

Aceptad mi trabajo en su modestísimo valimiento, perdonadme mis múltiples errores, y al juzgarme meditaad que vengo aquí buscando vuestra sabiduría y vuestro amparo, sin traer más que mi afán por estudiar y mi amor por el trabajo.

Perdonadme también que en mis escritos no me ocupe de descripciones clínicas ni detalle sintomatología ni diagnosis: al escribir mis ideas no he vacilado en comprender que están destinadas á vosotros que conocéis la materia mejor que yo, y he limitado mis estudios á aquellos puntos que eran á mi humilde juicio de más interés y de más novedad.

*

Leyendo los libros y los folletos últimos de Ginecología no puede menos el lector sino aceptar como conclusión que el corolario obligado de las ooforo-salpingitis parece ser hoy la ooforo-salpingectomía.

Todos los autores discuten los procedimientos operatorios, comparan sus estadísticas quirúrgicas y debaten la utilidad de tal ó cual instrumento nuevo ó de tal ó cual incisión inicial; pero casi ninguno, ó por lo menos como extraordinaria excepción se presenta alguno que se atreva á buscar el correctivo de este vértigo quirúrgico.

El grupo de las ooforo-salpingitis se enriquece diariamente con variedades nuevas y con formas no conocidas aún, pero su terapéutica no se sublima con ningún elemento curativo nuevo, y su base permanece aún quirúrgica. Desgraciadamente mutilar no es curar.

Es tanto más importante la supresión de los métodos sangrientos en el tratamiento de las ooforo-salpingitis, cuanto que en estos casos se acumulan á los peligros de toda intervención quirúrgica intra-abdominal los accidentes graves llamados *de menopausa artificial*, tan bien conocidos desde los trabajos de Brown Sequard sobre las glándulas de secreción interna y tan poco modificables á pesar de los entusiastas escritos de Jay Le y de sus discípulos.

Desgraciadamente no puedo en este trabajo dedicarme á sostener las ventajas de los métodos conservadores, pues que la indole de mis observaciones es esencialmente mutiladora. Pero es precisamente analizando estos casos operables como se sintetizan los no operables; es conociendo las indicaciones verdaderamente quirúrgicas como se pueden hacer brotar las indicaciones médicas; es profundizando el cortejo de la mutilación como se la toma horror y se procura evitarla.

Un enorme volumen necesitaría escribir para extender los conocimientos actuales sobre las ooforo-salpingitis, y os cansaría, Señores, refiriéndoos las impresiones que esta infección me causa y las ideas tan amplias que profeso hacia su tratamiento.

Por eso me limitaré muchísimo, procurando tocar sólo un pequeño grupo de las *ooforo-metro-salpingitis purulentas*, que encierra algunas novedades y que guarda profundo interés para el porvenir.

Con toda intención me abstengo de las ooforo-salpingitis catarrales, intersticiales, muco-purulentas, tuberculosas, sifilíticas, coli-bacilares, secundarias de una infección general, etc., etc.

Y aun de este grupo ooforo-metro-salpingeo sólo estudiaré ciertas indicaciones operatorias de la histerectomía, indicaciones sacadas tanto de la práctica de los ginecólogos europeos como de la de los mexicanos y americanos, que no son pocos, ni menos autorizados.

Si soy algo extenso perdonadme, Señores: *no tengo tiempo de ser conciso.*

Autorizadme con vuestra benevolencia para que antes de abordar la parte verdaderamente terapéutica de mi trabajo procure hacer un rápido examen á ciertos puntos de la patogenia de las ooforo-metro-salpingitis.

Mi objeto no será cansaros con una descripción larga, minuciosa y aburrida en este examen; pero me atrevo á esperar que sea útil mi insistencia sobre estos puntos de patogenesia, á fin de que mis ideas sobre el tratamiento, al desarrollarse, cuenten con una amplia y completa base.

Desde luego deseo que convengamos todos en este punto:

Las ooforo-salpingitis son lesiones de origen francamente microbiano.

Las discusiones sobre este punto parecen próximas á terminar por un acuerdo absoluto no obstante las pequeñas controversias que motivaron con sus escritos Lawsontait, Delché y Prochownich.

Desde 1894 han sido clásicos los análisis de los Sres. Hartmann y Merax, relativos á las bacterias que producen más frecuentemente las ooforo-salpingitis, y su clasificación había sido comunmente aceptada hasta las recientes investigaciones de Yordanoff, que variaron un poco la enumeración del orden de su frecuencia.

He aquí según Yordanoff la serie de los microbios más constantes en las ooforo-salpingitis, enunciados según su orden de importancia: los *estreptococcus* de Ogston, llamados también *micrococcus piogenes* de Rosenbach; los *micrococcus gonorrhoea* ó *gonococcus* de Halleir y de Neisser; la serie de los *estafilococcus* de Rosenbach, de Paset y de Guttman; los *bacterium coli* de Vignal; los *pneumococcus* de Frenkel, etc., etc.

Wite ha encontrado en el pus de las ooforo-salpingitis el bacilus del edema maligno.

Menge habla de ciertas formas de ooforo-salpingitis caracterizadas por la existencia de los bacilus de Koch; y finalmente,

Lehman dice haber encontrado en este pus el esquizomiceto de la actinomicosis.

Durante la evolución de ciertas fiebres infecciosas, tales como el sarampión, la viruela, la escarlatina, etc., se pueden observar ciertas formas de ooforo-salpingitis con colonias microbianas específicas. Por lo menos esto lo aseguran Scanzoni, Beraud, Gosselin, Jolliard, Zebedineki,

Slawjaneki y algunos otros autores que se han ocupado en estudiar este punto.

Los gérmenes salpingeos rara vez se encuentran al estado de cultivos puros, sino que se mezclan, se combinan y reunen su actividad desorganizadora y sus propiedades tóxicas. No es extraño ver al estreptococcus unido al gonococcus, ó éste con el pneumococcus, ó los estafilococcus con el estreptococcus, ó todos reunirse y acumularse.

La esterilidad del pus ooforo-salpingeo es enteramente excepcional. Casi ningún autor de Ginecología cree en ella, sino, por el contrario, este pus goza de la fama más terrible en cuanto á sus propiedades virulentas.

Wite dice haber encontrado cinco veces el pus estéril en treinta y nueve investigaciones sobre las ooforo-salpingitis.

Esta pequeña invasión al terreno de la Bacteriología, nos ha permitido recordar las variedades más frecuentes de los gérmenes que se imputan como causantes de las ooforo-salpingitis.

Es decir, que conocemos los elementos primordiales de la teoría microbiana de este proceso séptico y que aceptando la acción de ellos, admitiendo el origen zimótico de las inflamaciones y en particular de las inflamaciones purulentas, punto discutible, pero cuya discusión no es del caso; llegaremos á acordar que realmente las ooforo-salpingitis no son más que el resultado constante de la infección parasitaria de los anexos. Tendremos que aceptar esta teoría, entretanto la Clínica futura nos ofrezca otra más satisfactoria.

Pasemos, pues, á este otro punto de vital importancia:

La infección ooforo-salpingea, en el mayor número de los casos, no es sino la resultante de un estado séptico del útero, anterior á la lesión anexial.

En circunstancias hasta ahora incompletamente estudiadas en su esencia, la infección puede llegar á los anexos por vías diversas de la uterina, y se habla de las ooforo-salpingitis por infección general, por lesión peritoneal previa, por accidentes intestinales ó apendiculares, por herida traumática externa, etc.

Estas variedades no tienen para nosotros actualmente ningún interés.

La existencia de las bacterias en el útero, y muy particularmente en el endo-metrium, es el punto inicial de la infección tubo-ovárica.

El endometrio normal no contiene microbios, según los análisis publicados durante el presente año por Jean Hallé. Es preciso, pues, admitir un estado previo de infección uterina. La lesión inicial es la *metritis*.

La propagación de la inflamación del útero á los anexos se verifica de una manera compleja, siguiendo dos vías principales.

Desde luego la continuidad anatómica de la mucosa uterina con la mucosa tubaria al través del *ostium uterinum*, permite comprender que los

microbios tengan comunicación franca y fácil desde la cavidad del útero con la cavidad salpingea.

El movimiento ciliar del epitelium uterino no ofrece sino una barrera poco resistente á la marcha ascendente de los microbios, y el epitelium salpingeo tampoco puede resistir mucho el avance de los gérmenes contra la dirección de sus filamentos vibrátiles. Véanse á este respecto los trabajos de Wyder, de Durhssen ó de Schmit.

Los microbios no solamente avanzan sobre los anexos por la superficie del epitelium del endometrium, sino que penetrando en la intimidad del tejido de la mucosa, recorren ésta en todas direcciones al través de su reticulo intracelular merced á sus facultades de amiboidismo.

Lucas Championiére, el conocido cirujano francés, ha llamado la atención sobre la importancia del aparato linfático útero-anexial en el proceso de la infección ooforo-salpingea.

No quiero detenerme en la descripción anatómica del riquísimo plexus linfático útero-anexial, tan bien conocido por todos los cirujanos. Bastaráme recordar que el útero es un órgano abundantemente dotado de capilares linfáticos, que su mucosa, su parénquima muscular, su peri y para-metrium están materialmente cribados por los trayectos de los vasos de la circulación blanca, y que esta circulación está de tal manera ligada con la de los anexos uterinos, que clínicamente podrían considerarse estas dos circulaciones como constituyendo un propio y único departamento linfático.

Los ligamentos anchos, los pliegues útero-salpingeo, útero-ovárico y ovaro-tubario, los tejidos todos que constituyen lo que designamos comunmente el *parametrium*, están recorridos en todas direcciones por vasos linfáticos que se mezclan, se cruzan, se anastomozan y constituyen un intrincado plexus de abundante circulación linfática.

La penetración de los gérmenes de la inflamación en un punto cualquiera de esta red blanca, equivale al dominio de toda la zona útero-tubo-ovárica con sus tejidos celulares adyacentes.

Este punto es casi siempre el endometrium.

Es éste el más al alcance de los traumatismos, el más expuesto á las infecciones exteriores vaginales ó directas, el que sufre el primer golpe de los accidentes que más frecuentemente alcanzan el aparato genital interno en la mujer.

Hemos visto, pues, que la infección ooforo-salpingea puede hacerse por dos vías las más comunes:

- 1ª Directamente, por continuidad con la mucosa uterina.
- 2ª Indirectamente, por comunicación completa con el aparato linfático del útero.*

Estos dos puntos, estudiados, nos permiten aceptar esta conclusión:

La infección anexial reconoce con muchísima frecuencia la existencia de una infección uterina previa.

Permitidme, Señores, que pasemos á otro punto de estudio no menos interesante para mis conclusiones.

Quien quiera que conozca las poderosas aptitudes vitales de los microbios, y muy particularmente de algunas variedades, tales como los *estreptococcus*, los *gonococcus* y algunos *bacillus*, comprenderá desde luego que la penetración de ellos en el interior de los capilares linfáticos no es un fenómeno meramente mecánico, sino que poniéndose en inusitada actividad las propiedades protoplásmicas tanto de los gérmenes invasores como de los elementos endoteliales invadidos, los fenómenos consecutivos adquieren la confusión, la intensidad y la variabilidad de todas las manifestaciones de la vitalidad celular.

De aquí los depósitos kariokinéticos de Metchnicoff, las acumulaciones infiltradas de gérmenes neógenos, y el desarrollo de grandes cantidades de productos solubles, residuos últimos de la desintegración orgánica en ese drama oscuro que se llama *la infección*.

Estos fenómenos nacen en el punto primeramente invadido, se extienden luego por las cercanías de él, y á medida que el proceso adquiere vigor y resistencia, van avanzando por las vías fáciles de comunicación y van extendiendo su poderosa acción, y terminan con un tejido, con un órgano ó con un sér.

Los vasos linfáticos y las cavidades virtuales del tejido conectivo son estas vías más fáciles de comunicación.

En la infección útero-anexial que me ocupa, los fenómenos celulares se inician en el epitelium del endometrium, se extienden á la intimidad de la mucosa, recorren con los capilares blancos, y aun con algunos rojos el parénquima propio del útero, llegan al perimetrium, á los anexos, los ligamentos anchos y alcanzan la totalidad del parametrium para detenerse en los órganos linfoides de la pelvis ó invadir la economía entera.

Es esta infección progresiva la que va constituyendo la *endometritis* primero, la *metritis intersticial* ó *parenquimatosa* después, luego la *perimetritis* y las *ooforo-salpingitis*, y por último, las *para-metritis* ó *flegmones pélvicos* y las *septicemias generales*, tales como la *puerperal* y la del *flegmón difuso de la pelvis*.

Las ooforo-salpingitis no son en rigor más que un epifenómeno de la infección uterina, y están íntima é inseparablemente unidas con el proceso del útero mismo.

Ruego mucho á los señores que me hacen el honor de escucharme que recuerden que he hecho abstracción del grupo de las ooforo-salpingitis de origen no uterino, y que sólo á las de este origen me refiero al decir el nombre de ooforo-salpingitis.

Estas ooforo-salpingitis, ligadas en su esencia y en su evolución con el útero mismo, forman un tipo nosológico individual distinto de las otras lesiones anexiales y poseedor de una sintomatología, de un pronóstico y de un tratamiento especiales.

Los autores de Ginecología lo entrevén, pero lo descuidan; lo conocen, pero no lo describen.

Este proceso, que he procurado únicamente delinear, constituye una enfermedad ginecológica definible por *ooforo-metro-salpingitis*.

No es mi ánimo sostener ante tan alto cuerpo como esta Academia la nueva creación nosocomial que he procurado describir. Ha sido mi intención recordar su existencia demostrándola en esta graduación:

1º Las ooforo-salpingitis son de origen microbiano.

2º La infección tubo-ovárica de origen uterino está íntimamente ligada con la infección uterina previa.

3º La infección del útero, al extenderse hasta los anexos, constituye un proceso único é individual.

Este proceso es: la *ooforo-metro-salpingitis*.

En estos casos de ooforo-metro-salpingitis, junto con la infección uterina y anexial, el peritoneo de revestimiento de estos órganos y el tejido conjuntivo sub-peritoneal, sufren la influencia de los gérmenes de la inflamación, y se ven desarrollarse focos pequeños de verdaderas peritonitis que terminan lo más á menudo por adherencias peritoneales más ó menos organizadas. Son en la cara posterior del útero, sobre el fondo de Douglas, y en los pliegues ovárico y tubario de los ligamentos anchos donde se observan estas peritonitis adhesivas con más frecuencia.

Esta invasión del peritoneo pélvico y de su tejido sub-peritoneal por los gérmenes piógenos en las ooforo-metro-salpingitis puede ser de gran importancia para el ginecólogo.

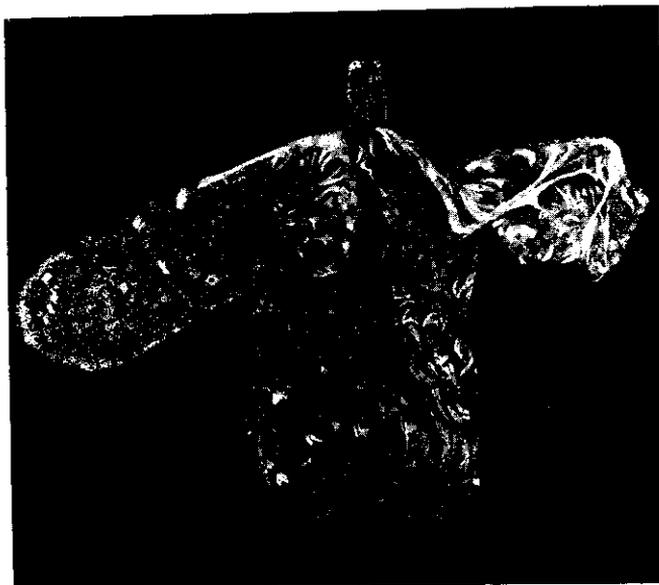
La abertura operatoria de los departamentos linfáticos peri-uterinos y para-metríticos, la desgarradura quirúrgica en una extensión amplia del tejido celular sub-peritoneal infiltrado de gérmenes, puede en ciertas variedades de ooforo-metro-salpingitis ocasionar desórdenes de infecciones peritoneales inesperadas.

A este respecto permitidme citaros una observación de esta naturaleza que ofrece notable interés.

La señora Concepción C. . . . de N. . . . , de origen catalán, de 38 á 40 años de edad, casada, leucorreica desde sus primeras relaciones conjugales, sufre desde hace cinco años accidentes de ooforo-metro-salpingitis intensa. Su matrimonio data de ocho años.

Tanto en Europa como en México ha procurado constantemente hacerse curar de su padecimiento sin lograrlo jamás.

Su estado es completamente de inválida. Sufriendo constantemente dolores abdominales, martirizada por la leucorrea, que aunque inter-



Oofo-ro-metro-salpingitis purulenta, no quística.

mitente, le escoria la vagina y los muslos, atravesando crisis agudas de sufrimientos durante las épocas menstruales, la señora de N. . . . ha concluido por separarse completamente de su esposo desde hace más de tres años por el tormento insoportable que las relaciones conyugales le causan.

El día 7 de Mayo de 1898, cuando la ví por primera vez, hice el diagnóstico de ooforo-metro-salpingitis purulenta no quística, y le propuse después de un mes de tentativas quirúrgicas infructuosas, la ooforo-metro-salpingectomía abdominal.

Esta operación la realicé en el mes de Julio de ese mismo año.

Desde que abrí el vientre pude percibir el útero muy grueso, congestionado, lleno de adherencias con los anexos y fijo en retroversión por algunos tractus fibrosos de su cara posterior. Los anexos completamente perdidos, las trompas sinuosas con engruesamientos parciales que les daban aspectos de rosarios; los ovarios muy grandes, caídos en el fondo de Douglas y microquísticos. Los anexos del lado derecho estaban abrazados por el apéndice vermicular que se les adhería íntimamente serpenteando en su superficie.

Hice la histerectomía total por mi procedimiento personal que oportunamente describiré, en presencia de multitud de estudiantes de Medicina y de los doctores Joaquín Vértiz, Numa Torrea, Ricardo Tapia Fernández, Ortiz, Vargas, Montenegro y algunos otros. La pieza obtenida os la envío en una fotografía.

Me permito citar á estos señores como asistentes, pues que á todos les consta que mi asepsia fué perfecta y mi operación tan rápida y feliz que duró solamente cuarenta y siete minutos.

Desde que seccioné las numerosas bridas adherentes y percibí el engruesamiento de los ligamentos anchos, comprendí que la infección microbiana alcanzaba ampliamente el parametrium.

En efecto, durante el aislamiento lateral del útero podía ver con claridad la luz abierta y esclerosada de los vasos linfáticos seccionados, y al tallar mis colgajos peritoneales uterinos para cubrir el futuro muñón vaginal, notaba que mi bisturí trabajaba en un tejido sub-peritoneal duro y esclerosado. Fué preciso reseca el apéndice, pues aparentaba estar contaminado también; y esta pequeñísima maniobra fué realizada sin incidente alguno en tres ó cuatro minutos. La sutura del pequeñísimo muñón apendicular quedó de todo mi beneplácito.

Cerré la vagina y el vientre altamente satisfecho de la operación y augurando una rápida y venturosa curación á los amigos que me rodeaban. Eran las doce del día del 20 de Julio.

Esa tarde fué buena, pero ya como á las ocho de la noche ligeros dolores comenzaron en el vientre, se iniciaron vómitos intensos y el pulso comenzó á subir á 90 y 95.

A las once de esa noche el pulso latía á 120 y 130 con algunas intermitencias. La respiración se aceleraba, el vientre se comprimía fuertemente bajo el vendaje de la curación, los dolores abdominales arrancaban constantes lamentos á la enferma y los vómitos tomaban cierto carácter porráceo. Las facciones se hundían, la agitación era grande y se presentaba algo de delirio. Temperatura, 37 grados.

A las dos de la mañana del día 21, la situación estaba muy comprometida: el pulso estaba á 140 y 150, casi incontable, muy pequeño, irregular y lleno de intermitencias. La respiración superficial y muy acelerada. La temperatura á 36.2 grados. Los vómitos habían sido reemplazados por regurgitaciones negruscas, la cara horriblemente desfigurada, la piel cubierta por un sudor viscoso y frio, la lengua enteramente seca. Creía ver morir de un momento á otro á la operada. La vida sólo parecía sostenerse merced á las altas dosis de estricnina, cafeína, esparteína y aceite alcanforado que constantemente le inyectaba por la vía hipodérmica.

A esas horas comencé á inyectarla, lentamente, solución caliente de cloruro de sodio al 6 p 8 en la vena mediana cefálica del brazo derecho: la inyección duro una hora y penetraron cerca de 2,000 gramos de líquido.

Algo reanimada la enferma llegó hasta las 7 de la mañana, hora en que acompañado de los Dres. Numa Torrea, Calixto Vargas y Ortiz, resolví reabrir el vientre.

Sin anestesia y mientras el Dr. Torrea, le practicaba á la enferma grandes inyecciones de suero artificial caliente, en el tejido celular de los flancos, yo por la vagina comenzaba á destruir las suturas de la vispera.

Abierta la cavidad del peritoneo, escurrió por la vagina con abundancia un líquido sero-sanguinolento. Recorrí con dos dedos la cavidad de la pelvis, en la extensión que pude, sin hallar nada de anormal.

Por la misma vagina coloqué dos gruesos tubos de cauchouc vulcanizado y comencé á lavar la cavidad pélvica con agua hervida, y caliente. Por un tubo entraba el líquido y por el otro salía. El irrigador que utilizaba contiene tres litros de capacidad y pasé por los tubos, durante este primer lavado, cerca de cien veces la dosis del irrigador.

El efecto de este lavado, combinado con las inyecciones sub-cutáneas, fué casi maravilloso: la enferma abrió los ojos, el pulso se llenó algo, el juicio intelectual volvió y algo se humedeció la lengua.

A las 2 de la tarde veían en junta conmigo, á esta operada, mis maestros los Sres. Francisco de P. Chacón y Joaquin Vértiz y mis amigos los Dres. Antonio A. Loaza, Germán Díaz Lombardo y Ricardo Tapia Fernández.

Estos señores aprobaron mi diagnóstico de *septicemia peritoneal sobre-aguda* y me animaron á perseverar en el mismo tratamiento.

Los lavados calientes los continué cada cuatro ó cinco horas y la enferma comenzó á mejorarse.

En fin, señores, para no cansaros os diré, que ocho días después le retiré los tubos y un mes más tarde abandonó la cama, completamente curada á mi juicio y al de los Dres. Vértiz y Chacón que la volvieron á ver.

Hoy vive en México enteramente curada y no tendrá inconveniente en ser estudiada de nuevo, si la Honorable Academia que me escucha lo desea.

Esta historia, tan suscitadamente referida, nos demuestra, con evidencia la influencia desastrosa de la infiltración microbiana pélvica en los casos de ooforo-metro salpingítis purulentas.

No tengo la menor duda hácia la correcta asépsia de mi operación anterior y en cuanto á mi técnica operatoria, diré á vosotros que era la vigésima vez, ó más, que yo hacía una histerectomía abdominal total, por mi procedimiento de exclusión vaginal y sin vacilar, hago responsables á los gérmenes infiltrados en el para-metrium y en el para-ovarium, de esta septicemia peritoneal tan brutal en su desarrollo y tan felizmente combatida.

De este caso he obtenido dos datos útiles de terapéutica ginecológica: es el primero, la regla de dejar siempre canalizado el peritoneo, en las histerectomías por ooforo-metro-salpingítis; y el segundo la utilidad de intervenir precozmente en las infecciones peritoneales pos-operatorias y reabrir el vientre, sin temor ni vacilación, ántes de que el corazón se fatigue ó la infección peritoneal se generalice. Este último precepto me ha permitido obtener cuatro curaciones en cuatro casos de peritonitis post-operatorias, en las que he intervenido. El Sr. Dr. Chacón conoce estas observaciones, de las cuales tres llegaron á alcanzar un grado sumo de gravedad.

Hemos visto, aunque ligeramente, algo de la patogenesia de las ooforo-metro-salpingítis purulentas. Estos datos nos permitirán formarnos criterio terapéutico en todas ellas, mas para no prolongar mucho mi exposición, abusando de vuestra benevolencia, limitaremos nuestro estudio solamente á las dos formas más importantes:

A las ooforo-metro-salpingítis purulentas puerperales y á las ooforo-metro-salpingítis purulentas quísticas.

OOFORO-METRO-SALPINGITIS AGUDA PURULENTA PUERPERAL.

En este proceso séptico se destacan brillantemente los escritos recientes de Schtusck de Goldsborough, de Hängs y de Vineberg, y las operaciones notables de Michaux de Rosemburg de Landau y de Bouilly le dan un giro de actualidad acentuado.

La raspa de la matriz había sido el tratamiento más vulgarizado para combatir la infección ooforo-metro salpingéa puerperal y por consecuencia la intoxicación puerperal de la economía entera; es decir la fiebre puerperal.

Algunos autores, como Fieux y Chaleix aconsejan hasta la raspa repetida dos ó tres veces y esta opinión no está muy lejos de ser también la de Pinard, en los casos de septicemia uterina puerperal grave.

Yo, como ellos, creo que en la metritis puerperal la indicación primera, constante y urgente, es la desinfección enérgica de la cavidad uterina, por medio de raspas repetidas, si es preciso, y de abundantes lavados antisépticos de la misma cavidad.

Pero con frecuencia sucede que esta desinfección es aleatoria, que la temperatura abatida por algunas horas vuelve de nuevo á subir con violencia, que los signos de infección se reproducen con intensidad y que la enferma parece no haber obtenido beneficio alguno con la serie de curaciones que ha sufrido.

¿Qué ha sucedido entónces? ¿Debe declararse la inutilidad de la raspa uterina y de los lavados antisépticos, en estas infecciones puerperales?

Distingamos:

Si en nuestra imaginación volvemos rápidamente á recorrer los detalles de patogenesia de las ooforo-metro-salpingitis, recordaremos que dos son los principales períodos de su evolución.

El primero, francamente uterino.

El segundo, de generalización linfática y de propagación directa, al para-metrium y á los anexos.

Durante el periodo inicial, durante la faz de endometritis, la raspa uterina es el recurso omnipotente para destruir la infección y suspender la intoxicación. El filo de la cucharilla arranca y extirpa toda la capa superficial del endometrio y en esta capa, arrastrada por los lavados antisépticos, se van los microbios, los elementos destruidos y los productos de la destrucción elemental.

Si el proceso ha profundizado un poco su acción en las paredes uterinas, podrá una única raspa no ser suficiente para destruirlo completamente y la necesidad de levantar un espesor mayor de tejidos, á fin de extirpar toda la zona infectada, podrá requerir el aumento en el



Ooforo-metro-salpingitis puerperal.

número de las raspas intra-uterinas con la cucharilla y necesitarse hacerla dos ó tres veces, como lo indican Frieux y Chaleix.

Pero si el proceso ha invadido ya los linfáticos, si el estreptococcus ha ganado los anexos y el parametrium; si el parenquima propio del útero está infiltrado de gérmenes que lo recorren, emigrando en todas direcciones y saturándolo de productos tóxicos; si las lesiones clásicas de la ooforo-metro-salpingitis se han desarrollado en todo su vigor, la raspa uterina no tendrá absolutamente ninguna influencia sobre este proceso séptico, pues su acción queda únicamente limitada á la superficie interna del útero, sola región accesible al filo de la cucharilla.

Mas como quiera que la *Endometritis puerperal* no nos interesa más que como origen ó faz transitoria de la ooforo-metro-salpingitis puerperal, dejaremos sin tocarlas, las indicaciones y orientación de su tratamiento y pasemos á la ooforo-metro-salpingitis aguda puerperal, ya constituida.

Es decir, ocupémonos de ese estado particular del útero. en el cual se halla saturado de gérmenes y toxinas en todo su espesor; en el que su circulación linfática está apretada de estreptococcus, en el que los anexos y el para-metrium son nidos infinitos de estreptococcus y de otros gérmenes, y en el que, en resumen, todo el aparato genital interno está transformado en un inmenso campo microbiano, en un almacén de toxinas, en una masa porosa por cuyos intersticios destila venenos á semejanza de un chancro infectante puerperal.

Por supuesto que este depósito de gérmenes y de sus producciones, no pasa desapercibido para la economía entera, y que la circulación roja, en particular la venosa, coopera activamente con la blanca, para difundir por toda la economía los venenos elaborados en él útero, para transportar y constituir metastásis coloniales, con los gérmenes que se agitan en la región genital y para transformar la ooforo-metro-salpingitis puerperal aguda, en *septicemia puerperal*, de un modo análogo á la transformación de la endometritis puerperal en ooforo-metro-salpingitis.

La septicemia puerperal, tendría tres períodos en su evolución clínica:

- 1.º—Período de endometritis;
- 2.º—Período de ooforo-metro-salpingitis;
- 3.º—Período de generalización.

Se comprende, pues, la importancia tan grande del tratamiento del periodo de ooforo-metro-salpingitis, cuando se ha tenido la poca fortuna de no asistir ó de no haber podido curar, el de endometritis.

La ooforo-metro-salpingitis puerperal aguda, no tiene tratamiento, ni actualmente se puede curar.—La indicación es separar del resto del organismo, esa región contaminada. Hasta hoy no se cura la infec-

ción genital interna puerperal; se la corta, y se le arranca, como preventivo para el resto del organismo.

La misión del Cirujano es aquí evitar la generalización del proceso. Su papel es semejante al que ejerce cuando amputa una pierna gangrenada y séptica, cuando reseca un maxilar enfermo, cuando quita un testículo tuberculoso ó reseca un estómago carcinomatoso.

La indicación principal que tendrá que llenar, pues, en la infección ooforo-metro-salpingea puerperal, es la ablación genital interna.

¿Pero es esto posible? ¿Habrá ventajas en suprimir el útero con sus anexos, en un proceso que dura localizado algunas horas y cuyas tendencias son eminentemente difusibles? ¿Aun en el período de difusión habría utilidad práctica con esta mutilación?

La posibilidad de la ooforo-metro-salpinguectomía en la infección puerperal está fuera de discusión: ahí están las técnicas de la colpo-histerectomía y de la láparo-histerectomía, que lo indican y ahí están, también, las operaciones de Roeseberg, de Michaus, de Bouilly y de Landeau, y el trabajo de Longuet, que lo comprueban.

Las ventajas de suprimir con el útero y los anexos, la bolsa tóxica puerperal, es evidente. Si se tiene la suerte de operar antes del período de difusión, lo que es enteramente excepcional, se habrá salvado á la enferma de los riesgos de la generalización puerperal; pero si la operación se emprende cuando ya la circulación general arrastra productos tóxicos, como es de regla, la enferma también obtendría ventajas.

La infección puerperal de la economía, rara vez se hace en un solo tiempo; por lo común las toxinas penetran á la circulación de la sangre, por golpes de desagüe del útero, que se van repitiendo á medida que la saturación del órgano llega á su maximum y provoca el derrame de los productos que lo embeben. Esos desagües periódicos pueden ser más ó menos frecuentés, según la virulencia de los microbios y la resistencia de los tejidos útero-anexiales, y pueden llevar más ó menos rápidamente la economía, al grado mortal de intoxicación, según la velocidad de su depuración al través de los emontorios naturales.

Pero si suprimimos con oportunidad el laboratorio de los microbios, si la esponja infectante ooforo-metro-salpingea, la extraemos de la cavidad de la pélvis, evitaremos los nuevos desagües de toxinas en la sangre, aún cuando dejemos una gran dosis de venenos circulando ya por la economía.

Ahora bien, en estas circunstancias el organismo no tiene que luchar más que con una cantidad limitada de veneno; la sangre no recibe nuevos tóxicos; los órganos eliminadores sacan de ella, paulatinamente, estas sustancias venenosas que no se renuevan y lentamente va disminuyendo esta intoxicación ya bien determinada.

Estas condiciones en una mujer cuyos órganos eliminadores y de-

puradores están íntegros, cuyos riñones funcionan normalmente y cuyo corazón no sufre degeneración alguna, equivalen casi á la curación.

Se comprende que la ooforo-metro-salpinguectomía, sería inútil si no perjudicial, cuando la septicemia es intensa, cuando la vitalidad de la mujer está seriamente comprometida y cuando el origen de la infección no esté localizado al útero y á sus anexos, sino que haya ya matástasis específicas en otros órganos.

Ciertamente que la ablación genital completa no es una operación sencilla, pero la gravedad de las ooforo-metro-salpingitis agudas puerperales, merece que se discuta la oportunidad de tan importante operación.

Las enfermas en las cuales está indicada esta ooforo-metro-salpinguectomía, se hallan por lo regular agotadas ya, por el rudo enemigo que se alberga en su pélvis, y destruida ya, parcialmente, su resistencia vital, por el enorme choque de las reacciones físico-químicas que en el interior de sus tejidos se verifican. ¿En semejantes condiciones tan malas, podrían soportar las costas de una histerectomía total?

La histerectomía, por el incesante progreso de su técnica y por los recursos de la era quirúrgica en que actualmente evoluciona, se ha vuelto una operación poco traumatizante.

La vaginal, que tanto parecía ofrecer, ha sufrido grandes reproches, pues que si bien es cierto que expone poco el peritoneo á las contaminaciones, en cambio ofrece muchas dificultades para la retroversión y abatimiento del útero, en este caso en que las lesiones puerperales han modificado ya la consistencia del parenquima uterino.

Pero la histerectomía abdominal, con su técnica fácil y rápida, con las modificaciones actuales en el medio operatorio y con el ancho y bien alumbrado campo de acción que ofrece, se presta admirablemente para estos casos de delicado pronóstico.

¿Qué resultados tiene la ooforo-metro-salpinguectomía en la ooforo-metro-salpingitis aguda puerperal?

Al porvenir toca resolver esta cuestión. Hasta hoy se conocen nueve casos bien comprobados, verificados en plena septicemia puerperal y han dado siete curaciones.

Estas cifras son alhagadoras y nos permiten esperar que la histerectomía total que ha sido ya un gran paso para la curación de las ooforo-metro-salpingitis puerperales agudas, sea también un poderoso recurso para luchar contra la septicemia puerperal, el terror de las mujeres paridas. (1)

(1) En el número 4 de la *Revue de Gynecologie*, correspondiente á los meses de Julio y Agosto, 1899, aparece un trabajo de Tuffier y Bonamy, alabando mucho los resultados de la histerectomía en la infección puerpal.

Este estudio tan brillante, trae fecha *posterior de seis meses*, al que tuve la honra de presentar á esta Academia.—*Suárez Gamboa*.

OOFORO-METRO-SALPINGITIS PURULENTAS QUISTICAS.

PIO-SALPINX

Permitidme, Señores, contaros rápidamente, diez historias clinicas, que corresponden á las observaciones en las cuales basan mis consideraciones.

OBSERVACION I.

Sra. Carlota X, de México, de 35 años de edad, casada, nulípara; con antecedentes genitales que datan de 8 ó 10 años.

De la clientela del Dr. Jesús Valdez Sánchez.

Pio-salpinx bilaterales muy adherentes.

Operada en Agosto de 1898 por la via abdominal, de ooforo-salpinguectomía bilateral.

Resultados dudosos, los dolores continúan, el útero ha quedado grande en retroversión y ligeramente secretante.

OBSERVACION II.

Sra. María de N, 40 años, casada, nulípara, antecedentes no francos de blenorragia.

Ooforo-metro-salpingitis, quística bilateralmente.

Operada en Agosto de 1898 en unión de los Dres. Torrea, Madrigal y Alvarez, de ooforo-salpinguectomía bilateral.

Resultados malos: la enferma continua aún en cama, inválida por sus dolores.—Se resiste á sufrir una nueva operación.

OBSERVACION III.

Señora Luida de M. de O., natural de Toluca, de 32 años, nulípara, sin antecedentes tangibles de blenorragia.

Ooforo-metro-salpingitis purulenta quística.

Enferma del Dr. Ricardo Tapia Fernández.

Operada en Agosto de 1898, de ooforo-metro-salpinguectomía abdominal, por mi procedimiento personal.

Curación radical sostenida.

OBSERVACION IV.

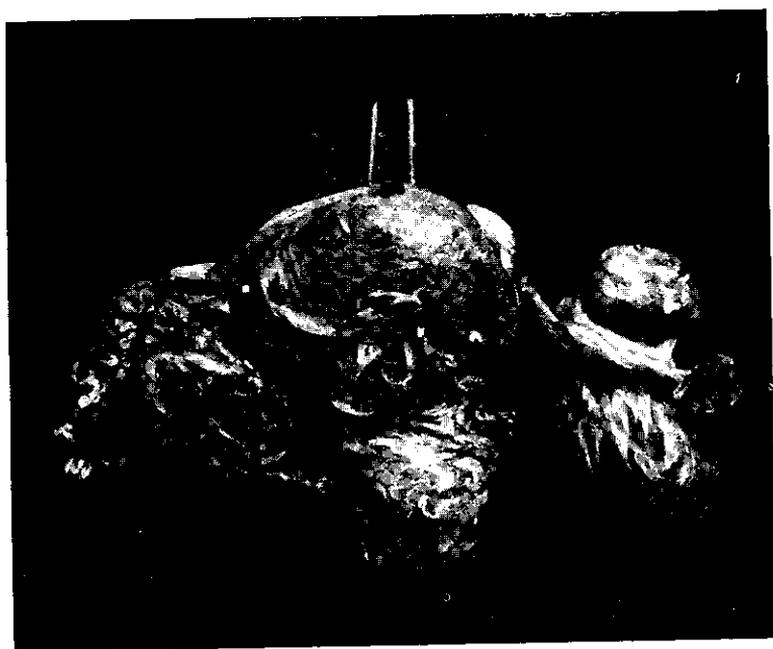
Señora Manuela N., soltera, 38 años, sin antecedentes genitales.

Pio-salpinx izquierdo.

Operada en Marzo de 1898 en ooforo-salpinguectomía izquierda.

Resultado malo: los dolores continúan, la leucorrea no cede.

En Septiembre, á pesar de un constante tratamiento, se hace menester volver á operarla de histerectomía. Esta vez los resultados fueron ciertos y la curación completa se ha sostenido.



Oofo-ro-metro-salpingitis purulenta quística.

OBSERVACION V.

Sra. A. Rodríguez, 40 años, multipara, casada, antecedentes leucorréicos desde un aborto, hace cinco años.

Pio-salpinx izquierdo.

Operada de histerectomía abdominal total en Septiembre de 1898.

Curación rápida y completa.

OBSERVACION VI.

Srita. M. G., 24 años, soltera, sin antecedentes genitales.

Ooforo-metro-salpingitis, con pio-quiste pequeño del lado izquierdo y pelvi-peritonitis crónica.

Operada en Septiembre de 1898 de ooforo-salpinguectomía bilateral.

Resultados incompletos: los dolores continúan y esta Srita. aún no abandona la cama.

OBSERVACION VII.

Sra. S. A., casada, 36 años, antecedentes puerperales.

Ooforo-metro-salpingitis purulenta quística.

Operada en Mayo de 1898, por histerectomía abdominal total.

Curación completa y permanente.

OBSERVACION VIII.

Sra. Concepción G., casada, nulipara, antecedentes leucorrágicos.

Pio-salpinx izquierdo.

Operada en septiembre de 1898, por resección unilateral del ovario y de la trompa.

Resultado no muy satisfactorio: los dolores aunque ligeros continúan y hay algo de leucorrea.

OBSERVACION IX.

Sra. N., viuda de M., de 45 años, ha tenido varios hijos y el último tiene 20 años de edad.

Pio-salpinx bilaterales.

Operada en Septiembre de 1898, por histerectomía abdominal total.

Resultados completos: curación sostenida.

OBSERVACION X.

Señora A. N. casada, dos hijas, 45 años de edad.

Ooforo-metro-salpingitis purulenta quística.

Operada en Septiembre de 1893, de histerectomía abdominal total.

Curación completa y sostenida.

Análogas á estas observaciones, podría citar cerca de treinta casos más; pero por no alargar la serie fastidiosa de las historias, bástenos estas diez.

Estas diez observaciones dan un total de cinco operaciones parciales y de cinco totales: en las primeras los resultados fueron incompletos, en las segundas los resultados fueron completos.

Hasta hace muy pocos años la operación clásica contra las ooforo-salpingitis purulentas quísticas era la ooforo-salpinguectomía, es decir, la resección del ovario y de la trompa enfermos. El principio fundamental de esta operación estaba basado en la doctrina de las infecciones anexiales unilaterales sin metritis concomitante.

Sin embargo del favor creciente de esta operación, hacia el año de 1894 publicó Pinesse una estadística poco halagadora de ella, y Martín, en sus escritos de por aquella época, la declara de resultados inconstantes y malos. Pouchet, escritor moderno, y Labadie-Lagrave, autor de actualidad, tampoco se muestran partidarios de la ooforo-salpinguectomía en el proceso que hemos conocido ya por ooforo-metro salpingitis.

Pean y Segond iniciaron en Francia la histerectomía vaginal contra las lesiones inflamatorias de los anexos, y Polk preconizó en los Estados Unidos el método de histerectomía abdominal, siendo seguido inmediatamente por Baldy, Krug, Pryor, Slocum y otros.

Antes de analizar la utilidad ó desventaja de la histerectomía en el proceso ooforo-metro-salpingeo purulento quístico, recordemos que el pio-salpinx no es más que una forma de la infección total útero-anexial.

La colección del pus en la cavidad de la trompa no indica sino que los orificios tubarios, uterino y peritoneal, están obstruidos.

Hay que recordar también que cuando tratamos de la intimidad de los fenómenos de infección útero-anexial pudimos comprender la importancia de la circulación linfática peri y para-uterina, llegando á esta conclusión: las ooforo-salpingitis reconocen un origen, casi siempre, de infección uterina previa.

Vimos que había dos modos de propagación de los microbios del útero á los anexos: por continuidad de las mucosas y por continuidad de su circulación linfática.

Llegamos casi á esta conclusión: en el mayor número de los casos, aun cuando las lesiones aparentemente están limitadas á los anexos, corresponden á un proceso general en el cual están comprendidos también el útero, y algunas veces los tejidos del para-metrium.

Poseo en mi museo anátomo-patológico particular una trompa cuyas lesiones aclaran esta enseñanza hasta la evidencia. Esta trompa ha sido



Ooforo-metro-salpingitis purulenta quística.

muy estudiada por todos los que la han visto, y en particular por maestros de tan claro juicio como lo son los señores Francisco de P. Chacón y Joaquín Vértiz.

Es una trompa enormemente dilatada que se halla dividida en dos segmentos sensiblemente iguales, por un grueso tabique carnosos que tiene en su medianía. Las aberturas correspondientes al ostium uterinum y al pabellón están íntimamente cerradas, de modo que la cavidad de la trompa se halla constituida por dos cavidades segmentarias completamente independientes entre sí y enteramente aisladas de las cavidades uterina y peritoneal.

La primera cavidad, la que corresponde al segmento uterino, estaba llena de un líquido amarillento, transparente y espeso. La otra, la que corresponde al segmento del pabellón, estaba llena de pus fétido y muy líquido.

Se comprende claramente que los gérmenes que llegaron á supurar el contenido de este segmento lejano de la trompa, no pudieron venir más que por los vasos linfáticos peri-uterinos y peri-salpingeos, lo que hacía sospechar que todos los linfáticos del cuerpo uterino y del parametrium estaban á su vez contaminados. Le hice á esta enferma la ooforometro-salpinguectomía y curó sin accidentes.

Todos los días se ve en las clínicas ginecológicas que anexos al parecer sanos son focos tardíos de accidentes inflamatorios graves en ciertos casos de operaciones ooforo-salpingeas unilaterales, dando á sospechar, ó bien que la persistencia del útero enfermo los ha contaminado, ó bien que desde la primera intervención estaban ya infectados.

La observación IV de la serie que he tenido el honor de presentaros es un ejemplo de este género.

El pio-salpinx es un foco purulento colectado, pero nó es la enfermedad. La enfermedad es lo ooforo-metro-salpingitis purulenta; y si se limita el cirujano á reseca el foco colectado de pus, es decir, el pio-salpinx, no habrá curado la ooforo-metro-salpingitis, como no curará la tuberculosis pulmonar generalizada reseca una caverna, ni curará la hepatitis supurada múltiple abriendo y canalizando el principal absceso de los innumerables que infiltran el hígado.

Si en la ooforo-metro-salpingitis purulenta quística un cirujano se limita á reseca el pio-quiste, habrá beneficiado á su enferma, porque la priva del depósito de toxinas que la envenenan; pero su obra curativa habrá sido incompleta pues le deja la infiltración microbiana en la circulación linfática del para-metrium en el parénquima uterino y en los anexos del otro lado. Una operación análoga se me figuraría la abertura de un adeno-flegmón del cuello de origen dentario, sin procurar extraer el molar cariado que infectó el cuello y que seguirá infectándolo,

ó la operación de un bubón inguinal sin procurar suprimir el chancro que lo provocó.

En ciertos casos de ooforo-metro-salpingitis purulenta con pio-salpinx bilaterales, las lesiones son tan claras que aparentemente el útero se encuentra como formando parte de las paredes de los pio-quistes. En un caso así tan evidente, nadie vacilaría en declarar operación incompleta la que se hiciera dejando el útero en la pelvis.

Pues de este modo son casi todos los casos de pia-salpinx por ooforo-metro salpingitis purulentas aunque varíen aparentemente. No por aparentar el útero hallarse lejano del foco principal purulento deja de formar parte del proceso purulento infiltrado, periférico al absceso.

Demasiado expresiva es la pequeña estadística que he tenido el honor de presentaros. En todos los casos de fracaso operatorio ha quedado el útero en la pelvis. En todos los casos de curación completa el útero ha sido sacrificado.

Ese útero que queda en la pelvis, grueso, más ó menos desviado, rojizo, secretante, lleno de linfáticos contaminados y cribado por los gérmenes de la infección, no solamente es inútil sino también nocivo.

Si el proceso séptico fuese únicamente ooforo-salpingeo como en ciertos casos de pio-salpinx de origen apendicular, la ooforo-salpinguectomía unilateral estaría bien indicada y sería una operación justa y radical; pero siendo la infección un proceso difuso, siendo el pio-salpinx una consecuencia de la ooforo-metro-salpingitis purulenta, la resección parcial de los anexos es aquí una operación incompleta y deficiente.

Ciertamente que no es cosa sencilla resolverse á hysterectomizar mujeres, las más de las veces jóvenes, por lesiones difíciles de interpretar aun cuando el ginecólogo se halle ante la enferma con el vientre abierto, y que la necesidad de someter la investigación de los casos concretos á ciertas reglas generales se impone.

De aquí que procuré reunir mis ideas sobre el particular reasumiendo las anteriores consideraciones de la siguiente manera:

Es de capital importancia plantear el diagnóstico exacto del proceso ooforo-metro-salpingeo purulento, difuso ó quístico.

Una vez planteado este diagnóstico se hará siempre, y casi sin excepción, la hysterectomía total cuando los pio-salpinx sean dobles ó cuando haya pio-salpinx unilateral y otras lesiones en los anexos opuestos que los hayan destruido por completo.

Se podrá hacer la hysterectomía total en los casos de pio-salpinx unilateral cuando se compruebe bien la existencia del proceso ooforo-metro-salpingeo purulento, y las mujeres enfermas necesiten de su trabajo corporal para vivir.

Aún cuando yo creo que todos los casos de ooforo-metro-salpingitis purulentas, quísticas ó no, deben tratarse por la hysterectomía total,

podrán hacerse operaciones conservadoras en aquellas mujeres cuya posición social les permita pasar muchos meses en la cama, sometidas á un constante tratamiento. En este último caso, el Cirujano será muy reservado hacia el porvenir de su enferma y estará siempre dispuesto á intervenir de un momento á otro.

Punto de no menor importancia es la discusión de los diversos métodos de histerectomía aplicables al caso que nos ocupa.

Esta discusión me permitiría recorrer ante vosotros las sucesivas fases de la histerectomía y apreciar los diferentes procedimientos con sus inconvenientes y ventajas.

Pero por desgracia no puedo detenerme en esta discusión, que espero algún día tener el honor de presentaros, y me atrevo á ofreceros mis excusas al narrar ante vosotros un procedimiento nuevo de histerectomía, que deseo conozcáis á fin de valorizar bien las ventajas del método y aceptar mejor mis indicaciones anteriores.

En cirugía los procedimientos nuevos son día á día más raros y menos fáciles de obtener, y se comprende bien que esto sea así. Este procedimiento no es verdaderamente mío, sino una aplicación á la histerectomía de las reglas generales de la cirugía moderna. Los instrumentos tan sencillos que os acompaño, no indican un vano deseo mío de complicar nuestro arsenal operatorio, sino representan el modesto resumen de mi experiencia y de mi deseo para facilitar la técnica y hacer más rápida la operación.

Las figuras que tengo el honor de adjuntaros, permiten comprender mejor mi descripción.

UN PROCEDIMIENTO NUEVO DE HISTERECTOMIA.

La enferma en la posición de Trendelenburg, se le hace la incisión de la pared abdominal, siguiendo las reglas comunmente establecidas.

Se busca inmediatamente el útero, procurando aislar bien la cavidad de la pelvis del resto de los órganos abdominales mediante compresas delicadamente dispuestas.

Se toma el útero suavemente y de atrás hacia adelante, se le perfora con la erigna á modo de fijarla bien en la concavidad de ella, cuidando mucho en esta maniobra de no herir la vejiga. Un ayudante toma la erigna y haciendo suaves tracciones sobre el útero, tiende la vagina y los ligamentos anchos.

Con unas tijeras rectas, en uno ó dos golpes paralelos á la dirección de las trompas, se separan los anexos de cada lado, del borde superior de los ligamentos anchos. Uno ó dos chorritos de sangre, correspondiendo á los ramos de las arterias útero-ováricas, surgen: se toman con pinzas, se tuercen y se continúa.

Con las mismas tijeras y cortando ahora sobre los bordes laterales del útero, se desprende rápidamente un ligamento ancho hasta sus inserciones vaginales, se ponen dos ó tres pinzas en los puntos que sangran, y se corta sin vacilar el ligamento ancho del lado opuesto.

Se ligan las arterias uterinas y se tuercen las arteriolas que sangran.

Queda el útero, con sus anexos fijos y colgantes lateralmente, retenido por sus inserciones vaginales y por los pliegues peritoneales útero-rectal y útero-vesical.

La sonda vaginal, que ha sido previamente introducida por la vagina, permite apreciar claramente el contorno de las inserciones útero-vaginales.

Una vez que el operador tiene formada idea exacta de las inserciones uterinas de la vagina, procede á tallar sobre las caras anterior y posterior del útero, dos colgajos peritoneales.

Comenzando con el bisturí sobre el corte lateral derecho del peritoneo, en la cara anterior del útero, sobre el límite lateral de la vagina, se dirige formando una línea convexa hacia arriba, sobre la cara anterior del útero, hasta el punto diametralmente opuesto del borde izquierdo del mismo. Este corte circunscribe un arco de convexidad dirigido al fondo uterino y cuyas extremidades se apoyan sobre las inserciones laterales de la vagina al útero.

Se disecciona este colgajo rápidamente, hasta encontrar la vejiga, la que también se despega de la vagina, hasta descubrir una zona como de tres ó cuatro centímetros.

Sobre la cara posterior del útero, se circunscribe otro colgajo peritoneal análogo al anterior, llevándose su dirección hasta el mismo nivel.

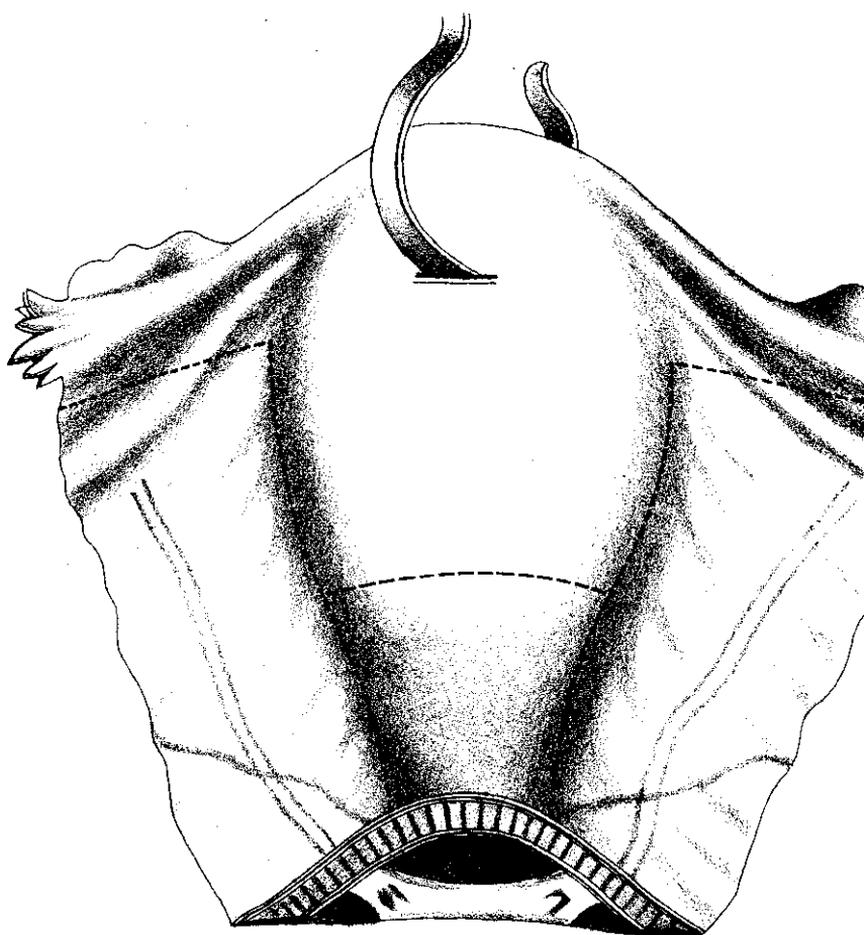
Abatidos los dos colgajos de peritoneo, se descubre ampliamente la vagina: ahora, sobre el relieve de la sonda vaginal, á una distancia de dos centímetros de los límites uterinos de la vagina, se coloca una sutura vaginal circular, formando jareta. Las dos extremidades del hilo de la sutura, se dejan libres, y fijos por una pinza ayudan á sostener la vagina.

Subiendo un poco la sonda vaginal, se levantan los fondos útero-vaginales: se perfora la vagina en un punto cualquiera y con unas tijeras curvas se desinserta el cuello uterino de sus conexiones vaginales.

El útero sale desprendido y la vagina queda sujeta por los hilos de la sutura circular. Se retira la sonda vaginal.

El corte de la vagina sangra en abundancia: basta anudar las extremidades del hilo de la sutura en jareta, y fruncir el canal, apretando suavemente el nudo, para ver cesar esta pequeña hemorragia.

Con una aguja fina y seda muy delgada, se reduce por medio de suturas sobre el borde, la amplitud del muñón vaginal.

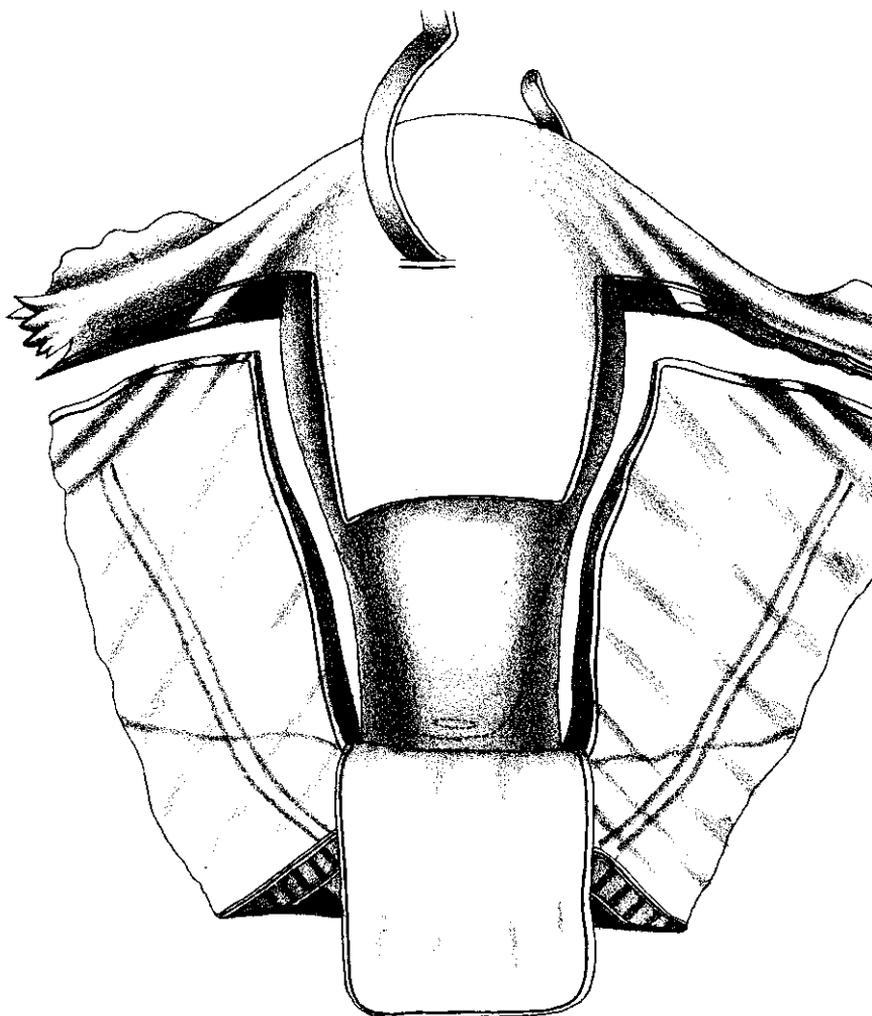


HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL.

FIGURA I.

ESQUEMA DEL ÚTERO Y DE SUS RELACIONES CON LA VEJIGA Y LOS URETÉRES.

Trazo de las incisiones con línea punteada verde.

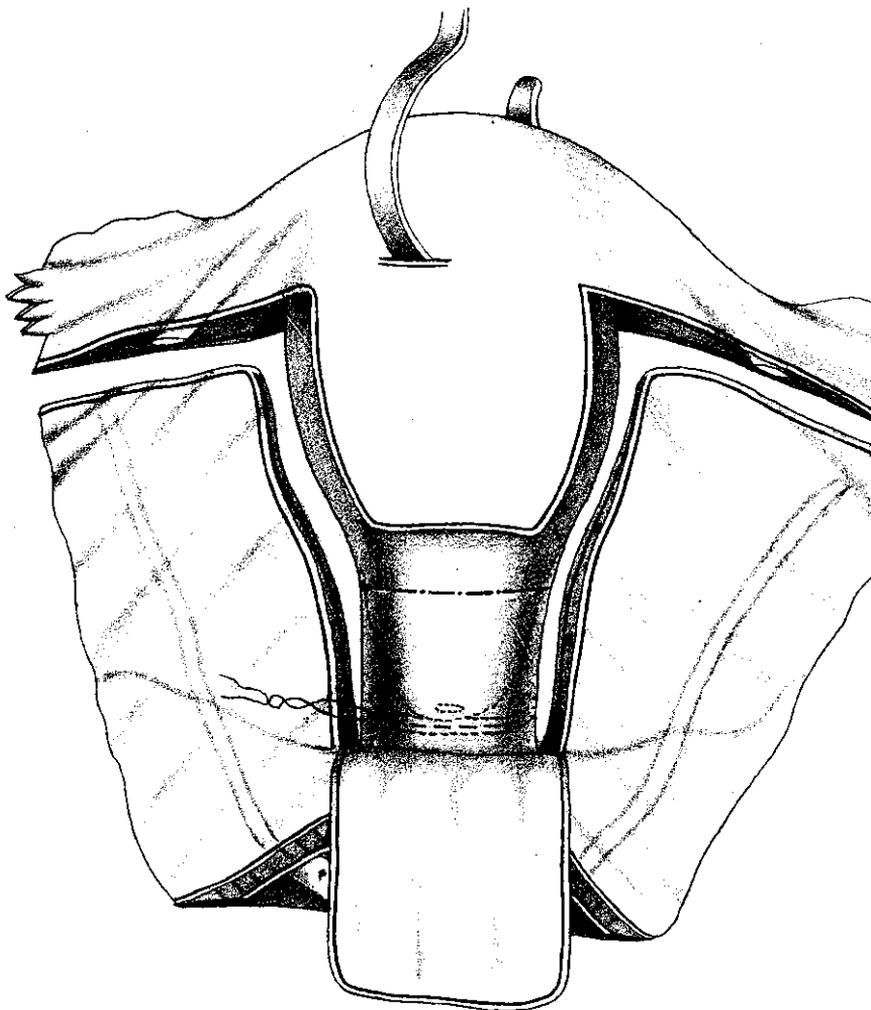


HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL.

FIGURA II.

ESQUEMA DE LOS CORTES SEÑALADOS EN LA FIGURA I.

El colgajo peritoneal anterior y el posterior, se han disecado y abatido, descubriendo la vagina. Las líneas verdes representan los cortes del peritoneo.

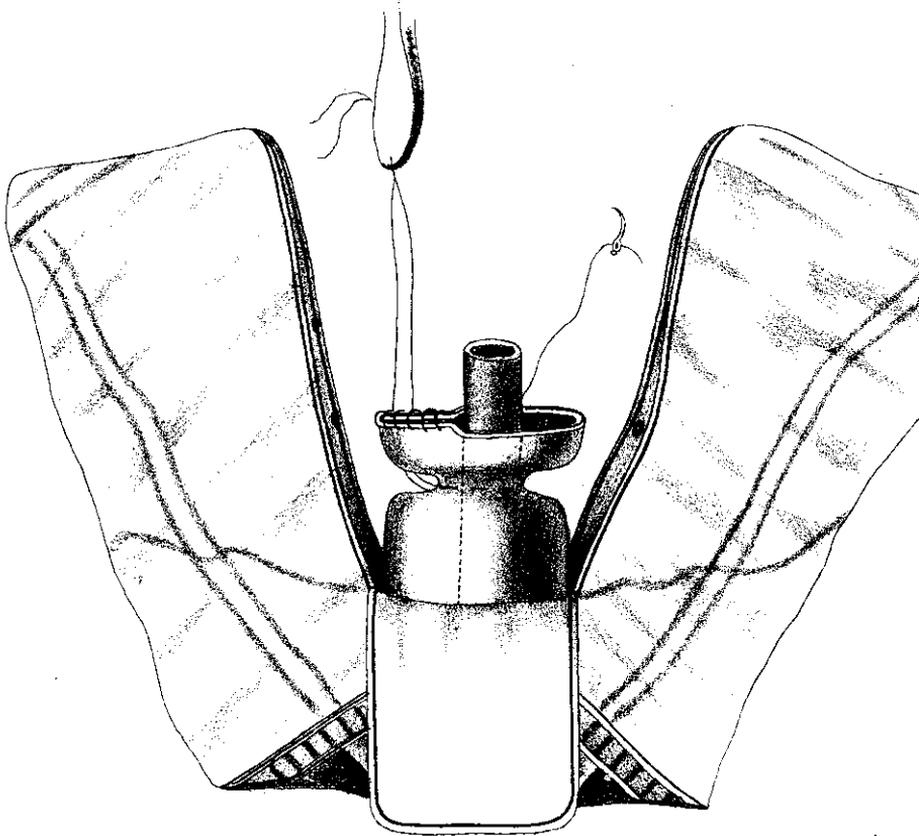


HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL.

FIGURA III.

ESQUEMA ANÁLOGO AL NÚM. II.

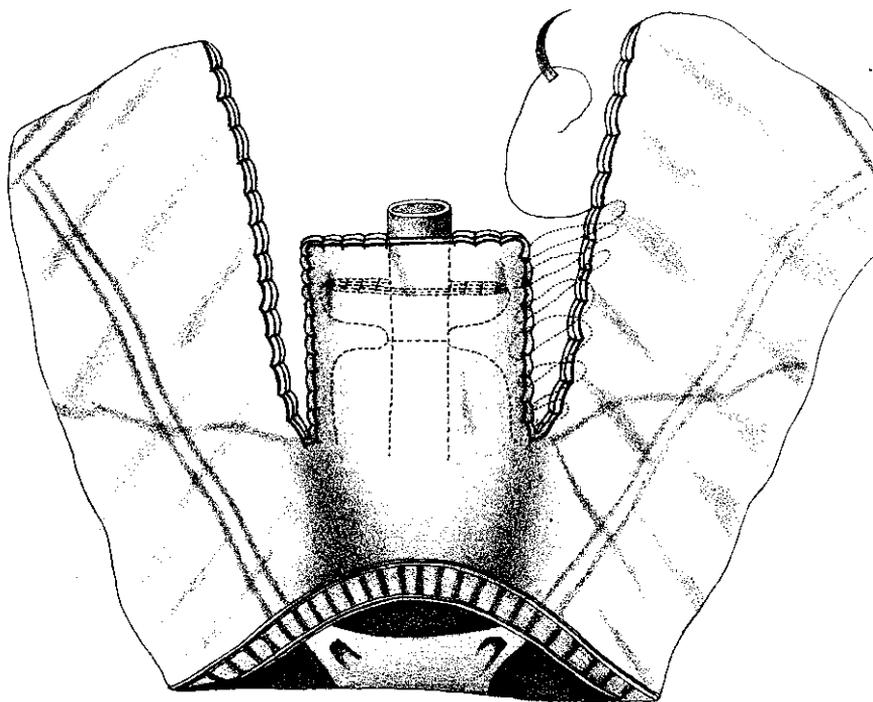
Con líneas punteadas negras, se ve en el interior de la vagina, la sonda vaginal y sobre ella la sutura en jareta para fruncir el muñón. La línea roja superior, marca el lugar designado para desinsertar la vagina del útero.



HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL.

FIGURA IV.

El útero se ha desprendido ya. La sutura circular de la vagina se ha apretado sobre un tubo de canalización y se sostiene por medio de una pinza. Sutura del corte de la vagina.



HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL.

FIGURA V.

Sutura final. Los colgajos peritoneales se suturaron sobre el muñón vaginal, excluyéndolo de la cavidad.

La línea punteada negra indica la sutura del muñón vaginal cubierto de peritoneo, con los ligamentos anchos también suturados.

Se abaten sobre este muñón los colgajos peritoneales anterior y posterior, tallados antes y se suturan á la Lembert á modo de excluir exactamente el muñón vaginal de la cavidad del peritoneo: se termina la operación suturando rápidamente las hojas de los ligamentos anchos divididos.

Cuando es posible, se suturan los ligamentos redondos, al muñón vaginal.

En los casos en que la canalización de la pelvis se impone, se introduce por la vagina, antes de cerrarla, un grueso tubo, y sobre él, se aprieta la sutura vaginal en jareta: los demás tiempos de la operación son iguales.

La terapéutica quirúrgica ginecológica ha evolucionado en estos últimos años, haciendo imperiosa la necesidad de un método seguro y fiel de histerectomía.

Los factores principales que crean la mortalidad en esta operación haciendo á un lado los que dependen del corazón, de los riñones ó del estado general, son: la hemorragia y la infección. La superioridad del método que os he descrito me parece evidente en los dos sentidos, especialmente sobre los procedimientos de histerectomía parcial.

Si examinara los diversos procedimientos de histerectomía recomendados hasta hoy, encontraríamos en casi todos muchos puntos vulnerables, especialmente en el más moderno, en el de la angiotripsia.

No quiero abusar más de vuestra atención y reservo este punto para otro estudio que tendré la honra de presentaros.

Reconozco que el procedimiento que os he presentado puede ser difícil en su técnica; pero en cambio es de una seguridad tal, que en una estadística de veinte casos, tengo veinte curaciones.

Mucha honra tendría, si la honorable Academia designa una comisión á quien yo pudiese mostrar multitud de mis operadas de histerectomía y ante la cual yo pudiese ejecutar este procedimiento.

Tengo el honor, Señores Académicos, de daros la manifestación de mi reconocimiento, por haber recibido mi modesto trabajo.

México, Enero 23 de 1899.

RICARDO SUÁREZ GAMBOA.

