

VI

DECREPITUD.

Una ojeada á la mortalidad por esta causa en México y en Veracruz, nos hace apreciar la diferencia favorable para aquel clima. En la primera de estas poblaciones sucumben por año á esta causa, 10 individuos; en la segunda, en igual período de tiempo sucumben siete; atiéndase á la diferencia de población, y aparecerá crecida la cifra correspondiente á Veracruz; y lógicamente se deduce que si allí mueren más, es porque existe relativamente mayor número de ancianos, conduciéndonos así á la idea que venimos sosteniendo en el curso de esta Memoria: Que el clima de Veracruz no ofrece respecto á su mortalidad los graves inconvenientes que tan generalmente se le atribuyen, y que comparado con el de la Capital, es *notablemente* mejor, apareciendo de los que producen menos mortalidad, siempre que la *fiebre amarilla* no entre como factor, así como afortunadamente ha pasado en estos últimos años.

México, Septiembre 20 de 1888.

DEMETRIO MEJÍA.

GINECOLOGÍA.

HISTEROTOMIA VAGINAL COMPLETA.
CURACIÓN.

SEÑORES:

Entre las operaciones de alta cirugía especial que he practicado últimamente, hay una muy importante sobre la que quiero llamar vuestra atención.

Bien sabido es, que uno de los triunfos más grandiosos y modernos para la cirugía ginecológica es la extirpación total del útero por la vagina. Acabo de practicar con feliz éxito esta operación, inaugurándola en nuestra cirugía nacional y en condiciones singulares de las que no hacen mención, hasta hoy, que yo sepa, los anales de la ciencia. Esta singularidad la constituye la circunstancia de haberse ejecutado dicha operación á consecuencia de un carcinoma reproducido, pero complicado del desarrollo de un miofibroma casi intramural, que por sus dimensiones exiguas en sí, no lo fueron para el estrecho campo operatorio, que proporciona esa operación, en el procedimiento á que di mi preferencia.

Es el caso que la Sra. N. N., natural de Puebla, casada, de cuarenta y dos años de edad, ha tenido ocho hijos, el último de siete años de edad. Sus embarazos fueron normales, siendo trigemelar el tercero.

La menstruación comenzó á los trece años, sin dolor, durando cinco días. Desde el último parto principió á sufrir de hemorragia, alcanzando un período menstrual al otro: dolores de cadera y vientre, y flujo blanco que empezó á presentarse desde el tercer niño. Con tal motivo consultó al Sr. Martínez del Río en 82; este respetable comprofesor, después de emplear algunos recursos terapéuticos creyó necesario hacer la raspadura de la cavidad uterina, y la practicó en Diciembre del mismo año.

Después de esta operación, la señora quedó exactamente como antes y aun peor. Entonces le propuso nueva raspadura, que no aceptó.

Dejó de curarse cerca de cuatro meses, al fin de los cuales se presentó en mi consulta privada, y después de haber recogido los datos que acabo de exponer, me añadió, que estaba segura de que su enfermedad iba en aumento cada día.

Esta señora es de estatura alta y robusta, de ánimo sereno y regular método de vida. Tenía buenas digestiones y régimen intestinal. Las funciones del corazón en estado satisfactorio. Por el examen local encontré el útero grande pero móvil, el cuello con una laceración muy profunda, sobre todo del lado izquierdo, que alcanzaba hasta la inserción central de la vagina: ectropión exagerado de los labios y alteración epitelial de la mucosa de la cavidad cervical, ligeramente sangrante, sobre todo al nivel del istmo y en la cavidad profunda cuando practiqué el cateterismo.

Había aumento notable de las cavidades, median $8\frac{1}{2}$ centímetros, y se podía conocer desde luego el espesor mayor en la pared posterior. Todo esto según lo representa el esquema de la fig. 1.^a

El enrojecimiento de la porción de la mucosa invertida, muy notable, y el escurrimiento del cuello, moco-purulento espeso.

Es de notarse que no había engrosamiento de los ligamentos anchos, así como tampoco ninguna sensibilidad anormal en las cavidades al tocarlas con la sonda.

Con estos datos, sin embargo, diagnosticué: laceración doble del cuello y endometritis fungosa, valorizando el engrosamiento del cuerpo del órgano como miofibroma incipiente.

Propuse á la señora un remedio quirúrgico que difería del que ya se había empleado.

Tenía la intención de practicar de nuevo la raspadura y la operación de Emmet (á esta enferma aludía en la pág. 8 de mi trabajo sobre mi primera serie de 53 traquelorrafias). En el mismo esquema de la fig. 1.^a está indicada la extensión que debía darse al avivamiento y el número de puntos de sutura que creía necesarios.

Al oír la señora esta opinión me dijo que no se resolvía porque se había con-

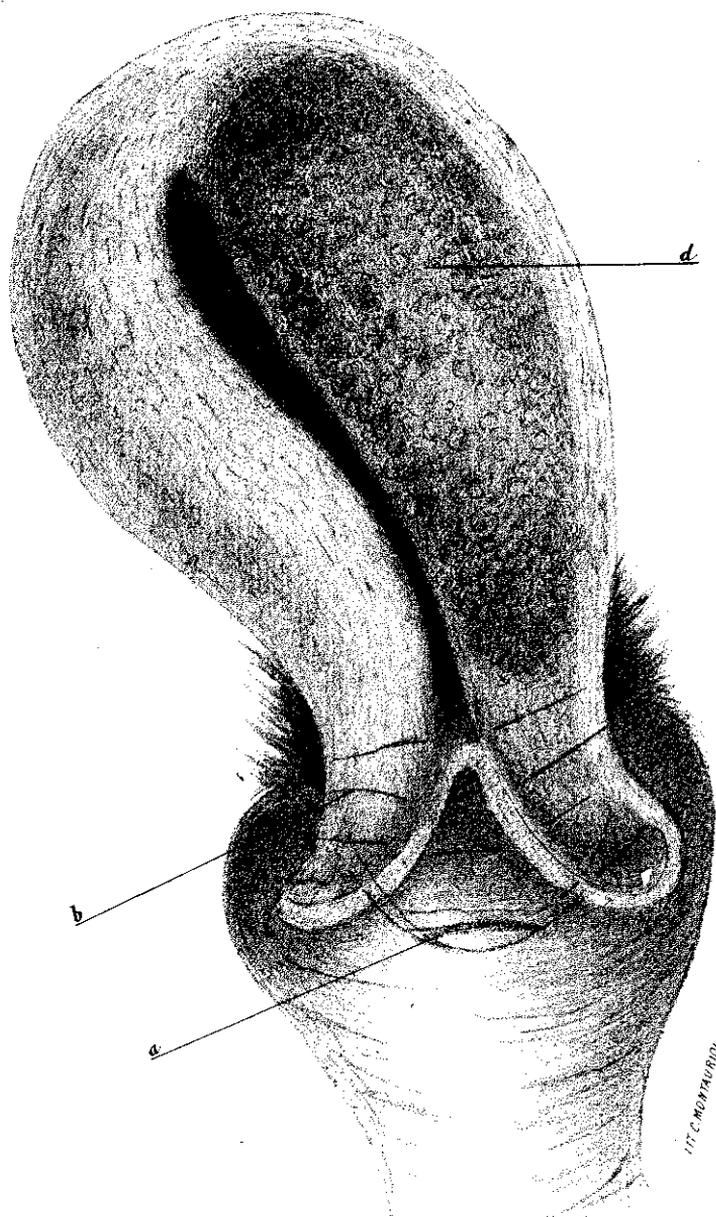


Fig. 1^a

- d.** *Miofibroma incipiente.*
- a.** *Linea que indica la forma que debia tomar el cuello despues de la operacion de Emmet.*
- b.** *Una de las lineas que marca los puntos de sutura.*

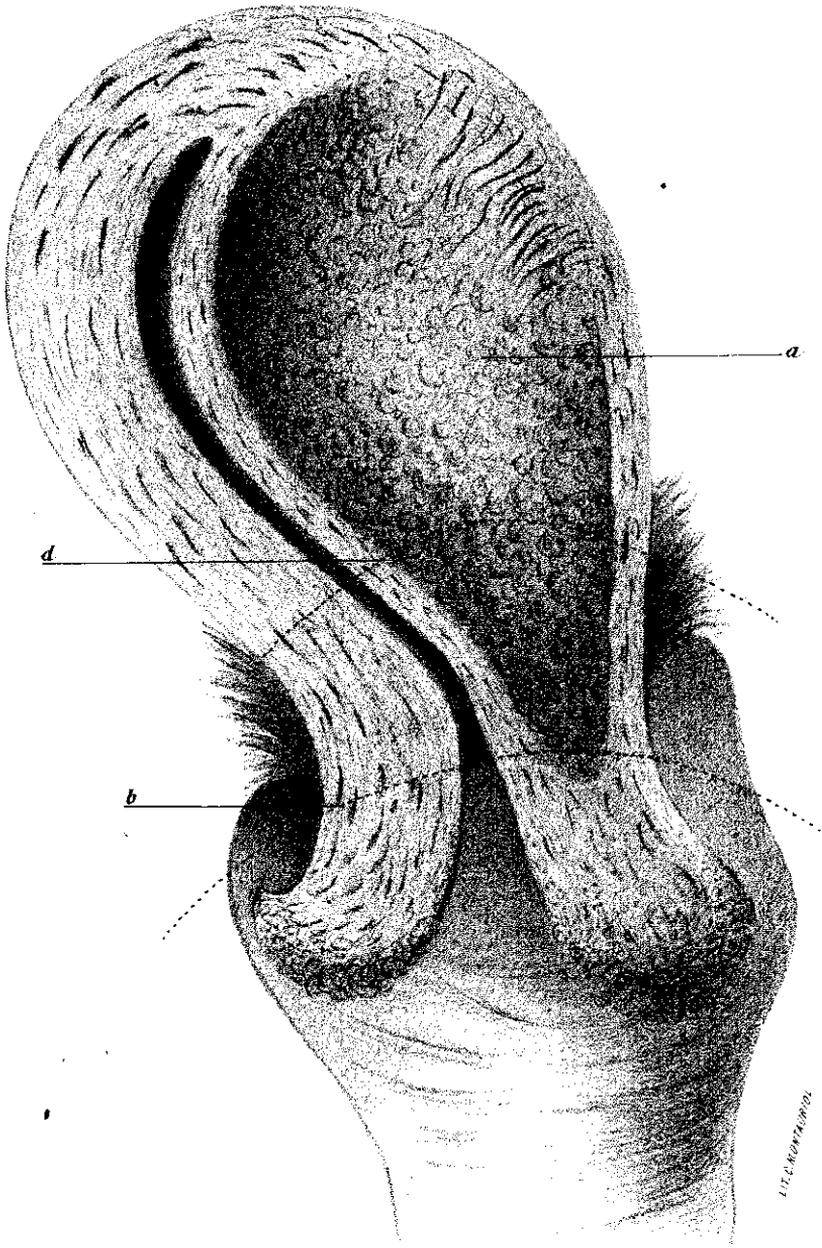


Fig. 2^a

- a. Estado del desarrollo del miofibroma.
- b. Línea que siguió la sección con el galvanocautico
- d. La misma cuando se practicó la extirpacion parcial del miofibroma, á principios del año de 1887.

vencido de que la operación en nada la mejoró, sino más bien empeoró después de sufrirla.

En 86 se presentó de nuevo manifestándose que estaba persuadida de que mi opinión era bien fundada, porque á pesar de haber empleado varios médicos distinguidos innumerables remedios contra su mal, no había podido obtener el menor alivio; por el contrario, las pérdidas de sangre eran cada vez mayores y se sentía en condiciones imposibles de seguir viviendo; que en vista de esto, venía resuelta á que hiciera de ella lo que quisiera, con tal de que le fuera de provecho seguro. Entonces practiqué nuevo examen y encontré el órgano en el estado que marca la fig. 2.^a

Como se ve, estaba aumentado notablemente de volumen y pesado. Los labios del cuello cubiertos completamente de una placa epiteliomatosa bien clara, que no invadía del todo la cavidad cervical ni las inserciones de la vagina. La dirección de las cavidades como se representa en la figura, y el espesor de la pared posterior, notablemente aumentado y denunciando manifiestamente la existencia del miofibroma intramural.

Manifesté á la enferma que había que cambiar de plan operatorio, porque las condiciones de su mal eran ya muy diversas. Aceptó todo y procedí á operarla á mediados de ese año, llevando el propósito primero, de amputar toda la porción subvaginal del cuello, para separar por completo el neoplasma maligno y esperar ver el resultado de ésta, para pensar en lo que fuere consiguiente.

Practiqué la amputación con el galvano-cáustico como lo aconseja Braun, que prefiere en esas condiciones al bisturi por razones que no son del caso referir, y además para complacer á la enferma, que rehusaba firmemente tomar el cloroformo.

La línea de división siguió la que indica la puntuada *a* en la misma figura.

El resultado de la operación fué incompleto. Durante las dos primeras semanas la hemorragia disminuyó pero no desapareció, y habiéndola explorado después de la tercera semana, encontré con sorpresa que el cuello estaba dilatado, dejando asomar la extremidad del mioma como la extremidad de un huevo de gallina. Había yo dividido con la asa el límite inferior de la cápsula; se produjo por esto una enucleación parcial y casi espontánea del mioma. Esto me obligó á intentar poco después la enucleación completa y extirpación de él combinando el despegamiento en la sección con la asa galvánica.

Recurrimos á la narcosis con el cloroformo.

Necesitábamos practicar una amplia dilatación y la división lateral del cuello. Esta fué muy limitada, porque alcanzábamos fácilmente la inserción de los ligamentos, y la primera fué insuficiente, pues mis dilatadores en esa vez eran incompletos para llegar al objeto; esto, y un accidente inevitable en el galvano-cáustico, no me permitió extraer más que una porción limitada del tumor, tal como la marca aproximadamente la línea 6 de la fig. 2.

Esta operación fué seguida de aplicaciones intrauterinas para modificar á lo menos la superficie de la mucosa que revestía el miofibroma.

El resultado que sucedió á esta operación fué por lo pronto favorable, como era de esperarse, pues se produjo una involución parcial en todo el órgano que extinguió por algún tiempo las hemorragias.

Sin embargo, desde el día de la operación insistí con la familia en terminar la curación por medio de una operación final, pues estaba convencido de haber tan solo podado el tumor.

No es difícil penetrarse de que esta proposición, después de hacer dos operaciones y de haber sufrido otra mucho antes sin completo éxito, desanima á la enferma más resignada, y resfria la mejor y más firme confianza que se podía depositar en un médico. Pero exponiéndoles las dificultades y condiciones de la situación, yo no cedí en nada á las recomendaciones que debía.

Mas como la hemorragia, síntoma dominante para la enferma, seguía suprimida, se creyó ella curada, y resuelta á que si su mal reincidía, pensaria de nuevo en continuar su curación.

El mes de Mayo del año próximo pasado volví á examinarla. El útero había aumentado en volumen, el cuello se había repuesto en su porción media, cerrando en parte su cavidad, pero no se proyectaba en la vagina, de modo que completaba en el centro la bóveda vaginal.

La menstruación se había exagerado de nuevo, y como era de esperarse, se iniciaba el mismo estado que se había dominado con la última operación. Sin embargo, no se resolvió de pronto á la operación pendiente, por asuntos de familia.

A mi regreso de Europa la vi y la encontré dispuesta á operarse; pero no pude menos que contrariarme porque por segunda vez me veía obligado á cambiar de proyecto. El útero se presentaba como lo indico en la fig. 3.^a Nuevo y abundante escurrimiento icoroso aparecía por el cuello, y el cáncer se presentaba de nuevo con todo su cortejo, invadiendo todo el segmento posterior del cuello y la cavidad cervical, hasta el punto en que hacia relieve el miofibroma; éste más crecido que nunca y ya cubierto en el punto donde se había seccionado, por una cicatriz que había cerrado de nuevo la cápsula del tumor, V. a., fig. 3.^a

En vista de estas y todas las razones que produce el estudio del esquema, se comprenderá que no se podía pensar en ninguna otra operación que la extirpación completa del útero por la vagina. Grave no obstante, como lo era de por sí, y por la complicación del mioma, que estrechaba excesivamente el campo operatorio, circunstancia que lo presentaba casi inaccesible para seguir el procedimiento á que daba la preferencia.

Pero no quedaba otro recurso, á no ser que hubiera creído más aceptable por estas razones la vía abdominal, por el método de Freund, que ha dado tan

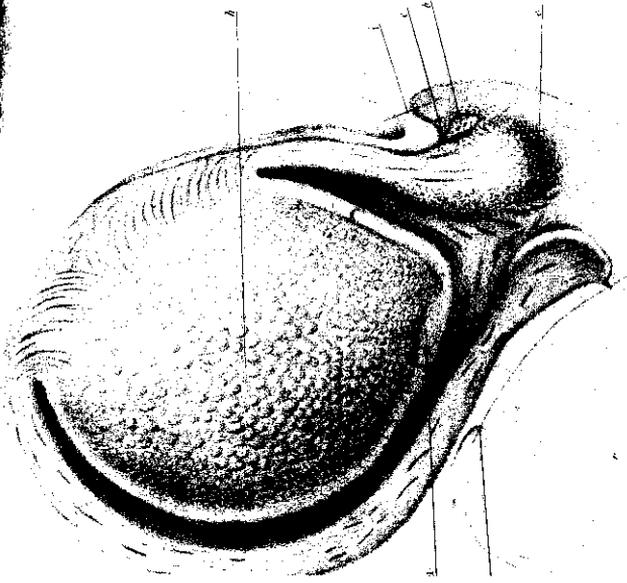


Fig. 54

Tronco de un ave en la posición del acoplamiento.
 a. Paredes que el estómago.
 b. Por lo que se llama el estómago.
 c. Estómago que se llama el estómago.
 d. Estómago que se llama el estómago.
 e. Estómago que se llama el estómago.
 f. Estómago que se llama el estómago.
 g. Estómago que se llama el estómago.
 h. Estómago que se llama el estómago.
 i. Estómago que se llama el estómago.
 j. Estómago que se llama el estómago.
 k. Estómago que se llama el estómago.
 l. Estómago que se llama el estómago.
 m. Estómago que se llama el estómago.
 n. Estómago que se llama el estómago.
 o. Estómago que se llama el estómago.
 p. Estómago que se llama el estómago.
 q. Estómago que se llama el estómago.
 r. Estómago que se llama el estómago.
 s. Estómago que se llama el estómago.
 t. Estómago que se llama el estómago.
 u. Estómago que se llama el estómago.
 v. Estómago que se llama el estómago.

a. Sitio del carcinoma en el estómago.
 b. Estómago que presenta el desarrollo del miofibril.
 c. Alveola a que se encuentra el repliegue peritoneal de Douglas.
 d. Vagina.

malos resultados. Debo llamar la atención sobre que, aun para aceptar este camino, tenía que operar por las dos vías para separar con más seguridad todo el tejido invadido, vista la extensión que había adquirido en la pared vaginal en el punto *d*, lo cual había originado un pliegue del mismo canal en el punto *c*. Véase la misma figura.

Tratando de disminuir la gravedad de la operación á mi enferma, preferí aumentarme las dificultades de ella obrando exclusivamente por el canal vulvo-vaginal.

Pensando así puse á mi enferma este dilema: sufrir una operación grave á la que podría sobrevivir, ó la muerte segura sin ella. Aceptó lo primero y decidí practicarla tan pronto como pasara su próxima menstruación.

Ésta se presentó el día 11 de Junio, durando hasta el 25 del mismo. El 27, dos días después, procedí á practicar la operación.

Sabido es que á pesar de que esta operación tenía antiguamente un éxito letal, ha sido emprendida de nuevo por Billroth Czerny y Schede.

No había que pensar en la *vuelta de esquila* que Schroeder hacía dar al útero después de abiertos los pliegues peritoneales, porque tiene sus inconvenientes, y mucho mayores tratándose del volumen del útero en cuestión. No sin razón ha desdeñado este modo de obrar el profesor Olshausen, su sucesor en el *Frauenklinik*, y Torn, su primer asistente.

Me decidí á ejecutarla con pocas modificaciones, según la vi practicar á los Dres. Braun, padre, en Viena, Olshausen y Torn, en Berlín.

Jamás vacilé entre si daría la preferencia para la hemostasis á la pinza de Richelot ó la ligadura escalonada de Leopoldo. Esta no es una cuestión que debo tratar cuando solo he practicado una operación de estas, aunque haya presenciado más; pero cualquiera que tenga algún hábito en operaciones semejantes, como extirpaciones parciales del útero por degeneración maligna, verá más aceptable el asegurar los vasos gruesos con ligaduras que con pinzas permanentes, por más que el obrar así sea más laborioso.

Así, pues, preferí la ligadura escalonada á la pinza.

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

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

Segundo. Vencer con la hemostasia el límite superior del ligamento izquierdo, y aun algo el pedículo ovario-salpigiano del mismo lado, porque el cuerpo del útero llenaba por completo el campo vaginal en la pequeña excavación pélvica. El lado opuesto, debido al cambio de situación del órgano, fué bien accesible.

Tuve que cerrar parcialmente el infundíbulo vaginal con los pedículos de los anexos, porque no se podía mantener reducido el intestino ileo y epiplón, que asomaban constantemente en la vagina; pero obrando así como he dicho y apli-

cándolos á la superficie cruenta de los ligamentos anchos, se consiguió fácilmente remediar ese incidente.

Los ovarios estaban sanos, y la trompa del lado derecho, aunque gruesa, tenía buen color y la conservé.

La operación se hizo en la pieza destinada á las laparotomías en mi Hospital privado, adonde la enferma consintió en ir, no obstante que no carece de comodidades y recursos en su casa. Este género de asistencia lo he generalizado ya en muchas personas en iguales circunstancias, á fuerza de constancia y buenos ejemplos de las ventajas que obtienen con ella.

Sea dicho de paso que la fundación de una clínica especial y privada, he tenido la buena fortuna de ser el primero en plantearla en México desde hace cuatro años, y que ese pensamiento está realizado para mí, aunque en pequeño, pero después de infatigables luchas contra las costumbres y preocupaciones de nuestra sociedad. Ojalá y que mis compañeros pensarán en las ventajas que para todos tiene este sistema y me ayudaran á vulgarizarlo, porque redundaría nada menos que en provecho de la humanidad y de la ciencia.

Excusado es decir que la operación fué ejecutada bajo la irrigación antiséptica, como todas las que vengo practicando en este género desde hace algunos años.

La enferma no perdería sino dos ó tres onzas de sangre. Duramos dos horas y cuarto en la operación, y me ayudaron mis estimados amigos los Dres. Huici, Mucel y Wilson.

MARCHA DE LA OPERADA.—Al terminar la narcosis la temperatura en la axila era de $35\frac{1}{2}$.

En la noche á las ocho: pulsación 88, temperatura 37.

Día 28.—Durmió bien, acusa ligero dolor en el vientre, y pregunta «¿por qué después de esta operación le duele más que después de las otras?» Temperatura $37\frac{1}{2}$, pulsación 84. A las ocho de la noche, temperatura $38\frac{1}{2}$, pulsación, 92.

Día 29 á las ocho.—Pulsación 84, temperatura $37\frac{1}{2}$.

Día 30 á las nueve.—Temperatura $36\frac{1}{2}$, pulsación, 80. En la noche á las ocho, 38, pulsación 80.

Julio 1.º á las ocho, $37\frac{1}{2}$, pulsación 80.

Julio 2.—Id. id.

Julio 3.—Se deja de tomar la temperatura, se aumentan los alimentos y se incorpora en la cama el día 12.

Día 14 de Julio.—Se levantó la enferma sin acusar más que debilidad en las piernas; pero pudiendo andar por sí sola.

Lo que acabo de referir encierra dos cuestiones prácticas del más alto interés para el progreso de la ginecología en nuestro país: primero, ¿cuál fué el resul-

tado como operación y cuál como curación? Después viene esta tercera: ¿cuándo debe preferirse á la extirpación supravaginal del cuello, la histerotomía vaginal?

La segunda cuestión no puede resolverse sino con el tiempo, porque mira á la reproducción del neoplasma del cuello, el carcinoma: queda, por tanto, pendiente.¹

La primera no puede dejar duda: como operación, el resultado ha sido plenamente satisfactorio, y con este éxito tengo el gusto de presentar á mis compañeros profesores la primera operación de su género en la República Mexicana, y por su complicación con el mioma, la primera, tal vez, en los anales de la ciencia.

Verdad es que el inolvidable profesor D. Agustín Andrade practicó por primera vez esta operación en México, á consecuencia de un cáncer, según parece; pero si he de juzgar por los informes que tengo del señor practicante entonces de dicho profesor, debo decir que ninguno de los tiempos de su ejecución fueron conformes á los nuevos preceptos de la cirugía especial, y por consiguiente, no puede ponerse en parangón con la histerotomía vaginal moderna.

Por otra parte, la muerte pronta de la operada y la del eminente profesor, echaron un velo hasta hoy sobre los diversos é interesantísimos detalles de ese acontecimiento en la cirugía de México.

¿Hasta qué punto se halla justificada la operación radical del carcinoma uterino, y cuándo debe preferirse la escisión supravaginal á la extirpación total del útero? Esta es la cuestión que todavía divide la opinión de los ginecólogos. Pero esta división, en mi concepto, es del todo infundada, porque siendo el objeto de ellas alcanzar con la extirpación todos los límites del mal, y algo más, es del resorte exclusivo de la clínica la resolución del problema.

Por un examen concienzudo y un conocimiento práctico de las fases de evolución de la afección maligna, se puede llegar á establecer *à priori* cuál será el proceder que se deba emplear. En lo general se considera de valor esta operación.

En Austria, el célebre y decano de los ginecólogos, Profesor Braun y el gran cirujano Billroth, han considerado que está muy justificada la extirpación completa del útero por la vagina para curar ciertos casos de carcinoma.

En Alemania la operación radical ha sido aceptada desde el principio, casi sin oposición alguna. Esto proviene de que reina entre los cirujanos la opinión de que el carcinoma es una enfermedad local en sus principios, y que no siendo la recaída un hecho necesario, puede curarse si se interviene de un modo conveniente y oportuno: «El peligro seguro que amenaza á la enferma, y la evidencia de su muerte si se abandona el mal á su propia marcha, justifican, dice Schroeder, una operación tan grave.»

1 Esta enferma lleva tres meses en estado satisfactorio.

En el Norte, aun después de la publicación del trabajo del Dr. Christian, que la practicó con feliz éxito por primera vez, ha sido atacada de un modo apasionado. Un hecho semejante pasa en Inglaterra.

En Francia no pude ver ni oír hablar de que se hiciera, en la época que estuve allí, una operación semejante; pero según los informes recogidos, se ha practicado ya.

En Italia dicen que desde el principio ha tenido esta operación una entusiasta acogida.

En España el Dr. Gutiérrez practicó por primera vez y con buen éxito esta operación, el 24 de Octubre del año próximo pasado.

Schroeder, comparando la estadística de las extirpaciones totales del útero con las de la porción supravaginal, dice:

«La extirpación total no me ha dado tan buenos resultados. De 40 enfermas operadas hace un año, 10 han muerto, de una no se tiene noticia; en 15 la infiltración maligna ha vuelto á aparecer, y 14, ó sea 49% en un año, no han presentado manifestación alguna.

«De 35 operadas hasta hace dos años, 9 han muerto, de una, nada se sabe, 19 han tenido recaída, y sólo 6, ó sea 24% han permanecido exentas.»

Concluye diciendo: «El cáncer del cuello del útero es curable mientras queda circunscrito á la matriz y á la mucosa vaginal.

«Para el cancroide de la porción vaginal basta la escisión de la parte supravaginal del cuello. Sin embargo, á menudo hay que extirpar también partes considerables de la vagina.

«El carcinoma de la mucosa de la cavidad cervical aun en su principio, avanza frecuentemente tan arriba, que siempre se está obligado en estos casos á practicar la extirpación total.

«El nódulo carcinomatoso de la pared del cuello invade fácilmente al cuerpo del órgano, por lo cual sólo en casos excepcionales basta la escisión del cuello.»

Martin, según las notas del congreso de Washington de 8 de Septiembre de 87, cuenta 66 operaciones y 11 defunciones.

Leopoldo, 48 con 3 defunciones. Fritsch, 60 con 7. Gusserow, 24 con 2. De éstas me mostró en su clínica del hospital de la Caridad dos operadas, una hacia un año, y otra cerca de dos sin recaída; la primera de éstas la operó á mi vista de una fistula véstico-vaginal, accidente de la operación anterior.

Olshausen cuenta 47 operaciones con 12 defunciones. Del profesor Braun, de Viena, no sé su estadística. Entre las enfermas que tuve á mi estudio había dos operadas de esta especie, y llevaban una dos meses y la otra cerca de tres, en buen estado: el número de sus operadas de esta especie es notable y con buenos resultados.

Como se ve, es la histerotomía, sobre todo, vaginal, una operación aceptada

casi unánimemente en todas las escuelas; sólo queda por saber en cuántas enfermas fué inevitable la recaída.

Con tendencia á disminuir el número de éstas, Landau se resuelve decididamente por la extirpación total en lugar de la supra-vaginal de Schroeder. (Véase pág. 220 de *Revue Medico Chirurgicale des Maladies des Femmes*. Abril, 1888).

Yo he practicado varias veces la extirpación de la porción sub y supra-vaginal del cuello por el mismo motivo.

Últimamente, cuando han estado las pacientes fuera de este recurso, me he limitado á practicar la *escoeliación* según la vi practicar á Braun en Viena y á Martín en Berlín: ya expondré á esta Corporación el resultado de estas operaciones en otra ocasión.

En resumen, señores, es preciso fijar la atención sobre la operación que acabo de presentar. Espero de vuestra ilustración é indulgencia no la desdeñaréis, sino antes bien, que nos servirá de estímulo para vulgarizarla en nuestra cirugía, contribuyendo así directa ó indirectamente y por una vigilancia mayor, á interponer oportunamente un recurso tan importante como puede ser este, para arrancar de la muerte á tantas víctimas seguras de ella, como diariamente encontramos en nuestra práctica.

La pieza patológica tenía al momento de extraerla 9 $\frac{1}{4}$ centímetros en el fondo esférico, longitud 13.

Julio 25 de 1888.

SAN JUAN.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

SESIÓN DEL 25 DE JULIO DE 1888.—ACTA NÚM. 42, APROBADA EL 1.º DE OCTUBRE.

Presidencia del Sr. Dr. Bandera.

A las siete y treinta minutos de la noche se abrió la sesión, y después de haber sido leída el acta de la anterior, sin discusión fué aprobada.

La Secretaria dió cuenta:

1.º De las publicaciones nacionales y extranjeras recibidas en la semana, las cuales se mandaron pasar á la Biblioteca á disposición de los socios:

NACIONALES.—Anales del Museo Nacional de México, tomo IV, núm. 2.

Memorias de la Sociedad Científica "Antonio Alzate," tomo I, núm. 12.

El Escolar Médico. Monterrey, tomo I, núm. 5.

EXTRANJERAS.—La Unión Médica. Caracas, año VIII, núms. 163 y 164.

Revista Médica. Chile, año XVI, núm. 9.

Revista Argentina de Ciencias Médicas. Buenos Aires, año V, núm. 1.