

GINECOLOGIA.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL.

SEÑORES:

HACE pocas semanas tuve la honra de presentar al ilustrado juicio de vdes. la enferma y piezas patológicas referentes á una operación de las de más alta importancia de la Cirugía Ginecológica: me refiero á la Histerectomía abdominal motivada por grandes fibromiomas intra y extra-murales.

En la vez á que me refiero, con la presentación de la enferma y de las piezas patológicas y la pequeña discusión que sobre este asunto de tan grande interés se suscitó, quedaron consignados en el acta los puntos fundamentales de la breve exposición que voy á hacer de la historia de este caso.

No me propongo venir á referir la historia de esta operación, pero tampoco debo pasar en silencio sus acontecimientos más notables en nuestra época. Dos han sido las causas principales que han encontrado los cirujanos actuales para hacer la extirpación completa del útero por la vía abdominal: la primera la forman el grupo de afecciones malignas que invaden parte ó la totalidad del cuerpo del útero, creando así la operación llamada de Freund; y la otra, la existencia de fibromas ó fibromiomas que por su volumen ó relaciones anatómicas son inoperables por la vagina, circunstancias que han dado lugar á la extirpación parcial del órgano y hasta la total, constituyendo así la Histerectomía abdominal, cuyos principios y técnica operatoria han sido establecidos en su mayor parte por el célebre cirujano Péan, de París.

La operación de Freund, debido á sus dificultades operatorias, pero más bien á su grande mortalidad, ha sido resuelta y ventajosamente sustituida por la Histerectomía vaginal, en tanto que la extirpación motivada por los fibromiomas adquiere cada día más perfecciones, mejores resultados, y por consiguiente más prosélitos. Pero no están acordes aún los cirujanos especialistas para darle la preferencia de un modo definitivo á uno ú otro de los dos métodos establecidos para efectuarla, llamados tratamiento intra y extra-peritoneal del pedículo.

El número de víctimas que originó al principio en las manos de Péan

el abandonar el pedículo uterino en la cavidad pélvica, le hizo adoptar lo que llamó desde 1873 tratamiento extra-peritoneal del muñón. Y aun cuando este cambio radical en el método mejoró notablemente sus resultados estadísticos, sin embargo, éstos no han alcanzado un realce tan liasonjero sino después de los perfeccionamientos que le han dado los trabajos de Hegar y Kaltenbach, y que tienen por base además de la extirpación concomitante y debidamente practicada de los anexos, el empleo de la ligadura elástica. Aprovechándose de estos mismos trabajos, ya varios operadores han utilizado sus ventajas en muchos casos, combinándolos con el abandono del pedículo en la cavidad pélvica y la oclusión completa de la cavidad abdominal. Véanse para esto los trabajos de Schroeder, Gusserow, Martin, Olshausen, Former, Landau y Hofmeier en Alemania; del mismo Péan, Terrier en Francia, y algunos otros.

No obstante todo esto, mientras no se perfeccionen de un modo más seguro la sutura del muñón uterino y su antisepsia, el método extra-peritoneal aventajará en resultados al intra-peritoneal del pedículo.

Las estadísticas alemanas y otras confirman esta opinión. En un total de 355 miotomías con tratamiento intra-peritoneal del pedículo, la mortalidad ha sido de 25 por ciento, mientras que en 110 operaciones practicadas por los Profesores Braun, de Austria, Hegar y Kaltenbach, Tauffer y Felling, de Alemania, siguiendo el tratamiento extra-peritoneal, la mortalidad ha sido de 14 por ciento. Es de advertirse que en estas estadísticas se supone cuando menos que la extirpación del útero ha sido completa al efectuar la miotomía, para poder establecer comparación entre sus resultados, puesto que la extirpación de miomas pediculados sobre el útero, y cuyos pedículos convenientemente tratados y abandonados en la cavidad, pero conservando más ó menos íntegro el útero, no puede ponerse en parangón con los resultados que arroja la extirpación total del órgano.

Una pequeña estadística presentada por Terrier últimamente, de Histerectomías abdominales, cuyo número total no pasa de 60, la diferencia suministrada por los métodos intra y extra-peritoneal parece ser corta, en contra del primero. Los hechos á que se refiere esta estadística carecen de los pormenores necesarios para poder formar buen juicio acerca de ella.

En regla general, puede decirse que para la elección de uno ú otro método, es muy de tener en cuenta la longitud y extensibilidad de la vagina y de los anexos, así como el espesor de las paredes abdominales para preferir uno ú otro de los grandes métodos ya citados.

Pero sea de ello como fuere, en la actualidad se procede con más seguridad para el porvenir inmediato y lejano de la enferma, dando la preferencia siempre que se pueda al método de tratamiento extra-peritoneal del muñón uterino. Estas son mis convicciones ahora, fundadas tanto en el aprendizaje que me proporcionó el haber visto los trabajos de los Profesores Martin y Gusserow en Berlín, Braun en Viena y Tornton en Inglaterra, comparando las operaciones y resultados de los dos primeros que prefieren el tratamiento intra-peritoneal, con la práctica y resultados de los dos últimos que han adoptado el contrario: todo esto unido á lo que mi corta experiencia ha podido dejarme prever.

Fundado en estas consideraciones procedí á obrar de esa manera en la enferma conocida ya de la Academia, y cuya historia operatoria voy á dar á conocer muy brevemente por escrito.

N. N., natural de Toluca, de 40 años de edad, se presentó á consultarme acompañada de su médico en Noviembre de 90.

Doncella aún, dice que tuvo su primera regla á los 14 años, con dolor más ó menos intenso, durando seis días, poca cantidad. Cuenta haber padecido hace siete años, y á consecuencia de un grande esfuerzo, un dolor agudo en el vientre, seguido de desvanecimientos y hemorragias por la vía secreta. Como síntomas dominantes en la actualidad, una menstruación muy abundante, durando cerca de ocho días. Por parte de las vías digestivas, eructos incesantes, indigestiones diarias é incorregibles desde la época de la primera hemorragia; y sobre todo insomnios tan rebeldes que no ha encontrado hasta ahora manera de remediarlos. Por estos motivos solicita un consejo que la pueda mejorar, pues se encuentran de tal modo abatidas sus fuerzas que las cree ya incompatibles con la vida.

Examinada la enferma en sus diversos aparatos, no encontré más afección notable que la existencia de fibromiomas probablemente uterinos y sub-serosos. Fué indispensable un examen por el recto y la vagina: este último muy difícil á causa de la rigidez del himen y de su abertura tan estrecha que impidió por completo la introducción aun de la lámina más pequeña del espejo de Sims adecuada á estas circunstancias. Por este motivo, sólo guiado por el tacto vaginal pude hacer la histerometría, la cual practicada con la sonda maleable, dió 11 centímetros para la longitud de las cavidades.

Fundado en este y los demás medios de exploración usuales en tales circunstancias, pude formar juicio exacto acerca de los pormenores pertenecientes al diagnóstico macroscópico de dichos neoplasmas, cuyo juicio

consigné en estos términos: Fibromas ó Fibromiomas uterinos, múltiples, dos de ellos del volumen casi de una cabeza fetal, en su mayor parte subserosos, encajado uno de los mayores en la pequeña cavidad pélvica que llena casi por completo. Porción sub-vaginal del cuello, aplásica, y orificio externo estenosado.

Como quiera que los fenómenos de compresión estaban siendo el origen de los principales síntomas que agravaban cada vez más el estado general de la enferma, y que ponían en peligro, aunque no inmediatamente su vida, creí de todo punto necesaria una seria intervención por medio de la cirugía.

Teniendo en cuenta las relaciones anatómicas en que los fibromiomas se encontraban, pensé desde luego en la miomotomía con extirpación completa del útero y los ovarios ó sea la Histerectomía abdominal; y siguiendo para ello el nuevo método de Hegar y Kaltenbach que tan hábilmente ví poner en práctica á los célebres operadores Braun, de Viena, y Tornton, de Londres.

Me parece por demás dar las razones que me hicieron prescindir de los recursos paliativos recomendados desde hace pocos años para estos neoplasmas.

Propuse á mi enferma la operación que he dicho más arriba, y aceptada que fué por su médico y por ella, no fué practicada sino hasta el mes de Enero del presente año, por razones ajenas á la enfermedad.

El día 22 del mismo mes, acompañado del Dr. Huici que administraba el cloroformo y del Dr. Wilson que me ayudó en la ejecución de ella, practiqué la Histerectomía abdominal con tratamiento exterior del muñón uterino. Como esta operación está bien descrita en los libros modernos que tratan de la especialidad, no diré los pormenores de su ejecución, sino solamente los diversos tiempos del plan operatorio.

Primero. Previos los cuidados necesarios, abertura amplia de la cavidad abdominal.

Segundo. Exploración del útero y sus anexos.

Tercero. Extracción del todo fuera de la cavidad abdominal.

Cuarto. Extirpación de los anexos.

Quinto. Aplicación de la doble ligadura elástica para formar el pedículo al nivel de la inserción vaginal.

Sexto. Colocación de la aguja lanceolada de Brun.

Séptimo. Oclusión completa de la cavidad abdominal.

Octavo. Colocación del apósito propio para esa herida.

Noveno. Sección del útero encima de las ligaduras.

Décimo. Cauterización de la superficie de sección y del resto de la cavidad uterina.

Undécimo. Aplicación del apósito al muñón.

Al concluir la operación, la temperatura de la enferma era de $36^{\circ}8$; el tumor pesaba muy cerca de seis libras.

He aquí la marcha de la temperatura y del pulso en los días subsecuentes.

El mismo día de la operación á las 7 p. m. Temperatura $37^{\circ}3$. Pulso 72. Fisonomía tranquila; dormita algo.

Día 23. Pasó noche tranquila, durmió algo. 9 a. m. Pulso 80; Temperatura 37.7 —7 p. m. T. 37.6 . P. 84.

Día 24. No durmió; vómitos; expulsión de gases espontánea. 9 a. m. 38° P. 88—7 p. m. P. 88. T. 37.6 .

Día 25. 5 a. m. T. 38° . Durmió ratos largos.—6 p. m. P. 72. T. $37^{\circ}4$.

Día 26. 5 a. m. T. 38° .—9 p. m. T. 37.7 . P. 72.

Día 27. 7 a. m. T. $38^{\circ}3$. P. 80.—6 p. m. T. $38^{\circ}7$. P. 76.

Día 28. Noche regular. 7 a. m. T. 38° . P. 76—6 p. m. T. 37.8 P. 72.

Día 29. 9 a. m. $37^{\circ}8$: P. 68. Se cambió el apósito. Absceso subcutáneo al rededor del pedículo. Curación con cloruro de zinc y yodoformo.—7 p. m. 68. T. 37.6 —Ha descansado y dormido.—Apetito bueno.

Día 30. Nueva curación. 7 a. m. T. $37^{\circ}3$.—7 p. m. 37.2.

Febrero 1^o 7 a. m. T. 37° —9 p. m. T. 37. P. 52. Curación bis.

Febrero 2. Sigue durmiendo bien. 7 a. m. T. $36^{\circ}8$. P. 48.—7 p. m. T. 36.5. P. 52.

Febrero 3. 7 p. m. 37.1.

Febrero 8. 6 p. m. 37.5. El pedículo está á punto de desprenderse.

Febrero 9. Se dividió un pequeño fragmento y se desprendió el pedículo, dejando herida profunda cubierta de yemas.

Marzo 5. Se levantó con buenas fuerzas, durmiendo 4 á 6 horas por la noche, habiendo cesado por completo los eructos y mejoradas las indigestiones; de excelente humor; y en este estado fué mejorando día á día hasta la vez que la presenté á esta corporación según consta en el acta respectiva.

He tenido noticias de ella hace pocos días y lo único que la molestaba es un edema en la región maleolar del pie izquierdo.

El útero con los fibromiomas, sus anexos y el muñón uterino ya tuve el gusto de presentarlos á esta corporación la vez anterior.

Para concluir debo exponer que el procedimiento operativo fué calcado en todas sus partes al que ví ejecutar á los Profesores Braun, de Viena, y Tornton, de Inglaterra, prefiriendo los detalles del primero, que se ajustaron estrictamente á los que constituyen el nuevo método de los profesores Hegar y Kaltenbach. Por esta circunstancia no cansaré inútilmente la atención de mis oyentes con describirla en sus pormenores, pues bien conocida y descrita se encuentra en la obra de dichos Profesores; solamente agregaré que la sección del útero fué hecha en mi operación después de haber cerrado la cavidad abdominal siguiendo en esto el consejo de Nusbaum para evitar la caída al vientre de materias sépticas de la cavidad uterina.

La marcha operativa fué, como se ha visto, de lo más feliz, y sin embargo de no haber podido evitar por mi inexperiencia, la supuración del pedículo, la caída de este fué á los 19 días, y la cicatrización del ángulo inferior de la herida, aunque lenta, fué progresiva y completamente segura al cabo de 37 días como consta á esta ilustre corporación.

Esta operación que constituye la primera quizá entre las altas operaciones de la Cirugía especial, no se había ejecutado en México, ni por el nuevo procedimiento, ni con el feliz éxito de esta, sino hasta hoy, teniendo el honor de inaugurarla en nuestra Cirugía especial.

Hace algunos años el Profesor Lavista ejecutó en una enferma mía la misma operación, siguiendo la práctica llamada MORCELLEMENT, aconsejada entonces por el Profesor Péan; pues el método seguido para efectuarla era entonces lleno de imperfecciones, nuestra experiencia entonces en la laparotomía casi ninguna, y el resultado fué funesto. En la actualidad sólo un hecho puedo presentar en México de esta operación, y es el que acabo de citar, muy feliz por fortuna.

Otra de las grandes operaciones que he establecido con éxito en nuestra Cirugía especial es la Histerectomía vaginal, efectuada por primera vez el 27 de Junio de 1888. En la actualidad llevo practicadas siete; casi todos los casos conocidos por esta Corporación, y para los demás hay testimonio irrecusable. La mortalidad operatoria en los siete ha sido ninguna: ojalá y para el porvenir podamos decir lo mismo de la Histerectomía abdominal.

SAN JUAN.

