

tantemente dolores abdominales, martirizada por la leucorrea que aunque intermitente, le escorí la vagina y los muslos, atravesando crisis agudas de sufrimientos durante las épocas menstruales, la Señora de N. . . . ha concluído por separarse completamente de su esposo, desde hace más de tres años, por el tormento insoportable que las relaciones conyugales le causan.

El día 7 de Mayo de 1898, cuando la ví por primera vez, hice el diagnóstico de *ooforo-metro-salpingitis purulenta no quística* y le propuse después de un mes de tentativas quirúrgicas, infructuosas, la ooforo-metro-salpinguectomía abdominal.

Esta operación la realicé en el mes de Julio de ese mismo año.

Desde que abrí el vientre pude percibir el útero muy grueso, congestionado, lleno de adherencias con los anexos y fijo en retroversión por algunos tractus fibrosos de su cara posterior. Los anexos completamente perdidos: las trompas sinuosas, con engruesamientos parciales que les daban aspecto de rosarios; los ovarios muy grandes, caídos en el fondo de Douglas y microquísticos. Los anexos del lado derecho estaban ocultos por el apéndice vermicular, que se les adhería íntimamente, serpenteando en su superficie.

Hice la histerectomía total, por mi procedimiento particular, en presencia de multitud de estudiantes de Medicina y de los Dres. JOAQUÍN VÉRTIZ, NUMA TORREA, RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ, ORTIZ, VARGAS, MONTENEGRO y algunos otros.

Mi asepsia fué perfecta y mi operación tan rápida y feliz, que duró solamente cuarenta y siete minutos.

Desde que seccioné las numerosas bridas adherentes y percibí el engruesamiento de los ligamentos anchos, comprendí que la infección microbiana alcanzaba ampliamente el para-metrium.

En efecto, durante el aislamiento lateral del útero, podía ver con claridad la luz abierta y esclerosada de los vasos linfáticos seccionados, y al tallar mis colgajos peritoneales uterinos, para cubrir el futuro muñón vaginal, notaba que mi bisturí trabajaba en un tejido sub-peritoneal, duro y esclerosado. Fué preciso reseca el apéndice, pues aparentaba estar contaminado también, y esta sencilla maniobra fué realizada sin incidente alguno en tres ó cuatro minutos: la sutura del pequeñísimo muñón apendicular, quedó de todo mi beneplácito.

Cerré la vagina y el vientre, altamente satisfecho de la operación y augurando una rápida y venturosa curación á los asistentes que me rodeaban. Eran las doce del día, del 20 de Julio.

Esa tarde fué buena; pero ya como á las ocho de la noche, li-

geros dolores comenzaron en el vientre, se iniciaron vómitos intensos, y el pulso comenzó á subir á 90 y 95.

A las once de esa noche el pulso batía á 120 y 130, con algunas intermitencias; la respiración se aceleraba, el vientre se comprimía fuertemente bajo el vendaje de la curación; los dolores abdominales arrancaban constantes lamentos á la enferma, y los vómitos tomaban cierto carácter porráceo. Las facciones se hundían, la agitación era grande y se presentaba algo de delirio. Temperatura 37°

A las dos de la mañana del día 21, la situación era muy comprometida: el pulso estaba á 140 y 150, casi incontable, muy pequeño, irregular y lleno de intermitencias. La respiración superficial y muy acelerada. La temperatura á 36°2. Los vómitos habían sido remplazados por regurgitaciones negruzcas, la cara horriblemente desfigurada, la piel cubierta por un sudor viscoso y frío, la lengua enteramente seca. Creía ver morir de un momento á otro á mi operada. La vida sólo parecía sostenerse merced á las altas dosis de estriquina, cafeína, esparteína y aceite alcanforado que constantemente le inyectaba en el tejido celular.

A esas horas comencé á inyectarle, lentamente, solución caliente de cloruro de sodio al 6  $\frac{0}{100}$ , en la vena mediana cefálica del brazo derecho: la inyección duró una hora y penetraron cerca de 2,000 gramos de líquido.

Algo reanimada la enferma llegó hasta las siete de la mañana, hora en que acompañado de los Dres. NUMA TORREA, CALIXTO VARGAS Y ORTIZ, resolví reabrir el vientre.

Sin anestesia y mientras el Dr. TORREA le practicaba á la enferma grandes inyecciones de suero artificial caliente, en el tejido celular de los flancos, yo, por la vagina, comenzaba á destruir las suturas de la víspera.

Abierta la cavidad del peritoneo, escurrió por la vagina, con abundancia, un líquido sero-sanguinolento, de olor desagradable y untuoso al tacto. Recorrí con dos dedos la cavidad de la pelvis en la extensión que pude, sin hallar nada de anormal.

Por la misma vagina coloqué dos gruesos tubos de caucho vulcanizado y comencé á lavar la cavidad pélvica con agua hervida y caliente. Por un tubo entraba el líquido y por el otro salía. El irrigador que utilizaba es de tres litros de capacidad y pasé por los tubos, durante este primer lavado, cerca de cien veces la capacidad del irrigador.

El efecto de este lavado, combinado con las inyecciones subcutáneas de suero, fué casi maravilloso: la enferma abrió los ojos,

el pulso se llenó algo, la inteligencia volvió y algo se humedeció la lengua.

A las dos de la tarde, veían en junta conmigo á esta operada, mis maestros los Sres. FRANCISCO DE P. CHACÓN y JOAQUÍN VÉRTIZ y mis amigos los Dres. ANTONIO A. LOAEZA, GERMÁN DIAZ LOMBARDO y RICARDO TAPIA FERNÁNDEZ.

Estos señores aprobaron mi diagnóstico de *septicemia peritoneal sobre-aguda*, y me animaron á perseverar en el mismo tratamiento.

Los lavados calientes los continué cada cuatro ó cinco horas, y la enferma comenzó á mejorarse.

En fin, para no cansar diré, que ocho días después le retiré los tubos, y un mes más tarde abandonó la cama, completamente curada á mi juicio y al de los Dres. VÉRTIZ y CHACÓN, que la volvieron á ver.

Hoy vive en México enteramente curada.

Esta historia, tan suscitadamente referida, nos demuestra, con evidencia, la influencia desastrosa de la infiltración microbiana pélvica, en los casos de ooforo-metro salpingitis purulentas.

No tengo la menor duda hacia la correcta asepsia de mi operación anterior, y en cuanto á mi técnica operatoria, la tengo ya bien experimentada y confío enteramente en ella; así, sin vacilar, hago responsables á los gérmenes infiltrados en el parametrium y en el para-ovarium, de esta septicemia peritoneal, tan brutal en su desarrollo y tan felizmente combatida.

Hemos visto, aunque ligeramente, algo de la patogenesia de las ooforo-metro-salpingitis purulentas. Estos datos nos permitirán formarnos criterio terapéutico en todas ellas; pero limitaré mi estudio solamente á las dos formas más importantes:

A las *ooforo-metro-salpingitis purulentas puerperales* y á las *ooforo-metro-salpingitis purulentas quísticas*.

#### OOFORO-METRO-SALPINGITIS PURULENTAS PUERPERALES AGUDAS. <sup>(1)</sup>

En este proceso séptico se destacan brillantemente los escritos recientes de SHTUSCH, de GOLDSBOROUGH, de HANGS y de VINEBERG; y las operaciones tan notables de MICHAUX, de ROOSEM-

<sup>1</sup> Las indicaciones de la histerectomía en estos casos son muy poco conocidas aún por ciertos autores, debido á la novedad del proceso y al giro peculiar que la Cirugía moderna ha sufrido.

BURG, de LANDAU y de BOUILLY, le dan un giro acentuado de actualidad.

La raspa de la matriz había sido el tratamiento más vulgarizado para combatir la infección ooforo-metro-salpingea puerperal, y por consecuencia, la intoxicación puerperal de la economía entera; es decir, *la fiebre puerperal*.

Algunos autores, como FIEUX y CHALEIX, aconsejan hasta la raspa repetida dos ó tres veces, y esta opinión no está muy lejos de ser también la de PINARD, para los casos de septicemia uterina puerperal grave.

Yo creo que en la endometritis puerperal, la indicación primera, constante y urgente, es la desinfección enérgica de la cavidad uterina, por medio de raspas repetidas, si es preciso, y de abundantes lavados antisépticos de la misma cavidad.

Pero con frecuencia sucede que esta desinfección es aleatoria, que la temperatura abatida por algunas horas vuelve de nuevo á subir con violencia, que los signos de infección se reproducen con intensidad, y que la enferma parece no haber obtenido beneficio alguno con la serie de curaciones que ha sufrido.

¿Qué ha sucedido entonces? ¿Debe declararse la inutilidad de la raspa uterina y de los lavados antisépticos, en estas infecciones puerperales?

Distingamos.

Si en nuestra imaginación volvemos rápidamente á recorrer los detalles de la patogenesia de las ooforo-metro-salpingitis, recordaremos que dos son los principales períodos de su evolución:

El primero francamente uterino.

El segundo de generalización linfática y de propagación directa al para-metrium y á los anexos.

Durante el período inicial, durante la faz de endometritis, la raspa uterina es el recurso omnipotente para destruir la infección y suspender la intoxicación. El filo de la cucharilla arranca y extirpa toda la capa superficial del endometrio, y en esta capa, arrastrada por los lavados antisépticos, se van los microbios, los elementos destruídos y los productos de la destrucción elemental.

Si el proceso ha profundizado un poco su acción sobre las paredes uterinas, podrá una única raspa no ser suficiente para destruirlo completamente; y la necesidad de levantar un espesor mayor de tejidos, á fin de extirpar toda la zona infectada, podrá

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

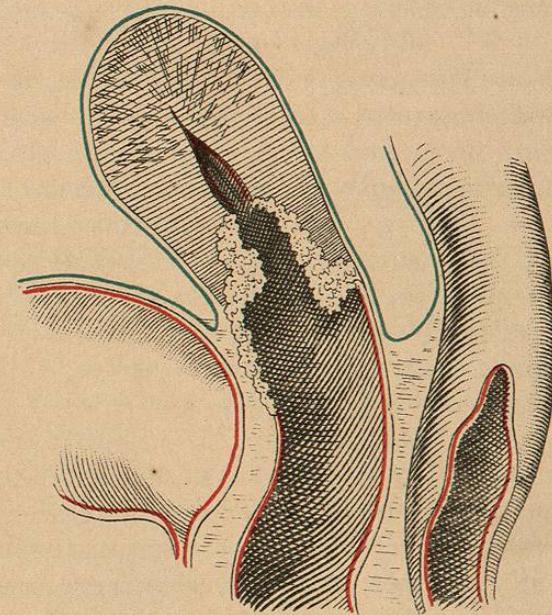


Fig. 31. —Adeno-carcinoma del útero, invadiendo la vagina.

LIT. DEL TIMBRE.



DR. SUAREZ GAMBOA

requerir el aumento en el número de las raspas intra-uterinas con la cucharilla, y necesitarse hacerla dos ó tres veces, como lo indican FIEUX y CHALEIX.

Pero si el proceso ha invadido ya los linfáticos, si el estreptococcus ha ganado los anexos y el parametrium; si el parenquima propio del útero está infiltrado de gérmenes que lo recorren, emigrando en todas direcciones, y lo saturan de productos tóxicos; si las lesiones clásicas de la ooforo-metro-salpingitis se han desarrollado en todo su vigor, la raspa uterina no tendrá absolutamente ninguna influencia sobre este proceso séptico, pues su acción queda únicamente limitada á la superficie interna del útero, sola región accesible al filo de la cucharilla.

Mas como quiera que la *endometritis puerperal* no nos interesa sino como origen ó faz transitoria de la ooforo-metro-salpingitis puerperal, dejaremos sin tratar, las indicaciones y la orientación de su tratamiento y pasemos á la ooforo-metro-salpingitis aguda puerperal, ya constituída.

Es decir, ocupémonos de ese estado particular del útero, en el cual se halla saturado de gérmenes y toxinas en todo su espesor; en el que su circulación linfática está apretada de estreptococcus; en el que los anexos y el parametrium son nidos infinitos de estreptococcus y de otros gérmenes, y en el que, en resumen, todo el aparato genital interno está transformado en un inmenso campo microbiano, en un almacén de toxinas, en una masa porosa, por cuyos intersticios corren venenos, á semejanza de un inmenso chanero infectante puerperal.

Por supuesto que este depósito de los gérmenes y de sus producciones, no pasa desapercibido para la economía entera, y que la circulación roja, en particular la venosa, coopera activamente con la blanca, para difundir por todo el organismo los venenos elaborados en el útero, para transportar, constituyendo metastasis coloniales, los gérmenes que se agitan en la región genital, y para transformar la ooforo-metro-salpingitis puerperal aguda, en *septicemia puerperal*, de un modo análogo á la transformación de la endometritis puerperal en ooforo-metro-salpingitis.

Le septicemia puerperal tiené tres períodos en su evolución clínica:

- I. Período de endometritis.
- II. Período de ooforo-metro-salpingitis.
- III. Período de generalización.

Se comprende, pues, la importancia tan grande del tratamiento

del período de ooforo-metro-salpingitis, cuando se ha tenido la poca fortuna de no asistir ó de no haber podido curar, al de endometritis.

La ooforo-metro-salpingitis puerperal aguda no tiene tratamiento, ni actualmente se puede curar. La indicación es separar del resto del organismo la región contaminada.

La misión del Cirujano es aquí evitar la generalización del proceso. Su papel es semejante al que ejerce cuando amputa una pierna gangrenada y séptica, cuando reseca un maxilar enfermo, cuando quita un testículo tuberculoso ó reseca un estómago carcinomatoso.

La indicación principal que tendrá que llenar, pues, en la infección ooforo-metro-salpingea puerperal, es la ablación genital interna.

¿Pero es esto posible? ¿Habría ventajas en suprimir el útero con sus anexos, en un proceso que dura localizado algunas horas y cuyas tendencias son eminentemente difusibles? ¿Aun en el período de difusión, habría utilidad práctica con esta mutilación?

La posibilidad de la ooforo-metro-salpinguectomía en la infección puerperal está fuera de discusión: allí están las técnicas de la colpo-histerectomía y de la láparo-histerectomía que lo indican, y ahí están, también, las operaciones de ROOSEMBERG, de MICHAUX, de BOUILLY y de LANDAU, y el trabajo de LONGUET, que lo comprueban.

Las ventajas de suprimir con el útero y los anexos, el almacigo tóxico puerperal, es evidente: si se tiene la suerte de operar antes del período de difusión, lo que es enteramente excepcional, se habrá salvado á la enferma de los riesgos de la generalización puerperal; pero si la operación se emprende cuando ya la circulación general arrastra productos tóxicos, como es de regla, la enferma también obtendría ventajas.

La infección puerperal de la economía, rara vez se hace en un solo tiempo; por lo común las toxinas penetran á la circulación de la sangre, por golpes de desagüe del útero, que se van repitiendo á medida que la saturación del órgano llega á su máximo y provoca el derrame de los productos que lo embeben. Estos desagües periódicos pueden ser más ó menos frecuentes, según la virulencia de los microbios y la resistencia de los tejidos útero-anexiales, y pueden llevar más ó menos rápidamente la economía al grado mortal de intoxicación, según la velocidad de su depuración al través de los emontorios naturales.

Pero si suprimimos con oportunidad el laboratorio de los microbios, si la esponja infectante ooforo-metro-salpingea, la extraemos de la cavidad de la pelvis, evitaremos los nuevos desagües de toxinas en la sangre, aun cuando dejemos una gran dosis de venenos circulando ya por la economía.

Ahora bien, en estas circunstancias, el organismo no tiene que luchar mas que con una cantidad limitada de veneno; la sangre no recibe nuevos tósigos; los órganos eliminadores sacan de ella, paulatinamente, estas substancias venenosas que no se renuevan y lentamente va disminuyendo esta intoxicación, ya bien determinada.

Estas condiciones, en una mujer cuyos órganos eliminadores y depuradores están íntegros, cuyos riñones funcionan normalmente y cuyo corazón no sufre degeneración alguna, equivalen casi á una curación.

Se comprende que la ooforo-metro-salpinguectomía, sería inútil, si no perjudicial, cuando la septicemia es intensa, cuando la vitalidad de la mujer está seriamente comprometida, y cuando el origen de la infección no esté ya localizado al útero y á sus anexos, sino que existan metastasis específicas en otros órganos.

Ciertamente que la ablación genital completa no es una operación sencilla; pero la gravedad de las ooforo-metro-salpingitis agudas puerperales, merece que se discuta la oportunidad de tan importante operación.

Las enfermas en las cuales está indicada esta ooforo-metro-salpinguectomía, se hallan, por lo regular, agotadas por el rudo enemigo que se alberga en su pelvis, y destruída parcialmente su resistencia vital, por el enorme choque de las reacciones físico-químicas que en el interior de sus tejidos se verifican. ¿En semejantes condiciones, tan malas, podrían soportar las costas de una histerectomía total?

La histerectomía, por el incesante progreso de su técnica y por los recursos de la era quirúrgica en que actualmente evoluciona, se ha vuelto una operación poco traumatizante.

La vaginal, que tanto parecía ofrecer, ha sufrido grandes reproches, pues que si bien es cierto que expone poco el peritoneo á las contaminaciones, en cambio ofrece muchas dificultades para la retroversión y abatimiento del útero, en este caso, en que las lesiones puerperales han modificado ya la consistencia del parenquima uterino.

Pero la histerectomía abdominal, con su técnica fácil y rápida,

con las modificaciones actuales en el medio operatorio y con el ancho y bien alumbrado campo de acción que ofrece, se presta admirablemente para estos casos de delicado pronóstico.

¿Qué resultados tiene la ooforo-metro-salpingectomía en la ooforo-metro-salpingitis aguda puerperal?

Al porvenir toca resolver esta cuestión. Hasta hoy se conocen nueve casos bien comprobados, verificados en plena septicemia puerperal, y han dado siete curaciones.

Estas cifras son halagadoras y nos permiten esperar que la histerectomía total, que ha sido ya un gran paso para la curación de las ooforo-metro-salpingitis puerperales agudas, sea también un poderoso recurso para luchar contra la septicemia puerperal, la *bête noir* de las mujeres parturientes.

#### OOFORO-METRO-SALPINGITIS PURULENTAS QUISTICAS.

##### Pio-salpinx.

Voy á referir rápidamente diez historias clínicas, que corresponden á algunas observaciones sobre las cuales basaré mis conclusiones:

##### OBSERVACIÓN I.

Señora Carlota X. . . . , de México, de 35 años de edad, casada, nulípara, con antecedentes genitales blenorragicos, que datan de ocho ó diez años.

De la clientela del Dr. JESUS VALDEZ SÁNCHEZ.

Pio-salpinx, bilaterales muy adherentes.

Operada en Agosto de 1898 por la vía abdominal, de ooforo-salpingectomía bilateral.

Resultados dudosos: los dolores continúan, el útero ha quedado grande, en retroversión y ligeramente secretante.

##### OBSERVACIÓN II.

Señora María de N. . . . , 40 años, casada, nulípara, antecedentes no francos de blenorragia.

## CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

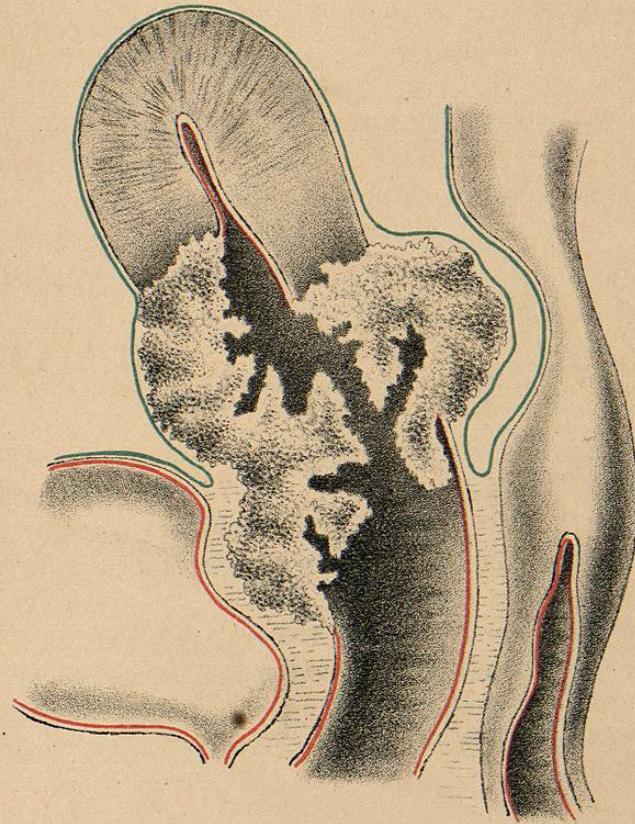


Fig. 32.—Adeno-carcinoma vegetante, útero-vaginal, comprimiendo notablemente el recto y haciendo relieve en la vejiga.

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA