

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

LA OPERACION

DE

COTTE

Y

LAS DISMENORREAS

TESIS

QUE PARA SU EXAMEN PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

PRESENTA

ENRIQUE MADRIGAL Y ARREDONDO

1932

IMP. ARZATE

MEXICO, D. F.



MEDICINA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MI VENERADA MADRE

CON ADORACION

A MI QUERIDO PADRE

CON AMOR Y RESPETO

A MI HERMANA JOSEFINA

CON MI PROFUNDO
AGRADECIMIENTO Y
MI CARIÑO INMENSO

AL DOCTOR ALEJO LARRAÑAGA

QUE BONDADOSA Y SA-
BIAMENTE DIRIGIO MI
TRABAJO. CON MI MAS
SINCERA GRATITUD . . .

AL DOCTOR LUIS CARRILLO AZCARATE

CON MIL GRACIAS POR
SU EFICAZ AYUDA . . .

AL DOCTOR FANDILA R. PEÑA

QUIEN ME ESCUCHO
ESPONTANEAMENTE.

AL DOCTOR JOSE AGUILAR ALVAREZ

UNO DE MIS MEJORES .
MAESTROS, CON ADMI..
RACION Y CARINO

AL DOCTOR FRANCISCO VALENZUELA

DOTADO DE SABIDURIA
Y DE VOLUNTAD. MAES-
TRO Y AMIGO. CON TO-
DO MI RESPETO

AL DOCTOR SAMUEL GARCIA

OTRO DE MIS MAESTROS
NO OLVIDADOS COMO
HOMENAJE A SU CERE-
BRO DEDICADO AL BE-
LLO ARTE DE CURAR .

AL DOCTOR DEMETRIO MAYORAL PARDO

SINCERO AMIGO A QUIEN
SULUDO CORDIALMENTE

A MIS DEMAS MAESTROS

A TODOS MIS HERMANOS

A MIS AMIGOS

A MIS COMPAÑEROS

A MI AMADA

ESCUELA NACIONAL
DE MEDICINA---

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL

PREAMBULO

He querido contribuir con este humilde trabajo, al estudio clínico de las dismenorreas y a la práctica de la Operación de Cotte, porque aquel es un problema médico que se presenta con relativa frecuencia y que hay que resolver satisfactoriamente, y porque ésta, es una intervención de alta cirugía contemporánea, muy hermosa, tanto por su técnica como por sus efectos.

Hubiera deseado desarrollar un tema enteramente nuevo, no tratado, pero, debido a la gran cantidad de tesis que han precedido a la mía, en realidad están agotados todos los asuntos de actualidad que merezcan alguna importancia, y además, el factor tiempo y el factor recursos influyen grandemente en la selección de la senda que hemos de seguir.

Sin embargo, considero a la operación de Cotte, o sea la resección del plexo hipogástrico superior, como una intervención moderna muy útil y relativamente poco conocida, y como una de las más perfectas, sencillas y bellas operaciones sobre el sistema nervioso simpático, que tan grande es en su extensión como en su acción, y cuyo estudio ha sido tan interesante y tan fructífero en los últimos años transecurridos.

Sería de desear, que hubiera reunido un gran número de casos de dismenorreas tratadas por la resección del nervio presacro, pero la dismenorrea esencial no se nos presenta, sino que hay que ir a buscarla cuidadosamente, y además, tropezamos con el gran escollo de la natural antipatía de las enfermas para sufrir una laparotomía, acrecentada en este caso particular por la incompreensión de esta operación, nueva para ellas, por dolores que no sienten cuando se les propone esa curación. Además, es una

operación delicada, que debe tener su indicación precisa y dominante, y que requiere tiempo, como complemento post-operatorio.

En tratándose de dismenorreas, es necesario, la ayuda de varios meses, para que nuestro espíritu quede enteramente satisfecho del resultado de esta operación, para el alivio o curación de los dolores mensuales.

No quiero terminar este preliminar sin hacer patente mi profundo y sincero agradecimiento que le debo al Doctor Alejo Larrañaga, que fué el espíritu de este trabajo, y a quien admiro y respeto, por su sabiduría, su maestría y su bondad.

ENRIQUE MADRIGAL Y ARREDONDO

SUMARIO

- I. - Historia.
- II. - Inervación de los órganos genitales femeninos
- III. - Las algias pélvicas.
- IV. - La Operación de Cotte.
- V. - Técnica.
- VI. - Indicaciones.
- VII. - Resultados.
- VIII. - Casos clinicos.
- IX. - Conclusiones.

CAPITULO I

HISTORIA

La resección del plexo hipogástrico superior, llamado así por Hovelacque, tan precisa y tan bella como se hace en nuestros días, se inició, muy imperfecta y primitiva, como es natural, pero ya claramente definida con la idea preponderante que ha preocupado siempre a los médicos, de suprimir el dolor humano, en el siglo pasado.

Ya, en 1887, Jaboulay, procediendo por vía perineal y desprendimiento rectal, arrancó el simpático sacro para hacer desaparecer un dolor pélvico intolerable: la enferma curó de su dolor, pero presentó una retención de orina definitiva. Así, este cirujano buscó ulteriormente para evitar este escollo y por obtener una analgesia con menos peligro, practicando inyecciones (suero artificial) en el espacio retro-rectal; tuvo algunos éxitos pasajeros.

También se ensayó la dilatación forzada del útero o del ano, que tiene por objeto el alargamiento del simpático hipogástrico, para aliviar a las dismenorreas.

Se hizo la infiltración de la base del parametrio, como en la anestesia regional del útero.

Dietrich Blos, cooperó para aliviar los dolores pélvicos, inyectando en el plexo de L. Frankenhauser, de 2 a 10 c. c. de alcohol de 70° al nivel de cada ganglio, con éxito pasajero, de 22 sobre 24 casos.

Leriche volvió a tomar esta cirugía del simpático y se esforzó por combatir los dolores pélvicos por las simpatectomías peri-iliacas.

Cotte, desde 1924, simplificó la técnica operatoria, practicando la resección del simpático pélvico (nervio presacro de Latarjet y Ph. Rochet, plexo hipogástrico superior de Hovelacque).

Después, entre las manos de varios cirujanos, las operaciones sobre el simpático se han multiplicado: ablación del ganglio pélvico, ramisecciones, enervaciones de los pedículos útero-ováricos, resección de los ganglios simpáticos sacros de Crainiciann, etc. etc.

A estos métodos operatorios, hay que agregar la simpatectomía química con isofenol según el método de Doppler: no parece estar desprovisto de ciertos inconvenientes, y de todas maneras habría que emplearlo con precaución, porque se ha señalado lesiones de las paredes intestinales, provocadas por el fenol.

En el tratamiento del vaginismo, se ha recomendado la resección del nervio pudendo interno, por Simpson Rochet; el resultado se ha traducido por éxitos inconstantes.

En fin, algunos autores aconsejan como último recurso en las dismenorreas, la castración, que, según ellos, es la única intervención que tiene éxito; pero otros autores protestan, y citan casos en que fracasa esa operación.

Como se ve, por esta rápida ojeada sobre la historia de la resección del simpático, esta operación se ha ido perfeccionando por grados insensibles, pasando por muchos medios diferentes, y llegando a nosotros perfectamente elaborada y definida, bajo la forma de Operación de Cotte.

CAPITULO II

Inervación de los Organos Genitales Femeninos

La inervación del aparato genital de la mujer, es muy complicada y muy extensa, relacionando entre sí los diversos órganos que lo constituyen, así como a los demás órganos que están situados en la pelvis, y de una manera más indirecta, a otros muchos órganos importantes del organismo humano.

En este capítulo, haré un pequeño resumen anatómico y funcional, que nos servirá principalmente para conocer un poco el plexo hipogástrico superior, que es el que más nos interesa en esta ocasión.

ANATOMIA DEL SISTEMA NERVIOSO GENITAL

I

SISTEMA NERVIOSO DE LA VIDA DE RELACION:

Estos nervios emanan de los plexos lumbar y sacro; son motores y sensitivos; los motores dan motilidad al elevador del ano y a los músculos estriados de la vulva; los sensitivos dan la sensibilidad al pubis, al periné, a la vulva, a los grandes y pequeños labios y al clitoris.

II

SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO:

1o.—Sistema nervioso simpático: está constituido esencialmente por los ganglios catenarios o látero-vertebrales y por la cadena ganglionar pre-vertebral. A los ganglios catenarios van a dar ra-

mas aferentes, que provienen de la médula, y son mielínicas; y parten ramas eferentes, amielínicas, que van a dar a los músculos lisos, a los músculos estriados, a la pared de los vasos y a los ganglios. Los ganglios pre-vertebrales afectan, por el contrario, una disposición irregular, formando grandes ganglios y plexos; tienen ramas aferentes que provienen, unas, de la médula, ya directamente o ya atravesando el ganglio catenario, pero sin detenerse en él (nervios blancos); y otras, de los ganglios catenarios directamente (nervios grises); todas las ramas aferentes se llaman nervios espinales.

Los plexos son reunidos unos a otros por ramas anastomóticas.

Los ganglios pre-vertebrales emiten ramas eferentes, que se llaman nervios viscerales. De las ramas eferentes que parten de los ganglios catenarios y pre-vertebrales, unas van directamente a los órganos, y otras, van a ellos por intermedio de una tercera categoría de ganglios, que a su vez se dividen en dos clases: ganglios juxta-viscerales y ganglios intra-parietales o murales.

El ovario y la trompa son inervadas, directamente, por el plexo ovárico; los demás órganos del aparato genital por el plexo hipogástrico. Los ramos eferentes de los plexos hipogástricos inferiores se distribuyen en el recto, vejiga, útero y vagina.

El plexo hipogástrico superior, o nervio presacro, inerva de hecho, por intermedia de los plexos hipogástricos inferiores, el plexo de L. Frankenhauser, los plexos ováricos, etc., la mayor parte del aparato genital femenino.

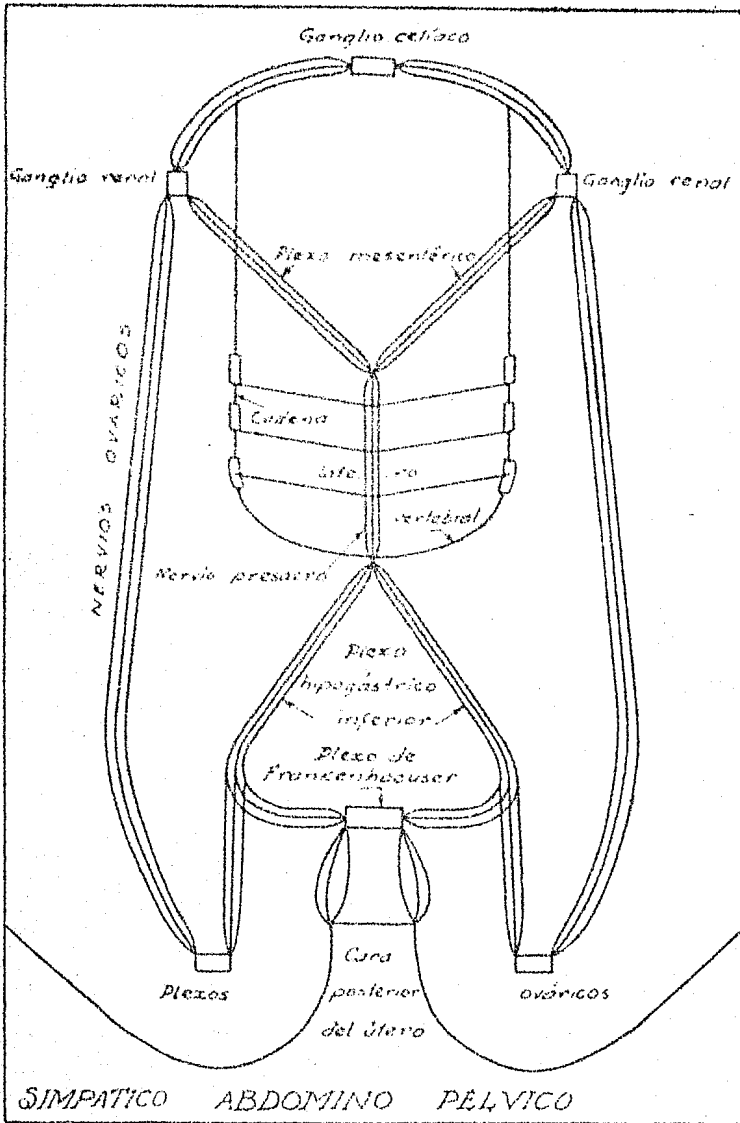
En cuanto a su situación y relaciones anatómicas, no diremos aquí mucho, porque la mayor parte de estos datos están dichos claramente en el Capítulo V, que trata de la técnica de la Operación de G. Cotte, descrita por él mismo; solamente para completar esa descripción, creo que deben agregarse estas relaciones anatómicas importantes, en vista de la resección del nervio presacro:

Inmediatamente atrás del plexo se encuentra la vena ilíaca izquierda de pared delgada y frágil, y cuya lesión debe evitarse; además, hay que tener presente que a la izquierda del plexo pasa la arteria hemorroidal superior.

Formas del nervio presacro, según el Doctor Gioachino Canavero (de Turín):

- 1o.—Cordón grueso aparentemente único.
- 2o.—Dos cintas paralelas anastomosadas.
- 3o.—Cinta única.
- 4o.—Plexo de elementos delgados.

Los doctores V. Riche y G. Fayot han visto el nervio presacro en más del cincuenta por ciento de los casos, bajo la forma de una red, y no como cordón único; todavía en los casos en que se trataba de un cordón único, sin embargo, a los lados de él existían hilillos nerviosos en muchos de los casos vistos: lo que prueba la di-



ficultad de su extirpación completa.

En todas las descripciones de la Operación de G. Cotte, hechas por él mismo, se ve y se deduce, aunque él no habla claramente de las formas que puede tener, que el nervio presacro, en la mayoría de los casos, consiste en un haz compacto de fibras nerviosas, fácilmente aislable; en el examen histológico, Noel ha contado hasta cincuenta hilillos nerviosos, formando un cordón único.

En los casos citados en esta tesis, operados por nosotros, la mayoría de las veces se trataba de un cordón grueso, único, claramente separado del resto de los tejidos.

Además, adjunto unas esquemas de la constitución y relaciones más importantes del plexo hipogástrico superior, tal como lo ví yo, diseccándolo en el cadáver reciente.

2o.—Sistema nervioso parasimpático: se divide en parasimpático craneano y parasimpático pélvico; los nervios parasimpáticos son nervios con mielina, y emanan directamente de los centros nerviosos, sin intermedio de ganglios.

El parasimpático pélvico nace en la médula sacra; con los nervios sacros, estas fibras nerviosas cooperan a la formación de los plexos pudendos, de donde salen constituyendo nervios aislados; los nervios erectores de Eckard o nervios espléuticos pélvicos de Harman, son en número de tres a cuatro y terminan en el plexo hipogástrico inferior ya descrito; a nivel de este plexo, unos nervios se relacionan con él, por intermedio de sus ganglios, y otros nada más lo atraviesan, pero todos terminan después, ya sea en el colon y recto, o ya en los órganos génito-urinaris.

Las fibras simpáticas y para-simpáticas están íntimamente mezcladas en algunos puntos: las fibras simpáticas accionan sobre los músculos lisos circulares y esfínteres; las fibras parasimpáticas accionan sobre los músculos lisos longitudinales. Tanto las fibras simpáticas como las parasimpáticas, pueden relacionarse con los ganglios juxtaviscerales o murales; el sistema ganglionar juxta-visceral del cuello uterino, está formado, para unos, por varios ganglios, para otros, por un sólo ganglio, llamado de Lee-Frankenhauser.

FISIOLOGIA DE ESTAS INERVACIONES.

I

SISTEMA NERVIOSO DE LA VIDA DE RELACION:

1o.—El nervio del elevador del ano y el nervio pudendo interno, dan la motilidad a los músculos estriados vaginales.

2o.—El nervio pudendo interno, los nervios grande y pequeño abdómino-genitales y el nervio génito-crural, dan la sensibilidad al pubis y a toda la región vulvar.

II

SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO.

El simpático es vaso-constrictor, y el parasimpático, vaso dilatador y por consiguiente, erector; el simpático es catabólico, y el parasimpático anabólico, es decir, que modera los cambios; por el contrario, el simpático es inhibidor del crecimiento del folículo ovárico; la excitación del parasimpático produce un desarreglo de los folículos ováricos y de los quistes foliculares.

El simpático interviene en la eliminación del producto de la concepción del útero. El simpático, además de sus hilillos motores, posee hilillos sensitivos.

FISIOLOGIA DE LOS CENTROS NERVIOSOS

I

Centros ganglionares: la acción de los ganglios murales o juxta-viscerales parece ser autónoma, y bastan para asegurar la vida del órgano, como pasa con el ganglio de Lee-Frauenkhauser para el útero.

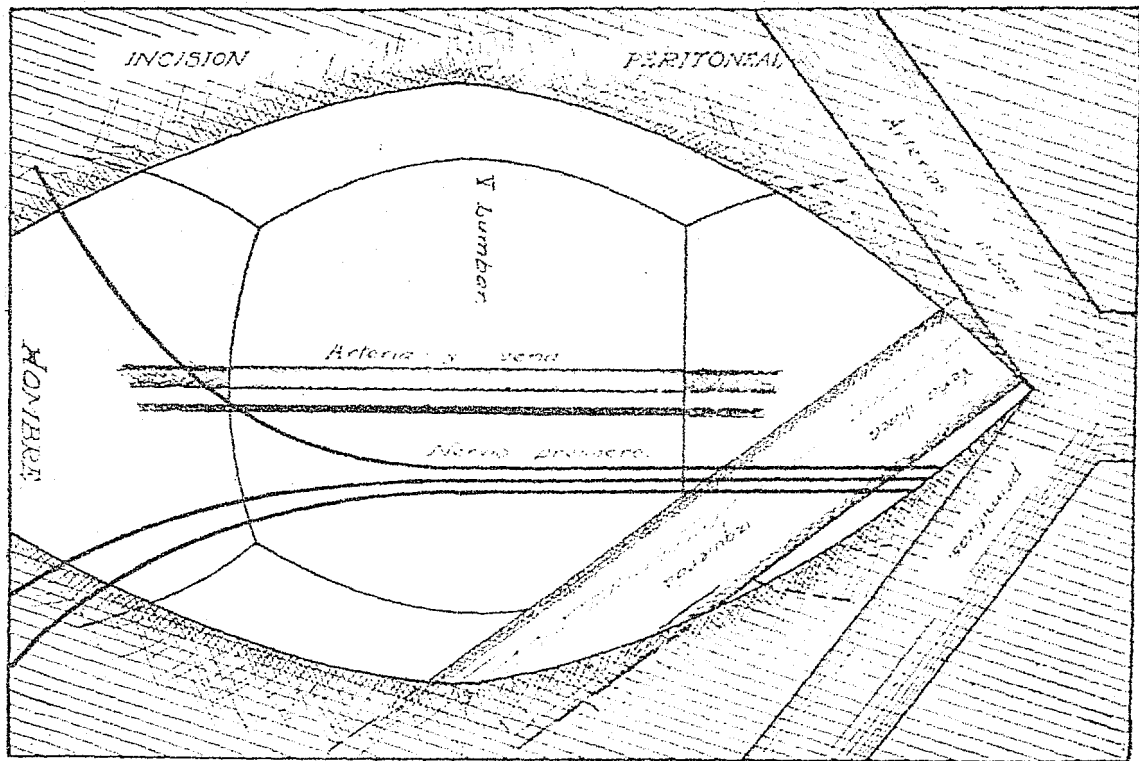
II

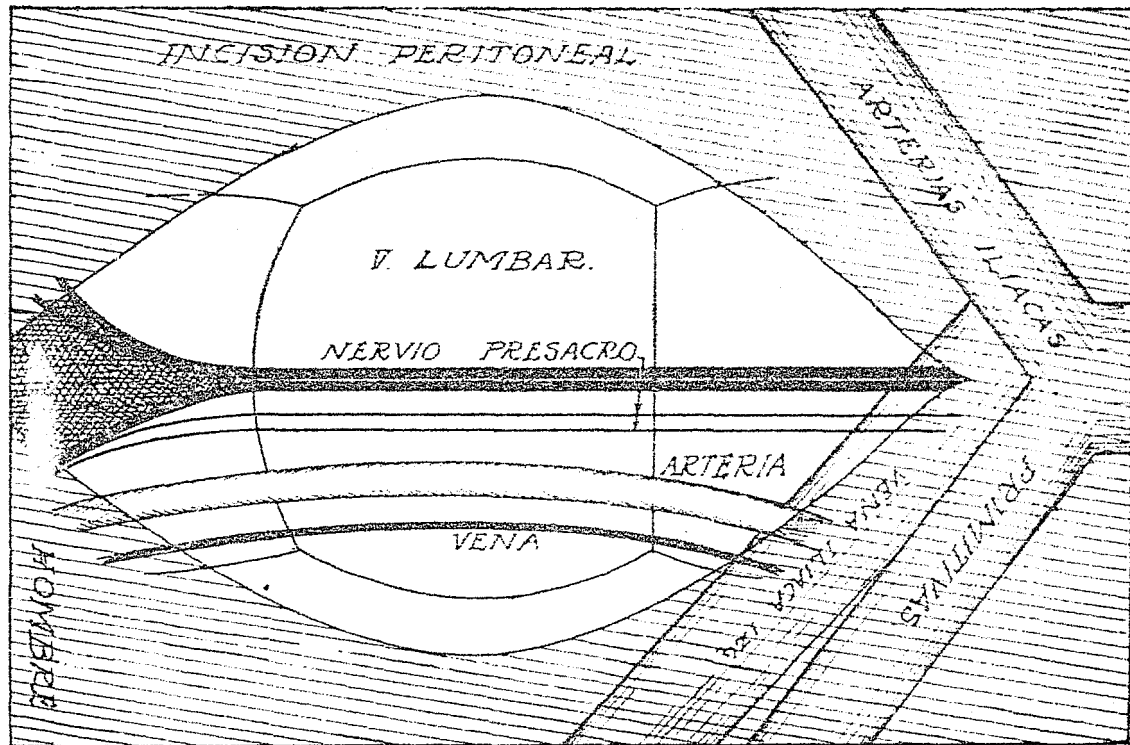
Centros medulares: en cambio, la relación entre las diferentes vísceras necesita la intervención del sistema vegetativo; estas relaciones ganglionares con la médula, constituyen un freno, una seguridad, que amortigua un impulso nervioso excesivo.

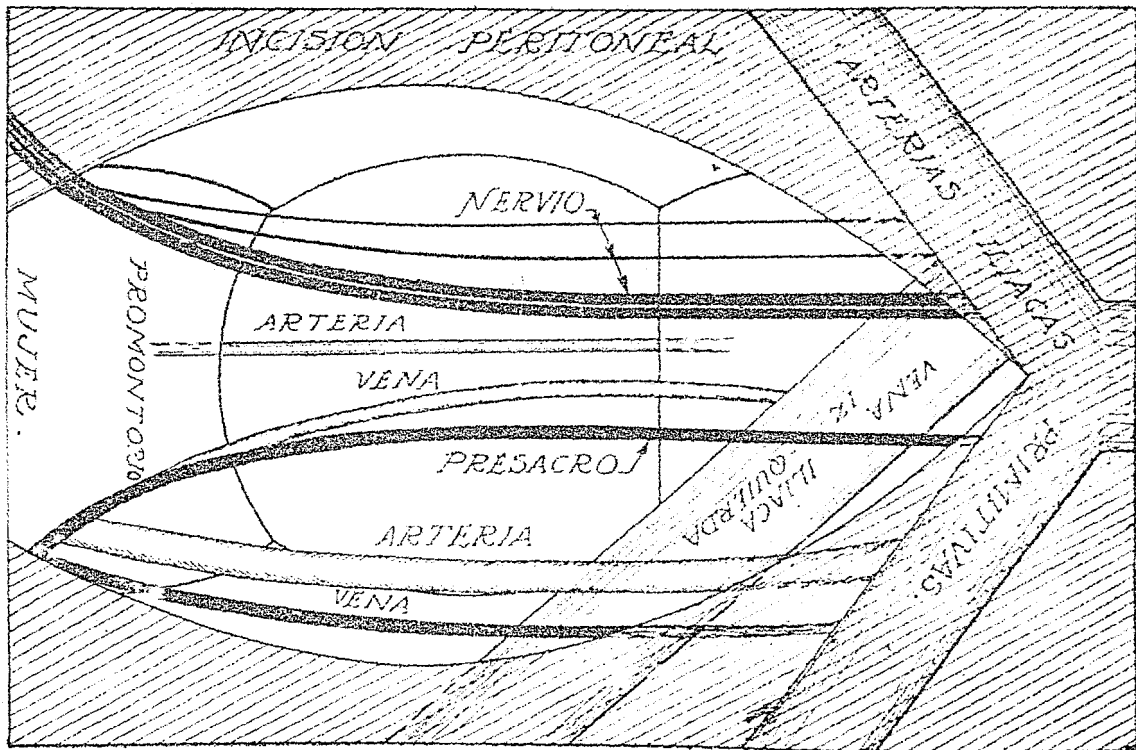
Los centros genitales de la médula son el de la erección y el de la eyaculación; éste último normalmente funciona en relación con el primero.

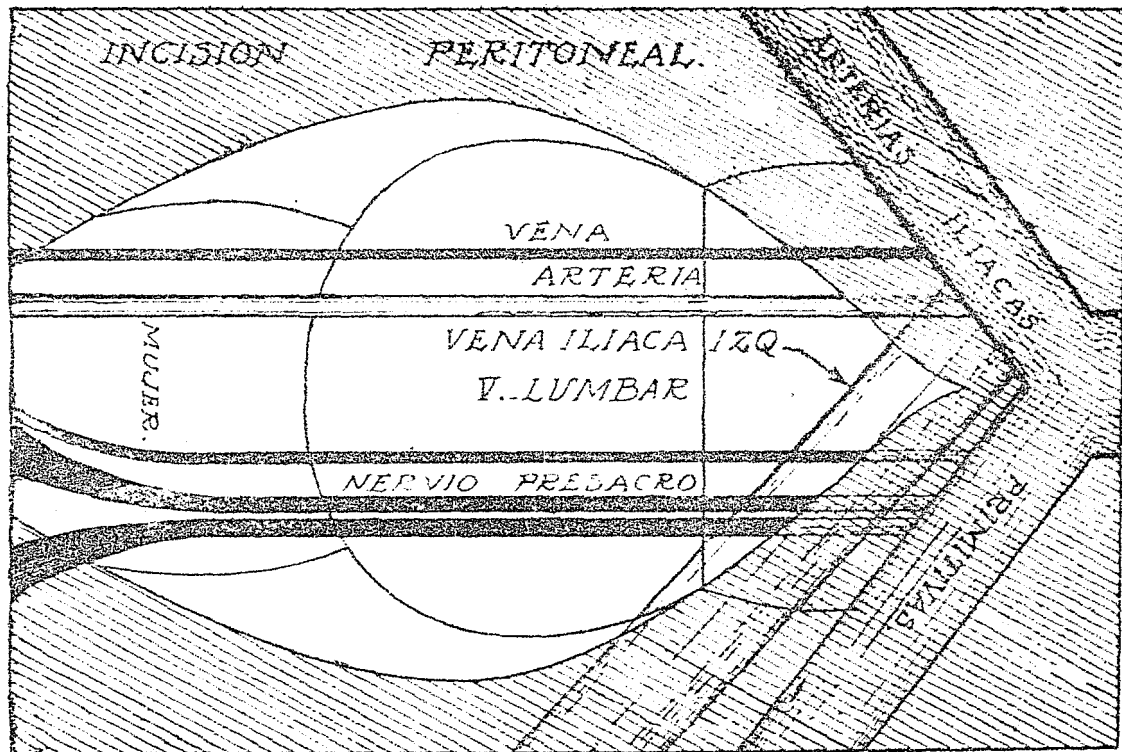
III

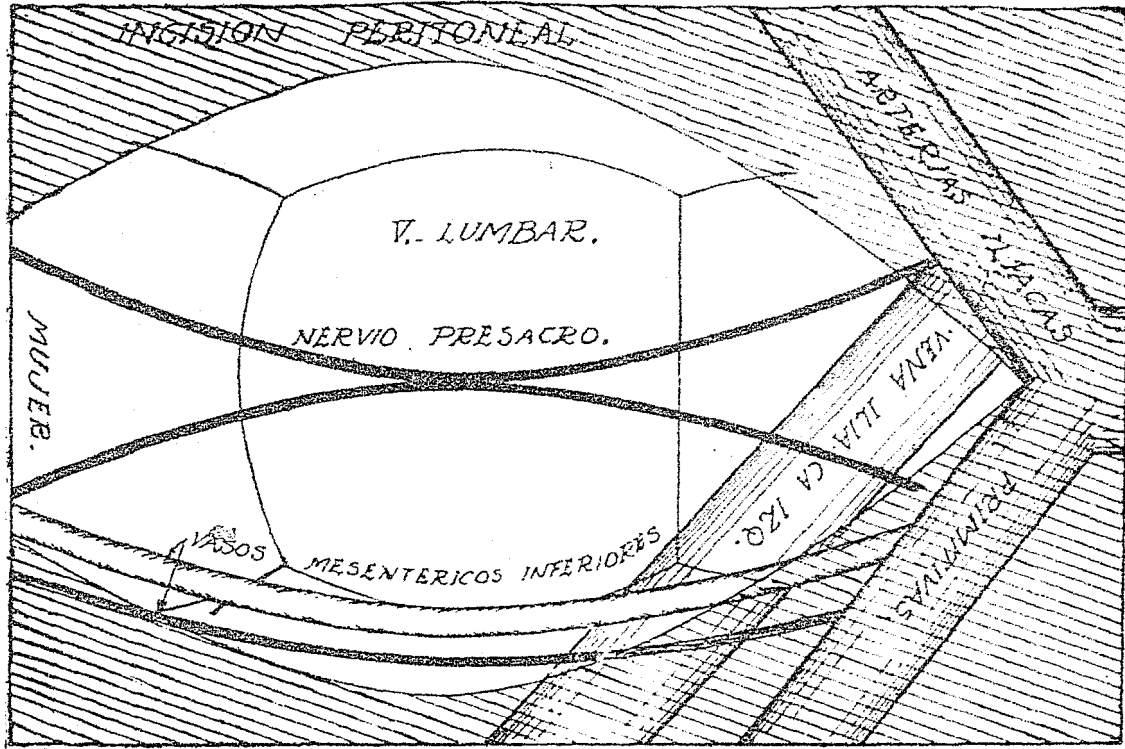
Centros cerebrales: el centro medular de la erección puede ser activado por los centros cerebrales; la erección puede ser producida por una excitación puramente psíquica; pero sin embargo, el cerebro obra más a menudo como inhibidor de los centros medulares.











CAPITULO III

LAS ALGIAS PELVICAS

Sabemos que el síntoma dolor forma parte de la mayoría de los síndromes y padecimientos que presentan los enfermos.

El dolor pélvico es un síntoma que encontramos, bajo diferentes formas e intensidades, en la mayoría de los padecimientos de todos y cada uno de los órganos que encierra la pelvis; como ejemplos: metritis, salpingo-ovaritis, pelvi-peritonitis, flegmones y abscesos pélvicos, fibromiomas, etc., etc.; pero, repito, no es más que un síntoma común, que forma parte de estas entidades nosológicas.

Y en este capítulo no me referiré a esos dolores, porque entonces tendría que referirme a toda la patología de la pelvis, sino a las algias pélvicas que constituyen casi solas, el único síntoma importante desde el punto de vista terapéutico, la molestia más grande que presentan los enfermos; algias que dependen, en algunos casos, no de lesiones orgánicas ni de inflamaciones, sino más bien de desequilibrios nerviosos, de disfuncionamientos del sistema simpático.

Es decir, no me referiré a los dolores que podemos hacer desaparecer con el tratamiento de la enfermedad que los produce, como los anteriormente mencionados, sino a los dolores que, no teniendo causa orgánica manifiesta, o teniéndola, pero sin que se pueda suprimir, hay que aliviarlos o curarlos dirigiéndonos directamente al sistema nervioso, que es el que conduce esa sensación a nuestros centros conscientes.

Para la claridad de este estudio, describiré sucesivamente los síndromes y padecimientos en los que encontramos estas algias pélvicas, y que nos interesan sobre todo en vista de la Operación de Cotte,

I

DISMENORREA

Se da el nombre de dismenorrea a la menstruación difícil, dolorosa.

Casi todas las mujeres tienen, cuando su menstruación, fisiológicamente, molestias y sensaciones dolorosas más o menos intensas, según su idiosincrasia; pero cuando estas molestias, estos dolores, son tan intensos que afectan su vida habitual, cuando estas mujeres no pueden dedicarse a sus ocupaciones por la intensidad del dolor, entonces es a lo que llamamos dismenorrea, que viene a ser ya un estado patológico.

Los fenómenos que se producen periódicamente en la mujer son: la maduración de los folículos de de Graaf, su ruptura, y la hemorragia uterina que la acompaña; de la anormalidad de estos fenómenos dependen los dolores menstruales intensos, o dismenorrea, y según la fase de las funciones menstruales que da lugar a la crisis dolorosa, se puede distinguir una dismenorrea ovárica, una dismenorrea uterina, y una dismenorrea membranosa, que no está caracterizada más que por una exfoliación de la mucosa uterina, pero que en realidad puede formar parte del capítulo de la dismenorrea uterina; además, en los casos clínicos concretos, no existe esta división tan clara, combinándose los síntomas de una y de otra.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La dismenorrea es debida, las más de las veces, a un mal funcionamiento del ovario o del útero.

Casi siempre se trata de distrofias de los ovarios, de mal desarrollo de ellos; la evolución de los folículos de de Graaf se hace incompletamente; muchos de ellos comienzan a desarrollarse al mismo tiempo, como en una sobre-actividad, pero ninguno acaba su evolución, y se transforman en pequeños quistes que se rodean de tejido fibroso, que va aumentando poco a poco, hasta transformar el ovario en esclero-quístico.

Esta perturbación del desarrollo de los folículos de de Graaf, y este estado del ovario esclero-quístico, puede deberse a una distrofia sin causa conocida, constituyendo el ovario infantil; puede depender de los fenómenos que sobrevienen con la menopausa; puede deberse a infecciones crónicas genitales; a intoxicaciones; a la heredo-sífilis; a la tuberculosis genital, etc., etc.

Las alteraciones del útero son análogas, y se deben a las mismas causas, a saber: útero infantil, esclerosis por infecciones crónicas, intoxicaciones, sífilis, tuberculosis; a menudo estos úteros están en ante o retro-flexión marcada, lo que dificulta el flujo sanguíneo.

En la mayoría de los casos de dismenorrea, están perturbadas al mismo tiempo, tanto las funciones ováricas como las uterinas.

Pero además, hay que tener en cuenta que en algunos casos no

se encuentra en el origen de la dismenorrea ninguna de estas causas; es decir, que la dismenorrea no es causada por ninguna lesión apreciable para nosotros, y es a lo que se ha acordado en llamar dismenorrea esencial, que es un trastorno puramente funcional.

Influyen en la producción y acentuación de los dolores menstruales; el exceso de trabajo, sobre todo intelectual, la vida activa y complicada de la ciudad, con higiene defectuosa; el mal funcionamiento intestinal, renal, hepático; las emociones y los disgustos; la apendicitis crónica; las auto-intoxicaciones, etc., etc. Y por el contrario, la supresión de todas estas causas, disminuye o suprime el dolor; así, se citan casos de muchachas que cuando salían a vivir al campo, no tenían sus dolores menstruales, y que cuando volvían a vivir a la ciudad, les aparecía otra vez su dismenorrea.

SINTOMAS

Dismenorrea ovárica.—Es la que está en relación con la fase ovárica de la menstruación; coexiste con los primeros fenómenos de ésta; los pródromos de las reglas aumentan, a la vez de duración y de intensidad; varias horas, un día, dos o tres antes de la instauración del flujo menstrual sobrevienen fuertes dolores lancinantes en las fosas ilíacas, con irradiaciones hacia las regiones lumbares, al hipogastrio, a la vulva, a los muslos; a veces estos dolores se extienden a todo el vientre, con defensa muscular generalizada, meteorismo, etc., es decir, con fenómenos de peritonismo; y se agregan síntomas como náuseas, vómitos, polaquiritia; diarrea o constipación, etc.

También estas enfermas tienen a menudo cistalgia, dolor al defecar, jaquecas, etc. Pero no están inmóviles, como en la peritonitis, sino al contrario, cambian continuamente de posición, como si quisieran calmar así sus dolores.

Estos dolores son de duración y de intensidad variables según las mujeres; generalmente desaparecen cuando termina el flujo menstrual; pero pueden durar nada más unas horas, un día, dos, etc.

Cuando la dismenorrea ovárica comienza con las primeras menstruaciones, o en los años que siguen inmediatamente a la pubertad, y no cesa de aumentar, está casi siempre en relación con un desarrollo defectuoso de los ovarios: aplasia glandular, persistencia del estado infantil, degeneración esclerosa o esclero-quística.

Cuando la dismenorrea aumenta constantemente en los años que siguen a la pubertad, es de un pronóstico grave. Muchas veces la dismenorrea tiende a desaparecer y va disminuyendo paulatinamente mes a mes; pero otras veces es intensa y no se modifica absolutamente durante varios años, siendo casi insoportable para las enfermas, y requiriendo un tratamiento radical.

Se puede referir a la dismenorrea los dolores inter-menstruales, a veces muy penosos, que se presentan en ciertas mujeres; sus caracteres son análogos a los de los dolores menstruales y muchas veces se acompañan de pequeña cantidad de sangre, o de intensificación de leucorrea.

Dismenorrea uterina.—Es la relacionada con la fase uterina de la menstruación; resulta de la dificultad del escurrimiento sanguíneo, que puede deberse a muchas causas, ya resumidas anteriormente.

La sangre se detiene por algún obstáculo, se forma un coágulo más o menos grande, que la matriz expulsa, dando lugar a cólicos, a veces muy intensos; a estos dolores se agregan casi siempre, algus lumbosabdominales. Estas manifestaciones comienzan generalmente después de la época en que principian los dolores de la dismenorrea ovárica, es decir, después de los pródromos normales de la menstruación, y cuando comienza el escurrimiento sanguíneo; estos malestares duran algunas horas, a veces un día entero.

Esta forma de dismenorrea desaparece o se atenúa en muchas ocasiones, después de un parto.

Dismenorrea membranosa.—Se confunde las más de las veces con las variedades precedentes, en su sintomatología general. Sin embargo, presenta, desde el punto de vista clínico, caracteres particulares que permiten diferenciarla; está esencialmente caracterizada por la extofación y la emanación dolorosa de una gran parte o de la totalidad de la mucosa uterina, en cada época menstrual.

Pero, repito, en los casos concretos, no hay tal división de las dismenorreas, sino que se presentan con los síntomas de una y de otra formas, combinados de diferentes maneras, para formar el síndrome común, dismenorrea.

En los casos típicos, en donde existe una hiper-excitabilidad clara del plexo hipogástrico, se nota al mismo tiempo cistalgia, asimismo entre las menstruaciones, traducida casi siempre por una sensación de quemadura al final de la micción y por polaciuria. Esta hiper-excitabilidad del plexo hipogástrico también puede manifestarse por trastornos vasomotores, con sensación de sequedad en la vagina, leucorrea, comezones, vaginismo, síndrome de hiper-excitación genital, o al contrario frialdad completa.

Estas dismenorreas no dependen generalmente de lesiones orgánicas de los tejidos vecinos, sino más bien de un desequilibrio vago-simpático, que puede depender en muchos casos de un disfuncionamiento de la secreción interna del ovario o de otras glándulas endócrinas: estas mujeres son a menudo ptósicas o asténicas, grandes y flacas; otras veces recuerdan el síndrome adiposo-genital o la inter-sexualidad; a veces existen estigmas de una espasmo-filia manifiesta.

En los antecedentes, pueden encontrarse estigmas de tuberculosis de la infancia o de sífilis hereditaria, lo que incita para practicar primero el tratamiento específico.

En algunas enfermas también se encuentran trastornos del plexo solar, del plexo mesentérico, etc.; a los dolores menstruales se agregan entonces dolores gástricos, intestinales, crisis de enterocolitis, de asma, jaquecas, aerocianosis, predisposición a las heladuras, etc., etc.

TRATAMIENTO

Aunque la dismenorrea proviene de causas diferentes, su terapéutica reposa siempre sobre un fondo común, aplicable a la mayoría de los casos y al cual bastará agregar el tratamiento local, de acuerdo con el estado del aparato genital.

Tratamiento de la crisis.—La indicación más importante es calmar el dolor. Cuando se tiene que intervenir antes del escurrimiento sanguíneo, se prescriben baños prolongados, a la temperatura de 37° C., 38° C. o 39° C., dos o tres veces en el día; en el caso en que comenzara el flujo sanguíneo, también se aconsejarán estos baños, que facilitarán el escurrimiento. Cuando se interviene en pleno período menstrual, ya no están indicados estos baños.

Además de esto, en toda crisis de dismenorrea, se aconsejará el reposo en cama, la aplicación de compresas húmedas calientes cada tres horas, y pomadas o linimentos calmantes; también se administrarán al interior, calmantes analgésicos, de preferencia por vía rectal, debido a las náuseas, que son tan frecuentes en este estado.

Si con todos estos medios no se consigue alivio, está uno obligado a recurrir a las inyecciones de morfina, que deben usarse, bien entendido, en último caso, y también deben evitarse en lo sucesivo.

Tratamiento preventivo. Es el verdadero tratamiento, el útil y efectivo. Debe inspirarse en la variedad de dismenorrea, procurando hasta donde sea posible conocer la causa de ella, su origen, que es a menudo múltiple y difícil de definir.

La dismenorrea ovárica de las jovencitas, podrá mejorarse mucho con una vida higiénica bien llevada: buena alimentación, sin platillos indigestos ni excitantes; nada de vino; poco trabajo físico, y sobre todo intelectual; vida al aire libre, en la montaña, en el campo o en la costa; ejercicios moderados y apropiados; baños calientes diarios, sobre todo una semana antes de las reglas; etc., etc.

Los emenagogos, generalmente no dan buenos resultados. La opoterapia ha tenido éxitos, en algunos casos; tal vez dé mejores efectos cuando se conozcan mejor sus indicaciones: el extracto ovárico solo, no da resultado casi nunca; hay que asociarlo siempre con el extracto tiroideo; a veces se agregan el extracto de hipófisis y el de suprarrenal.

Cuando todos estos medios no han dado resultado, se puede recurrir al masaje, a la electricidad, etc., que a veces mejoran mucho a estas enfermas.

Cuando la dismenorrea es francamente de origen uterino, con aplasia, flexiones, etc., está indicado el masaje ginecológico. Si el cuello es estrecho, se dilatará por medio de laminarias; practicada aséptica y lentamente, esta operación no es peligrosa, pero exige un reposo en cama de ocho a diez días por lo menos.

Esta terapéutica da resultados incóncstantes, incóncpletos y pasajeros, y además, requiere molestias y largos períodos de tiempo, con encamamiento, etc.

Es en estos casos, cuando fracasan todos estos medios, y que las enfermas siguen con sus atroces dolores, que las debilitan cada vez más y les acarrea neuropatías, morfínománías, etc., cuando conviene proponer a tiempo la operación de Cotte, cuyas ventajas y éxitos veremos ampliamente en el curso de este trabajo.

II

OVARITIS ESCLERO-QUISTICA

Esta enfermedad se confunde casi con la dismenorrea, en su etiología, sintomatología, tratamiento, etc., de tal manera que su descripción sería una repetición de lo dicho.

En la mayoría de los casos, la ovaritis esclero-quística es un trastorno de funcionamiento, un desequilibrio funcional del sistema nervioso y de las glándulas de secreción interna; casi nunca interviene la infección en su etiología, y solamente a veces coexiste la distrofia con la infección.

Generalmente, las trompas están sanas, al lado de estos ovarios poli-quísticos, que están o no aumentados de tamaño.

En la mayoría de las dismenorreicas, encontramos los ovarios esclerosos y quísticos, de cualquiera variedad de dismenorrea de que se trate, y aunque existan además, otras lesiones que contribuyan a provocar los dolores menstruales.

En las ovaritis esclero-quísticas, los principales síntomas están en relación con los trastornos de la función menstrual.

III

CANCER AVANZADO DEL CUELLO UTERINO

El cáncer del cuello uterino, al principio, se caracteriza, como

síntomas funcionales comprobados por la enferma, por pérdidas blancas, hemorragias, etc., pero generalmente no hay dolor.

Las enfermas no les dan importancia a estos trastornos, y van a consultar al médico muchas veces, hasta que sienten dolores intensos, que casi siempre corresponden a una fase muy avanzada del mal, cuando ha habido ya una extensa propagación al tejido celular peri-uterino, es decir, cuando es ya inoperable.

El cáncer del cuello uterino tiene una tendencia constante a extenderse en todos sentidos: avanza poco a poco hacia la vejiga, hacia el recto, pero sobre todo hacia la vagina y la base de los ligamentos anchos.

Es entonces cuando aparecen los dolores, que desde ese momento ya no se quitan, sino al contrario aumentan más y más hasta hacerse insuportables. Al principio se manifiestan por fenómenos que recuerdan el síndrome uterino, después revisten la forma neurálgica, dando lugar a crisis más o menos agudas, a veces periódicas, poco a poco más continuas, que después no dejan ni un momento a las enfermas.

Al mismo tiempo, aparecen síntomas del lado del recto y de la vejiga: tenesmo rectal, dolor al defecar: cistalgia, polaquiuria, hematuria.

Más tarde, con los progresos del proceso, el útero va perdiendo poco a poco su movilidad, y éste es un signo muy importante de invasión del cáncer, es decir, de inoperabilidad.

Cuando el cáncer del cuello uterino ha invadido ya la vejiga, el recto, los ligamentos anchos, etc., es ya inoperable: en este estado, las enfermas generalmente sufren dolores muy intensos, que las hacen sufrir constantemente, y que no se calman por ninguno de los medios conocidos, a veces ni con la morfina.

IV

CANCER AVANZADO DEL CUERPO DEL UTERO

El cáncer del cuerpo del útero, al principio, se caracteriza sobre todo por hemorragias o hidrorrea, pero casi nunca por dolor.

Solamente cuando existe una flexión acentuada del útero, es cuando, estancándose por algún tiempo el escurrimiento, da lugar, cuando su expulsión, a dolores intensos debidos a las contracciones uterinas, y a un escurrimiento fétido, debido a las putrefacciones que ha sufrido.

Después, las pérdidas aumentan poco a poco, y se coloran más y más; en este estado es cuando muchas enfermas consultan a su médico; éste, generalmente, no encuentra más signo que el cuerpo uterino un poco aumentado de volumen.

Luego las lesiones se extienden, el útero aumenta más de volumen, el cáncer invade el músculo uterino, el parametrio; el escurreniento aumenta; los dolores, al principio sordos, intermitentes, se van haciendo más continuos, más intensos, y en estas circunstancias, el período del tratamiento quirúrgico útil ya ha pasado.

La inmovilidad del útero marca el límite de la intervención quirúrgica, así como los dolores, que traducen casi siempre la extensión del cáncer al tejido conjuntivo peri-úterino, o al peritoneo.

Y en estas circunstancias, la indicación más importante que debe tener en cuenta el médico frente a su enferma, es suprimirle el dolor, que se hace cada vez más intenso, y que la enferma pide a gritos que se le calme, porque ya no lo resiste.

V

CANCER AVANZADO DEL COLON ILIO-PELVICO

Los primeros síntomas, relativamente precoces, del cáncer recto-sigmoideo, están contenidos en dos grupos: síntomas de colitis baja disenteriforme y síntomas de ocaisión incompleta. Cuando encontremos estos síntomas en un individuo de más de cuarenta años, siempre deberemos pensar en que puede tratarse de cáncer, antes de hacer un diagnóstico superficial e incompleto.

En esta localización del cáncer, los fenómenos dolorosos son casi siempre de pronta aparición y de gran intensidad; consisten en: dolores de mearceración, compresión de los troncos nerviosos por el tumor o los ganglios, pujos, falsa necesidad de evacuar, seguida de la expulsión de mucosidades sanguinolentas o apenas tenues.

Generalmente, las hemorragias se presentan tardíamente, por ulceración de los mamelones; pero desde que aparecen, se hacen constantes, aunque son casi siempre poco abundantes y la sangre se mezcla con las mucosidades.

El diagnóstico del cáncer recto-sigmoideo debe hacerse tan pronto como se sospeche, ayudándonos con el tacto rectal, los rayos X y la endoscopia recto-sigmoidea, completada con la biopsia.

El criterio de la operabilidad o no operabilidad de esta localización del cáncer, se apoya en la extensión del proceso, y de sus adherencias a los órganos o tejidos cercanos: tejido celular peri-sigmoideo, tejido celular pélvico, vejiga, etc.

Cuando esta localización del cáncer es inoperable, y no podemos salvar al enfermo, por lo menos es nuestra obligación atenuarle o suprimirle sus fuertes dolores, para hacerle más soportables sus últimos días, que a veces se prolongan, en medio de crueles sufrimientos.

VI

CÁNCER AVANZADO DE LA PROSTATA

Durante mucho tiempo, el cáncer de la próstata queda latente, o no da lugar más que a síntomas ligeros y banales, que casi nunca inquietan al enfermo, y que el médico casi siempre refiere espontáneamente a las secuelas de una uretritis crónica, que se encuentra en los antecedentes del enfermo.

El cáncer de la próstata casi siempre coexiste, se suma al de la uretra posterior, ya sea primitivo, o secundario a éste.

Los primeros síntomas consisten en sensaciones vagas durante la micción, secreción sero-purulenta ligera, a veces sanguinolenta.

Más tarde, los síntomas van acentuándose, y aparecen otros nuevos: escarrimiento más o menos abundante, seroso o purulento, uremorragias, dolor espontáneo, dolor al final de la micción, disuria; a veces se encuentran en la orina expelida, fragmentos de tumor.

En un período avanzado del neoplasma, los colores se hacen más continuos e intensos, espontáneos y con el tacto rectal, y el escarrimiento se hace más y más sangriento; las grandes uretrorragias son raras; en la mayoría de los casos, más bien se trata de poca cantidad de sangre, que fluye fácilmente al menor contacto, o que aparece al final de la micción.

El dolor espontáneo, en la región perineal, con irradiaciones a lo largo del canal uretral, o localizado al glándula, es sordo; al contrario, el dolor provocado por la micción, a veces reducido a una ligera coacción, puede ser excesivo y arrancar quejas al enfermo; casi siempre aumenta con los progresos del cáncer.

En cierta época de la evolución del cáncer sobrevienen las complicaciones y su extensión a la vejiga, a la uretra, a los testículos, etc.

En un período avanzado, cuando se ha generalizado mucho la neoplasia, y ya existen lesiones renales, caquexia avanzada, etc., en algunas ocasiones ya no es doloroso el cáncer, pero en muchos casos estos dolores son muy intensos, insoportables para el enfermo, y ameritan de parte del médico una rápida y definitiva sedación o supresión del sufrimiento, que es una de las más bellas conquistas de la medicina y de la cirugía contemporáneas.

VII

CISTITIS TUBERCULOSA AVANZADA

La tuberculosis vesical puede ser primitiva o secundaria, aunque en la inmensa mayoría de los casos es secundaria, casi siempre

a la de los órganos genito-urinarlos.

La infección tuberculosa de la vejiga tiene lugar:

1o.—Por el intermedio de los vasos sanguíneos.

2o.—Por el intermedio de los vasos linfáticos.

3o.—Por las secreciones (orina, semen).

4o.—Por continuidad.

5o.—Por contigüidad.

SINTOMAS Y SIGNOS

Uno de los síntomas prodromicos más importantes de la tuberculosis urinarla es la aparición constante, en la orina, de globulos rojos de la sangre, descubribles al microscopio; este sintoma precede a veces por varios años a la hematuria macroscópica y demás síntomas.

Tratándose en particular de la tuberculosis vesical, el primer sintoma característico y constante que se observa casi siempre, es la polaquiuria muy marcada.

El dolor vesical y de los órganos próximos, es otro de los síntomas más pronunciados y más caracterizados de la tuberculosis de la vejiga, principalmente en sus fases avanzadas. Pocos de esos pacientes negan al final, o sea a la muerte, sin haberse visto obligados al empleo sistemático de la morfina. El dolor, a veces espontáneo y otras veces provocado tan sólo por las micciones, se refiere al cuello de la vejiga al perineo, a la uretra o al glande. Aumenta en la misma proporción que los tejidos son invalidos y puestos al descubierto por la propagación de las ulceraciones o de la inflamación.

Después, la orina se hace alcalina y purulenta, por infecciones secundarias; además, poco a poco va aumentando la cantidad de sangre, persistente o intermitente, hasta hacerse francamente hematúrica.

El estado general del paciente se altera a medida que el proceso tuberculoso local y general va progresando.

DIAGNOSTICO

El síntoma capital de la cistitis tuberculosa es la demostración del bacilo de Koch en la orina. Además, por medio de la cistoscopia, se verifican la inflamación y las ulceraciones tuberculosas características. También debemos investigar si existe tuberculosis renal, o de cualquier otro órgano.

TRATAMIENTO

Como en todo tuberculoso, colocar al paciente en buenas con-

diciones higiénicas y dietéticas.

Como tratamiento local medicamentoso, instilaciones vesicales de aceite iodofornado o gomenolado, que dan magníficos resultados; cuando hay infección secundaria, irrigaciones vesicales con solución de ácido bórico.

Al interior, son de utilidad la creosota y el guayaquil, a dosis suficientes; el salol y los salicilatos están bastante bien indicados en los casos de infecciones secundarias. Además, tónicos generales apropiados, aceite de hígado de bacalao, si es tolerado.

En las fases muy avanzadas, con profundas ulceraciones y dolores incesantes, podrá ser necesario establecer un drenaje permanente de la vejiga. Al mismo tiempo, una indicación capital en este estado, es calmar o suprimir el dolor; de ser posible, suprimirlo de una manera persistente, sin hacer al enfermo morfinómano y sin la molestia de las inyecciones constantes.

VIII

CANCER AVANZADO DE LA VEJIGA

El cáncer vesical es tres veces más frecuente en el hombre que en la mujer; habitualmente principia en individuos que han pasado los cuarenta y cinco años; casi siempre se localiza primitivamente en la mucosa que rodea la desembocadura de los ureteres, y en la superficie del trigono; posteriormente se propaga a las otras porciones de la vejiga, propagación que se hace por contacto directo, cuando el órgano está vacío; el crecimiento del cáncer vesical puede ser lento o moderadamente rápido.

El cáncer de la vejiga tiende constantemente a infiltrar totalmente las paredes del órgano, y a extenderse y propagarse mucho más allá; generalmente es sésil, con amplia base de implantación e invasión de los tejidos vesicales; su superficie puede ser rugosa, ulcerada y con fisuras, de las que casi siempre fluye sangre en el momento del examen. Estos tumores no sólo son inmóviles por sí mismos, sino que transforman la pared vesical en una masa densa, de consistencia leñosa, a menudo perceptible por la palpación a través del recto, de la vagina o de la pared abdominal.

SINTOMAS

El más característico y constante es la hematuria, que al principio sobreviene nada más de vez en cuando, y luego aumenta en cantidad y frecuencia; un carácter importante es que acontece en cualquier momento, sin ninguna causa aparente que la explique.

Más tarde sobreviene la infección, y se añaden los síntomas de la cistitis.

El cáncer vesical, en sus fases tardías, marca con el sello de la toxicidad al paciente, que se debilita y se hace caquéctico.

Además, las constantes molestias y los intensísimos dolores que sufren estos pacientes constituyen la tortura de sus últimos días; algunos enfermos acusan una extraordinaria sensibilidad a la presión, gritando a la menor manobra, hasta el punto de que la introducción de una sonda blanda es absolutamente imposible sin previa anestesia local.

DIAGNOSTICO

Se hace por los síntomas antes dichos, ayudados eficazmente por la cistoscopia.

PRONOSTICO

La extirpación del cáncer vesical sólo puede hacerse muy al principio de su evolución; es muy difícil, de todos modos; exige la resección de parte de la vejiga, y tiene marcada tendencia a reproducirse.

TRATAMIENTO

Extirpación precoz y radical del tumor.

Algunos autores rechazan toda intervención quirúrgica, afirman que es inútil, porque se reproduce el cáncer, y el enfermo queda en peores condiciones que antes de la intervención.

Otros cirujanos aconsejan la extirpación total de la vejiga, que es muy difícil y de graves consecuencias; se anota una mortalidad operatoria de un cincuenta y seis por ciento.

En los casos fracamente inoperables, muy avanzados, está indicada la nefrostomía, para evitar la presencia de la orina en la vejiga, que es causa de dolores y sufrimientos intolerables; operación también muy delicada.

En estos mismos casos, está indicada con mucho mayores ventajas, que saltan a la vista, la operación de Cotte, que puede suprimir definitivamente los dolores, y cuyas indicaciones serán tratadas en el Capítulo VI.

CAPITULO IV

OPERACION DE COTTE

La operación de Cotte, es en suma, la curación o el alivio de las algias pélvicas, que hemos visto ya, son tantas y hacen sufrir tanto a las mujeres de todos los países y de todos los tiempos.

Me he referido en primer lugar a los dolores pélvicos, porque sin duda es una de las más bonitas aplicaciones de esta operación, y de hecho es con ese objeto con el que más se ha practicado, pero además, la operación de Cotte sirve para modificar o suprimir otros muchos trastornos, otras muchas enfermedades pélvicas, principalmente femeninas, como veremos ampliamente en el capítulo VI, que trata de las indicaciones de esta operación.

La Operación de Cotte es más simple y más fácil que la simpactomía peri-arterial; es una intervención sobre la raíz principal del ganglio hipogástrico, asegurándose así un éxito durable; es una operación inofensiva, sin ninguna consecuencia o complicación que haya que lamentar, como en otros procedimientos; además, Gaston Cotte, afirma que la intervención sobre el simpático tiene el mismo éxito que la castración, en las dismenorreas rebeldes, y sin embargo, no tiene sus grandes inconvenientes.

A esta operación se la ha reprochado de no producir más que efectos transitorios; pero además de que este defecto lo tienen otros muchos medios terapéuticos, el restablecimiento temporal de un equilibrio roto, que pone fin a un funcionamiento vicioso, puede llegar a hacerse definitivo, y además, G. Cotte ha tenido excelentes resul-

tados durables durante varios años que ha practicado este procedimiento, así como otros muchos cirujanos.

En la mayoría de los casos, G. Cotte ha intervenido sobre dismenorreas no primitivas, sino posteriores al comienzo de las menstruaciones, dolores que eran cada vez más intensos, hasta no calmarse más que con morfina.

En casi todas las enfermas, los dolores eran del tipo de la dismenorrea aterina, comenzando un día antes o con el principio del flujo menstrual, y prolongándose durante uno o varios días.

En resumen, la operación de Cotte, cuya técnica se describe claramente en el capítulo siguiente, es una de las adquisiciones más brillantes que ha hecho la cirugía contemporánea, que tanto se ha perfeccionado, para gloria de la ciencia y alivio de la humanidad doliente.

CAPITULO V

TECNICA

Detalles de técnica, según Gastón Cotte

I

Anestesia: Raquía.

II

Posición: Trendelenburg.

III

Incisión de la pared abdominal:

Incisión de Pfannenstiel, tan cerca del pubis como sea necesario para que no se note la cicatriz, (según el desarrollo de la zona pilosa y aprovechando los pliegues naturales de la piel), ya que casi siempre se trata de mujeres muy jóvenes; la incisión de la piel no es necesario que sea tan grande como la de la aponeurosis. El inconveniente de las incisiones muy bajas, es la hemorragia consecutiva a la sección de los vasos que se encuentran en el tejido céhulo grasoso del monte de Venus, y que son muy numerosos; su hemostasia debe ser hecha con sumo cuidado.

Después, hay que cortar el tejido céhulo-grasoso oblicuamente hacia arriba, para cortar la aponeurosis 5 a 6 centímetros arriba del pubis.

A esta incisión baja se la ha tachado de mala por hematoma, infección, etc., pero bien hecha no tiene esos inconvenientes; el único inconveniente, relativo, que verdaderamente tiene, es el de que es un poco tardada: G. Cotte emplea de 12 a 15 minutos en llegar al peritoneo y otros tantos en cerrar, cuando que la resección del presacro la hace en cinco minutos.

Los otros tiempos de la abertura del abdomen no tienen nada de particular, salvo que con una incisión pequeña de la piel, es más cómodo usar el separador abdominal de Collin, modificado por G. Cotte, haciendo independientes las dos ramas, para introducir las una después de la otra.

Para reclinar el colon sigmoide, G. Cotte usa el separador ureteral de Polsson, instrumento muy cómodo debido a su larga curvatura.

Una vez el peritoneo abierto, G. Cotte hace sistemáticamente la apendicectomía, antes de poner a la enferma en posición de Trendelenburg. Solamente que el ciego esté alto, se deja la apendicectomía para después de la resección del presacro, mediante una incisión de Mac Burney (siempre que sea necesaria la extirpación del apéndice, en este caso).

En seguida de la apendicectomía, es necesario desde luego explorar minuciosamente el aparato genital.

IV

Resección del simpático pélvico:

A nivel de la quinta vértebra lumbar, un poco arriba del promontorio, es donde el nervio es más accesible, es decir, el promontorio es el primer punto de referencia.

Arriba de él, y dirigiéndose hacia abajo y afuera, resaltan bajo el peritoneo las arterias ilíacas primitivas, que al separarse de la aorta dibujan un triángulo de base inferior, y constituyen el segundo punto de referencia.

En este espacio, a la izquierda de la línea media, se ven los vasos mesentéricos inferiores, que caminan en la base del mesocolon pélvico, y que constituyen el tercer punto de referencia.

Hacia dentro de estos vasos, y en la línea media, hay que cortar el peritoneo posterior: puede suceder que la raíz primitiva del mesocolon pélvico llegue a la línea media, y estorbe, pero en este caso hay que reclinar fuertemente hacia la izquierda el colon sigmoide y cortar el peritoneo hacia la derecha del mesocolon; el colgajo izquierdo de la incisión peritoneal debe desprenderse un po-

co, para procurar acercarse a la línea media y no ir a lesionar los vasos hipogástricos y el uretero del lado derecho.

El peritoneo debe cortarse en el sentido vertical, para poder prolongar la incisión hacia arriba o hacia abajo, según la extensión de nervio que se quiera resear; en general, basta una incisión de cuatro a cinco centímetros, cuya parte media corresponda al promontorio.

Separando los dos labios de la incisión peritoneal, se ve en la línea media, cubriendo la columna vertebral, una capa célula-fibrosa, en el interior de la cual se encuentra el nervio presacro.

No hay que diseccionar el nervio, porque podría ser incompleta su resección, sino que hay que cortar en masa toda la lámina célula-fibrosa en donde camina el simpático; para ésto, con la extremidad de largas tijeras curvas, se aísla esa lámina de los tejidos vecinos; hacia delante, se separa fácilmente del peritoneo; hacia los lados, se confunde con el tejido celular subperitoneal; pero a la derecha, se nota fácilmente el borde de la lámina en la que corre el nervio; hacia atrás, también se desprende con facilidad; los vasos sacros medios quedan generalmente unidos al esqueleto. Hacia la izquierda, puede dificultarse por la presencia de los vasos mesentéricos inferiores, que hay que respetar.

Una vez comenzada así la separación, se la termina cómodamente con una aguja de Deschamps, y entonces se ve la masa célula-fibrosa en forma de cinta, que se bifureca o se ensancha un poco abajo del promontorio, para envolver a los dos nervios hipogástricos hasta los ganglios hipogástricos inferiores.

Esta lámina es muy resistente, y esta circunstancia sirve para estar seguros de que no se ha aislado simplemente tractus célula-fibrosos; sin embargo, como se lesiona el tejido nervioso, después es difícil reconocerlo al examen histológico.

Una vez cargada la lámina en la aguja de Deschamps, se separa fácilmente hacia arriba y hacia abajo, y antes de seccionarla, hay que asegurarse de su integridad (bifurcación en forma de horqueta), para no exponernos a cortar nada más la mitad, que a veces está constituida por dos cordones unidos.

Se reseca el nervio en una extensión de dos a cuatro centíme-

tros, y hasta de seis a ocho, o de doce a quince centímetros, pudiendo llegar hasta el ganglio mesentérico inferior o el plexo renal, lo que han hecho algunos cirujanos, en casos de dolores correspondientes a la vía del plexo espermático interno.

No hay necesidad de ligar, y más bien no debe hacerse, puesto que la pequeña hemorragia debida a los vasos del nervio (*vasa nervosum*) se cohibe con una corta compresión, y la ligadura del nervio podría ocasionar dolores.

Luego se sutura el peritoneo parietal posterior, que es tan móvil que muchas veces se puede hacer una sutura en bolsa.

Casi siempre, G. Cotte hace una fijación ligamentaria según el procedimiento de Doléris-Güllam-Pellanda adaptado a la incisión de Pfannenstiel, que tiene sobre todo por objeto de oponerse a una retracción cicatricial de los ligamentos útero-sacros y de evitar la aparición secundaria de una para-metritis retráctil en el caso donde hubiera habido un poco de escurrimiento sero-sanguinolento en el tejido sub-peritoneal posterior:

Los ligamentos redondos jalados a través del peritoneo y el trasverso son cosidos el uno al otro y suturados al pequeño y al gran oblicuos. Hay que tomar una precaución: vigilar en caso de mesosalpinx corto o de adherencia de la ese ilíaca al ligamento redondo, de no doblar la trompa o el intestino; si ésto sucede, liberar el ligamento redondo de sus inserciones al ligamento ancho para que no ejerza tracción sobre la trompa o el intestino grueso.

Esta fijación da excelentes resultados y no tiene ninguna influencia nefasta en caso de embarazo o de parto.

V

Cerradura de la pared: Debe hacerse con mucho cuidado, para que se note poco la cicatriz.

VI

Cuidados consecutivos: los habituales después de una intervención ginecológica.

CAPITULO VI

INDICACIONES

Del estudio anatómico y fisiológico del gran simpático, se desprende el principio de que las secciones nerviosas no deben ser, si es posible, más que sobre las fibras simpáticas, respetando la innervación para-simpática, si es que no se quiere provocar trastornos motores; tiene por objeto interrumpir un arco reflejo superior, y su acción está dirigida principalmente contra el dolor.

Y precisamente, la resección del nervio presacro es el tipo de una intervención muy apropiada, puesto que parece no estar formado más que por fibras del simpático, y puesto que su sección alivia el dolor, sin producir ninguna clase de trastornos.

Las indicaciones de la simpatectomía pélvica, aunque todavía no muy precisas, pueden resumirse de la siguiente manera:

1o.—Síndromes de hiper o hipo-funcionamiento simpático; hidrorrea rebelde, hiper o hipo-excitabilidad genital, vaginismo, prurito vulvar.

2o.—Trastornos tróficos: kraurosis vulvar y elefantiasis.

3o.—Todo el grupo de los dolores pélvicos de Villard. De hecho, es este grupo de afecciones dolorosas el que constituye la indicación más frecuente de las simpatectomías pélvicas.

M. Binet ha intervenido sobre dolores continuos, sobre dismenorreas, sobre dolores inter-menstruales, etc.

Se ha acontejado la resección del presacro en las neuralgias pélvicas con o sin ovaritis o parametritis, completada o no por la anexectomía; en el vaginismo, en las dismenorreas rebeldes, en las

hipoplasias uterinas, en las metrorragias y leucorreas de origen ovárico en las muchachas, en las crisis clitorideas, en el cáncer inoperable del útero, en la cistalgia rebelde, en la cistitis tuberculosa, en el cáncer inoperable doloroso del recto, pudiendo extenderse quizá el carcinoma de la próstata y de la vejiga.

La indicación más importante de la resección del nervio presacro, es el caso de plexalgia hipogástrica (dismenorrea, neuralgias vesicales, tenesmo rectal, vaginismo, etc.). Cuando los dolores irradian solamente hacia la región lumbar (plexalgia útero-ovárica) traduciéndose por ovaralgia y dolores del plexo espermático interno, a menudo persisten los dolores después de la intervención, y es natural, puesto que los nervios del ovario (espermático interno) vienen del plexo renal y del plexo inter-mesentérico y siguen casi el trayecto de los vasos espermáticos.

Tratándose de dolores menstruales, las indicaciones para la intervención son: en los casos de dismenorreas antiguas, que no han cedido a la terapéutica empírica, y que constituyen una incapacidad y una molestia grandes.

Además, estas dismenorreas deben ser funcionales, es decir, no deben depender de ninguna lesión anatómica manifiesta, que fuera causa inmediata de los dolores:

Llamamos nosotros perturbaciones funcionales, a aquellas cuya causa orgánica no conocemos, que nos escapa a nuestros conocimientos o investigaciones, pero que nadie puede negar; y una de las ventajas del método que venimos sosteniendo, es que al abrir el vientre, tenemos oportunidad, antes de intervenir sobre el presacro, de explorar minuciosamente todos los órganos pélvicos, para ver si existe alguna lesión que no habíamos conocido antes, y tratarla en consecuencia; por ejemplo, si en una dismenorrea encontramos un adenomioma de los cuernos, una malformación uterina, un quiste dermoide del ovario o cualquiera otra lesión ginecológica, se impone el tratamiento de esas lesiones, y no tiene objeto la extirpación del presacro. Hay que hacer una salvedad a este respecto con la ooforitis esclero-quística, que muy a menudo se debe a un trastorno pasajero de la ovulación, caracterizado por una maduración precipitada y abortiva de numerosos folículos, y que muy a menudo estos ovarios vuelven a su funcionamiento normal, espontáneamente, o más bien por una intervención sobre el simpático, y por consiguiente, no siendo de aconsejarse la extirpación de esos ovarios; estas mujeres muchas veces tienen dolores lumbares en relación con el funcionamiento anormal del ovario.

Otra indicación muy interesante de la resección del presacro, es la dispareunia, a propósito de la cual hay un caso muy importante, curado en Lyon, de vaginismo dispareúnicico.

Se trataba de una dispareunia esencial; las dispareunias secundarias pueden deberse a desplazamiento del útero, anexitis, prolapso del ovario, pero sobre todo la parametritis posterior, ya tenga su origen en una endocervicitis, en una desgarradura del cuello ó en cualquier otro proceso patológico.

Sobre la dispareunia esencial, en cambio, falta mucha precisión en nuestros conocimientos; en Alemania, así le Hamann a la frialdad; en Francia, a las relaciones sexuales difíciles y dolorosas.

Es posible que en ciertos casos la dispareunia llamada esencial esté ligada a la existencia de una plexalgia hipogástrica primitiva, al mismo título que la dismenorrea.

En algunos casos de dismenorrea asociada a la dispareunia, la resección del presacro ha aliviado a las enfermas de sus dos clases de trastornos.

Como se ve, las indicaciones de la operación de Cotte son muy numerosas y muy importantes, y ésto ha sido motivo justificado para que se extienda cada día más en el mundo de la cirugía, haciéndose más precisas y aumentando más sus indicaciones, que abarcan nada menos, que los trastornos funcionales del gran simpático, en la pelvis.

CAPITULO VII

RESULTADOS

En general, la operación de Cotte ha dado magníficos resultados en los ya numerosos casos en que ha sido aplicada, y principalmente como medio heroico para curar a las enfermas de dolores intensos, que hacen insoportable la existencia.

La operación de Cotte ha sido un éxito completo en un tanto por ciento muy elevado de casos, y teniendo en cuenta los datos que nos han dado todos y cada uno de los cirujanos que se han dedicado a la práctica de ella.

Naturalmente, que como toda intervención, médica o quirúrgica, hay que saber hacerla y conocer en qué persona debe hacerse.

La resección del presacro da resultado siempre que el simpático pélvico esté en causa, pero a veces se corrigen otros trastornos de desequilibrio vago-simpático, como jaquecas, constipación, crisis de entero-colitis, etc.

El éxito de la intervención es tanto mayor cuanto que el caso es más sencillo, más limitado; muchas veces desaparece la dismenorrea, pero no los dolores inter-menstruales, que tienen algunas enfermas durante la ovulación; en estos casos, sería necesario enervar el ovario, o seccionar los rami-comunicantes que corresponden al plexo espermático; pero la enervación completa del ovario provoca su esclerosis, y es mejor no hacerla. La isofenolización según el método de Doppler no parece dar más que resultados transitorios.

La extirpación del presacro no trae ninguna mala consecuen-

cia en el funcionamiento ulterior de los órganos pélvicos (matriz, recto, vejiga).

Desde diciembre de 1924, G. Cotte ha intervenido de esta manera en cien dismenorreas graves, tan dolorosas, que una enferma decía "no conozco nada más atroz que los dolores que yo tengo en el momento de mis reglas"; en todos estos casos, el resultado fué el éxito completo.

La dilatación, la raspa, no le había dado resultado más que en 50 por ciento de los casos; con las corrientes de alta frecuencia, efluviación y diatermia, los resultados son buenos sólo en muy contados casos; el masaje ginecológico y procedimientos similares, no conviene practicarlo en mujeres jóvenes, y muchas veces prefieren ellas mismas y sus padres, la intervención sangrante. Y ciertamente, hay que reconocer que todos estos métodos son ciegos, y que sólo en raras ocasiones dan buenos resultados.

La mayoría de los fracasos de la operación de Cotte, es seguro que se deben a una intervención mal hecha, en que no se ha seccionado el cordón nervioso, o que se ha dividido incompletamente. Gaston Cotte conoce únicamente un caso de recaída doble, debida a un neuroma de cicatrización y a una vaina esclerosa de perineuritis.

Entre las causas de los fracasos deben tomarse en consideración y discusión:

- 1o.—Operación incompleta.
- 2o.—Regeneración del plexo.
- 3o.—Neuritis extendidas más allá de la zona comprobada del plexo hipogástrico.
- 4o.—Existencia de otras vías nerviosas capaces de transmitir sensaciones dolorosas, aún no estando destinadas a ello.
- 5o.—Presencia de vías sensitivas independientes del plexo hipogástrico.

Gaston Cotte no ha observado trastornos vesicales, ni de la menstruación, ni trastornos tróficos secundarios en la vulva o va-

gina, ni atrofia de los órganos genitales. Varias enfermas se han embarazado ulteriormente, teniendo partos completamente normales.

Durante las primeras 24 a 48 horas que siguen a la operación, el Dr. Gioachino Canavero (de Turín) ha notado alguna vez un estado de excitación más marcado que en los otros operados abdominales; casi siempre existe retención de orina durante dos o tres días; siempre, al cabo de 24 a 48 horas, aparece la menstruación absolutamente indolora, aún cuando las pacientes hubiesen terminado su flujo menstrual pocos días antes de la intervención; el flujo sanguíneo dura habitualmente de dos a tres días.

En muchos casos de dismenorrea, después de la castración, cesa el dolor mensual, pero persisten dolores en la esfera del plexo hipogástrico, (vejiga, vagina, recto), dolores que sí desaparecen con la resección del nervio presacro, que como se ve, es mucho más eficaz e inofensiva.

Es decir, la operación de Cotte, desde que se la practica hasta la fecha, ha dado excelentes resultados, por lo que debe ser la operación de elección en todos los casos en que esté indicada; ningún buen cirujano debe desconocerla, para servirse de ella en provecho del sexo femenino principalmente, ya que sus resultados son desde todos puntos de vista, inmejorables, elocuentes y bellos.

CASOS CLINICOS

HISTORIA CLINICA NUMERO UNO

Ficha de Identificación.

Nombre: Jovita Ortiz.
Edad: Diez y ocho años.
Sexo: Femenino.
Sala: Ortega Bis.
HOSPITAL MORELOS.

IV-25-32.

INTERROGATORIO

Herencia.—Su padre era tuberculoso probablemente; tomaba mucho; murió de una afección aguda pulmonar. Su madre tuvo tres niños, muertos recién nacidos, uno de ellos de alferesía, y que nacieron después que ella.

Antecedentes personales no patológicos.—Hace año y medio toma cerveza con su comida; hace tres meses que fuma, aunque poco.

Antecedentes patológicos.—Tifo.

Lues y bacilosis hereditarias: nació sietemisina.

Lues adquirida: tuvo chaneros hace un año tres meses, sangrantes, dolorosos, con un incendio que desapareció por reabsorción; ha tenido dolores osteócopos y zonas de alopecia.

Antecedentes ginecológicos.—Hace seis meses que la operaron por vía abdominal, por anexitis.

Antecedentes obstétricos.—Tuvo un hijo que murió de cuatro meses y medio, probablemente debido a falta de cuidado y a alimentación artificial.

PADECIMIENTO ACTUAL

La enferma nos da varios síntomas:

Menstruación.—A los trece años comenzó a menstruar, cada veinte y ocho días, con duración de dos a tres días, y con dolores intensos menstruales; después de la operación, menstrúa cada veinte y cuatro o veinte y cinco días, con duración de cuatro u ocho días, en forma de serosidad sanguinolenta sin coágulos ni membranas, y con los dolores menstruales sin modificación.

Dolor.—Le comienza dos o tres días antes de las reglas, y le dura hasta que acaba el flujo menstrual; situado en la fosa ilíaca izquierda, con irradiaciones hacia el pùbis y hacia el hombro izquierdo; dolor continuo y muy intenso, no la deja dormir ni trabajar, la obliga a encamarse.

Flujo.—Desde la edad de ocho años. Pero hace año y medio le cambió de aspecto, de color blanquecino a amarillento, y le irrita la vulva y parte interna de los muslos.

Síntomas generales.—Ha enflaquecido un poco desde que la operaron.

INTERROGATORIO POR APARATOS

Aparato urinario.—Normal.

Aparato cardio-vascular.—Pequeña disnea de esfuerzo.

Aparato respiratorio.—Toses frecuentes, reseacas, con dolor en la espalda.

Aparato digestivo.—Anorexia, náuseas, boca amarga; pesadez en el hipocondrio derecho después de comer; conjuntivas subietéricas.

Sistema nervioso.—Normal.

EXPLORACION FISICO FUNCIONAL

Cráneo.—Normal.

Cara.—Conjuntivitis catarral subaguda; lengua saburral.

Cuello.—Ligero dolor en la fosa supra-esternal.

Tórax.—Normal.

Abdomen.—Dolor en las fosas ilíacas, sin puntos dolorosos; más fuerte en la fosa ilíaca izquierda. Cicatriz de laparatomía media sub-umbilical, saliente y pigmentada.

Miembros.—Normales.

Pulso.—Ochenta por minuto, rítmicas, débiles.

Respiración.—Veinte y dos, rítmicas, amplias.

Temperatura.—Normal, tomada mañanas y tardes, durante varios días.

EXPLORACION GINECOLOGICA

Inspección armada: cervicitis sub-aguda.

Palpación bimanual.—Anexo derecho palpable, del tamaño de un limón, y doloroso; fosa ilíaca izquierda, palpación más dolorosa que en el lado derecho, pero no se toca nada.

EXAMENES DE LABORATORIO

Wassermann: positiva.

Investigación gonococo Neisser en la secreción del cuello uterino: positivo.

ANALISIS DE ORINA.

Densidad: 1.016.

Albúmina: No hay.

Glucosa: No hay.

Cloruros: 10 gramos o/100.

Cilindros: No hay.

FORMULA LEUCOCITARIA: Normal.

DIAGNOSTICO

Dismenorrea.—Anexitis esclero-quística del lado derecho. Cervicitis gonocócica sub-aguda.

PRONOSTICO

Probablemente la dienorrea no desaparecerá espontáneamente, puesto que nunca ha dejado de existir; la anexitis tampoco desaparecerá espontáneamente. En cambio, con una intervención quirúrgica, probablemente curará la enferma totalmente.

TRATAMIENTO

RESECCION DEL NERVI0 PRESACRO

Cuidados pre-operatorios

Pruebas funcionales pre-operatorias:

Rosa de Bengala: Ligera insuficiencia.

Sulfo-fenol-ftaleina: A los quince minutos, eliminación de quince por ciento; a los treinta minutos, cuarenta por ciento; a los sesenta minutos, veinte por ciento; total, setenta y cinco por ciento.

Tensión arterial: Mx. 12; Mm. 7.

Tiempo de sangrado: dos minutos y medio.

Tiempo de coagulación: cinco minutos.

IV-23-32.

Purgante y dieta líquida; lavado intestinal.

IV-29-32.

A las nueve horas y media, inyección de scdol.

OPERACION

IV-29-32.

A las diez horas, raspa: solución de perezina al 0.5% en suero fisiológico, 2 c.c. Inyección intramuscular de 0.25 cafeína.

1o.—Laparotomía media sub-umbilical, extirpando la cicatriz queloide de la laparotomía anterior.

2o.—Liberación de adherencias en red entre los ovarios y el epiplón. Además, se comprobó al explorar los órganos, que la operación anterior había consistido en la extirpación de las dos trompas.

30.—Extirpación del ovario quístico derecho, del tamaño de un huevo de gallina.

40.—Resección del nervio presacro, que se vió claramente, en forma de cordón y se reseco un pedazo de dos centímetros de longitud, muy fácilmente.

50.—Canalización del Douglas.

60.—Reconstrucción de la pared abdominal.

Cuidados post-operatorios.

Tratamiento antisifilítico intenso con neosalvarsán y con preparaciones bismutadas.

IV-29-32.

Posición de Fowler.—500 c. c. suero fisiológico vía sub-cutánea, en la mañana y en la tarde. 5 c. c. aceite alcanforado cada tres horas. Sondéo vesical cada seis horas. Dieta láctea.

IV-30-32.

Posición Fowler.—500 c. c. suero fisiológico. 5 c. c. aceite alcanforado cada cinco horas. Dieta láctea.

V-1-32.

Se retiró la canalización. Dieta láctea.

V-2-32.

Purgante y dieta láctea.

V-3-32.

Realimentación progresiva.

V-6-32.

Se le quitaron las grapas

NOTA:

Al uno y medio días después de la operación, le bajó el flujo menstrual, sin dolor ni molestias, y le duró cinco días.

Menstruaciones posteriores.

Segunda menstruación: VI-9-32, con duración de dos días y medio, sin coágulos ni dolor; terminando la menstruación, tuvo una dolor en el hipocóndrio izquierdo, con irradiación a la fosa ilíaca, en forma de cólico fuerte, que le duró una hora y media.

Tercera menstruación: VI-30-32, con duración de tres días; tuvo un dolor muy ligero localizado en la fosa ilíaca derecha, y que le duró los tres días del flujo menstrual.

HISTORIA CLINICA NUMERO DOS

Ficha de Identificación:

Nombre: Guadalupe Ramírez.

Sexo: Femenino.

Edad: Diez y seis años.

Sala: Ortega Bis.

HOSPITAL MORELOS.

IV-11-32,

INTERROGATORIO

Herencia.—Su padre probablemente fué tuberculoso, y además, era alcohólico; su madre era también alcohólica.

Antecedentes personales no patológicos.—Fuma una cajetilla y media diariamente desde hace seis meses.

Antecedentes personales patológicos.—Tifo, reumatismo ligero.

Lues y bacilosis hereditarias: solamente dice haber padecido cuando niña pequeña, supuraciones de los oídos.

Lues adquirida: solamente dice haberse contagiado con chaneros múltiples hace un mes.

Antecedentes obstétricos: nulípara.

PADECIMIENTO ACTUAL

La enferma nos da varios síntomas:

Menstruación.—Hace seis meses que comenzaron sus reglas, que le duran tres días, sin coágulos, ni membranas.

Dolor.—Comienza el dolor con el flujo menstrual y se le calma dos días después; lo tiene desde que comenzó a reglar; situado en la fosa ilíaca izquierda, con irradiaciones hacia dentro y fuera del muslo izquierdo, hacia la fosa ilíaca derecha y hacia la re-

gión lumbar; dolor continuo, intenso, que no la deja dormir ni trabajar, y que la obliga a encamarse. Al mismo tiempo tiene cistalgia.

Flujo.—Le comenzó desde la edad de ocho años, blanquecino.

Síntomas generales.—Ha enflaquecido un poco, desde que padece de su dolor.

INTERROGATORIO POR APARATOS:

Aparato urinario.—Su orina es turbia, y deja asientos amarillentos; siempre orina tres veces en la noche; se le hinchan los pies al terminar el día, desde hace años.

Aparato respiratorio.—Ha tenido dos veces pulmonía.

Aparato cardio-vascular.—Normal.

Aparato digestivo.—Normal.

Sistema nervioso.—Padece de insomnio ligero.

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL

Cráneo.—Normal.

Cara.—Lengua saburral.

Cuello.—Normal.

Tórax.—Normal.

Abdomen.—Dolor en la fosa ilíaca izquierda

Miembros.—Normales.

Pulso.—Ochenta por minuto, rítmico.

Respiraciones.—Veinte y cuatro por minuto, rítmicas.

Temperatura.—Normal, tomada mañana y tarde, durante varios días.

EXPLORACION GINECOLOGICA

Inspección.—Papilomas peri-anales y en el vestíbulo de la vagina; chancros yuxta-vulvares; uretritis.

Inspección armada.—Cervicitis con exulceración del cuello.

Palpación bimanual.—Dolor intenso en la fosa ilíaca izquierda, un poco menos intenso en el hipogastrio y menos aún en la fosa ilíaca derecha.

EXAMENES DE LABORATORIO

Wassermann: positiva. + + +

Gonococo Neisser en las secreciones uretral y del cuello uterino: positivo.

ANALISIS DE ORINA

Densidad	1.012
Albúmina	Indicios.
Glucosa	No hay.
Cloruros	Grms. 6 0/100.
Cilindros	No hay.

FORMULA LEUCOCITARIA: normal.

DIAGNOSTICO

1.—Dismenorrea esencial o pura, sin que haya datos clínicos que la expliquen.

2.—Diversas afecciones venéreas ya indicadas en el curso de la exploración.

PRONOSTICO

1.—La enferma no sanará espontáneamente de su dismenorrea, y probablemente sí sanará mediante una intervención quirúrgica apropiada.

2.—La enferma sanará ostensiblemente de sus afecciones venéreas, mediante un tratamiento bien dirigido.

TRATAMIENTO

Asepsia y antisepsia, diariamente, de los chaneros.

Después, lavados vaginales y uretrales diarios, con solución de permanganato de potasio al 1 x 10,000; instilaciones uretrales con solución rivanol al 2 0/100; toques del cuello uterino con soluciones de nitrato de plata del uno al veinte por ciento; tapones vaginales con glicerina con ietiol, etc., etc.

IV - 12 - 32	Dmeleos intravenosa	0.30 c. e.
IV - 16 - 32	Dmeleos intravenosa	0.30 c. e.
IV - 19 - 32	Dmeleos intravenosa	0.40 c. e.
IV - 23 - 32	Dmeleos intravenosa	0.40 c. e.

Una serie de neosalvarsán con 0.15 - 0.30 - 0.45 - 0.60 - 0.75 - 0.75.

RESECCION DEL PRESACRO

Cuidados pre-operatorios

Pruebas funcionales pre-operatorias

Rosa de Bengala: normal.

Sulfo-fenol-ftaleína: a los quince minutos, eliminación de cuarenta por ciento; a los treinta minutos, diez por ciento; a los sesenta minutos, diez por ciento; total, sesenta por ciento.

Tensión arterial.—Mx. - 12; Mn. - 8-½.

Tiempo de sangrado: tres minutos.

Tiempo de coagulación: seis minutos.

V - 13 - 32

Purgante y dieta láctea: lavado intestinal

V - 14 - 32

A las nueve horas y media, inyección de sedol.

O P E R A C I O N

V - 14 - 32

A las diez horas, no se le pudo poner la raquia, y se procedió a la anestesia con éter sulfúrico puro.

1o.—Laparotomía media infra-umbilical.

2o.—Nos dimos cuenta de la existencia de una pelvi-peritonitis tuberculosa, con predilección en los anexos.

3o.—Resección del presacro, que no se vió claramente diferenciado, sino que se tuvo que resecar el tejido célula-conjuntivo supra-yacente al promontorio, en el lugar que corresponde al plexo hipogástrico superior, según la técnica ya sabida.

4o.—Canalización del Douglas.

5o.—Reconstrucción de la pared abdominal.

6o.—Extirpación y cauterización de los papilomas.

Cuidados post-operatorios

V - 14 - 32

Posición de Fowler.—500 c. c. suero fisiológico vía subcutánea, en la mañana y en la tarde, 5 c. c. aceite alcanforado cada cinco horas. Sondeo vesical cada seis horas. Dieta láctea. Una píldora de extracto tebaico de 0.01 cada tres horas.

V - 15 - 32

Posición Fowler.—500 c. c. suero fisiológico, 5 c. c. aceite alcanforado mañana y tarde. Dieta láctea. Una píldora extracto tebaico de 0.01 cada tres horas.

V - 16 - 32

Se retiró la canalización. Dieta láctea. Una píldora cada tres horas.

V - 17 - 32

Dieta láctea.—Una píldora cada tres horas.

V - 18 - 32

Dieta láctea. Una píldora cada tres horas.

V - 19 - 32

Dieta láctea. Una píldora cada tres horas.

V - 20 - 32

Dieta láctea. Una píldora cada tres horas.

V - 21 - 32

Se le quitaron las grapas. Purgante con treinta gramos aceite ricino. Dieta láctea.

V - 22 - 32

Realimentación progresiva. Administración de cloruro de calcio y de tintura de iodo por pelvi-peritonitis tuberculosa.

Menstruaciones posteriores

Después de la operación no le bajó el flujo menstrual.

En los dos meses siguientes que se la observó, antes de que saliera del Hospital, no tuvo tampoco menstruaciones.

Esta ausencia de menstruación, probablemente es debida a la pelvi-peritonitis tuberculosa y al mal estado general.

Pero debo hacer notar como hecho interesante para nosotros, que no ha vuelto a padecer de su dolor mensual.

HISTORIA CLINICA NUMERO TRES

Ficha de Identificación

Nombre: María Soto.

Sexo: Femenino.

Edad: Diez y ocho años.

Sala: Ortega Bis.

HOSPITAL MORELOS

IV - 11 - 32

INTERROGATORIO

Herencia.—Su padre era alcohólico con cirrosis hepática, y además, tenía sudores nocturnos, hemoptisis, etc.

Antecedentes personales no patológicos.—No fuma ni toma.

Antecedentes personales patológicos.—Tifo.

Lues y bacilosis hereditarias: datos negativos.

Lues adquirida: Datos negativos.

Antecedentes obstétricos.—Nullípara.

PADECIMIENTO ACTUAL

La enferma nos da varios síntomas:

Menstruación: Sus reglas le duran tres días, sin coágulos ni membranas. Cuando comenzó a menstruar se atrasaba su período ocho, quince, treinta días; duante tres a cuatro meses.

Dolor.—Padece dolores pre-menstruales desde que comenzó con sus reglas; le comienzan tres días antes de que le baje el flujo menstrual, y cuando le comienza éste, se le va calmando el dolor, para desaparecer con las reglas; dolor localizado en la fosa ilíaca derecha, con irradiaciones hacia la parte externa del muslo derecho y hacia la región lumbar; son dolores lancinantes, a veces muy intensos.

Flujo.—Le comenzó hace cinco meses, de color blanquecino, y le irrita la piel.

Síntomas generales.—Ha enflaquecido poco.

INTERROGATORIO POR APARATOS

Aparato urinario.—Normal.
Aparato cardio-vascular.—Normal.
Aparato respiratorio.—Normal.
Aparato digestivo.—Normal.
Sistema nervioso.—Normal.

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL

Cabeza.—Normal.
Cuello.—Normal.
Tórax.—Normal.
Abdomen.—Ligero dolor a la palpación de la fosa ilíaca izquierda.
Miembros.—Normales.
Pulso.—Ochenta por minuto, rítmico, amplio.
Respiraciones.—Veinte y dos por minuto, rítmicas.
Temperatura.—Normal, tomada a mañana y tarde durante varios días.

EXPLORACION GINECOLOGICA

Inspección: chancero del gran labio izquierdo; vulvitis y uretritis aguda.
Inspección armada: vaginitis aguda; cervicitis; cuello desviado hacia la izquierda.
Palpación bimanual: anexos palpables de los dos lados, de consistencia renitente, pero apenas perceptibles; palpación dolorosa.

EXAMENES DE LABORATORIO

Wassermann: negativo.
Gonococo de Neisser en las secreciones uretral y del cuello uterino: positivo.

ANALISIS DE ORINA

Densidad	1.020
Albúmina	No hay.
Glucosa	No hay.
Cloruros	8.000 gramos.
Cilindros	No hay.

FORMULA LEUCOCITARIA.—Normal.

DIAGNOSTICO

1.—Anexitis escleroquistica bilateral; dismenorrea.

2.—Diversas afecciones venéreas ya indicadas en el curso de la exploración.

PRONOSTICO

1.—La enferma no sanará espontáneamente de su anexitis escleroquistica ni de su dismenorea, y probablemente sí sanará mediante una intervención quirúrgica apropiada.

2.—La enferma sanará de sus afecciones venéreas, mediante un tratamiento bien dirigido y continuado.

TRATAMIENTO

Asepsia y antisepsia diaria del chanero. Después, lavados vaginales y uretrales diarios con solución de permanganato de potasio al 1 x 10,000; instilaciones uretrales con solución de protargol al 10% ; toques del cuello uterino con Sols. de nitrato de plata del uno al veinte por ciento; tapones vaginales de glicerina con ietiol; etc.

IV - 12 - 32	-----	Dmeleos 0.30 c. e.
IV - 16 - 32	-----	Dmeleos 0.30 c. e.
IV - 19 - 32	-----	Dmeleos 0.40 c. e.
IV - 23 - 32	-----	Dmeleos 0.40 c. e.

Además, se le aplicaron cuatro vacunaciones locales de Inmunizol Gremy No. 41, con cuatro días de intervalo cada una.

RESECCION DEL PRESACRO

Cuidados pre-operatorios

Pruebas funcionales pre-operatorias.

Rosa de Bengala: ligera insuficiencia.

Sulfo-fenoltaleína: a los quince minutos, eliminación de cuarenta por ciento; a los treinta minutos, veinte por ciento; a los sesenta minutos, quince por ciento; total, setenta y cinco por ciento.

Tensión arterial: Mx. - $13\frac{1}{2}$; Mn. - $9\frac{1}{2}$.

Tiempo de sangado: tres minutos.

Tiempo de coagulación: cinco minutos.

V - 24 - 32

Purgante y dieta láctea; lavado intestinal.

V - 25 - 32

A las nueve horas y media, inyección de sedol.

OPERACION

V - 25 - 32

A las diez horas, raquía: solución de perezina al 0.5% en suero fisiológico, 2 c. e. Inyección intramuseular de 0.25 cafeína.

- 1o.—Laparotomía media sub-umbilical.
- 2o.—Punción de los quistes múltiples de los dos ovarios.
- 3o.—Resección del nervio presacro, que se vió claramente, en forma de cordón grueso, y se resecó un pedazo de dos centímetros de longitud, muy fácilmente.
- 4o.—Canalización del fondo de saco de Douglas.
- 5o.—Reconstrucción de la pared abdominal.

Cuidados post-operatorios

V - 25 - 32

Posición de Fowler.—500 c. c. suero fisiológico subcutáneo, en la mañana y en la tarde. 5 c. c. aceite alcanforado cada cinco horas. Sonden vesical cada seis horas. Dieta láctea.

V - 26 - 32

Posición de Fowler.—500 c. c. suero fisiológico. 5 c. c. aceite alcanforado mañana y tarde. Dieta láctea.

V - 27 - 32

Se retiró la canalización. Dieta láctea.

V - 29 - 32

Purgante y dieta láctea.

V - 30 - 32

Realimentación progresiva.

VI - 1 - 32

Se le quitaron las grapas.

Nota:

A los dos y medio días después de la operación, le bajó el flujo menstrual, sin dolor ni molestia, y le duró cinco días.

Menstruaciones posteriores

Segunda menstruación: VII - 1 - 32, con duración de seis días, con coágulos pequeños y en poca cantidad, sin dolor.

Tercera menstruación: VIII - 7 - 32, con duración de seis días, con coágulos pequeños y en poca cantidad, y sin dolor.

HISTORIA CLINICA NUMERO CUATRO

Ficha de Identificación

Nombre: Juana Jiménez.

Sexo: femenino.

Edad: veinte y dos años.

Sala: Ortega Bis.

HOSPITAL MORELOS.

VI - 1 - 32

INTERROGATORIO

Herencia.—Sin importancia.

Antecedentes personales no patológicos.—Sin importancia.

Antecedentes personales patológicos.—Viruelas.

Lues y bacilosis hereditarias: datos negativos.

Lues adquirida: ha tenido chaneros.

PADECIMIENTO ACTUAL

Menstruación.—Comenzó a menstruar a los trece años, normalmente. Hace cinco años comenzó a durarle el período menstrual de cinco a seis días. Hace diez meses tuvo un niño, y después de su parto hasta la fecha, le dura ocho días su flujo menstrual.

Dolor.—Hace cinco años comenzó la enferma con un dolor, que le duraba desde un día antes de su regla hasta un día después; localizado en la fosa ilíaca izquierda, con irradiación hacia el hipogastrio; en forma de cólicos muy intensos, que le han aumentado desde hace diez meses.

Flujo.—Hace cinco años que lo tiene.

Síntomas generales.—Ha enflaquecido algo desde hace diez meses.

INTERROGATORIO POR APARATOS

Aparato urinario.—Orina en las noches; desde hace diez meses, se le hinchan los pies en las tardes.

Aparato cardio-vascular.—Normal.

Aparato respiratorio.—Normal.

Aparato digestivo.—Anorexia y sed; boca amarga; después de comer tiene molestia en el estómago, y retortijones.

Sistema nervioso.—Padece ataques desde que estaba embarazada de dos y medio meses; los tiene sólo cuando se acuerda de su niña: histeria.

EXPLORACION FISICO FUNCIONAL

Cráneo.—Normal.

Cara.—Conjuntivitis crónica.

Cuello.—Normal.

Tórax.—Normal.

Abdomen.—Meteorismo; dolor en la fosa iliaca izquierda.

Miembros.—Pequeños ganglios inguinales.

Pulso.—Setenta y dos por minuto.

Temperatura.—Normal, tomada mañanas y tardes.

EXPLORACION GINECOLOGICA

Inspección.—Uretritis ligera.

Inspección armada.—Ligera hipertrofia del cuello; meato uterino entreabierto; cervicitis crónica con gran exulceración central.

Palpación bimanual.—Matriz algo aumentada de volumen, y desviada hacia atrás y un poco hacia la izquierda; el anexo izquierdo es palpable claramente; dolor en el hipogastrio y más intenso en la fosa iliaca izquierda.

EXAMENES DE LABORATORIO

Wassermann: positiva + + +

Goococo de Neisser en las secreciones uretral y del cuello uterino: positivo.

ANALISIS DE ORINA

Densidad	1.020.
Albúmina	No hay.
Glucosa	No hay.
Cloruros	15 0/00.
Cilindros	No hay.

FORMULA LEUCOCITARIA:

Leucocitos	11,400 por m. m. 3
Polinucleares	52%
Mononucleares	26%
Linfocitos	16%
Eosinófilos	2%
Basófilos	0%
Alterados	4%

DIAGNOSTICO

1.—Anexitis esclero-quística del lado izquierdo; dismenorrea; endometritis, con retro-flexión uterina.

2.—Diversas afecciones venéreas ya indicadas en el curso de la exploración.

PRONOSTICO

1.—La enferma no sanará espontáneamente de su anexitis esclero-quística, ni de su dismenorrea, ni de su endometritis; y probablemente sí sanará de todos sus trastornos, mediante un tratamiento quirúrgico bien dirigido.

2.—Sanará de sus afecciones venéreas, mediante un tratamiento eficaz.

TRATAMIENTO

Lavados vaginales y uretrales diarios con solución de permanganato de potasio al 1 x 10,000; toques del cuello uterino con soluciones de nitrato de plata del uno al veinte por ciento; tapones vaginales con glicerina con protargol; instilaciones uretrales con solución de rivanol al 2 0/00; vacunación regional con Immunizol Gremy No. 41. Tratamiento antisifilítico con neosalvarsán y con preparaciones bismutadas.

RESECCION DEL NERVIIO PRESACRO

Cuidados pre-operatorios

Pruebas funcionales pre-operatorias

Rosa de Bengala: ligera insuficiencia.

Sulfo-fenol-ftaleína: a los quince minutos, eliminación de treinta y cinco por ciento; a los treinta minutos, quince por ciento; a los sesenta minutos, quince por ciento; total, sesenta y cinco por ciento.

Tensión arterial.—Mx. - 11; Mn. - 8.

Tiempo de sangrado: tres minutos.

Tiempo de coagulación: cinco minutos.

VI - 10 - 32

Purgante y dieta láctea; lavado intestinal.

VI - 11 - 32

A las nueve horas y tres cuartos, inyección de sedol.

OPERACION

VI - 11 - 32

A las diez horas, raquia: solución de perezina al 0.5% en suero fisiológico, 2 c. c. Inyección intramuscular de 0.25 cafeína.

1o.—Laparotomía media sub-umbilical.

2o.—Extirpación de las dos trompas, infectadas.

3o.—Punción de los quistes múltiples de los dos ovarios, que estaban aumentados de volumen, pero mucho más el del lado izquierdo.

4o.—Ligamentopexia, para corregir la desviación uterina.

5o.—Resección del nervio presacro, que se vió claramente, en forma de cordón grueso.

6o.—Canalización del fondo de saco de Douglas.

7o.—Reconstrucción de la pared abdominal.

Cuidados post-operatorios

VI - 11 - 32

Posición de Fowler.—500 c. c. suero fisiológico subcutáneo, en la mañana y en la tarde. 5 c. c. aceite alcanforado cada tres horas. Sondéo vesical. Dieta láctea.

VI - 12 - 32

Posición de Fowler.—500 c. c. suero fisiológico. 5 c. c. aceite alcanforado cada cinco horas. Dieta láctea.

VI - 13 - 32

Se retiró la canalización. Dieta láctea.

VI - 16 - 32

Purgante y dieta láctea.

VI - 17 - 32

Realimentación progresiva.

VI - 18 - 32

Se le quitaron las grapas. Inyección de neosalvarsán de 0.75.

Menstruaciones posteriores

Primera menstruación: VII - 11 - 32, con duración de cuatro días, con coágulos pequeños, sin dolor.

Segunda menstruación: VIII - 8 - 32, con duración de cuatro días, con coágulos pequeños, sin membranas, y sin dolor.

Tercera menstruación: IX - 5 - 32, con duración de tres días, con coágulos pequeños, sin membranas, y sin dolor.

HISTORIA CLINICA NUMERO CINCO

Ficha de Identificación

Nombre: Ernestina Guzmán.

Sexo: Femenino.

Edad: Diez y nueve años.

Sala: Ortega Bis.

HOSPITAL MORELOS

VI - 2 - 32

INTERROGATORIO

Herencia.—Sin importancia.

Antecedentes personales no patológicos.—Sin importancia.

Antecedentes personales patológicos.—Reumatismo poli-articular agudo.

Lues y bacilosis hereditarias: datos negativos.

Lues adquirida: datos negativos.

Datos obstétricos.—Tuvo una niña a los diez y seis años, sana.

PADECIMIENTO ACTUAL

Menstruación.—Comenzó a tener sus reglas a los once años, le duraba el flujo menstrual de cinco a ocho días; ahora le dura dos a tres días; a veces se le atrasa de cinco a ocho días.

Dolor.—Desde que comenzó a menstruar hasta la fecha, ha padecido de dolores cada mes: le comienza el dolor dos días antes de la menstruación, y le dura hasta que termina; localizado en las fosas ilíacas y en el hipogastrio; dolor de forma lancinante, muy intenso.

Flujo.—Hace un año le comenzó, es blanquecino, no le irrita la piel.

Síntomas generales.—Ha enflaquecido un poco desde hace nueve meses.

INTERROGATORIO POR APARATOS

Aparato urinario.—Normal.
Aparato cardio-vascular.—Normal.
Aparato respiratorio.—Normal.
Aparato digestivo.—Normal.
Sistema nervioso.—Normal.

EXPLORACION FISICO FUNCIONAL

Cabeza.—Normal.
Cuello.—Normal.
Tórax.—Normal.
Abdomen.—Un poco abultado y flácido.
Miembros.—Normales.
Pulso.—Sesenta y ocho por minuto, rítmico.
Temperatura.—Normal, tomada en las mañanas y en las tardes.

EXPLORACION GINECOLOGICA

Inspección.—Uretritis.
Inspección armada.—Cervicitis crónica, con muy poca secreción, y con una extensa exulceración superficial.
Palpación bimanual.—Matriz un poco aumentada de tamaño, y algo desviada hacia la izquierda; palpación indolora.

EXAMENES DE LABORATORIO

Reacción de Wassermann: negativa.
Gonococo de Neisser en las secreciones uretral y del cuello uterino: positivo.

ANALISIS DE ORINA

Densidad	1.019.
Albúmina	No hay.
Glucosa	No hay.
Cloruros	6.60 0/00

Cilindros

No hay.

FORMULA LEUCOCITARIA:

Leucocitos	13,600
Polinucleares	74%
Mononucleares	12%
Linfocitos	6%
Eosinófilos	2%
Basófilos	0%
Alterados	6%

DIAGNOSTICO

- I.—Dismenorrea esencial.
- II.—Uretritis y cervicitis.

PRONOSTICO

I.—La enferma no sanará espontáneamente de su dismenorrea, como no ha sanado hasta la fecha, y si sanará probablemente mediante una intervención quirúrgica, bien hecha.

II.—La enferma sanará de su infección gonocócica, mediante el tratamiento apropiado.

TRATAMIENTO

Lavados vaginales y uretrales con solución de permanganato de potasio al 1 x 10,000; instilaciones uretrales con solución de protargol al diez por ciento; vacunación regional con Immunizol Gremy No. 41.

RESECCION DEL PRESACRO

Cuidados pre-operatorios

Pruebas funcionales pre-operatorias:

Rosa de Bengala: normal.

Sulfo-fenol-ftaleína: A los quince minutos, eliminación de cincuenta por ciento; a los treinta minutos, no orinó; a los sesenta minutos, cuarenta por ciento; total, noventa por ciento.

Tensión arterial: Mx. - 11; Mn. - 7.

Tiempo de sangrado: tres minutos.

Tiempo de coagulación: cuatro minutos.

VI - 14 - 32

Purgante y dieta láctea; lavado intestinal.

VI - 15 - 32

A las nueve horas y media, inyección de sedol.

O P E R A C I O N

VI - 15 - 32

A las diez horas, raquia; solución de pereafina al 0.5% en suero fisiológico, 2 c. c. Inyección intramuscular de 0.25 cafeína.

1o.—Laparotomía media sub-umbilical.

2o.—Punción de pequeños quistes de los dos ovarios, que estaban casi del tamaño normal.

3o.—Se vió la matriz algo aumentada de tamaño, congestionada, lisa y uniforme, como si se tratara del comienzo de un embarazo.

4o.—Resección del nervio presacro, que se vió claramente, en forma de un haz delgado de fibras nerviosas.

5o.—Canalización del fondo de saco de Douglas.

6o.—Reconstrucción de la pared abdominal.

Cuidados post-operatorios

VI - 15 - 32

Posición de Fowler.—500 c. c. de suero fisiológico por vía subcutánea, en la mañana y en la tarde. 5 c. c. de aceite alcanforado cada cinco horas. Sondeo vesical cada seis horas. Dieta láctea.

VI - 16 - 32

Posición de Fowler.—500 c. c. de suero fisiológico. 5 c. c. de aceite alcanforado mañana y tarde. Dieta láctea.

VI - 17 - 32

Se retiró la canalización. Dieta láctea.

VI - 19 - 32

Purgante y dieta láctea.

VI - 20 - 32

Realimentación progresiva.

VI - 22 - 32

Se le quitaron las gasas.

Menstruaciones posteriores

Esta enferma no menstruó después de la operación.

Tampoco tuvo sus menstruaciones en los tres meses más que estuvo en el Hospital; debido a su probable embarazo.

Hago notar como hecho interesante, que la enferma no ha vuelto a tener ninguna clase de dolor en todo este tiempo.

HISTORIA CLINICA NUMERO SEIS

Ficha de Identificación

Nombre: Cruz Pérez.

Sexo: Femenino.

Edad: Veinte y tres años.

Sala: Ortega Bis.

HOSPITAL MORELOS

VI - 10 - 32

INTERROGATORIO

Herencia.—Su padre era alcohólico.

Antecedentes personales no patológicos.—Tabaquismo ligero reciente.

Antecedentes personales patológicos.—Gripa.

Lues y bacilosis hereditarias: cuando era niña amanecía con legañas; padeció de unas bolas en el cuello, que no le supuraron.

Lues adquirida: datos negativos.

PADECIMIENTO ACTUAL

Menstruaciones.—Comenzaron a los quince años, con duración de tres días; hace siete años se cayó de un árbol, y desde entonces le dura su período ocho días, y se le atrasa ocho, quince, treinta días.

Dolor.—Desde que comenzó a menstruar, tuvo un dolor cada mes, que le principiaba un día antes del flajo menstrual, y le duraba hasta su terminación; localizado en la fosa ilíaca derecha, con irradiaciones hacia la parte externa del muslo derecho, hacia el mesogastrio y hacia la región lumbar; dolor tan intenso, que la hacía llorar y no la dejaba dormir. Desde hace siete años hasta la fecha, el dolor ya no tiene la misma localización, sino que ahora lo siente en las regiones lumbares, con irradiaciones hacia las fosas

iliaeas y el hipogastrio, en forma de cinturón, pero también le comienza un día antes de su menstruación, y le dura hasta que se le acaba el flujo menstrual, con la misma intensidad de siempre.

Flujo.—Lo tiene desde los catorce años, blanquecino; hace seis meses, le cambió a amarillento, y ahora le irrita la piel.

Síntomas generales.—Ha enflaquecido mucho desde hace cuatro años.

INTERROGATORIO POR APARATOS

Aparato cardio-vascular.—Desde hace dos meses se le hinchan los pies en las tardes y los párpados en las mañanas; además, tiene disnea de esfuerzo ligera.

Aparato urinario.—Normal.

Aparato respiratorio.—Normal.

Aparato digestivo.—Anorexia, sed, boca amarga, eructos; dolor de estómago después de comer, retortijones, cólicos; prurito generalizado, conjuntivas y manos amarillentas.

Sistema nervioso.—No duerme bien, tiene sueños, habla dormida; tuvo ataques histéricos pasajeros.

EXPLORACION FISICO-FUNCIONAL

Cráneo.—Normal.

Cara.—Conjuntivitis. Dientes con sarro.

Cuello.—Normal.

Tórax.—Normal.

Abdomen.—Ventre en alforja, debido a las enaguas apretadas. Dolor en el punto ovárico izquierdo.

Miembros.—Normales.

Pulso.—Cincuenta y seis por minuto, rítmico, fuerte.

Temperatura.—Normal, tomada varios días.

EXPLORACION GINECOLOGICA

Inspección.—Pérdidas de substancia de la piel, recientes, debidas a cauterización de papilomas vulvo-perineo-anales; fisuras anales; uretritis.

Inspección armada.—Cuello con muy poca secreción; con una exulceración pequeña en el hocico de tenca.

Palpación bimanual.—Anexo derecho palpable, del tamaño de

un huevo de gallina; matriz en retro-flexión; dolor en la fosa ilíaca derecha.

EXAMENES DE LABORATORIO

Reacción de Wassermann: Intensamente positiva.

Gonococo de Neisser en las secreciones uretral y del cuello uterino: positivo.

ANALISIS DE ORINA:

Densidad: 1.016.

Albúmina: No hay.

Glicosa: No hay.

Cloruros: 14.800g/eo.

Cilindros: No hay.

FORMULA LEUCOCITARIA:

Leucocitos: 9,600.

Polinucleares: 62%.

Mononucleares: 18%.

Linfocitos: 10%.

Eosinófilos: 2%.

Basófilos: 1%.

Alterados: 7%.

DIAGNOSTICO

1.—Anexitis esclero-quística o quiste del ovario derecho; retro-flexión; dismenorrea.

2.—Diversas afecciones venéreas ya indicadas en el curso de la exploración.

PRONOSTICO.

1.—La enferma sanará médicamente de su anexitis, retro-flexión y dismenorrea, y si mediante una intervención quirúrgica apropiada.

2.—La enferma sanará de sus afecciones venéreas, mediante un buen tratamiento de larga duración.

TRATAMIENTO

Asepsia y antisepsia de la región vulvo-perineo-anal.

Lavados vaginales y uretrales con solución de permanganato de potasio al 1 x 10,000; toques del cuello uterino con soluciones de

nitrate de plata del uno al veinte por ciento; tapones vaginales con glicerina ietiolada; instilaciones uretrales con solución de rivanol al 2 por 100; vacunación regional con Immunizol Gremy No. 41.

RESECCION DEL NERVIO PRE-SACRO

Cuidados pre-operatorios

Pruebas funcionales pre-operatorias:

Rosa de Bengala: ligera insuficiencia.

Sulfo-fenol-ftaleína: a los quince minutos, eliminación de cuarenta y cinco por ciento; a los treinta minutos, quince por ciento; a los sesenta minutos, quince por ciento; total, setenta y cinco por ciento.

Tensión arterial: Mx. 11- $\frac{1}{2}$. Mn.-7.

Tiempo de sangrado: dos y medio minutos.

Tiempo de coagulación: seis minutos.

VI-17-32.

Purgante y dieta láctea: lavado intestinal.

VI-18-32.

A las nueve horas y tres cuartos, inyección de sedol.

OPERACION

A las diez horas, raquia: solución de percaína al 0.5% en suero fisiológico, 2 c.c. Inyección intramuscular de 0.25 cafeína.

I.—Laparotomía media sub-umbilical.

II.—Extirpación del ovario quístico derecho.

III.—Punción del ovario izquierdo, con numerosos quistes.

IV.—Ligamentopexia, para corregir la desviación de la matriz.

V.—Resección del nervio pre-sacro, que se vió claramente en forma de cordón grueso.

VI.—Canalización del fondo de saco de Douglas.

VII.—Reconstrucción de la pared abdominal.

Cuidados post-operatorios

VI-18-32.

Posición de Fowler.—500 c.c. de suero fisiológico por vía sub-cutánea, en la mañana y en la tarde. 5 c.c. de aceite alcanforado cada tres horas. Sondéo vesical cada seis horas. Dieta láctea.

VI-19-32.

Posición de Fowler.—500 c.c. de suero fisiológico mañana y tarde. 5 c.c. aceite alcanforado cada tres horas. Dieta láctea.

VI-20-32.

Se retiró la canalización. 500 c.c. suero fisiológico mañana y tarde. Sonda rectal. 5 c.c. aceite alcanforado cada cinco horas.

VI-22-32.

Purgante y dieta láctea.

VI-23-32.

Realimentación progresiva.

VI-25-32.

Se le quitaron las grúpas.

NOTAS:

I.—Inmediatamente después de la operación, se continuó el tratamiento antisifilítico intenso con acetylarsán para adultos y neosalvarsán, ya iniciado antes de la operación.

II.—A los uno y medio días después de la operación, le bajó el flujo menstrual, sin dolor, y le duró cuatro días.

Menstruaciones posteriores:

Segunda menstruación: VII-12-32, con duración de cuatro días, sin dolor y sin coágulos.

Tercera menstruación: VIII-11-32, con duración de cuatro días, sin coágulos ni membranas, y sin dolor.

HISTORIA CLINICA NUMERO SIETE

Ficha de Identificación

Nombre: María Alonso.
Sexo: Femenino.
Edad: Diez y seis años.
Sala: Ortega Bis.

HOSPITAL MORELOS

IV - 11 - 32

INTERROGATORIO

Herencia.—Su madre y su padre han tenido alcoholismo crónico; de sus hermanos, dos se nacieron recién nacidos.

Antecedentes personales no patológicos.—Sin importancia.

Antecedentes personales patológicos.—Ha tenido escarlatina, disentería y fiebre intestinal.

Lues y bacilosis hereditarias: datos negativos.

Lues adquirida: datos negativos.

Antecedentes obstétricos.—Es nulípara.

PADECIMIENTO ACTUAL

Menstruación.—Comenzó a reglar a los quince años, con duración de tres días, y con coágulos pequeños.

Dolor.—Desde que comenzó a reglar, padece de un dolor, que le comienza un día antes de la menstruación y se le quita cuando termina el flujo menstrual; localizado en la fosa ilíaca izquierda, con irradiaciones hacia la fosa ilíaca derecha, hacia la parte externa del muslo izquierdo y hacia la región lumbar izquierda. Este dolor le da en forma de punzadas muy intensas, que la hacen sufrir mucho cada mes.

Al mismo tiempo que el dolor mensual, la enferma tiene dolor en la vejiga siempre que va a orinar.

Flujo.—Le comenzó hace tres años; le irrita la piel de la región, y es blanquecino.

INTERROGATORIO POR APARATOS

Aparato urinario.—Solamente se queja de ardor al orinar.

Aparato cardio-vascular.—Epistaxis.

Aparato respiratorio.—Catarras y toses de vez en cuando.

Aparato digestivo.—Últimamente ha tenido agrios, náuseas, vómitos alimenticios, molestia en el estómago después de comer, y cólicos.

Sistema nervioso.—Despierta en las noches con sobresalto.

EXPLORACION FISICO FUNCIONAL

Cráneo.—Ligero hinchamiento en el vértice del lauda, debido a un golpe.

Cara.—Normal.

Cuello.—Normal.

Tórax.—Normal.

Abdomen.—Paredes hipotónicas, flácidas.

Miembros.—Normales.

Pulso.—Setenta y cinco pulsaciones por minuto; pulso rítmico, poco amplio, débil.

Respiraciones.—Veinte por minuto, rítmicas.

Temperatura.—Normal, tomada mañana y tarde durante varios días.

EXPLORACION GINECOLOGICA

Inspección.—Condilomas vulvo-perineo-anales; uretritis; ulceraciones vulvares.

Inspección armada.—Cervicitis crónica, con exulceración del hocio de tenca.

Palpación bimanual.—No se palpa la matriz ni los anexos; las maniobras de la palpación son dolorosas.

EXAMENES DE LABORATORIO

Reacción de Wassermann; negativa.

Gonococo de Neisser en las secreciones uretral y del cuello uterino: positivo.

ANALISIS DE ORINA

Densidad	1.000
Albumina	0.20000.
Glucosa	No hay.
Cloruros	4.80 0.00.
Cilindros	No hay.

FORMULA LEUCOCITARIA

Leucocitos	10,600 por mm. 3
Polinucleares	78%.
Mononucleares	8%.
Linfocitos	4%.
Eosinófilos	0%.
Basófilos	4%.
Alterados	6%.

DIAGNOSTICO

I.—Dismenorrea esencial y cistalgia.

II.—Diversas afecciones venéreas ya indicadas en el curso de la exploración.

PRONOSTICO

I.—La enferma no sanará espontáneamente ni mediante tratamiento médico, de sus algias, y probablemente sí sanará mediante una intervención quirúrgica correcta.

II.—La enferma sanará completamente de sus afecciones venéreas, por medio de un tratamiento bien dirigido y continuado.

TRATAMIENTO

I.—Asepsia y antisepsia de las ulceraciones vulvares.

Lavados vaginales y uretrales con solución de permanganato de potasio al 1 x 10,000; instilaciones vesicales con solución de protargol al diez por ciento; toques del cuello uterino con argentofenol; tapones vaginales con glicerina con tanino; etc. etc.

Vacunación regional con Immunizol Gremy No. 41.

IV - 12 - 32	Dmeleos intravenosa	0.30 c. c.
IV - 16 - 32	Dmeleos intravenosa	0.30 c. c.
IV - 19 - 32	Dmeleos intravenosa	0.40 c. c.
IV - 23 - 32	Dmeleos intravenosa	0.40 c. c.

Extirpación y cauterización de los condilomas vulvo-perineo-anales.

II.—RESECCION DEL PRESACRO

Cuidados pre-operatorios

Pruebas funcionales pre-operatorias

Rosa de Bengala: Diez por ciento de eliminación en quince minutos.

Sulfo-fenol-ftaleína: a los quince minutos, eliminación de ochenta y cinco por ciento; a los treinta minutos, veinte y cinco por ciento; a los sesenta minutos, quince por ciento; en total, ochenta y cinco por ciento.

Tensión arterial: Mx. - 12; Mn. - 7.

Tiempo de sangrado: dos y medio minutos.

Tiempo de coagulación: siete minutos.

VII - 1 - 32

Purgante y dieta láctea; lavado intestinal.

VII - 2 - 32

A las nueve horas y media, inyección de sedol.

OPERACION

VII - 2 - 32

A las diez horas, anestesia general con éter sulfúrico puro.

1o.—Laparotomía media infra-umbilical.

2o.—Punción de los ovarios poliquísticos, muy poco aumentados de volumen.

3o.—Resección del nervio presacro, que se encontró bajo la forma de un haz de cordoncillos en número de cinco.

4o.—Canalización del Douglas.

5o.—Reconstrucción de la pared abdominal.

Cuidados post-operatorios

VII - 2 - 32

Posición de Fowler.—500 c. c. suero fisiológico vía subcutánea, en la mañana y en la tarde. 5 c. c. aceite alcanforado cada cinco horas. Sondéo vesical cada seis horas. Dieta láctea.

VII - 3 - 32

Posición de Fowler.—500 c. c. suero fisiológico vía subcutánea.
5 c. c. aceite alcantorado mañana y tarde. Dieta láctea.

VII - 4 - 32

Posición de Fowler.—Se retiró la caualización.—Dieta láctea.

VII - 6 - 32

Purgante y dieta láctea.

VII - 7 - 32

Realimentación progresiva.

VII - 9 - 32

Se le quitaron las grapas.

Menstruaciones posteriores

1a.— VII - 30 - 32.—Duración: tres días. Sin coágulos ni membranas. Con ligero dolor localizado en las regiones lumbares, sin irradiaciones, que le duró los tres días.

2a. menstruación: VIII - 27 - 32, con duración de tres días, sin coágulos ni membranas, y sin dolor.



CONCLUSIONES

I.—El plexo hipogástrico superior se presenta bajo la forma de un cordón grueso y compacto, en la mayoría de las mujeres.

II.—La dismenorrea casi siempre comienza con la primera menstruación.

III.—A casi todas las dismenorreas les comienza su dolor, antes del flujo sanguíneo, es decir, que en su dismenorrea interviene el factor ovario.

IV.—La dismenorrea siempre coexiste con la ovaritis esclerocística.

V.—Algunas enfermas menstrúan dos o tres días después de la Operación de Cotte; pero algunas no, sin que sepamos verdaderamente la causa.

VI.—La Operación de Gastón Cotte es un éxito completo y durable en la mayoría de los casos.

BIBLIOGRAFIA

GASTON COTTE.—Trastornos funcionales del aparato genital de la mujer.—2a. Edición, 1931. Masson, editor.

Ginecología y Obstetricia, revista mensual. Año de 1931.—Tomo XXIII.—No. 3, marzo de 1931.—Masson, editor.

Resección del simpático pélvico. (nervio presacro de Latarjet y Ph. Rochet; plexo hipogástrico superior de Hovelacque) por Gastón Cotte.

Lyon Chirurgical.—Publicando el Boletín de la Sociedad de Cirugía de Lyon.—Tomo XXVIII.—No. 6, Noviembre-Diciembre, 1931.—Masson, editor.

Comunicación sobre un caso de vaginismo disparéunico curado por la resección del nervio presacro.

Revista de la Medicina Italiana.—Mensual.—Número 41, Febrero de 1932.—Editada por Baldacci.

Cirugía.—Contribución clínico-operatoria a la resección del llamado nervio presacro.—Doctor Gioachino Canavero (Turín).—Resección practicada para la curación de los dolores pélvicos.

La Práctica Quirúrgica Ilustrada.—Victor Pauchet.—Fascículo XIII.—Gastón Doin, editor.—1929.

Resección del simpático pélvico (nervio presacro de Latarjet, plexo hipogástrico superior de Hovelacque).—Por Gastón Cotte.

Boletín de la Sociedad de Obstetricia y de Ginecología de París.—No. 8.—Octubre 1930.—Masson, editor.

A propósito de la resección del presacro en ginecología, por los señores V. Riche y G. Fayot.

A propósito de 33 observaciones de resección del plexo hipogástrico superior, por M. Binet.

El simpático en ginecología, por los señores Jean Rouffart y Rouffart Thiriar.

Ginecología y Obstetricia, revista mensual.—Año de 1932.—Tomo XXV.—No. 4, Abril de 1932. Masson y Cía., editores.

Vista general sobre la intervención del aparato genital de la mujer.—Por A. Binet y A. Beau.

Faure y Siredey.—Ginecología.

Enríquez.—Enfermedades del tubo digestivo.

E. Desnos y H. Minet.—Enfermedades de las vías urinarias.—París. O. Doin e Hijos, editores.

W. W. Keen.—Cirugía.—Tomo IV.—Casa editorial P. Salvat.