

GINECOLOGÍA.

Algunos datos importantes para nuestra cirugía especial.

SEÑORES:

Voy á permitirme el honor de presentar á vdes. tres hechos que aunque heterogéneos en sí, pertenecen todos á la ginecología y pueden tener cada uno su importancia más ó menos grande para la práctica.

El primero se refiere á una histerectomía vaginal, y la tercera que corresponde á mi práctica operatoria. Sin duda alguna que á no ser por ciertas observaciones que sobre la cuestión deseo hacer, no le encontraría otra importancia al comunicárosla que el figurar como número en mi estadística; pero la obligación de respeto que me obliga ante esta ilustre Corporación, me pone en la necesidad de distraer vuestra atención, llamándola sobre algunos puntos que en extracto voy á comunicar.

N. N. de cerca de 30 años, casada, de raza indígena, entregada á trabajos penosos, con suma escasez de recursos y que ha tenido nueve partos, se presentó á la consulta de mi hospital privado el día 25 de Febrero próximo pasado; refirió un grupo de padecimientos que databan poco más ó menos de cinco meses; realizaban entre ellos grandes pérdidas sanguíneas, alternando con escurrimientos sanguíneos fétidos, dolores lancinantes y sobre todo un acabamiento creciente de sus fuerzas.

Explorada, se vió que había en ella una anemia exagerada, con pulso pequeño y concentrado, piel seca y cubiertas las manos de una erupción parasitaria; vulva pequeña. El útero, invadido en toda la porción subvaginal é intermedia por un cáncer epitelial, que se había extendido hasta más allá de un centímetro de la vagina, en sus inserciones; y hacia el lado izquierdo una profunda laceración del cuello revestida por el neoplasma. Todos los anexos, con excepción del alón antero-izquierdo del ligamento ancho, se hallaban en perfecto estado. En este sitio se percibía un engrosamiento, debido á una infiltración del tejido celular que se propagaba en dirección del ligamento redondo, y cuyos límites superiores no estaban bien marcados.

Examinando luego las cavidades uterinas, al nivel de la laceración, medían $6\frac{1}{2}$ centímetros, y la textura del tapiz de la cavidad, estaba manifestamente alterada; el fondo uterino en su perímetro libre de altera-

ciones. Así, en vista de todas estas circunstancias que pueden confirmarse en su mayor parte por el estudio de la pieza que presento, no juzgué aplicable otro medio curativo posible que la extirpación total del útero por la vagina, pues la amputación vaginal de Schroeder, habría dejado á la enferma en condiciones casi seguras de reincidencia del mal.

Se practicó la operación que llevo dicho el día 6 del presente, siguiendo, para efectuarla, el mismo procedimiento que apliqué á mi primera histerectomía, según tuve el honor de comunicarlo á esta ilustre Academia en otra vez. Duró cerca de dos horas y cuarto; fuí ayudado de los Sres. Huici, Mucel y Wilson. La tención arterial de la enferma un día antes era de 13 centímetros y pude elevarla á $14\frac{1}{2}$; su temperatura en las mañanas que precedieron á ese día, era de $37-2$ y en las noches variaba de este máximo al de $37-6$ y $37-8$, no obstante los cuidados prolijos que se efectuaban para evitar la auto-infección. Concluída dicha operación, la temperatura de la enferma era de $36-9$; y su fisonomía expresaba los efectos del choque operatorio; á las cuatro de la tarde $37\frac{5}{10}$; á las 8 P. M. $37\frac{9}{10}$ Día 7 á las 8 A. M. $37\frac{4}{10}$ pul. 88; á las 8 P. M. $37\frac{7}{10}$ pul. 88. Día 8 á las 8 A. M. $37\frac{4}{10}$ pul. 80; á las 8 P. M. $37\frac{4}{10}$ Día 9 temperatura 37, pul. 80. Así ha continuado los siguientes. En la actualidad, ó sea á los 15 días, el resultado operatorio puede darse por completamente feliz. La han visto ya algunos compañeros y está á disposición de la persona que quiera visitarla. Hoy se ha levantado de la cama.

Las consideraciones que esta observación me sugiere, son las siguientes:

Que las tres primeras histerectomías que llevo practicadas como resultado operatorio, han dado un éxito completo, siguiendo en ellas el procedimiento ya otra vez indicado; y como resultado terapéutico de la primera, casi se puede asegurar su curación. De la segunda la reproducción se predijo desde el momento de efectuar la operación por estar degenerado todo el útero y haber quedado una pequeña porción de la pared anterior que formaba cuerpo con la infiltración del tabique vésico-vaginal y que deliberadamente se dejó por lo excesivamente deleznable del tejido, por lo cual esta histerectomía no debe calificarse sino de incompleta. No obstante esto, la mejoría producida en la enferma ha sido de tal manera notable, que después de siete meses de practicada, su estado general es tan satisfactorio que oculta todavía los estragos de la reproducción del carcinoma.

Los detalles de este hecho están consignados en mi libro de "Historias," y la pieza patológica existe en poder de los miembros de la familia.

Como resultado terapéutico de la tercera operación, no es tiempo aún

de manifestarlo; pero debe temerse, que la infiltración del ligamento ya dicho, si no fuere inflamatorio, sea el germen, para más tarde, de un nuevo desarrollo. Esto, sin embargo, es inevitable inconveniente por presentarse las enfermas á consultar, casi siempre fuera de la época propicia para la operación.

La segunda consideración, se relaciona con la idea de demostrar que las tres histerectomías que he practicado, han sido hechas por causa de degeneración maligna, según puede comprobarse con el estudio de las piezas; contestando, aunque de paso, á alguna de esas críticas de corrillo que calificaban mi primera histerectomía, motivada tan sólo por un miofibroma, los que reclaman una intervención quirúrgica enteramente distinta en esos casos, y que sólo por malquerencia á mis trabajos, pueden interpretarse de un modo tan ligero.

Aprovecharé esta oportunidad para contestar á las críticas con que nuestro estimable consocio el Sr. Dr. Fénélon honró mi trabajo presentado á esta Academia, referente á mi primera histerectomía.

En el artículo de dicho señor, titulado "Algo sobre histerectomía vaginal" y publicado en el número 24 del tomo 23 de la "Gaceta Médica," dice, entre otras cosas, lo siguiente, que debo contestar: Que sin duda he ignorado la operación del Dr. Chassin, puesto que no la refiero así como la que él practicó en el Hospital "Angel González Echeverría" al cauterizar con termo-cauterio "un cirro atrófico." Ambas operaciones parece que fueron accidentales, y además dista mucho el procedimiento para compararlas con la extirpación vaginal del útero tal como se practica hoy cuando este órgano no abandona todavía su recinto pelviano. En las condiciones de la primera operación practicada por el Dr. Chassin, he ejecutado desde hace mucho tiempo dos: una con el constrictor de Chassignac y la otra con el termo-cauterio; pero en úteros enteramente en completa procidencia complicada de regresión del órgano y de estrangulamiento vaginal, condiciones que habían colocado al órgano en las que pudieran corresponder á un pólipo pediculado. Pero estas operaciones, así como la practicada por nuestro estimable consocio á quien contesto, no puede de ninguna manera como él conviene en decirlo, "ponerse en paralelo con la extirpación total de un útero voluminoso y aislado según todas las reglas que la anatomía indica." Dice, además, que consideró el procedimiento operatorio de que hablé *difícilísimo*, y no obstante, según expresa más adelante, lo hago aparecer *fácil y operación sencilla*. Le desagrado que no dé detalles de ello; pero estos siempre los paso en silencio cuando se refieren

á un método conocido, pues no soy amigo ni de escribir mucho, ni de cansar la atención de las personas que se dignan escucharme con repetir descripciones mejor escritas en cualquier libro: pues esto encierra, á mi modo de ver, las más veces, la idea de que el público que escucha no está ilustrado sobre la cuestión, ó no puede ilustrarse mejor, con la lectura de los trabajos ya publicados que con la repetición que de ellos puedan traer. Cuando no he hecho una exposición especial del modo empleado para completar la hemostasis en el límite superior del ligamento izquierdo, es porque no varié para realizarlo del procedimiento que desde el principio indiqué.

Después, cerca del fin de su artículo dice mi muy respetable colega, refiriéndose á la pinza de Richelot modificada por Dolerís: "tal disposición hace más fácil la aplicación y la extracción de la pinza, y no dudamos que cuando nuestro hábil colega se encuentre enfrente de un útero demasiado voluminoso, para salir de una pieza preferirá asegurar la hemostasis con la pinza de Dolerís, que aplicar ligaduras en donde no pueden llegar los dedos para cerciorarse de su buena aplicación." La respuesta á este párrafo me parece de más importancia práctica que las anteriores. Desde luego, si hubiere de presentármese el caso de extraer un útero más voluminoso que el que fué el objeto de mi primera histerectomía, véanse dimensiones que indiqué en el trabajo relativo, es muy probable que lo juzgara fuera del alcance de su extirpación por la vía vaginal, y prefiriera el método de Freund antes que elegir el empleo de la pinza á la ligadura en esas condiciones, pues no tengo acerca de este recurso las ideas tan desfavorables que de él ha formado el Sr. Fénélon, ni existe la imposibilidad que cree *á priori* para su buena aplicación, y sí mas ventajas de las que en esas condiciones suministrará el empleo de la pinza.

A este respecto, si he de expresar con ingenuidad mi opinión contestaré también de paso á lo que mi estimado amigo el Sr. Bandera dijo en la sesión del día 7 de Noviembre de 88. En esa vez manifestó que había visto practicar al Dr. Lavista una histerectomía y que en esa operación pudo apreciar todas las ventajas que resultan del empleo de las pinzas, y que entre nosotros el Sr. Lavista las cree *indispensables* y pueden presentarse casos de hemorragia que amenacen seriamente la vida, en los cuales el *único* medio hemostático es el empleo de una pinza." Como creo que el Sr. Lavista al asentar una opinión tan resuelta no se ha de apoyar en trabajos extraños, sino propios, desearía conocerlos, para apreciar mejor cuáles son los fundamentos prácticos de tan terminante opinión.

No quiero hacerme partidario sistemático en favor de la ligadura; pero por muchas razones que sería muy largo enumerar, es difícil que las pinzas puedan aventajar á la ligadura escalonada de Leopoldo en resultados favorables inmediatos y mediatos á la operación.

Sabido es, que casi sólo entre los cirujanos franceses se usa de la pinza de Richelot para la histerectomía vaginal y que á esta circunstancia se agrega la de que no todos ellos emplean con severidad las precauciones antisépticas para ejecutar dicha operación.

“Mr. Vergier, por ejemplo, en la sesión del 28 de Noviembre próximo pasado que celebró la “Sociedad de Cirugía” de París, dice lo siguiente: “Dos palabras me bastarán para comunicar los resultados que me ha dado la histerectomía total en el tratamiento del cáncer uterino.” “Yo he hecho dos histerectomías y he tenido dos muertes operatorias, la una de septicemia peritoneal y la otra á consecuencia de accidentes urémicos determinados por la compresión de los uréteres sobre los cuales las pinzas habían sido colocadas.” “Es inútil decir que estos dos hechos desgraciados no deben servir para juzgar del valor de la operación.” En la misma sesión Mr. Verneuil, presentó una estadística de 109 histerectomías totales practicadas en París desde los primeros meses de 1885 hasta esa fecha y ejecutadas por los cirujanos Bouilly, Pozzi, Richelot, Terrier, Trélat, Poulailhon, Alfred Marchan, Gerad, Marchant, Périer, Mond Schevartz, Kirmsson, Segond y Berger. De estas 109 operaciones cuenta 35 muertes operatorias, 31 muertes y reincidencias, 18 muertes inevitables, la reincidencia siendo declarada; 25 sobrevividas sin reincidencia, ó de otra manera 35 muertes al primer choque, 31 después de una resistencia poco duradera y 18 en un trascurso de tiempo más ó menos próximo, total, una pérdida de operados $76\frac{9}{10}$ por 100.

Entre los cirujanos alemanes según expresé en el trabajo relativo á mi primera histerectomía; de 40 enfermas operadas primero por Schroeder hacía un año, 10 habían muerto y no dice si á consecuencia inmediata de la operación. El Dr. Martin, contaba el 8 de Septiembre del año de 87 sesenta y seis operaciones y once defunciones. Leopoldo señaló 3 defunciones de 48 operadas. Fritzsch 60 operadas y 7 muertas. Gusserow 24 operadas, 2 muertes. Olshausen cuenta 47 operaciones, doce defunciones, total de 280 operaciones; se pueden calcular 45 muertes inmediatas ó mediatas á la operación, ó sean por 16.08 100. Yo he practicado tres con ninguna defunción.¹

1 En la actualidad son 4, y la 1ª tan feliz en resultado operatorio como las tres primeras.

La estadística de los cirujanos franceses empleando la pinza de Richelot, y no todos la antisepsia severa, cuenta por consiguiente un 16 por 100 más de defunciones que lo que se ve en la estadística alemana con la antisepsia y empleando la ligadura de Leopoldo. La estadística de Braun¹ es muy parecida á esta y no la indico por ignorar el número exacto.

Por lo visto, y reflexionando sobre estos datos voy á aventurar esta opinión. Si los cirujanos alemanes y austriacos, hubieran preferido el uso de la pinza francesa al empleo de la ligadura escalonada, en la histerectomía vaginal; por sólo esta circunstancia, la muerte operatoria habría sido mayor, pues no habiendo otra diferencia fundamental que las ya indicadas entre las dos estadísticas, para explicarse la mayor mortalidad entre las manos de los cirujanos franceses, debe atribuírsele una gran parte á la preferencia que dan á la pinza sobre la ligadura. Esto, en mi concepto, es tanto más verosímil cuanto que con el empleo de este instrumento no habría podido ejecutar en mis operaciones una modificación pequeña en apariencia pero de importantes resultados benéficos. Ella consiste en estrechar, sin cerrar por completo el infundíbulo peritoneo vaginal como último tiempo de la operación. Desde que leí los trabajos acerca de esta operación, y la ví ejecutar por algunos de los cirujanos mencionados, creí conveniente satisfacer este detalle y así lo ejecuté desde mi primera histerectomía; no habiéndolo comunicado como de importancia por no estar seguro como hoy de sus buenos resultados, pues cierra la abertura ya dicha *incomunicando* casi desde luego la cavidad peritoneal con el canal vaginal, poniendo á la enferma en más abrigo contra la penetración á la primera de líquidos nocivos y sobre todo, *la salida del grande epiplón ó el intestino delgado*. Siendo de advertir que para realizar este pensamiento es necesario fijar á las superficies cruentas el extremo de los perículos ovario-salpingianos.

Siempre los enfermos cancerosos son un terreno de lo más desfavorable para el éxito operatorio, pero teniendo en cuenta las condiciones pésimas de la mayor parte de las mujeres, así enfermas, de nuestra raza, todas las precauciones que en el sentido indicado se tomen, las creo de un sagrado deber de nuestra parte.

Con lo expuesto y haber sustituido el término histerectomía por histerotomía, creo haber dado contestación á los deseos de mi estimable consocio el Sr. Fénélon, agradeciéndole además los términos galantes con que me favorece.

Siguiendo este procedimiento.

He sabido últimamente que lisonjeados quizá por el éxito de mi primera histerectomía, dos de nuestros cirujanos han practicado la histerectomía vaginal, efectuándose completa en un caso, con resultado de muerte antes de las 24 horas; la otra, se verificó en una enferma que me fué primeramente conocida, y en la cual, á pesar de las condiciones relativamente favorables, no pudo terminarse la operación, atribuyéndose este suceso á adherencias invencibles para el operador y cuyo resultado también fué funesto á los pocos días.

Sobre el primer hecho, no he tenido datos pormenorizados que pudieran servir para ilustrarme, y sobre el segundo me ha sido sumamente extraña la dificultad operatoria, pues en mi concepto dicha complicación no existía y puede muy bien haberse confundido con uno de los medios de fijezza del órgano que al operar parecen multiplicarse.

Me tomo la libertad de recordar á mis estimados profesores que las adherencias que pueden contraindicar la operación, con excepción de las que se hacen al intestino delgado y al epiplón, todas las demás se pueden conocer de un modo seguro antes de comenzar la maniobra, y evitar de esta manera ser sorprendido durante el curso de ella por esos accidentes que ponen tal vez fuera de éxito el fin de la operación comprometiendo así el buen crédito de ella y que con mayores precauciones se puede alcanzar. En cuanto á las adherencias del intestino y el epiplón, se sabe que son raras y no constituyen un obstáculo serio para llevar á buen término la operación.

El otro asunto que al lado de este he querido presentar á la Academia esta noche se refiere á la extirpación de un cistoma ovárico que practiqué hace 28 días en la enferma que tengo el gusto de presentar. Lo que encontré de notable en este caso fueron dos cosas: la primera el enorme tamaño y peso del tumor; este último fué hecho con toda escrupulosidad y se obtuvo como peso neto del contenido y del continente 17,272 gramos ó sean una @ 11 £ y 4 onzs. Quizá sea el neoplasma de esta especie más grande que se ha obtenido en nuestras ovariectomías.

La segunda circunstancia notable del caso fué la de presentar entre las complicaciones adherencias á toda la zona supraumbilical de la pared anterior del abdomen; al grande epiplón, en su mayor parte, al diafragma y al mesocolon derecho habiendo necesitado por este motivo practicar la resección de cerca de 10 centímetros en longitud de ese repliegue.

Es digno de notarse, que su desarrollo se efectuó en su mayor parte

en cerca de dos años. La operación duró cerca de dos horas y cuarto. Me ayudaron los Dres. Huici y Mucel y el máximum de temperatura que alcanzó después la operada no pasó de 38.

La enferma referente á este hecho caminó perfectamente después de la operación y pueden los socios que gusten observarla, sobre todo, en lo relativo á la incisión de las paredes, la cual se conserva con buena tención y resistencia debido al método de sutura que llamo austriaca y que yo empleo, segun dí ya cuenta con motivo de una enferma en otra sesión.

Finalmente, el tercer hecho con que voy á terminar mi relato de hoy, corresponde á la enferma que fué el objeto de mi primera castración unilateral y de la que tuve el honor de hablar hace cerca de tres años ante esta ilustrada Academia. Es el caso, que esta enferma fué operada, después de ocho años de casada sin haber tenido sucesión y en la actualidad se encuentra embarazada al quinto mes, por lo cual no puede desconocerse la influencia benéfica que para su fecundidad tuvo dicha operación.¹

Marzo 20 de 1889.—NICOLAS SAN JUAN.

Sesión del 24 de Julio de 1889. — Acta núm. 42, aprobada el 31 de Julio de 1889.

Presidencia del Dr. Chacón.

Correspondencia. — Una comunicación importante del Dr. Lavista.

A las 7 y 40 minutos de la noche se abrió la sesión bajo la presidencia del Dr. Chacón porque no estaba presente el Sr. Semeleder, y se dió lectura al acta de la anterior que sin discusión fué aprobada.

En seguida se dió cuenta:

De las publicaciones recibidas en la semana, las cuales quedan en la Biblioteca á disposición de los socios.

NACIONALES. — El Estudio, México, tom. 1º, núm. 7.

EXTRANJERAS. — Boletín Mensual de Estadística Municipal, Buenos Aires, mes de Abril, núm. 4.

O Brasil-Médico, Río Jainero, año 1º, núms. 16, 17, 18, 19 y 20.

Memphis Medical Monthly, vol. 9º, núm. 7.

Los Avisos Sanitarios, Madrid, año 13, núm. 18.

La Medicina Práctica, Valencia, año 2º, núm. 62.

Gaceta Médica Catalana, tom. 12, núm. 12.

Revista de Medicina Dosimétrica, Madrid, año 11º, núm. 123.

Anales de la Academia de Medicina de Medellín, año 2º, entregas 3 y 4.

Revista Balear, Palma de Mallorca, año 5º, núm. 12.

¹ Esta enferma tuvo un parto á término.