

GINECOLOGIA.

TERCERA Y CUARTA DE LA SERIE.

Lectura extraordinaria para la Academia Nacional de Medicina de México
por el Dr. Alfonso Ortiz.

UERA de turno reglamentario, espero me concedereis, señores Académicos, por breves instantes, vuestra benévola atención, para hacer una corta comunicación relacionada con la cirugía abdominal.

La Sra. E. E. de C., de 50 años de edad, bien conformada, de temperamento nervioso-sanguíneo, de la clase acomodada, sin antecedentes diatésicos ni hereditarios, empezó á menstruar á los 14 años y meses. Casó á los 15 años y medio, y tuvo ocho embarazos á término; en-
viudó en 1873, quedando con un niño de cinco meses. Continuaron sus períodos normales hasta hace 5 años. Padebió entonces, durante más de un año, de metrorragias muy abundantes y frecuentes, faltando á veces los períodos normales por varios meses. Desde ese tiempo en adelante las metrorragias han sido menos copiosas, pero en cambio las pérdidas sanguíneas fueron casi continuas hasta la fecha en que empecé á atenderla.

En los últimos dos años sintió la señora de C. una dureza movable, que ocupaba la fosa ilíaca derecha, abultándose el vientre muy gradualmente, sin causarle ningún sufrimiento, pudiéndose asegurar que fuera del flujo sanguíneo, casi constante, su salud era buena. Desde Noviembre de 92 en adelante, sin causa conocida, el vientre empezó á aumentar de volumen de una manera rápida, con sensibilidad exquisita, náuseas y vómitos frecuentes, fenómenos dispépticos, meteorismo y paresia intestinal, la que al fin terminó con parálisis alarmante del tubo intestinal. Con este motivo vino á atenderse el día último de Febrero próximo pasado.

El cuadro sintomático no podía ser más alarmante: facies hipocrática, elevación enorme del vientre, trastornos funcionales por compresión y desalojamiento, constante disnea, anorexia absoluta, con accidentes ester-
corémicos, orina muy escasa y concentrada, gran sensibilidad de todo el

vientre, vómitos, pulso frecuente y depresible, ligera reacción febril con cortas remisiones, sudor frío, lengua saburral y fuerte sequía. Percutiendo el vientre se notaba una macicez absoluta, salvo una pequeña zona sonora en el epigastrio. Elevación alargada del abdomen, sobre la línea media, depresión sensible al aproximarse á los flancos, y ensanchamiento notable bilateral lombo-abdominal, con fluctuación marcada.

Dos días de esfuerzos inauditos apenas fueron bastantes para vencer el atascamiento estercoral por medio de evacuantes enérgicos. El 3 de Marzo último el estado general había mejorado; pero el volumen del vientre no disminuyó sensiblemente.

El cuello uterino estaba muy alto atrás y á la izquierda; el cuerpo en retro-latero posición izquierda, mide 11 centímetros con el histerómetro y no admite desalojamientos.

Como hubiera signos característicos de derrame ascítico, además de una elevación ovoides que ocupaba la línea media del vientre, practiqué el día 5 de Marzo una punción, al lado derecho, procurando no interesar dicho ovoides. Se extrajeron de 10 á 12 litros de un líquido sanguinolento, glutinoso, fuertemente cargado de albumen. Quedó en el vientre, inclinandose á la derecha, una gran masa ovoides, que avanza hasta la convexidad del hígado, irregularmente bocelada, con varios centros de fluctuación, en partes remitente, separada de la macicez hepática por una faja angosta sonora, que daba la sensación de aglomeraciones microquísticas.

Diagnóstico: Quiste ovárico multilocular, de forma galopante, con ascitis por peritonitis subaguda, generalizada y concomitante.

Pronóstico: Sombrío, agravado (según L. Championnière) por la coexistencia del derrame ascítico sanguinolento de que he hecho mención.

Propuesta la ovariectomía, no se pudo practicar ésta hasta el 25 del mismo Marzo último. Encargado el Dr. M. Gutiérrez de la anestesia, la parte operatoria quedó á mi exclusivo cargo, por falta de otros compañeros.

Previos los preliminares de estilo y preparativos rigurosos asepto-antisépticos de todo el material y campo operatorios, practiqué una incisión sobre la línea media, á cuatro traveses de dedo arriba del pubis, terminando á un dedo abajo del ombligo. Asegurada la hemostasis, hice la punción y desbridación peritoneal, lo cual dió salida á una gran cantidad de líquido ascítico glutinoso, obscuro, cuyas últimas porciones eran más san-

guinolentas. El examen manual circunscribe el ovoide implantado sobre el ovario derecho, con extensas adherencias en su segmento pósterosuperior, con el epiplón engrosado y congestionado, estando libre en las demás partes. Para facilitar la salida del quiste, puncioné con el trocar de Spencer Wells un enorme lóculo, del cual salieron tres lebrillos de un líquido muy espeso, de color de chocolate oscuro. Aun así, las dimensiones de la masa quística eran demasiado grandes, con relación á la herida abdominal, y á pesar de la prudencia empleada para atraer el tumor fuera del vientre, sentí que su pared posterior se desgarró en varias partes, entre mis dedos, dejando escurrir de otros tantos pequeños lóculos cantidad considerable de un líquido coloides, oscuro, y coágulos sanguíneos de diversos tamaños. En obvio de mayor traumatismo y pérdida de tiempo, amplié la herida abdominal, hasta tres dedos arriba del ombligo. Este recurso facilitó el despegamiento manual de las extensas adherencias epiploicas, quedando dos ligaduras de catgut perdidas en los puntos sangrantes del omento. El parto de la *placenta quística* se verificó ya sin dificultad. El tumor estaba pendiente de un pedículo largo, bien nutrido, de cinco dedos de ancho, llegando la faja de inserción hasta el cuerno tubario derecho del útero. Ambos ovarios estaban completamente atrofiados y blanquizcos.

Por razón de estar el útero en retroposición é hipertrofiado, y temiendo dar mayor pábulo á la peritonitis generalizada existente, dejando el pedículo perdido, como tenía el propósito de hacerlo, determiné formarlo extraabdominal, con la mira de alcanzar los beneficios de una gastro-histeropexia ó propiamente dicho *suspensión uterina*, teniendo en cuenta que la falsa posición del órgano gestador, es indudablemente un factor importante de su estado congestivo permanente, y de la exudación sanguínea consiguiente.

Quedó asegurado el pedículo por dos fuertes ligaduras cruzadas en dos paquetes, y suspendido por dos largas agujas. La masa quística figuraba una gran placenta, descubriéndose en su porción posterior interglandular, un foco apoplético de fecha no reciente, pues contenía coágulos fibrinosos en vía de reabsorción, y otros más recientes, que nadaban, por ruptura del foco, en la materia coloides que bañaba las vísceras. Practiqué amplísimo lavado de la cavidad abdominal, según el consejo de Lawson Tait, con agua hervida simple, hasta salir ésta perfectamente limpia. El peritoneo visceral y parietal estaba fuertemente enrojecido, de color de vino, sin pulimento y de aspecto granuloso.

Recontadas las pinzas y esponjas, suturé las paredes del vientre, como es usual en la histerectomía, en cuatro pisos, en collar al redor del pedículo, piso peritoneal, y plano músculo aponeurótico, con catgut y sutura continua; los puntos separados profundos y superficiales, con seda. El aseo exterior y apósito listeriano dieron término á la operación después de 2½ de hora de trabajo, con el gasto de 140 gramos de cloroformo.

La marcha de la operación fué de lo más feliz, pero después el primero y segundo día, basca clorofórmica tenaz, y no poca postración, todo lo cual se dominó por completo al tercer día con el uso del hielo, aplicaciones hipodérmicas de sulfato de estriénina y de oleo-naftalina alcanforada al $\frac{1}{10}$. No llegó á haber reacción febril. Al octavo día hice la primera curación; desprendí las suturas; la herida estaba cicatrizada por primera intención y quedó resguardada con vendotes de diaquilón. A los doce días cayó el pedículo y al décimotercio estaba terminada la curación.

Han transcurrido tres meses sin novedad, y la señora de C. ha visto con inmenso placer su restablecimiento completo; las pérdidas sanguíneas desaparecieron; el útero conserva la posición favorable que le dió la suspensión, descongestionado, y reducida su cavidad á ocho centímetros.

A mi pequeña estadística de tres ovariectomías que llevo practicadas, todas con éxito completo, permítaseme reseñar en pocas palabras la historia de la cuarta, que acabo de operar en los últimos días de Abril próximo pasado, siendo éste el primer caso en que no he tenido buen éxito.

Pertenece ésta á la categoría de las ovariectomías incompletas por muresupialización. Trátase de un quiste ovárico en persona casada durante 30 años, múltipara, dismenorreica desde que empezó á menstruar, sin antecedentes hereditarios ni diatésicos, portadora de un tumor ovoides intra-abdominal, hace como 4 años, del tamaño de la cabeza de un adulto é implantado de una manera fija sobre la fosa ilíaca derecha. Al principio

era indolente, mas en el último año fué invadido por frecuentes dolencias subagudas que partían del tumor. La punción exploradora ratificó su naturaleza quística unilocular. Operación conforme á los preceptos clásicos; adherencias intestinales y peritoneales á las paredes de la pelvis y hojas del ligamento ancho, con imposibilidad absoluta de formar un pedículo; vascularización extraordinaria, paredes quísticas gruesas, con vegetaciones papilares, denotando un tejido en vía de degeneración; las tentativas de enucleación dieran lugar á una hemorragia abundante.

Conforme á la técnica usual suturé lo que pudo extraerse de la bolsa, en corona, á los labios de la herida; canalización y lavado intraquístico con sublimado. Duró la operación $2\frac{1}{2}$ horas.

En las primeras 24 horas basca moderada por el anestésico, que al fin cedió. Al segundo día el apósito se tiñe de sangre; al principiar el tercero palidez general, basca violenta y muerte rápida sin agonía, según parece, debida á un síncope por hemorragia intraabdominal. No pudo practicarse la necroscopía.

El día 18 del corriente mes practiqué la 5.^a ovariectomía, augurando todo un éxito operatorio. Como presentare este caso un interés práctico especial, por tratarse de una joven mártir, que tuvo que soportar durante más de nueve meses, además de los castigos paternos, la maledicencia pública, por créersele culpable de un desliz, procuraré reseñarlo, en memoria especial que presentaré próximamente á esta ilustrada Academia. Portadora de una hernia umbilical, la laparotomía permitió, después de la extirpación de un gran quiste coloides, la curación radical de dicha hernia.

Alamos, Mayo 22 de 1893.

ALFONSO ORTIZ,
Socio correspondiente.
