

GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

GINECOLOGÍA.

ALGO SOBRE HISTERECTOMIA VAGINAL.

La histerectomía es la operación que tiene por fin la extirpación completa ó parcial del útero. Según los historiadores ha sido practicada hace mil años por Soranus. Tuvo gran número de imitadores; sin embargo, no se contaba entre las operaciones usadas cuando Recamier, en 1829, estableció las reglas que se debían seguir para practicarla. Los malos resultados que tuvieron entonces los operadores hicieron de nuevo abandonar tan importante como útil empresa.

En 1878, los alemanes volvieron á ponerla en práctica. Gracias al método antiséptico tuvieron buenos éxitos y quedó definitivamente admitida la histerectomía vaginal como operación bienhechora.

Bienhechora lo es, porque permite extirpar del cuerpo humano, para asegurar su conservación y libertarlo de padecimientos largos y crueles, un órgano en el cual los neoplasmas se desarrollan con mayor frecuencia é insistencia que en cualquiera otro de la economía.

El útero es el sitio de preferencia para la formación del cáncer y de los fibromas, á tal grado que éstos, rarísimos en los demás tejidos de la economía, son frequentísimos en el útero, que una vez iniciados en este órgano, proliferan tanto que, sin amenazar por la ulceración é infección necrobiótica del cáncer, los fibromas, cuando no comprometen la vida por las hemorragias, por la compresión de órganos importantes contenidos en la pelvis y en el abdomen, la hacen penosa, hasta insoportable é inútil por su excesivo crecimiento, por su peso, y porque verdaderos parásitos del organismo absorben la mayor parte de sus elementos nutritivos, á la vez que comprometen la funcionalidad de los órganos comprimidos.

Estas circunstancias bastaban para hacer desear á los prácticos el poder extirpar el órgano capaz de ser el productor de tantos inconvenientes; pero si se considera que es también el sitio más acostumbrado del cáncer, que en él sus

reincidencias son casi seguras, mientras queda parte del tejido en el cual su reproducción es posible, se comprenderá cómo se ha anhelado é intentado desde la antigüedad la posibilidad de extraer una entraña tan sujeta á alteraciones malignas. Pero su situación en medio de una serosa la más amplia del organismo, la más fértil en secreciones propias para el cultivo de los gérmenes infecciosos de la atmósfera, la más capaz de absorber sus elementos infectantes, hacia la empresa temeraria por más bien organizado que fuera el método operatorio.

El que esto escribe, al principio de su práctica, viéndose en frente de una joven robusta, amenazada de muerte rápida por el desarrollo de fibromas intersticiales é intrauterinos; después de haber practicado sobre ella la transfusión de la sangre, consultó con los cirujanos más eminentes de la Capital, en aquel tiempo, sobre la oportunidad de la histerectomía, solicitando su contestación por escrito, y la contestación unánime fué que no se debía emprender, por ser demasiado letal esta operación.

Sin embargo, teníamos entre las piezas patológicas dejadas por el Dr. L. Chassin un útero extirpado por la vía vaginal con éxito feliz, debido sin duda alguna á que la naturaleza misma había preparado la extirpación con la procidencia completa del órgano fuera de la vulva.

A la vez esta indicación podía servir para preparar la idea de la histerectomía vaginal, aun en casos en los cuales no quedara tan bien preparada. Se concibe que, desalojado el útero por la vía vaginal, arrastra consigo los repliegues peritoneales obligándolos á juntarse, como lo hacen los de una bolsa de jareta, y cerrando por sí solos la cavidad serosa.

Así se explica cómo la procidencia prolongada pudo determinar la adherencia de las partes plegadas y cerrar la cavidad peritoneal de tal modo que, aunque no se conociera ni usara entonces el método antiséptico, el Dr. Chassin pudo, sin correr el riesgo de la infección, separar esta entraña desalojada y ver sanada á la operada.

Circunstancias tan favorables son muy excepcionales, y las más veces el útero condenado á la extirpación llega á adquirir tamaños por los cuales está al abrigo de la procidencia; lejos de bajar en la pelvis, se desarrolla en el abdomen, adquiriendo proporciones que lo hacen incapaz de salir por los estrechos.

De allí resultó la idea de la operación de Freund, la cual tiene por fin la extirpación total del útero por la pared abdominal: su ejecución es realmente fácil, pero sus resultados suelen ser desastrosos.

El traumatismo es considerable y la aplicación de las láminas peritoneales queda imperfecta. Cuatro operaciones se han hecho aquí en México con nuestra intervención: en la primera se trataba de un útero hipertrofiado que contenía más sangre que lo que le quedaba á la enferma después de operada; murió á las ocho horas: la segunda se hizo *in extremis*, por la excesiva anemia en que

estaba; no se observaron las prescripciones antisépticas; duró cuatro días después de operada y sucumbió á consecuencia de la ruptura de un absceso de la pared abdominal que se abrió paso en la cavidad peritoneal.

La tercera duró cinco días y sucumbió á consecuencia de hemorragias repetidas del pedículo, el cual, retraído en la cavidad abdominal, no se prestaba á ligaduras firmes por su cortedad y por lo alterado de las arterias.

La cuarta fué operada en el hospital «Ángel González Echeverría,» así como la anterior. Ésta merece alguna atención, porque durante su larga permanencia en dicho hospital fué sometida á la raspa repetidas veces sin éxito duradero, á la dilatación forzada, á la cauterización intrauterina con el termocauterio y el galvano cáustico, á las corrientes atróficas según el método de Apostoli: todos estos medios enérgicos tal vez impidieron mayor desarrollo de los fibromas; pero cuando entró la paciente en el hospital el volumen del útero era tal, que no hubiera podido bajar á la excavación para ser extirpado en totalidad por la vagina ó para ser dividido y extraído por partes.

A la vez que el útero era demasiado voluminoso, la capacidad pelviana de la enferma era excepcionalmente reducida, siendo su estatura de las más pequeñas entre las mujeres del país.

Esta circunstancia hizo que el útero, en lugar de estar en la cavidad abdominal paralelo á su eje, presentaba siempre su cúspide hacia adelante como en anteversión, pareciendo así los neoplasmas mucho menos desarrollados de lo que lo eran realmente.

Si nos permitimos esta corta digresión en el campo de la operación de Freund es para hacer más evidente la conveniencia de la histerectomía vaginal, tan hábilmente practicada por el Dr. San Juan en su hospital ginecológico, según vemos por la interesante observación publicada en la entrega 19 de la *Gaceta Médica* correspondiente á este año.

Por lo mismo que esta observación es de las más importantes para el progreso quirúrgico, esperamos nos permitirá su autor algunas ligeras críticas conducentes á hacerla todavía más digna de atención.

Sin duda ignoraba nuestro hábil consocio la operación del Dr. Chassin, puesto que no la refiere. Séanos permitido también señalar una extirpación hecha hace seis años en el hospital «Ángel González Echeverría,» de un cirro atrófico que había reducido notablemente el volumen del útero á tal grado, que al cauterizarlo con el botón del termo-cauterio, se llegó á destruir completamente el órgano, dejando en su lugar una abertura por la cual se precipitó un colgajo del epiplón como de quince centímetros de largo; fué resecado al nivel de su salida; el intestino recto se presentaba también en el fondo de saco junto con el epiplón, y á los pocos días, al desprenderse la escara producida por la cauterización, dió lugar á una fístula estercoral, la cual duró algunos meses y llegó á cerrarse completamente sin más intervención.

Numerosos compañeros vieron á la enferma y pudieron cerciorarse de que el útero había sido completamente destruido, dando lugar á una cicatriz que cerraba perfectamente el infundíbulo vaginal, sin que hasta hace un año, última época en que vino á visitarnos la operada, hubiera ningún amago de reproducción del cáncer.

No se pretende poner en paralelo una operación demasiado fácil y sencilla, como lo fué la cauterización de un muñon uterino, resto de la destrucción producida por la ulceración cancerosa con la extirpación total de un útero voluminoso, y aislado según todas las reglas que la anatomía indica.

Por la misma importancia del procedimiento operatorio, difficilísimo, como lo dice muy bien el hábil operador, por el estrecho campo operatorio en el cual se deben ejecutar las maniobras, es de sentir que no nos suministre mayores detalles respecto de las dificultades que siempre hay para aislar al útero de los órganos circunvecinos y hacerlo llegar á la vulva; es de sentir que en las figuras, muy útiles para darse cuenta de las condiciones de forma y volumen del órgano extirpado, no aparecen señaladas las dimensiones que tenían tanto el neoplasma como el útero al momento de la extirpación.

Dice nuestro estimable consocio:

«Debo marcar los tiempos que fueron más difíciles en esta operación.

«Primero: alcanzar el repliegue peritoneal vésico-uterino, porque debido al crecimiento del cuerpo, estaba alto, como se ve en el punto *h*, fig. 3.»

Es verdad que nos ha dicho haber renunciado á la vuelta de esquila que practicaba Schroeder, por la sencilla razón de que era imposible, y preferido la ligadura escalonada á la pinza larga para la hemostasis, por razones que se reserva establecer cuando haya practicado más extirpaciones vaginales; por lo mismo, mayores detalles se hacían necesarios para seguir los tiempos de esta brillante operación.

«Segundo. Vencer con la hemostasis el límite superior del ligamento izquierdo y aun algo el pedículo ovario-salpingiano del mismo lado, porque el cuerpo del útero llenaba por completo el campo vaginal en la pequeña excavación pélvica.»

Convendrá con nosotros el estimable operador que estos pormenores son escasos: vencer con la hemostasis es una expresión obscura y no usual; se supone que quiso decir alcanzar, y á la vez asegurando la hemostasis en el límite superior del ligamento izquierdo, es precisamente el punto delicado en la práctica, alcanzar los ligamentos uterinos, alcanzarlos sin herir los órganos inmediatos, y antes de dividirlos asegurar la hemostasis, y no nos dice el cirujano cómo llenó estas *desideratas*, que son para muchos operadores de dificultad casi insuperable.

Afortunadamente tenemos á nuestro alcance una interesante y oportuna tesis

presentada á la Facultad de Medicina de París,* hace pocos meses, en la cual podemos ver cómo se vencen estas dificultades, según las circunstancias.

Comienza la tesis refiriendo una observación por M. Kottman, muy análoga á la que nos presenta nuestro hábil colega. Se trata de una degeneración del cuello y de un fibroma submucoso.

La descripción del procedimiento operatorio es más completa, dice así:

«Puesta la enferma en la posición de la talla, elevada la pelvis, dilatada la vagina con el espejo de Simon y un dilatador vaginal especial, se baja al cuello con pinzas fuertes y curvas, se hace una incisión circular de la mucosa, provocando una ligera hemorragia, se contiene con minuciosidad ésta (sin que diga el autor si con pinzas, con tópicos ó con ligadura); disección del tejido periuterino, luego se ven los fondos de saco peritoneales, se seccionan por delante y por detrás, lo que da lugar al escurrimiento de cierta cantidad de líquido seroso y claro.

«Con dos dedos se intenta bajar hacia el fondo de saco de Douglas al cuerpo del útero, pero no se logra. Se fija entonces un gancho puntiagudo y fuerte en el mismo cuerpo y se tira hacia abajo. Otro gancho se fija también arriba del primero, después otro más, y así en seguida hasta ver llegar al fondo del útero á la vulva. Esto ha sido conseguido con una tracción de regular importancia. Los dos ovarios siguen, se separan de los ligamentos anchos que se ligan y se extirpan. Ningún vaso de sangre, ninguna asa intestinal se presenta al nivel de la herida operatoria; como los tejidos tienden á unirse espontáneamente, no se hace ninguna sutura.

«Un tubo grueso bastante rígido y teniendo no más una abertura en su extremidad fué depositado al nivel del promontorio y fijado en la entrada de la vagina; por este tubo se hacen inyecciones con agua salicilada caliente hasta verla salir clara y limpia; después de esto se taponan la vagina con gasa de Lister.»

Aquí vemos que realmente la operación fué fácil, aunque no deja de causar algún cuidado la frase en la cual se dice que la tracción fué de regular importancia; casos habrá en los cuales por más importancia que se les dé, no se logrará desalojar con solo esto el útero aumentado de volumen. Lo vamos á ver prácticamente en las observaciones subsecuentes.

Sin embargo, antes de abandonar ésta es preciso llamar la atención sobre un accidente que da la medida de lo fácil que es herir el intestino en esta extirpación, como nos sucedió con la destrucción de los restos de un útero esquistoso mediante la acción del termocauterio.

Dice M. Kottman: á los diez y siete días escurrió por el tubo una masa fétida reconocida el décimonoveno día como el contenido del intestino delgado, y hasta

* De l'hystérectomie vaginale dans les cas de fibromes utérins, par A. P. Gavilán, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

el vigésimoquinto siguió saliendo materia fecal. ¿Cómo fué producida esta herida del intestino? No es posible adivinarlo por la descripción de las manio-bras operatorias; pero el hecho es que el útero pudo salir sin grandes evoluciones, que la materia estercoral no salió luego sino hasta los diez y siete días: es permitido suponer que haya habido alguna compresión, la cual determinó una escarificación y á la caída de la escara una fistula estercoral bastante pequeña para haberse obliterado á los pocos días.

El éxito acabó por ser completamente satisfactorio.

En la observación segunda vemos dificultades mucho mayores, vencidas por M. Pean.

No pudiendo salir el útero entero, porque no cabía así por los estrechos, Mr. Pean lo dividió de adelante hacia atrás, enucleó los fibromas accesibles y pudo bajar más el útero y seguir la disección del tejido celular que lo rodea, encontrando varios fibromas: al descubrir uno de éstos se abrió el peritoneo y por esta abertura se alcanzó un ligamento ancho izquierdo, se ligó sólidamente y se cortó. En seguida apareció una larga brida peritoneal implantada verticalmente sobre el fondo del útero, fué ligada y cortada, no habiendo dificultades después.

La hemostasis fué conseguida con pinzas hemostáticas largas y numerosas; al retirarlas se vió que no había sangre; aun las pinzas aplicadas sobre los ligamentos anchos pudieron retirarse; después se reunieron las superficies sangrantes de la vagina y del peritoneo con cuatro hilos metálicos en la profundidad y otros cuatro para la sutura superficial. Éxito completo á los trece días.

La tercera observación debida al Dr. Pean, tiene mucha analogía con la anterior: fué necesario dividir el útero esta vez, haciendo una parte anterior y otra posterior para facilitar su extirpación; se encontró un quiste del ovario izquierdo; el sujeto era de cincuenta y tres años de edad, muy demacrada por las hemorragias; el temor de que hubiera alguna malignidad en los neoplasmas hizo que no se economizaran tejidos; sin embargo, el éxito fué completo.

La observación cuarta es todavía más instructiva: se sospechaban tumores malignos con sobrados fundamentos, y la procidencia de la vejiga en la vulva constituía una dificultad más.

La enferma, puesta en la posición propia para la operación de fistula vésico-vaginal, dilatadas las paredes vaginales, el cuello fué llamado y disecado hasta el peritoneo. Tan luego como fué abierto el fondo de saco posterior, se prendió el ligamento izquierdo en su base con pinzas; el ovario y la trompa se presentaron, luego fueron atraídos y separados sin pérdida de sangre. Entonces se ve el fondo del útero que se puede llamar hacia atrás con pinzas de Museux, se llega á ver el ligamento ancho derecho sobre el cual se fija una pinza hemostática; una arteria vaginal da sangre en ese momento, es obliterada con una pinza. Hasta entonces corta el operador los ligamentos entre las pinzas con el

fin de extraer el útero con los tumores, pero viendo lo imposible, se resuelve a dividirlo.

Con este fin, corta lateralmente el cuello y el cuerpo del órgano, encontrando poco arriba del orificio interno del cuello una masa irregular que vertía sangre; era fungosa, larga, de seis centímetros, ancha de cuatro, con un pedículo del mismo tamaño. Esta masa llenaba completamente la cavidad uterina, deteniendo los líquidos que allí quedaban alterándose: así se explicaba la fetidez del flujo.

Quitado este tumor, se pudo penetrar con el dedo en el canal uterino dilatado: tiene 18 centímetros de largo y varias masas fibrosas ocupan sus paredes. La más gruesa está en el fondo; la extirpó el cirujano por pedazos. Quitado otro tumor más pequeño, pareció posible palanquear el útero hacia atrás y hacerlo salir por la parte posterior de la abertura peritoneal. Este movimiento de palanca se hizo impracticable por las adherencias laterales debidas a los tumores desarrollados sobre los lados y fué preciso aplicar cinco pinzas curvas más sobre la parte más elevada de estos ligamentos, encima de las primeras, y cortar entre unas y otras. Debido a la altura en que fueron puestas estas últimas pinzas, no se pudieron sustituir con ligaduras; por lo mismo fueron dejadas y no se suturó la herida.

Curación: una esponja embebida y cubierta con yodoformo. La operación habia durado hora y media. Éxito completo.

Este caso es de los más instructivos, porque indica el modo de vencer dificultades que antes hubieran parecido insuperables, y demuestra cómo un flujo corrupto puede ser producido por tumores que no eran malignos y que antiguamente hubieran parecido tales, y ser de los que no se consideraba prudente extirpar dando lugar a que éstas y otras muchas enfermas quedaran abandonadas como incurables.

La quinta observación pertenece también al profesor Pean, y trae sus instrucciones particulares en cuanto a maniobra operatoria.

El tejido uterino poco resistente se rompía bajo la tracción de las pinzas de Museux, el volumen de la masa fibrosa contenida en el órgano explica la dificultad encontrada para bajarlo; cortado el cuerpo del útero, se pudo dividir la masa fibrosa, y sin embargo, después de vaciado el útero, todavía oponía resistencia para la extirpación.

Aquí hubo una precaución importante, y fué la aplicación previa de pinzas hemostáticas sobre los ligamentos anchos, mediante la cual se evitó la hemorragia durante la desocupación del útero.

La operación duró cuatro horas: sin embargo, debido a las prudentes precauciones tomadas, la pérdida de sangre fué insignificante, y gracias a esto, pudo resistir la enferma, para la cual la menor hemorragia hubiera sido mortal.

Las dificultades habian sido exageradas por lo reducido de la vagina, que era

sumamente estrecha; el éxito fué completo después de algunas alternativas penosas.

La observación sexta, perteneciente también al Dr. Pean, da una idea de la fecundidad del tejido uterino como productor de fibromas y de cuánto conviene extirparlo cuando manifiesta tendencias á su producción. Se trataba de una mujer todavía joven, veinticinco años, y ya inutilizada por una proliferación fibromatosa demasiado abundante.

El descenso del útero se hizo imposible por su volumen, aun en su periferie los racimos de fibromas dificultaban su aislamiento en los fondos de saco peritoneales; se debió ir enucleándolos para llegar á la cavidad serosa.

Fué preciso para esta disección defender á la vejiga y á la uretra con una valva especial imaginada por el operador.

Aun los ligamentos anchos estaban abultados por la presencia de fibromas, á tal grado, que no fué posible abrazarlos con las pinzas hemostáticas largas curvas, construidas para la histerectomía.

Hecha la incisión bilateral del cuello y del cuerpo uterino, se vió que estaba el órgano completamente lleno de fibromas, variando de tamaños, desde el de un arvejon al de un huevo de gallina: cincuenta de estas masas fueron extirpadas sucesivamente, después se aumentaron las incisiones para descubrir las masas más elevadas; estas maniobras se hicieron con poca pérdida de sangre gracias á la aplicación que se hizo, á medida que se pudo, de pinzas hemostáticas en la base de los ligamentos anchos.

Una vez reducido el volumen del útero, se volteó su fondo para atrás hacia la vagina, en donde se fijó con ganchos: esta maniobra permitió ver la parte superior de los ligamentos anchos y aplicar en ellos cinco pinzas hemostáticas parecidas á las primeras. Entonces se pudo incidir el útero dentro de estas pinzas que se dejaron fijas, así como las que se habían puesto en las partes avivadas de la vagina.

Entre las pinzas asomó un quiste del ovario izquierdo del volumen de un huevo de gallina, de paredes delgadas y transparentes; se vació por punción y se extirpó después de haber puesto una pinza de presión en su pedículo.

El epiplón asomó á su vez, pero no tendiendo á salir más, se pudo dejar.

En medio de tantas pinzas fijas se introdujeron dos esponjas yodoformadas: la operación duró una hora. El éxito fué completo á los quince días.

La observación séptima es debida á Mr. Terrier: da muchos pormenores sobre el tiempo primero de separación del útero de la vagina, vejiga y recto, durante el cual se va cerciorando el operador de la multiplicidad de los fibromas y del volumen exagerado que producen.

Esta circunstancia hacía difícil la aplicación de las ligaduras escalonadas y obligó á aplicar la pinza curva larga (modelo Richelot), no alcanzando más que las dos y media partes inferiores de dicho ligamento que se va incidiendo entre

la pinza y el útero. En seguida se puede aplicar otra pinza más alta (modelo Terrier). Ésta llega cerca del borde superior del ligamento, mas no lo abraza enteramente; no pudiendo completar todavía la sección del ligamento izquierdo, se intenta la separación del derecho, poniendo primero una pinza curva, después una derecha, después de haber cortado parte del ligamento entre la pinza y el útero.

Hasta entonces puede bajar más el útero, pero no puede salir porque está detenido por los bordes superiores de los ligamentos anchos, y sobre todo, porque el volumen producido por los fibromas es excesivo; se determina el cirujano á dividir el útero en dos partes con una incisión en la línea media con bisturís y tijeras.

La parte baja más accesible, fué de división fácil. En la parte alta fué muy difícil: era preciso maniobrar á veces con el bisturí, á veces con las tijeras, esto en un tejido fibroso sumamente resistente; en fin, por medio de esta incisión y de tracciones se llegó á quitar las dos terceras partes inferiores del útero.

Con ejecutar tracciones sobre la parte derecha del útero, y seccionando entre la pinza derecha y el órgano, llegó á bajar esta parte poco á poco, quedando el tercio superior izquierdo, acompañado con una masa de fibromas sobrepuestos, la cual fué llamada afuera después de algunas secciones.

La hemostasis se completó con una pinza puesta sobre una arteria vaginal; la curación se hizo con cinco tapones de algodón yodoformado.

La operación, muy penosa y hecha con todas las precauciones antisépticas, duró hora y media.

La enferma sanó de los resultados de la operación, pero falleció á los tres meses y días á consecuencia de una afección cardio-pulmonar en un servicio de medicina.

Esta afección, probablemente debida ó empeorada por las hemorragias antes de la operación, hacia esta empresa mucho más peligrosa, y es de notar el alivio rápido de la herida operatoria cuando se sabe que cuando había sido operada tenía la paciente notable albuminuria.

La observación octava, debida á Mr. Terrier, describe perfectamente el primer tiempo, en el cual no hubo tropiezo ninguno: el cuello pudo bajar y separarse de sus inserciones vaginales con incisiones hechas con tijeras romas, quedando detenido el cuerpo del útero no más por los ligamentos anchos.

Después de haber puesto dos pinzas de forcipresura sobre arterias vaginales de la incisión posterior, pone en dos tiempos la pinza curva, sistema Terrier, comenzando por la rama posterior puesta por detrás del ligamento ancho izquierdo, la rama anterior puede entonces fijarse sobre la primera, abrazando fácilmente en su ranura el tenón de la rama puesta primeramente.

Sólidamente fijado así el ligamento ancho izquierdo, está dividido arrasando al útero.

Se pasa entonces al ligamento ancho derecho, abrazado con la pinza curva, sistema Terrier, éste cortado á raíz del útero; así queda aislado el órgano en su totalidad y sale sin dificultad.

La hemostasis asegurada con otras dos pinzas puestas en las pequeñas arterias vaginales, se puede ver al fondo de la herida el ovario derecho presentando un quiste del volumen de una pequeña manzana. Se limpia la herida con esponjas asépticas y se aplican tapones de algodón yodoformado en la vagina.

Muerta la enferma, á los tres días se extrae por la vagina parte del ligamento ancho izquierdo al cual quedaba adherida parte del fondo del útero; aunque no se notó la presencia del pus en ninguna de las piezas extraídas, se puede atribuir la muerte á la septicidad de aquellos restos del útero.

Se concibe que este accidente pudo y debió haberse evitado, y que este mal éxito no debe contarse en contra de la utilidad de una operación para la cual hay todavía poca experiencia.

Observación novena debida á Mr. Richelot.—Ésta no presentó ninguna dificultad capaz de complicar ó modificar el procedimiento operatorio con las pinzas, que podemos llamar el procedimiento francés. Siete pinzas largas fueron aplicadas sobre los bordes de la herida vaginal y tapones de algodón yodoformado en la cavidad; ningún accidente vino á interrumpir la curación conseguida en una semana.

Con razón después de este éxito puede decir Mr. Richelot: «En resumidas cuentas, esta mujer tenía un útero relleno de fibromas, dando lugar á síntomas penosísimos.» ¿Qué debía suceder? El útero creciendo en su posición viciosa, habría llegado la enferma á ver completar su paraplegia, agotada por el dolor quedaría inoperable, ó desarrollándose los fibromas hacia el abdomen, habría sido preciso acudir algún día á la histerectomía suprapubiana. Esta operación, por razones diversas, es todavía muy peligrosa, mientras la ablación vaginal, al contrario, parece tan benigna como la ovariectomía más sencilla. No vacilemos, cuando nos consulten con tiempo, cuando los síntomas indican una marcha progresiva, en sacar por abajo los tumores mientras pueden pasar por los estrechos pelvianos.

«¿Por qué la mayoría de los autores no han pensado más que en aplicarla al epiteloma? Es porque solamente un neoplasma maligno podía autorizar una operación peligrosa, difícil y mal estudiada. Pero hoy que puede curar sin gran pena enfermedades que antes veíamos aumentar como espectadores impotentes ó desarmados, no vacilo para creer que sus indicaciones van á multiplicarse.»

La observación décima, debida á Mr. Richelot, es más instructiva que la anterior porque obligó á maniobras nuevas: aquí vemos aparecer un procedimiento para alcanzar al fondo de saco anterior y abrirlo sin riesgo de herir á la vejiga tan íntimamente aplicada sobre la cara anterior del útero.

Abierto el fondo de saco de Douglas, se introduce por esta abertura el gan-

cho romo de M. Quenu; su curvatura no pudo abrazar el fondo del útero por su gran volumen; pero poniéndolo oblicuamente, pudo abrazar uno de los cuernos y presentar su punta por delante; entonces, apartando la vejiga con el índice la mano izquierda, apoyando la pulpa del dedo sobre la extremidad del gancho, se introdujeron tijeras largas con las cuales se hizo un ojal en el punto señalado por el gancho; habiendo chocado uno con otro los dos instrumentos metálicos, no había más que aumentar la abertura con el dedo.

Introducidas las pinzas largas, hecha la sección, el útero libre enteramente, fué evidente la imposibilidad de sacarlo de una pieza, y preciso dividirlo en pedazos con fuertes tijeras y pinzas poderosas.

En esta maniobra hubo una desgarradura de la vejiga que se debió suturar después. Primero se cerró la cavidad peritoneal con tapones de algodón yodoformado. Después se suturó la vejiga con sutura superficial: la operación duró dos horas.

Desde al día siguiente se notó un estupor alarmante: á los seis días sucumbió.

La autopsia dió á conocer: primero, que el peritoneo no había sufrido; la herida de la vejiga estaba obliterada por una asa del intestino delgado.

La vejiga retraída no contenía orina.

El riñón derecho era sumamente pequeño; tenía siete centímetros escasos de largo, su color y su consistencia no tenían nada anormal, pesaba 90 gramos. El izquierdo, todavía más pequeño, cuatro centímetros de largo, 40 gramos de peso. El examen microscópico indica que había esclerosis intersticial sobre todo del riñón pequeño.

Esta alteración demuestra la causa de la muerte: uremia por insuficiencia renal.

Observación décimoprimerá debida á M. Richelot.—Ésta ofrece una ocasión de ver lo inútil que es la operación de Alexander para mantener al útero en su lugar cuando tiende á inclinarse hacia atrás: fué practicada con éxito; pero su acción resultó pasajera, y preciso fué practicar después la histerectomía.

El operador dice textualmente: «No describiré con pormenores la operación que marchó según las reglas. El útero bajó bien. La separación de la vejiga y la abertura anterior del peritoneo, se hicieron sin dificultad. Sin embargo, nunca es muy fácil alcanzar el borde superior del ligamento ancho y asirlo del primer golpe con la pinza larga. Me sirvió bien el aplicar por delante del útero una herina gruesa para bajar ese borde y pasar mi índice encurvado. El útero salió bien, aunque voluminoso, la enferma no perdió sangre, la operación duró tres cuartos de hora.

«Hubo nada más en los días subsecuentes un poco de meteorismo; la temperatura no pasó de 38°. El quinto día, después de quitados los tapones, hubo una elevación hasta de 39°. Se hicieron cuatro inyecciones al día con sublimado, y todo volvió al orden.

«Al examinar la pieza se notó que el fibroma principal hubiera podido enuclearse por la cavidad uterina; pero los pequeños que lo rodeaban hubieran seguido desarrollando y no habrían tardado en producir nueva molestia, obligando á otra intervención quirúrgica.»

Con esta serie todavía corta de once observaciones, reproducidas en la interesante tesis del joven Dr. A. P. Gavilán, se puede considerar que si la histerectomía es una operación todavía difícil por lo imprevisto de ciertas circunstancias que pueden presentarse en el curso de la extirpación, es sin embargo de esto, mucho menos letal que otras tantas operaciones que se practican habitualmente, siendo su resultado, cuando se consigue el éxito, de lo más satisfactorio.

Es cierto que no siempre matan rápidamente los fibromas uterinos cuando causan hemorragias ó compresiones penosas, pero todos tenemos á la vista enfermas en las cuales vemos las consecuencias penosísimas de su desarrollo; son tales, que algunas preferirían, cuando ya es tarde para emprenderla, haberse sometido oportunamente, aun con riesgo de su vida, á la operación capaz de libertarlas de tanto padecimiento.

Después de leída la operación de histerectomía referida en tan pocas palabras en la *Gaceta* de la Academia, parece ser operación demasiado fácil y sencilla; dero con la lectura de las observaciones sacadas de la tesis del Dr. Gavilán, á quien debemos agradecer tan interesante trabajo, se modifica la opinión del lector y se concibe la necesidad de conocer más y mejor los procedimientos propios para hacer frente á tantos tropiezos posibles en el curso de la operación.

Se ve cómo y por qué los cirujanos franceses, con el profesor Pean á la cabeza, preocupados con la necesidad de asegurar rápidamente la hemostasis durante las extirpaciones en las cuales el volumen del útero obliga á extraerlo por partes, han ideado pinzas con las cuales se consigue este resultado con mayor precisión y menos dificultades.

Una enferma operada por el Dr. Richelot en el año de 85 por histerectomía vaginal murió de hemorragia, porque las ligaduras no fueron suficientes, lo que fácilmente se concibe cuando se ha visto cómo se enjutan los pediculos de los quistes; las ligaduras, por apretadas que sean suelen quedar flojas, mientras las pinzas largas, por su elasticidad, siguen comprimiendo los vasos.

El uso de las pinzas sustituido al de las ligaduras, ha permitido á Mr. Terrier hacer una histerectomía en veinte minutos, perdiendo unas cuantas cucharadas de sangre.

Hasta el año pasado, sobre 17 histerectomías operadas por MMrs. Terrier, Richelot, Bouilli y Bonnet, con las pinzas, no había habido más que dos muertes, siendo digno de atención que los casos fatales fueron los primeros cuando no se habían familiarizado con el uso de las pinzas.

Mr. Richelot ha tenido seis éxitos seguidos en casos de cáncer uterino.

Convencido de la utilidad de la pinza para sustituir á la ligadura escalonada,

Mr. Doléris ha hecho construir pinzas con ramas separadas capaces de articularse como el forceps después de haberse introducido una tras de otra: la rama que llamaremos hembra, tiene á su extremidad una parte saliente que permite enganchar y asegurar el borde superior del ligamento ancho para mantenerlo comprimido, una rama dentada cerca de los anillos permite aumentar la presión á medida de la indicación. Tal disposición hace más fácil la aplicación y la extracción de la pinza, y no dudamos que cuando nuestro hábil colega se encuentre enfrente de un útero demasiado voluminoso para salir de una pieza, preferirá asegurar la hemostasis con la pinza de Doléris, que aplicar ligaduras en donde no pueden llegar los dedos para cerciorarse de su buena aplicación.

Establecida la relativa benignidad de la operación, la cual debe ser mayor todavía á medida que el método operatorio se perfeccione, es evidente que las indicaciones para su aplicación se multiplicarán.

Tenemos actualmente á la vista un caso de fibroma intrauterino que parecía tender á expulsión y pediculización: producía metrorragias abundantes pero siempre periódicas: la aplicación diaria de corrientes eléctricas ascendentes, durante tres meses, venció á las metrorragias y determinó la atrofia del cuerpo fibroso submucoso intrauterino sobre el cual la corriente obraba más inmediatamente.

La enferma creíase casi buena cuando por un cansancio extraordinario volvió á sentir síntomas de compresión intrapelviana y solicitó nuevo examen.

De éste resultó que unos racimos fibromatosos desarrollados en los cuernos del útero eran los agentes de tal compresión; uno de los componentes de estos racimos ya adquirió un volumen igual al de un huevo de paloma; comprime, además de los plexus nerviosos, el mismo ovario, dando lugar á dolores agudísimos.

El éxito logrado con el fibroma intrauterino inclina á creer que podrá lograrse también con los subperitoneales atacándolos directamente con la electropuntura; pero la enferma, joven y robusta, muy restablecida de la anemia que habían producido las metrorragias anteriores, pide la extirpación, prefiriendo correr el riesgo de la vida á seguir padeciendo con los dolores que le produce la compresión.

Hace veinticinco años, el que esto escribe preguntó si sería permitida la histerectomía en un caso en el cual la vida se hacía imposible por la repetición de las hemorragias; hoy se toma la libertad de preguntar á esta H. Academia si es permitido practicar la histerectomía vaginal por fibromas que no amenazan la vida y no más se hacen insoportables por los dolores que causan. ¿La Academia no contestó?

La idea de acudir á la salpingotomía, atacando á los fibromas compresores por el camino más corto, acude al espíritu; pero sabiendo que todo el cuerpo del útero está invadido por la degeneración fibrosa, se tiene la conciencia de

que tal operación no sería completa por una parte, y por otra, no siendo tan bien estudiada como la histerectomía, hay más probabilidad de éxito y de éxito radical con esta última que con la salpingotomía.

Esta cuestión podría quedar á la orden del día, sometida á la discusión de los socios, así como la de saber si se debe decir histerotomía ó histerectomía cuando se trata de una operación en la cual se extrae fuera del cuerpo al útero, reservando la palabra histerotomía para los casos en los cuales no más se abre el órgano de la gestación sin extraerlo ni en totalidad ni por partes.

México, Noviembre 6 de 1888.

FÉNÉLON.

NECROLOGIA.

El 4 de Diciembre ha fallecido en esta Capital el Sr. Dr. D. *Luis Ordaz*.

Se recibió en la Escuela N. de Medicina de México el 15 de Septiembre de 1842; ejerció algún tiempo, dedicándose al comercio de libros de Medicina después; fué uno de los primeros, en unión de los Dres. Lucio, Barreda y Sr. Aristidi, que introdujeron en México las obras médicas europeas, fomentando el gusto por ellas y esparciendo en la Capital los conocimientos modernos.

Durante el resto de su vida estuvo empleado en Hacienda, y cuando murió era uno de los Jefes de la sección de aduanas como perito facultativo.

FIN DEL TOMO XXIII.