

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.

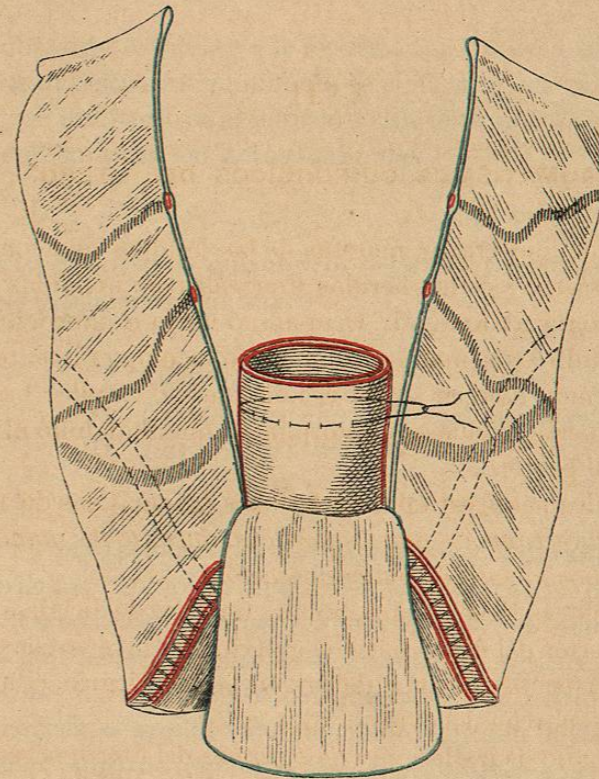
Deseo únicamente estudiar las lesiones traumáticas del útero, causadas directamente por los médicos, durante las maniobras de un reconocimiento ó de una operación.

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

luntarios, de los ginecólogos y parteros que ejecutando un acto quirúrgico persiguen un fin terapéutico. El lector que desee obtener datos sobre estas lesiones criminales, que busque lo relativo á ellas en los tratados de Medicina Legal ó en la notable Memoria de Fr. NEUGUEBAUER, sobre los cuerpos extraños del útero.

De ninguna manera vaya á creerse que la lesión quirúrgica del útero, implica un exceso de fuerza, torpeza manual ó ineptitud del operador que la produce. Por lo común, el útero alterado en su constitución anatómica es el directamente responsable del accidente.

No obstante esto, hay que recomendar mucho á todos los Cirujanos que ejecutan maniobras en el interior del endometrium, la mayor prudencia en el manejo de los instrumentos y una gran suavidad en todos sus actos manuales.

Los traumatismos quirúrgicos del útero reconocen tres tipos clínicos principales, que son:

- I. *Las perforaciones.*
- II. *Las desgarraduras, más ó menos extensas y*
- III. *Las exéresis parciales.*

Las *exéresis* se observan con más frecuencia durante las ablaciones de los tumores polipiformes del endometrio, pediculados ó no. En estos últimos casos, al ejercer sobre el tumor las tracciones indispensables para pediculizarlo, si no tiene pedículo; ó si lo tiene, para colocar el asa galvánica ó atacarlo con las tijeras curvas, se produce una inversión limitada de la pared uterina en el punto de implantación del pólipo, y la sección del operador, en vez de limitarse al pedículo únicamente, se lleva un fragmento de tejido uterino. Este fragmento puede ser pequeño y se limita entonces la *exéresis* uterina á la formación de una cavidad poco profunda constituida en el espesor de las paredes del útero; ó por el contrario, ser el fragmento cortado muy grande y se producirá una *exéresis* total de la pared con abertura de la cavidad peritoneal. En un caso semejante WERTH hizo inmediatamente la histerectomía vaginal.

Cuando se toma la inversión uterina crónica por pólipo uterino y se hace su extirpación, se comprenderá fácilmente la gran excisión de tejido uterino que se verificará. No hace mucho tiempo aún, que algunos ginecólogos mexicanos, muy conocidos por sus operaciones, se alistaban á cortar un falso pólipo uterino, que no era en realidad mas que una inversión parcial del útero. Felizmente, un poco de masaje hizo desaparecer *el pólipo* é hizo, también, salvarse á la enferma de un desastre.

Incomparablemente más frecuentes que las exéresis, son las perforaciones uterinas, por medio de instrumentos delgados y largos; tales como los *histerómetros* y las *cucharillas*.

Estas perforaciones pueden observarse en todas las regiones del endometrio; pero sus sitios más frecuentes son el fondo y la pared posterior del útero.

Los casos de perforaciones uterinas son día á día más numerosos, tal vez por el incremento que toman las intervenciones quirúrgicas intra-uterinas en la Ginecología actual. Entre una multitud de hechos notables, se destacan los descritos por FRÉDERICH, ROSENFELD y OURISNIER.

El instrumento que trabaja en la cavidad uterina, cucharilla, histerómetro, dilatador, etc., da constantemente sensación de la resistencia peculiar al tejido del útero. Repentinamente esta resistencia falta, el instrumento se hunde con violencia y sin esfuerzo en la cavidad abdominal: la perforación se ha realizado.

Estas perforaciones instrumentales del útero no son siempre fácilmente diagnosticables. A veces pasan enteramente inadvertidas para el operador, hasta que un epifenómeno ó un accidente extraño y repentino, las pone de manifiesto; otras en cambio, no existe la perforación que cree haber hecho el operador, y los signos subjetivos que le indujeron á admitirla, son falsos y erróneos. S. FRÉDERICH cita dos observaciones de la especie anterior: en la primera, fué después de la raspa uterina, cuando el escobillón trajo fragmentos membranosos que se reconocieron como colgajos peritoneales; en la segunda, fué en el momento de la inyección cuando se apercibieron que el líquido no volvía por la cánula de la sonda. En cambio, OSCAR BEUTTNER, de Génova, ha publicado dos casos de pseudo-perforaciones del útero. Estas pseudo-perforaciones, que COURANT niega, se observan con más frecuencia en los casos de aborto con retenciones placentarias. Existiría, cerca de la inserción de la placenta, un estado mor-

boso del músculo uterino caracterizado por una relajación local de su tejido. Es al deprimir esta zona, cuando la cucharilla da la falsa sensación de una perforación.

Las perforaciones del útero con instrumentos asépticos, no parecen ser peligrosas, y curan, por lo común, espontáneamente. Sin embargo, ciertos accidentes de la perforación, han inducido á algunos cirujanos á practicar inmediatamente la histerectomía. Así, BAUDRON perforó la matriz en el curso de una raspa y no se apercibió de ello hasta que, haciendo una inyección de sublimado, notó que el líquido no volvía: inmediatamente practicó la histerectomía vaginal.

Las *desgarraduras* uterinas quirúrgicas, verdaderas rupturas por eclosión, no son tampoco muy raras.

Ya es un dilatador normalmente introducido en el endometrio el que desgarrar el tejido uterino, quebradizo y blando; ya es otro dilatador, abierto forzosamente, el que hace estallar la pared del órgano.

Durante el curso de las operaciones asépticas, estas desgarraduras tendrían poca importancia; pero en las intervenciones por procesos infectantes del endometrio, pueden tener desastrosas consecuencias.

La historia siguiente, observada en mi Sala de Operaciones particular, es un ejemplo clásico de estas lesiones quirúrgicas del útero:

La Sra. Sara L., casada, de 30 años de edad, dos hijos, el último de 5 años de edad.

Sufre desde hace dos ó tres años accidentes ligeros de ooforometro-salpingitis no quística.

El día 20 de Septiembre de 1898, en mi Sala de Operaciones procedo á hacerle la raspa de la matriz, con anestesia local. Me acompañaban los Dres. ARCADIO T. OJEDA, de Veracruz, NUMA TORREA y JESUS VALDEZ SÁNCHEZ, y todo el personal de mis practicantes.

Una vez hecha la antisepsia de la vagina, introduzco en la cavidad uterina el dilatador de tres ramas, de SIMS, y comienzo lentamente la dilatación. Esta maniobra era muy poco dolorosa. Repentinamente la enferma acusa un dolor vivísimo en el vientre, escurre algo de sangre por la vagina y ceso de experimentar resistencia para la abertura del dilatador.

Hay que advertir que cuando este accidente se produjo, comenzaba apenas á hacer presión sobre las ramas del instrumento.

La libertad con que se hundía una rama del dilatador, el dolor agudo y la pequeña hemorragia vaginal, me hicieron pensar en una ruptura del útero.

Cloroformamos inmediatamente á la enferma y le practiqué la laparotomía: en el espesor del ligamento ancho izquierdo había un hematoma tan grande ya como una naranja.

Abierto este depósito y vaciada la sangre, aún líquida, percibí una ruptura completa, irregular, como de cuatro centímetros, sobre el borde izquierdo del útero.

Suturé muy cuidadosamente la desgarradura, limpié atentamente la cavidad formada entre las hojas del ligamento ancho, por la hemorragia; hice la ooforo-salpinguectomía derecha, por encontrarse en muy malas condiciones esos anexos, y reuní, por medio de suturas, los bordes del ligamento ancho izquierdo, en la parte seccionada, con los de una abertura que practiqué en la vagina. Una tira de gasa iodoformada canalizó la cavidad del hematoma al través del ojal vaginal.

Las consecuencias operatorias fueron sencillas y la enferma curó sin accidentes.

Como se puede ver por este caso, la histerectomía no es indispensable en el tratamiento de los traumatismos quirúrgicos del útero.

Sin atreverme á rechazarla por completo, sí la considero como un procedimiento de extraordinaria excepción que pocas veces tendrá oportunidad de servir al Ginecólogo.

XVIII

SARCOMA DEL UTERO.

Los sarcomas que atacan al útero se desarrollan: unos en su tejido muscular, los otros en la mucosa; los primeros, circunscritos, son casi siempre fibro-sarcomas; los segundos, difusos, constituyen el *sarcoma difuso de la mucosa uterina*.

En el cuello se observan excepcionalmente sarcomas que, difiriendo por completo de los anteriores por su forma, han sido clasificados aparte, con el nombre de *sarcomas quísticos de la mucosa uterina*.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)

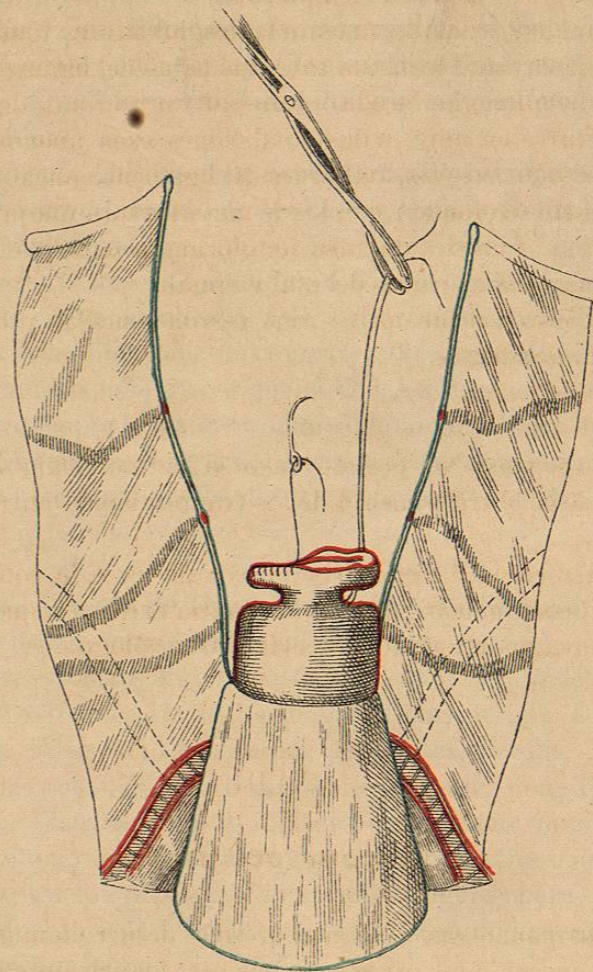


Fig. 57.—Método Suárez Gamboa.

La sutura vaginal en bolsa, ha sido anudada. Los bordes de la vagina se suturan cuidadosamente.

LIT. DEL TIMBRE.



DR. SUAREZ GAMBOA