

GRAVE y 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-carmín. 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 múltiparas, cuyos vasos venosos están más dilatados, que en las mujeres que jamás han tenido hijos.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

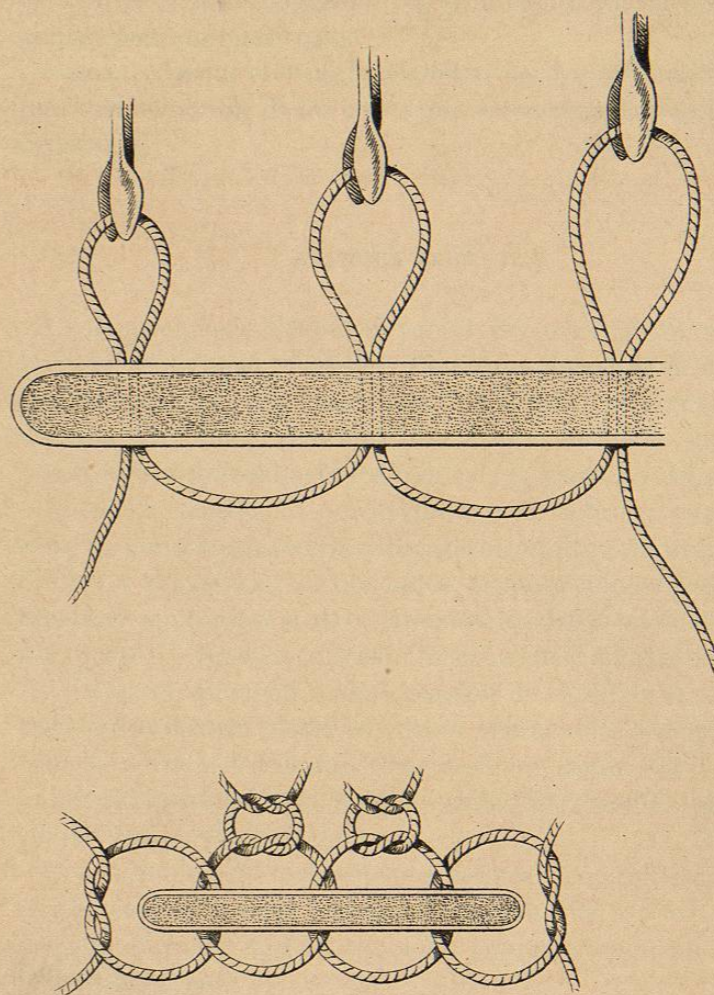


Fig. 51.—Segundo y tercer tiempo de la ligadura en cadena, por el procedimiento de WALLICH.

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 ictus 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, BOULLY, 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.