

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.

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-

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

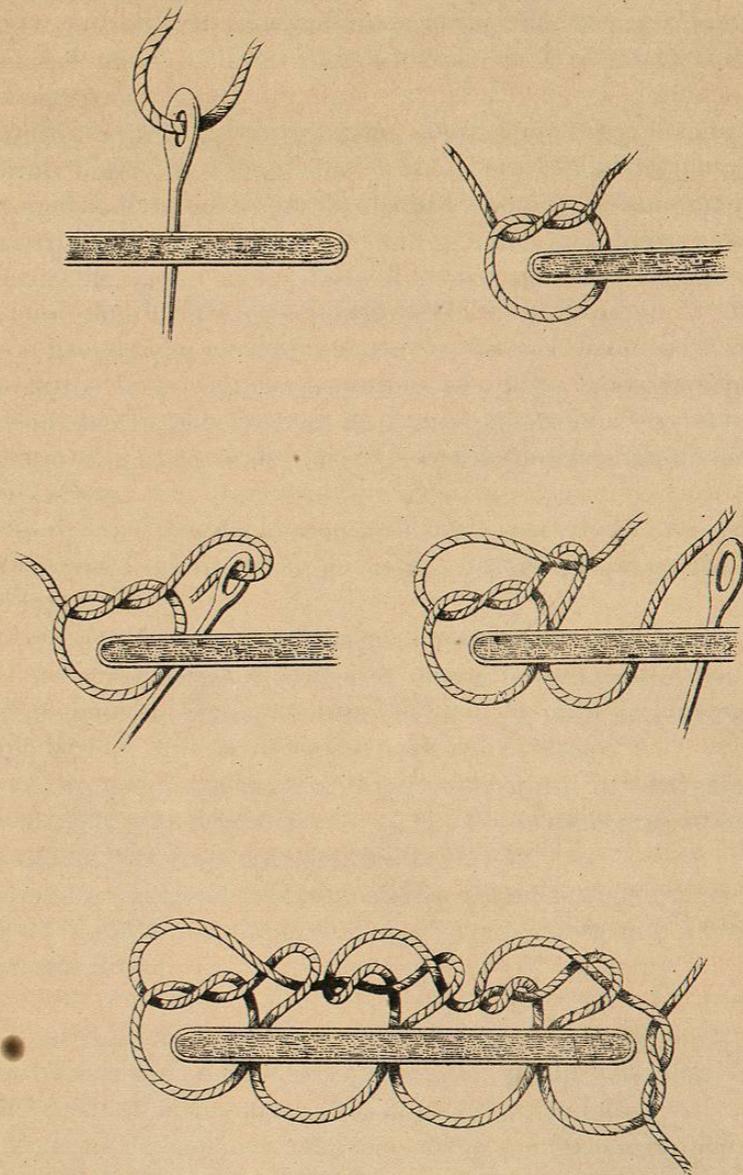


Fig. 52.—Ligadura en cadena, por el procedimiento de SUÁREZ GAMBOA.

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 anamnéstico 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 wolfianos, 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 BOUILLY.

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 wolfianos.

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 invadido 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, BOUILLY 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 ou 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'hysteropexie 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 á y avoir recours dans des cas exceptionnels.”

1 MAZZONI: Italia Médica, 1881.

2 RICHELLOT: De l'hysterectomie vaginale. 1894.

3 LONGUET: Bulletin Général de Thérapeutique. 1898.

4 POZZI: Congrès international de Gynecologie 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, DÜHRSSSEN, 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, GARCIA y MACIAS, en Veracruz.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

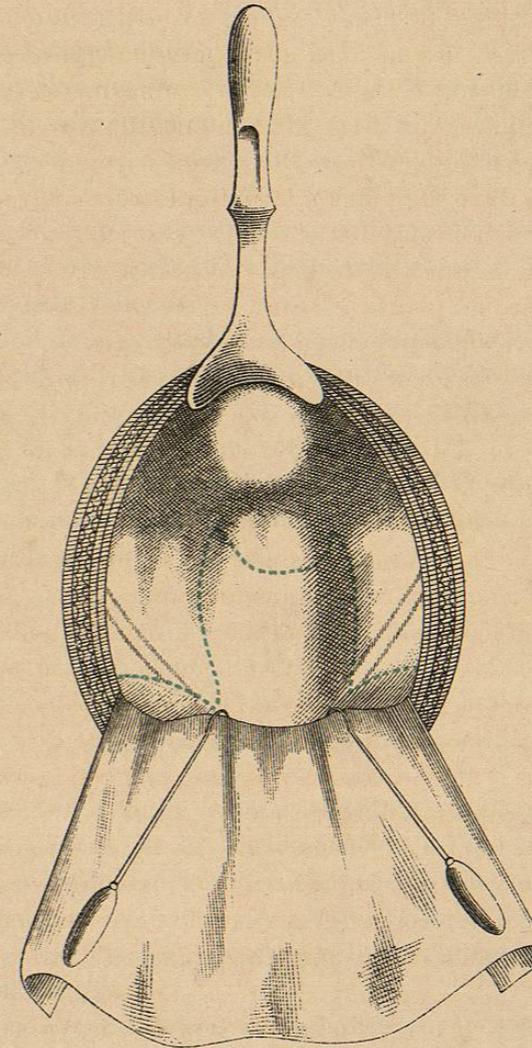


Fig. 53.—Método Suárez Gamboa, Trazado de las incisiones peritoneales, en la cara anterior del útero.

LIT. DEL TIMBRE.



DR. SUAREZ GAMBOA

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 hysteropexia, 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-