

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, limitándose 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-

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.

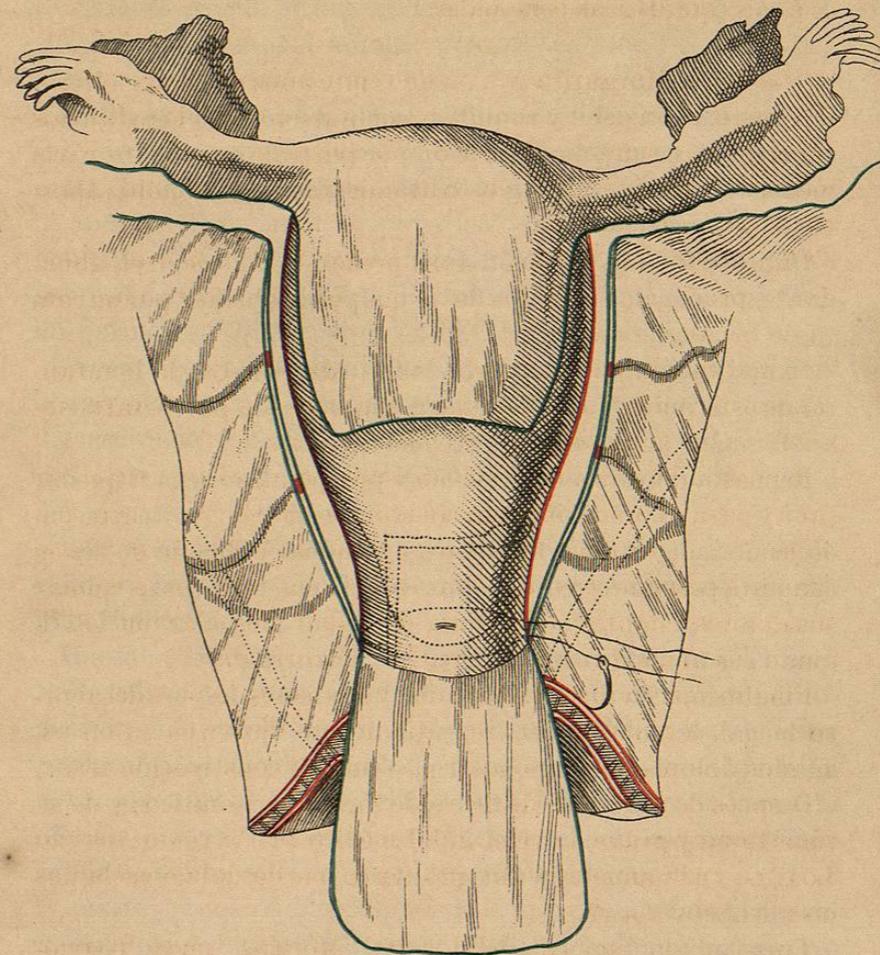
Finalmente, un día, catorce ó diez y seis meses después del aborto inicial, le sobrevienen repentinamente violentos calofríos, agudos dolores en el hipogastrio, vómitos y constipación tenaz.

Después de ocho días de fiebre, de signos peritonícos 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.

Transladada 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.



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.

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.

Consulto 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 máximum, 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, deajo 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*.¹ La mucosa

¹ 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.¹

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.

¹ 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 perimetriticos. En estos últimos casos, está más particularmente indicada la laparo-histerectomía.

XVII

TRAUMATISMOS QUIRURGICOS DEL UTERO.

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.

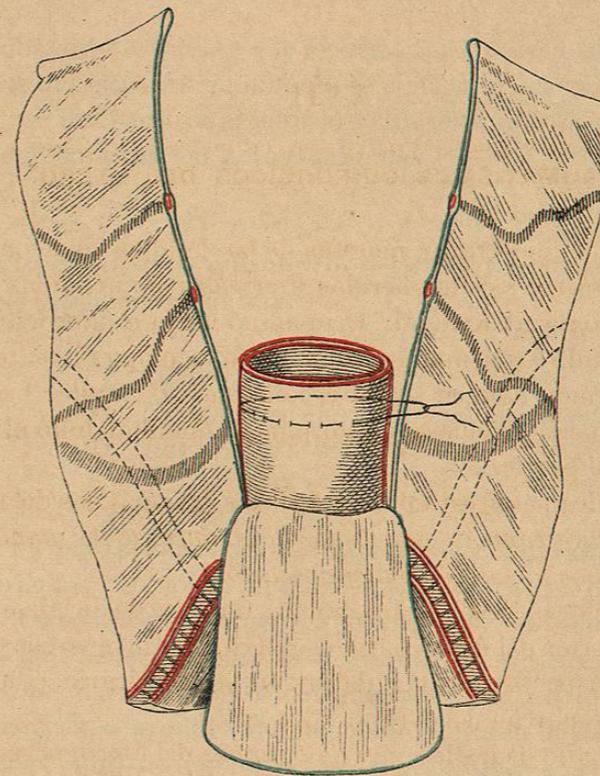
Deseo únicamente estudiar las lesiones traumáticas del útero, causadas directamente por los médicos, durante las maniobras de un reconocimiento ó de una operación.

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