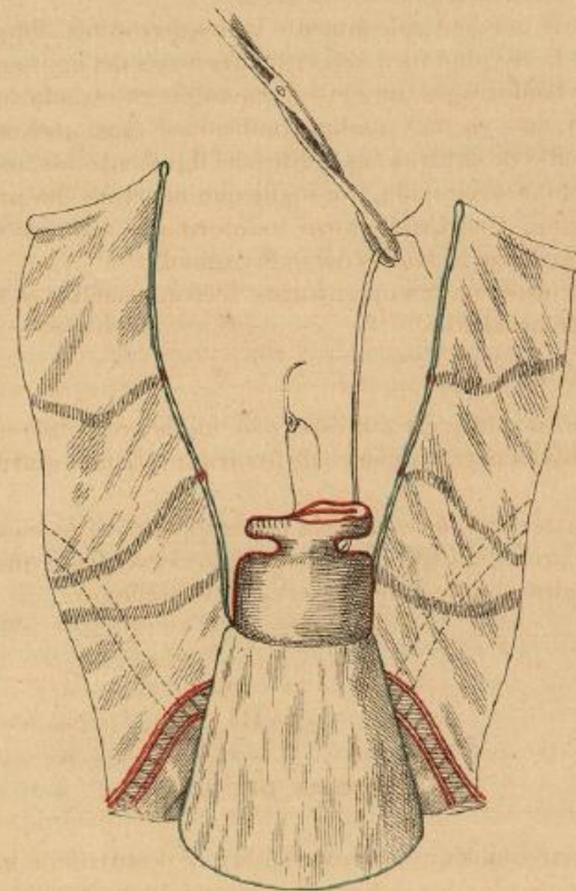


Fig. 57.—Método Suárez Gamboa.  
La sutura vaginal en bolsa, ha sido anudada. Los bordes de la vagina se suturan cuidadosamente.

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA

Esta última forma del neoplasma es muy rara y no está muy estudiada. GAYMAN y OZENNE se han ocupado con alguna extensión de ella, y en la ciencia se conocen los casos de MAUSFIELD, CLARKE, SIEBOLDT, WEBER, THIEDE y los estudios de SPIEGELBERG, REIN, PERNICE y PFANNENSTIEL.

El principio de este tumor tiene bastante semejanza con el de los pólipos mucosos. Se desarrolla de preferencia cerca del orificio externo del cuello uterino y crece con gran rapidez, tomando un aspecto que recuerda el de un racimo de uvas.

Su marcha, como dijimos antes, muy rápida, es sin embargo silenciosa, pues el neoplasma puede alcanzar un enorme desarrollo, sin dar lugar á hemorragias, á dolores, ó á cualquiera otra manifestación.

El tratamiento que conviene á esta forma de sarcoma es la *histerectomía vaginal*; siendo de desecharse de plano todos los tratamientos paliativos.

El *sarcoma circunscrito del útero ó fibro-sarcoma*, no nos detendrá, pues creemos aplicable á él, todo cuanto hemos dicho al ocuparnos de los fibromas; únicamente advertiremos que su pronóstico es mucho más grave que el de los fibromas y que, aun cuando curables por la histerectomía abdominal, tienen una fatal tendencia á reincidir. Nos parece oportuno citar aquí la siguiente observación personal que demuestra plenamente nuestro dicho.

Sra. María Lizardi, de Tepic, 42 años, casada, lleva cinco años de padecimientos, antecedentes tuberculosos.

SINTOMAS.—Dolores muy intensos en toda la región del abdomen, que se extienden á la región lumbar y á las piernas. Dispnea acentuada. Edemas pronunciados de las dos piernas. Metrorragias constantes, que no llegan á desaparecer. Constipación muy tenaz. Disuria. A la auscultación pulmonar, numerosos estertores finos y crujidos pleurales en ambos vértices: del lado derecho, expiración prolongada y sacudida, ligeramente soplan-te. Tos frecuente, especialmente nocturna. Estado general completamente caquéctico.

DIAGNÓSTICO.—En la fosa iliaca derecha, en el flanco del mismo lado y en la región hipogástrica se halla un tumor muy voluminoso que llena por completo estas regiones. Este tumor es blando, fluctuante, enteramente mate á la percusión y presenta ciertos movimientos que permiten dirigirlo hacia la fosa iliaca izquierda. La exploración vaginal enseña que el fondo lateral derecho

está ocupado; que el cuello de la matriz, endurecido y desgarrado, está abatido y sigue los movimientos impresos exteriormente al tumor. El tacto rectal deja percibir que el intestino está comprimido por un tumor blando y fluctuante. De acuerdo con el distinguido Médico jalisciense, Sr. JULIÁN ROMÁN, diagnóstico: *un quiste voluminoso del ovario derecho*.

TRATAMIENTO.—Durante la operación pude cerciorarme de que el tumor estaba constituido por un *fibro-sarcoma* muy blando del cuerpo del útero, presentando íntimas relaciones con el apéndice y ámpula del *cæcum*, con los anexos uterinos del lado derecho, con la fosa iliaca derecha, mediante una prolongación pediculiforme y con el fondo de la vejiga. Me veo precisado á practicar una amplia mutilación de la pelvis arrancando con la rugina la inserción pedicular del tumor, del periostio y de la cara interna del hueso iliaco derecho; resecando el apéndice *cæcal*, quitando los anexos de ambos lados, haciendo la histerectomía del segmento superior del útero y resecando una parte del fondo de la vejiga.

RESULTADO.—Curación de su lesión abdominal y mejoría muy acentuada del estado de sus pulmones.

FECHA: Enero 1º de 1898.

OBSERVACIONES.—En el mes de Febrero siguiente, que tuve el honor de presentar esta enferma á mis maestros los señores Dres. FRANCISCO P. CHACÓN y JOAQUÍN VÉRTIZ, no conservaba esta enferma sino ligeros dolores abdominales y cierta frecuencia en la micción. El estado general se había compuesto muchísimo y todo hacía prever una próxima y definitiva curación. En el mes de Septiembre de este mismo año, he recibido una carta de la Sra. María Lizardi, actualmente radicada en Tepic, y por su contenido mucho me temo se haya reproducido el neoplasma en el interior de la cavidad abdominal.

Estuvieron conmigo en esta operación los Dres. NUMA TORREA y JESUS VALDEZ SÁNCHEZ y el estudiante de medicina ANTONIO VALDEZ ROJAS. Durante el tratamiento post-operatorio, me ayudó el Dr. JOSÉ ANTONIO GAMBOA.

El *sarcoma de la cavidad uterina* puede presentarse de dos maneras: el *sarcoma pediculado* y el *sarcoma difuso*.

El *sarcoma pediculado*, rarísimo, ha sido estudiado por VIRCHOW, TERRILLON, etc., no se le puede distinguir de los fibromas pediculados, sino por el examen histológico, y cuando éste no se

verifica, porque su ablación es seguida constantemente de reincidencia precoz.

El *sarcoma difuso* de la mucosa uterina presenta como particularidad etiológica, el atacar á las mujeres que han tenido hijos y que ya han llegado á la menopausa. Sus causas más frecuentes son las infecciones uterinas, el aborto y las metritis.

Los síntomas que más llaman la atención en esta forma de sarcoma, son: la *hemorragia* que es muy variable en cantidad y calidad; unas veces continua y alternando otras con la leucorrea; la leucorrea es tan constante como la metrorragia, y algunas ocasiones tan abundante, que constituye una verdadera *hidrorrea*. Los dolores no son intensos en el sarcoma difuso. La hematometria es acompañante frecuente del *sarcoma* que estudiamos. AUBRY la ha notado 4 veces en 12 observaciones que refiere. La cantidad de líquido que puede acumularse en el útero es considerable. PEAN ha extraído 30 litros en dos veces, y otros autores refieren observaciones análogas. El líquido de la hematometria contiene sangre transformada, coágulos antiguos y recientes y masas fungosas, porciones del neoplasma.

La marcha del tumor es bastante lenta, se conocen casos en que ha sido tolerado durante 10 y hasta 20 años (caso de PEAN). Su tendencia á extenderse en los órganos vecinos de la pelvis, es bastante limitada.

El único tratamiento que conviene á los *sarcomas difusos* de la cavidad uterina, es la histerectomía abdominal en el mayor número de casos, y vaginal, solamente cuando es de muy pequeño volumen.

## XIX

### METRITIS HEMORRAGICAS.

Algunos autores recomiendan practicar la *histerectomía* en ciertos casos de *metritis*, cuando todos los medios conocidos para contener las hemorragias han fracasado. Me opongo terminantemente á esta manera de ver, porque creo que el Cirujano tiene en su poder agentes poderosísimos de hemostasis, que son suficientes, en la casi totalidad de casos, siempre que sean aplicados á tiempo y convenientemente, para contener cualquier hemorragia que reconozca por causa una metritis.

Además de los procedimientos terapéuticos aplicables á todos los casos en que la sangre sale de los vasos, tenemos para el particular que estudiamos una multitud de recursos, tales como: la dilatación y la discisión del cuello, la cauterización intra-uterina, la raspa de la matriz, etc., recursos que, lo repetimos, prudentemente usados, nos bastarán para triunfar de las hemorragias y de la metritis, pudiendo asegurarse que cuando se fracasa, es porque la salida de la sangre tiene alguna otra causa, distinta de la metritis, que es necesario investigar con todo cuidado.

## XX

## NEUROSIS GENITAL.

La *neurosis genital* ó *histeria genital*, ha sido algunas veces tratada por la castración, otras por la histerectomía, y otras, en fin, por la ablación del útero y sus anexos.

Siendo para todos los autores la *neurosis genital* una afección mal definida y de diagnóstico etiológico siempre dudoso, y siendo para mí una entidad fantástica, cuya existencia me parece improbable, rechazo y repruebo toda operación que, so pretexto de curación, se practique en histéricas ó neurasténicas cuyos órganos genitales estén sanos. El estado actual de nuestros conocimientos científicos sobre la llamada *neurosis genital*, no nos autoriza á mutilación tan grave por sí y por sus consecuencias, y esta afección nerviosa debe borrarse de la lista de las indicaciones de la histerectomía.

## XXI

## OVARITIS POLI-QUISTICAS Y ESCLERO-QUISTICAS.

Fueron los trabajos y las operaciones del Cirujano francés M. SEGOND, los que comenzaron á llamar la atención del público médico sobre las indicaciones de la exéresis utero-anexial completa, en ciertas formas de ovaritis poli-quísticas y esclero-quísticas.

BAUDRON, en sus escritos sobre histerectomía vaginal, cita 33

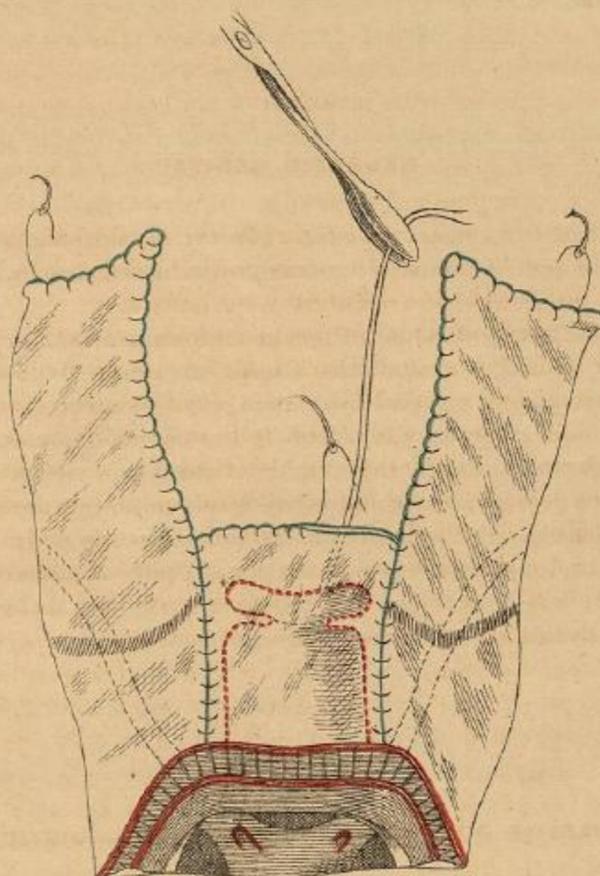


Fig. 58.—Método Suárez Gamboa.

Los colgajos peritoneales, anterior y posterior se han suturado, uno con otro, cubriendo el muñón vaginal. Las hojas serosas de los ligamentos anchos, se reúnen también por suturas.

casos de ovarios esclero-quísticos tratados en la Clínica de SEGOND por la castración total.

Consultando los escritos clásicos, europeos y americanos, y buscando entre las monografías y tesis variadas que constituyen la riqueza de la literatura ginecológica, llama la atención la rareza de histerectomías por este género de ovaritis. Sea que el diagnóstico de las ovaritis micro-quísticas esté aún lleno de dificultades, sea que la indicación de la histerectomía esté aún poco aceptada en tales circunstancias, el hecho cierto es que son muy pocos los Cirujanos modernos que presentan estadísticas de histerectomías por ovaritis micro-quísticas.

Ciertamente que la Terapéutica de esta forma rara de ovaritis está bien poco adelantada y que oscila entre los infranqueables límites de la ignipuntura ovárica, la ovariectomía uni ó bilateral y la ooforo-metro-salpinguectomía. De las tres, la más radical y segura es la ooforo-metro-salpinguectomía; ¿pero es la más sencilla y la menos peligrosa? Ese útero poco ó nada alterado, está en condiciones que reclamen su exéresis? He aquí lo dudoso.

Las condiciones aunque en apariencia análogas á los casos de ooforo-salpingitis que hemos estudiado ya, difieren profundamente en su esencia. En las ooforo-salpingitis, el proceso está íntimamente ligado con el estado del útero; la infección es ooforo-metro-salpingea y la afección no está limitada á un segmento mayor ó menor del aparato genital interno; pero en las ovaritis micro-quísticas, aun bilaterales, no se puede demostrar la participación de la matriz en el proceso, y si, *á priori*, parece racional aceptar el principio uterino del proceso, clínica y anatomo-patológicamente no se puede aún demostrar nada.

La naturaleza íntima de la enfermedad quística del ovario nos es absolutamente desconocida, y aun en el estudio de su evolución clínica y de su terapéutica, hay multitud de vacíos incomprendibles en la actualidad y suficientes para impedirnos desecharnos de plano la idea de la circunscripción ovárica del proceso.

No estamos, en consecuencia, enteramente autorizados para extirpar junto con los anexos enfermos, el útero tal vez indemne ó por lo menos muy poco lesionado. Además, ¿estamos en circunstancias estadísticas útiles para poder sostener la superioridad terapéutica de la histerectomía sobre la operación de BATTERY y sobre la ignipuntura? De ninguna manera.

La cuestión no está aún resuelta, y menos se resolverá si consideramos que los Cirujanos parecen apasionadamente divididos.

pues que, mientras unos sostienen los métodos casianodinos de los medios suaves y pequeños, los otros abandonan todos los actos operatorios intermedios para lanzarse en la vía elevada de la histerectomía.

En conclusión: actualmente la histerectomía no ha sentado aún firmes derechos en la Terapéutica de las ovaritis microquísticas; pero considerada como procedimiento de excepción, puede aceptarse en el tratamiento de la enfermedad quística del ovario.

## XXII

## AFECCIONES VESICALES Y RECTALES.

Ciertas lesiones de la vejiga y del recto, en particular algunas formas de fístulas vesico-uterinas y recto-uterinas, podrían exigir como un preliminar operatorio ó como un tiempo de su tratamiento, la ejecución de la histerectomía.

Como quiera que estos procedimientos son extraordinariamente excepcionales, me limito á mencionarlos únicamente, sin ocuparme de detalles.

## XXIII

## FIEBRE PUERPERAL.

Véase lo relativo á las *ooforo-metro-salpingitis*.

## XXIV

## DISMENORREA.

Las perturbaciones de la dismenorrea se caracterizan tanto por las metrorragias, cuanto por las perturbaciones nerviosas. Estas perturbaciones, no obstante su carácter esencialmente periódico, pueden revestir la forma de crisis verdaderamente graves.

Durante estas crisis, hay enfermas que sufren padecimientos crueles y violentos, hasta que la expulsión de una pseudo-membrana ó de un coágulo sanguíneo, termina con los accidentes:

durante los períodos intermediarios á las crisis de dolores, la salud general parece buena.

Pero en ciertas ocasiones la Terapéutica es impotente para combatir estos accesos, y á despecho de todos los cuidados, á pesar del tratamiento mejor conducido, la dismenorrea se muestra con rebeldía desesperante, las infelices enfermas torturadas por sus dolores, ó esperando, llenas de pavor, la repetición de ellos, pierden enteramente la esperanza de su curación, y ante la violencia de sus dolores y la cronicidad de su enfermedad, sacrifican sin vacilar sus esperanzas de maternidad, solicitando una operación, cualquiera que sea, con tal de libertarse de su periódico é inmutable martirio.

En presencia de estas enfermas desesperadas, manifestando aun ideas de suicidio, el Cirujano ginecólogo se ve precisado á tomar una determinación activa, y vacilará entre la ooforectomía bilateral y la histerectomía.

## XXV

## QUISTES PAPILARES INTRA-LIGAMENTOSOS.

La marsupialización de los quistes papilares debe considerarse como la confesión más completa de la impotencia del operador; y esta operación, mala bajo todos conceptos, ha dejado de pertenecer casi al catálogo de los recursos de los ginecólogos modernos, para permanecer, como en sus postrimerías, entre las manos de los Cirujanos anticuados ó de los operadores poco hábiles.

No me detendré en describir la operación que se designa por *marsupialización*, tan bien descrita por todos los clásicos de Ginecología. Mi objeto único es recordar que desde la comunicación de DELAGENIÈRE al Congreso francés de Cirugía, en 1897, la histerectomía ha tomado lugar principal en el tratamiento de los quistes papilares intra-ligamentosos.

Con la amputación del útero se forma una amplia brecha que permite el acceso entre las hojas de los ligamentos anchos y bajo el peritoneo parietal de la pelvis.

BIBLIOTECA

DE LA UNIVERSIDAD

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

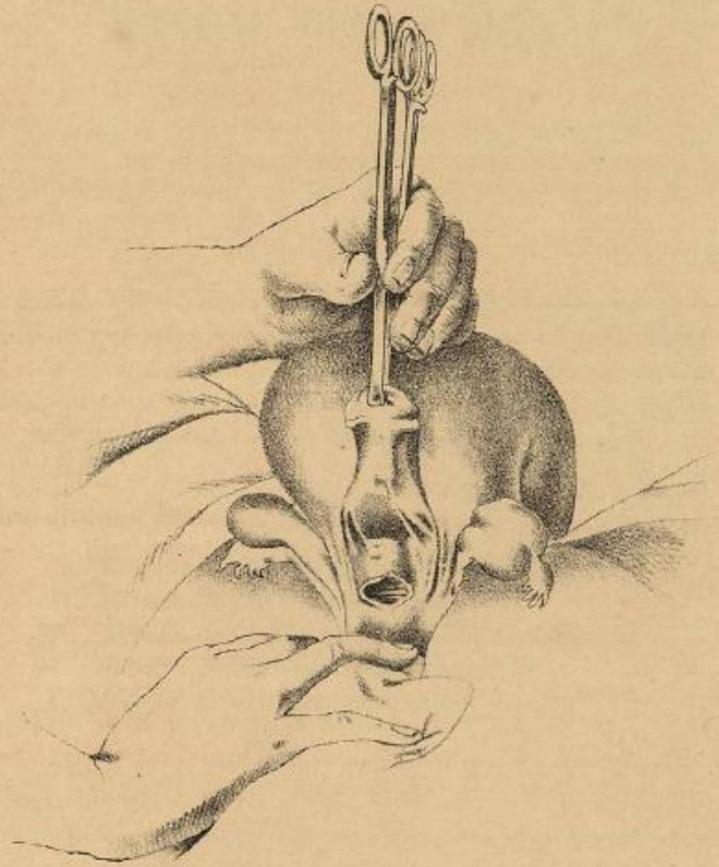


Fig. 59.—Histerectomía abdominal total. Desprendimiento del cuello. (Método DOYEN).

LIT. DEL TIMBRE

DR. SUAREZ GAMBOA