

# GACETA MÉDICA

DE MEXICO.

PERIODICO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA.

Se reciben suscripciones en México, en la casa del Sr. D. Luis Hidalgo Carpio, calle primera de San Ramon número 4, y en el despacho de la imprenta donde se publica esta Gaceta.

En los Departamentos, en la casa de los Sres. corresponsales de la "Gaceta Médica." La suscripcion es de 25 centavos por entrega y el pago se hará al recibirla el suscriptor.

## SUMARIO.

Atresia cicatricial de la vagina, por el Sr. D. A. Andrade.—Aneurisma fémoro-popliteo complicando una sífilis constitucional, por el Sr. D. Francisco Montes de Oca.—Sobre la viruela y varioloides, por el Sr. D. Lauro María Jimenez.—Uso de la leche, por el mismo señor.—¿Cuáles son los mejores reactivos para descubrir las impurezas del cloroformo? Dictámen de la comision, por el Sr. D. G. Mendoza.—Kiste del ovario. Hernia umbilical del epiplon. Embolia de la vena cava inferior y sus ramos, por el Sr. D. Manuel S. Soriano.

## CIRUGIA.

### ATRESIA CICATRICAL DE LA VAGINA.

El dia 29 de Junio de 1866 entra al hospital de San Andrés y se encuentra en la cama núm. 34 de la sala de gálicas, una muger de veintitres años de edad, llamada Trinidad A. . de temperamento linfático, delgada, de mediana estatura y pelo rubio. Nació en Salamanca (Guanajuato), donde ha vivido hasta ahora gozando de buena salud. Comenzó á menstruar á los quince años; quedó embarazada por primera y única vez á la edad de 17 años, en 1860. El embarazo no presentó ninguna particularidad, y parió á término en Agosto de 1861. El trabajo, segun cuenta, duró diez y siete horas, y parió sin mas dificultad. El niño nació muerto y al parecer acababa de morir, lo que sin duda fué debido á su larga permanencia en el estrecho inferior. La misma noche notó la enferma que su cama se mojava con la orina, sin que pueda decir si esto era debido á una incontinencia ó si escurria por la vagina, siendo mas probable esto último, pues al tercer dia al levantarse notó que la orina escurria gota á gota, teniendo al mismo tiempo frecuente gana de orinar, sin que saliese en los repetidos esfuerzos que hacia para arrojarla. Desde esa época la orina ha continuado saliendo constantemente por la vagina, però pudiendo sin embargo conservar una

cierta cantidad en la vejiga, pues cuando se sienta repetidas veces al dia siempre arroja alguna cantidad.

Estos son los únicos antecedentes que se pueden obtener de ella, relativamente al origen y causas de la estrechez de que adolece y para la que ha venido en busca de remedio. Confiesa, sí, que desde el momento del parto no volvió á tener relacion con ningun hombre, hasta hace dos años que se casó y su marido la encontró *tapada*, no pudiendo, por mas esfuerzos que hizo, vencer el obstáculo. A consecuencia de esta dificultad quiso pedir su separacion ó que se anulara el matrimonio, lo que obligó á Trinidad á dirigirse á algun facultativo que remediase su estado, y despues de buscarlo en vano en su tierra se decidió á venir á esta Capital, y por consejo del Sr. Lavista á entrar al hospital.

Examinada con detencion el mismo dia de su entrada, se encuentra un obstáculo insuperable para introducir el dedo dentro de la vagina, obstáculo situado inmediatamente á la entrada, y formado por una retraccion cicatricial de la abertura vulvar, que la obstruye casi completamente. La cicatriz tiene una forma anular y ovalar en el sentido transversal, y presenta en su centro una muy pequeña abertura, de la misma forma y de cinco milímetros en su mayor diámetro, por el que no puede penetrar ni una sonda ordinaria de plata. Es, sin embargo, suficiente para dar salida á la sangre durante la menstruacion, y á la orina constantemente, debiéndose probablemente á esta última circunstancia el que la obliteracion no haya sido completa. Una sonda introducida por la uretra deja salir una pequeña cantidad de orina, y no se descubre por este medio ninguna comunicacion con la vagina; pero inyectando agua en gran cantidad dentro de la vejiga, se la ve salir gota á gota por el orificio vulvar.

Resultando de este exámen que existe una cicatriz viciosa debida probablemente á la gangrena de la vagina á consecuencia del parto; que dicha cicatriz no obstruyó completamente la entrada vulvar de la vagina á consecuencia del escurrimiento constante de la orina; que existe indudablemente una fístula urinaria producida por la misma causa, y que esta fístula debe existir, ó en la uretra, muy cerca del cuello de la vejiga, ó comunicando directamente con la cavidad uterina, pues solo de estos modos se explica la salida de la orina y de la agua de la inyeccion en tan corta cantidad y cuando la vejiga está repleta, debiendo en todo caso ser muy pequeña.

Con semejante estado de cosas es preciso tomar un partido para curar á esta infeliz mujer de su doble incomodidad. Destruir por una parte el obstáculo que imposibilita la copulacion y hace difícil la fecundacion, y remediar por otra parte esa incontinenencia que hace imposible la vida social.

Proyectando inmediatamente una operacion autoplástica que corrigiendo el primer defecto haga accesible el segundo, me decido, antes de ponerla en práctica, á emplear todos los medios comunes de dilatacion, que aunque ofrecen pocas garantías de éxito no deben despreciarse sino en casos urgentes.

Haciendo primero dos incisiones, una en cada uno de los ángulos del orificio vulvar, introduje una mecha de hilas, que hice aumentar progresivamente cada dia, con lo que logré poder introducir el dedo pequeño, pero causando vivos dolores y sin poder explorar suficientemente el interior de la vagina.

Interrumpida esta dilatacion durante cuatro dias á causa de un pequeño accidente infla-

matorio que sobrevino, ví con pesar que la estrechez volvía á su punto de partida. Igual cosa sucedió cuando por haber aparecido la menstruacion hubo necesidad de suspender las curaciones.

Hasta el 15 de Agosto continué pacientemente usando el mismo sistema sin aventajar nada: desde entonces sustituí á las mechas de hilas unos pesarios de raíz de genciana convenientemente adaptados, obteniendo por este medio un brillante y rápido resultado, pues solo con haberlo empleado tres dias obtuve una dilatacion suficiente para penetrar con el indicador y poder explorar toda la cavidad vaginal. Encontré el útero adherido por su lábio anterior con la cicatriz; su cuello ampliamente dilatado para penetrar con el dedo pequeño hasta su fondo. Este reconocimiento se hizo causando vivos dolores, pues están todos los tejidos muy inflamados y es imposible por eso obtener mas pormenores.

Desgraciadamente con este último sistema de dilatacion no se consigue sino una dilatacion pasajera, á costa de muchos sufrimientos para la enferma, pues con solo dos ó tres dias de interrupcion vuelve la estrechez á su estado primitivo. En vista de esto, el dia 7 de Setiembre me decidí á intervenir por medio de una operacion que destruyendo el tejido indoliar existente lo sustituya con otro tejido sano de los alrededores de la cicatriz.

Para disminuir las dificultades del manual operatorio, y para saber el resultado de una primera autoplastia sin acumular las complicaciones que podrian resultar multiplicando las incisiones, me propongo operar en varios tiempos. Hábilmente secundado por mi apreciable amigo el Sr. Lavista y por los practicantes de la sala, procedo á poner en práctica el plan que me habia propuesto, del modo siguiente:

Colocada la enferma en la cama que se usa para las curaciones y reconocimientos uterinos, la cabeza algo elevada y los piés descasando en los respectivos pedales de la cama: asegurada en esta postura por dos ayudantes, la hago cloroformar, confiando la anestesia á otro ayudante. En seguida practico dos incisiones, una en el ángulo derecho de la pequeña abertura que se encuentra en el centro de la cicatriz, de un centímetro de profundidad, que abraza todo el espesor del anillo; la otra en el ángulo izquierdo, menos profunda y con el único objeto de aumentar el campo y facilitar el manual operatorio. Haciendo entonces una especie de dilatacion forzosa, obtengo al nivel de la primera incision una superficie avivada de mas de dos centímetros de ancho en todo el espesor del anillo cicatricial. Inmediatamente procedo á circunscribir un colgajo capaz de cubrir esa superficie, tomándolo de la mucosa del pequeño lábio correspondiente. Con ese objeto trazo dos incisiones paralelas que partiendo de los dos ángulos de la superficie avivada vienen á terminar en el borde del pequeño lábio: disecado este colgajo desde la orilla de la superficie que se debe cubrir hasta el borde del lábio, lo atraigo sobre dicha superficie, haciéndolo resbalar, veo que es suficiente para cubrirla completamente, y lo fijo allí por medio de cuatro puntos de sutura convenientemente distribuidos. Coloco luego una mecha de hilas bastante gruesa en la vagina, con objeto de ejercer sobre el colgajo una ligera presion que mantenga unidas las dos superficies sangrantes y de asegurar la reunion inmediata.

Así quedó terminada esta primera operacion sin dificultad ni mas accidente que un síncope que sobrevino con el cloroformo y que se disipó felizmente.

En la tarde del mismo dia se hizo una inyeccion de agua fria en la vagina y se renovó la mecha. Al dia siguiente vino la menstruacion, que no se esperaba, obligándome á quitar

las mechas, y haciéndome temer un mal éxito; mas no obstante ella mandé que se continuasen las inyecciones tibias tres veces al día, y hechas con mucho cuidado por uno de los alumnos de la sala.

El día 11, que habia ya terminado el período, procedí á quitar dos de las suturas. Aunque el colgajo parece adherido, dejé las otras dos hasta el día 15, cerciorándome de su completa reunion y del feliz resultado de este primer tiempo de la operacion.

El día 1º de Octubre, animado por tan buen resultado, aunque la dilatacion obtenida es muy incompleta, pues apenas permite la introduccion del dedo pequeño, me decidí á continuar la regeneracion de la cicatriz.

Habiendo dilatado la abertura préviamente con la raiz de genciana durante tres dias, de modo que pudiese penetrar el índice, y despues de colocar y cloroformar á la enferma como en la primera vez, hice una incision en el lado izquierdo de la cicatriz y otra en la parte posterior y media á cuatro ó cinco milímetros de la adherencia del primer colgajo: ambas comprendieron todo el tejido inodular, que fué destruido con el bisturí, quedando en su lugar una superficie sangrante de mas de un centímetro cuadrado. Partiendo de la estremidad inferior de la primera incision, ó mas bien en su prolongacion, hago sobre la mucosa del pequeño lábio izquierdo una incision de un centímetro de largo, y de las dos estremidades de ésta parten otras dos que se dirigen paralelamente hácia la horquilla de la vulva: una de ellas, la interna, coincide con uno de los lados de la superficie avivada, y la otra, la esterna, coincide con el borde del pequeño lábio, pero es mas corta que la interna. De este modo tengo limitado un colgajo, que disecando es suficiente para reemplazar el tejido cicatricial destruido, y que queda adherido por la línea media correspondiente á la horquilla. Volteado y aplicado con cuatro puntos de sutura, introduzco una mecha de hilas para mantenerlo en contacto inmediato, cuidando antes de reunir con otros tantos puntos de sutura los bordes de la pérdida de sustancia que sufrió el pequeño lábio.

Al día siguiente quito la mecha y mando hacer inyecciones dos veces al día.

El día 4, con motivo de haber aparecido la menstruacion, me decidí á quitar los puntos de sutura, y encuentro que el colgajo está completamente adherido por primera intension, é igualmente la sutura del pequeño lábio.

El resultado de esta segunda operacion fué aun mas favorable que el de la primera, pues la semi-circunferencia inferior de la cicatriz ha desaparecido ya, y queda casi en su totalidad sustituida por una mucosa perfectamente sana y estensible. La amplitud de la entrada de la vagina permite introducir el dedo índice con toda facilidad y sin dolor alguno, para poder reconocer el estado de esa cavidad. Se nota perfectamente la adherencia del lábio anterior del cuello del útero, íntimamente unido á la cicatriz, en relacion inmediata con la vejiga y con la uretra. No se puede aún precisar la situacion de la fistula, pero es indudable que se trata de una comunicacion vesico-uterina ó uretro-uterina. A consecuencia de esa adherencia, el útero está muy bajo; su cuello dilatado de modo de poder penetrar en su cavidad con el dedo pequeño; la pared posterior de la vagina está intacta. Despues de esa segunda autoplastia, queda aun la semi-circunferencia anterior del anillo cicatricial, formando obstáculo para la completa curacion: queda tambien la adherencia del útero, que tal vez sea posible remediar, por lo que me decidí á practicar otra operacion.

El día 23, cloroformada y colocada la enferma como en las primeras operaciones, intro-

duje una sonda de hombre en la vejiga, la que confié á un ayudante, encargándole que apoyando por la concavidad sobre el arco del pubis hiciese vascular la punta, atrayendo hácia mí la uretra y la parte de la cicatriz que se va á destruir. Un espejo univalvo introducido en la vagina, fué confiado á otro ayudante á fin de apartar el lábio derecho para que no estorbase. Practiqué luego una incision longitudinal y de medio centímetro de profundidad, interesando todo el tejido cicatricial que existe al nivel y en la orilla del lábio izquierdo del meato urinario, y desde allí disequé y quité todo el tejido inodular que existia, hasta juntarse con el colgajo de la segunda autoplastia. En este momento se ve salir la orina sanguinolenta por la sonda, lo que no deja duda de la existencia de la fístula; pero inyectando agua dentro de la vejiga, nada sale por la vagina. La entrada de la vulva se encuentra ampliamente dilatada; la exploracion confirma lo dicho anteriormente.

Para cubrir la pérdida de sustancia que resultó de esta incision, tracé y disequé en el pequeño lábio izquierdo un colgajo análogo al de la primera operacion; lo fijé y mantuve del mismo modo.

Al cuarto dia quité las suturas, y el colgajo estaba ya completamente adherido.

El dia 13 de Noviembre, despues de haber marchado todo con felicidad, se ve que el objeto propuesto se ha logrado casi por completo. Las tres operaciones nada han dejado que desear en cuanto á su resultado inmediato, pues las tres veces los colgajos se han reunido por primera intension y sin accidente. El resultado final es bastante satisfactorio, pues si bien es cierto que la dilatacion no es aún lo que debia ser en el estado normal, es sin embargo suficiente para permitir la exploracion vaginal con un espejo de mediano tamaño, y es probable que lo será para el coito, que probablemente contribuirá para mantener la dilatacion en este estado. Del anillo cicatricial, que existia toda la parte posterior que correspondia al tabique recto-vaginal, ha desaparecido, y queda sustituido por una mucosa continuada desde la vulva hasta el fondo de la vagina. Quedan igualmente sustituidas por mucosa sana, las dos partes laterales del anillo, no quedando mas que una porcion de tejido inodular en la parte que corresponde á la uretra, y que es precisamente la que está adherida al cuello del útero. Restaria, pues, una cuarta operacion por intentar, pero la enferma está ya cansada: la dilatacion parece suficiente para el objeto que la trajo al hospital, y parece difícil, y hasta cierto punto peligroso, intentar destruir la adherencia del útero. Pues estando éste, como he dicho, en íntima relacion con la uretra y con la vejiga, podria formarse una cloaca ó al menos una fístula que traeria peores inconvenientes que los que ahora existen: ademas, parece realmente imposible mantener la separacion del útero, pues no habiendo ya tejidos normales para hacer una autoplastia, es casi seguro que, al hacerse la cicatrizacion, volveria todo al mismo estado.

La fístula tantas veces señalada y cuya existencia era indudable, ha desaparecido como por encanto desde la última operacion. La orina se conserva bien dentro de la vejiga, sin que haya vuelto á escurrir ni una gota por la vagina. Es, pues, probable, que fuera muy pequeña, y tal vez la presion ejercida por la mecha y la ligera inflamacion que sobrevino despues de la operacion, bastaron para obliterarla.

Alta el dia 13 de Noviembre de 1866, recomendando á la enferma me dé cuenta con el resultado de las tentativas de coito, para saber si la dilatacion es suficiente.

El dia 21 se presentó en mi consulta particular quejándose de tener una ulceracion en el

ano, que reconocí ser sífilítica, producida probablemente por un coito *contra natura*, pues aunque ella lo niega, confiesa que el coito intentado varias veces por la vagina le era muy doloroso; que se sentía algo estrecha, pero que sin embargo lo había verificado. Es, pues, probable que necesita acostumbrarse al toque de cuerpos extraños y tal vez dilatar algo mas la abertura, que en apariencia se conserva como á su salida del hospital. Con ese objeto y con el de curarle el chanero, le recomiendo vuelva á entrar al hospital. Así me lo ofreció; pero hasta hoy no he vuelto á saber de ella.

Tal vez he fatigado la atencion de la Sociedad con tantos pormenores que he extractado de la observacion que recogí á la cabecera de la enferma, y me he atrevido á presentarla así por creerla de algun interes práctico é importante bajo varios puntos de vista. Los señores que me hacen el favor de escucharme los apreciarán sin duda; pero no obstante, me propongo estudiarlos en un trabajo especial, no haciéndolo ya-hoy por no distraerla de cuestiones mas importantes.

México, Octubre 14 de 1868.

A. ANDRADE.

---

## ANEURISMA FEMORO POPLITEO

COMPLICANDO UNA SIFILIS CONSTITUCIONAL.

En los primeros dias del mes de Setiembre del año de 67 entré al Hospital militar, á ocupar la cama núm. 1 de la sala que está á mi cargo, un soldado llamado Jesus Peñalosa, natural de Cuautitlan, de treinta y seis años de edad y sastre de oficio.

Al hacer su exámen por primera vez, noté desde luego: que este individuo es de una estatura mediana, de color moreno, de regular constitucion y temperamento sanguíneo.

Llevaba sobre la cara, y de una manera muy visible, signos bastantes para formar una parte del diagnóstico de sus enfermedades, pues presentaba á la entrada de la nariz, y cerca de la comisura labial derecha, placas de una erupcion que se caracterizaba por corimpos de forma arredondada, cubiertos por costras muy gruesas y rodeados de una aureola de color violaceo: parecia que el elemento de aquella erupcion habia sido una pústula que por su pequeño tamaño se asemejaba á la del impétigo. Placas iguales existian sobre el cuero cabelludo, y en la region ciliar derecha habia una goma perfectamente caracterizada. Con estos antecedentes, el interrogatorio que hice al enfermo se dirigió á confirmar las fundadas sospechas de que se trataba de una sífilis constitucional.

El enfermo manifestó: que hacia poco mas de tres meses habia tenido una ulceracion en la estremidad del pene, sobre la corona del glande; que no habia padecido bubon supurante, y que poco antes de entrar al hospital habia pasado por un periodo de malestar acompañado de dolores que él llamaba reumas, pero que haciendo que se explicara bien se comprendia que habian sido dolores reumatoides. Busqué cuál era el estado de los ganglios, y tanto los de las ingles como los cerviales y los epitroclianos estaban aumentados á mas del doble de su volúmen normal y endurecidos: así es, que se podia diagnosticar sin la menor