

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-

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 descuellan 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 Srta. 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, pude 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.

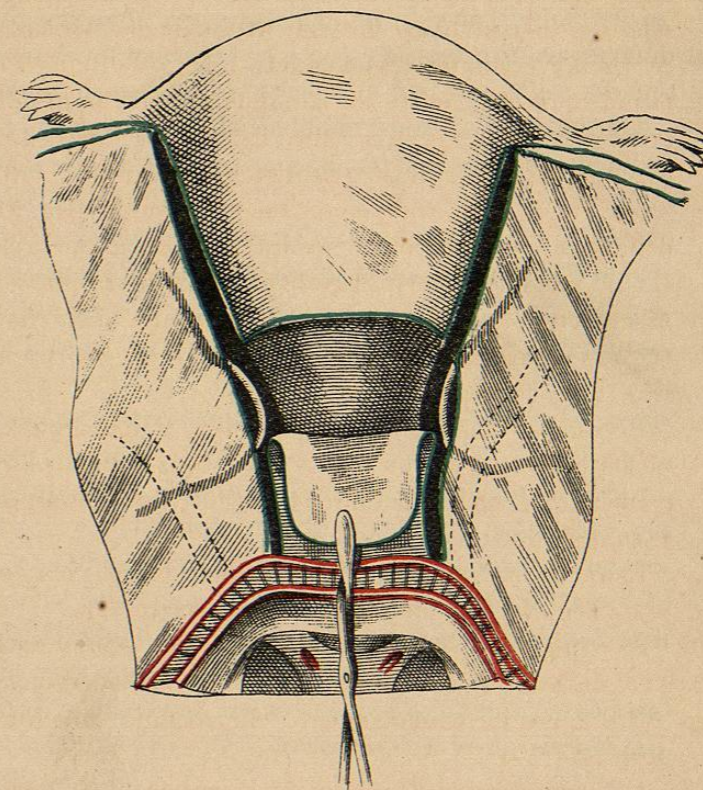
La membrana himen es bilabiada, y permite el paso franco de mi dedo: el cuello uterino está engruesado, el útero algo crecido está en ligera retro-versión, y creo percibir un ligero endurecimiento del ovario izquierdo. El resto de los órganos pélvicos, sanos.

¿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 histérica, 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? ¿Debía 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 histeralgésicas 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-