

algunas operadas ha dado lugar á la operación cesárea y hasta á la de Porro, por lo que algunos cirujanos desechan la ventrifijación en las mujeres capaces de concebir. Declaró que él también era conservador, y no operaba sino cuando había necesidad, y para concluir presentó una pieza que es el primer útero canceroso extirpado en San Luis Potosí, otra que es un mioma y otra constituída por los anéxos supurados.

El Sr. Noriega llamó la atención sobre que en el procedimiento que sigue el Sr. Pagenstecher se evitan mejor la hemorragia y la septicemia, y es menor el choque nervioso gracias á un detalle del que no se ha hablado y que consiste en la sutura del peritoneo que deja fuera de su cavidad todas las partes traumatizadas. Recordó un caso de un tumor extirpado por la vagina por fraccionamiento y en el que en la primera curación, al lavar la herida, el choque del líquido contra el peritoneo ocasionó un síncope mortal. La incomunicación del peritoneo evita estos accidentes y además hace menor el choque traumático y menos inminente la infección. En cuanto á las hemorragias lo amplio de la incisión y el no interesar los ligamentos anchos hace que no se presenten ó que sean fáciles de reprimir.—J. R. ICAZA.

CLINICA QUIRURGICA.

Hysterectomía abdominal por fibro-myoma uterino.—Tratamiento extra-peritoneal del pedículo.—Dos incidentes hemorrágicos graves.—Curación.



LA enferma que tengo la honra de presentar á mis ilustrados consocios, es un caso de hysterectomía abdominal por fibro-myoma uterino voluminoso.

Lejos de mí la idea de abusar de vuestra atención haciendo clásicamente la historia detallada de un padecimiento bien conocido de todos y aun familiar, por decirlo así, para algunas de las personas que me escuchan, y sólo referiré de dicha historia lo que me parezca que pueda tener alguna importancia.

Petra Cobos es el nombre de esta enferma que fué dirigida al Hos-

pital "Béistegui" en Julio del presente año, por mi distinguido amigo y compañero el Dr. Demetrio Mejía. Tiene 35 años de edad y es natural de Veracruz. Tuvo un parto hace 16 años sin consecuencia patológica ninguna. Hace 11 comenzó á sentir un dolor en la fosa ilíaca izquierda; dolor intermitente que en sus exacerbaciones se propagaba al hypogastrio, á la fosa ilíaca derecha irradiándose profundamente hacia la región sacrolombar. Las menstruaciones se hicieron hemorrágicas, prolongándose en su duración y arrojando coágulos voluminosos, cuya expulsión se hacía por contracciones uterinas muy dolorosas. En los intervalos de la menstruación había leucorrea abundante.

Dos años después del principio de estos accidentes, la enferma notó la presencia de un tumor duro, del volumen de una naranja pequeña situado hacia la fosa ilíaca izquierda, tumor que fué creciendo lentamente. Las hemorragias han continuado, pero los dolores han disminuído poco á poco á medida que el volumen del tumor ha aumentado, al grado que á su entrada al hospital habían desaparecido casi del todo, existiendo sólo las molestias consiguientes al volumen considerable del tumor. El vientre era muy voluminoso y la palpación hacía conocer la presencia de un tumor que saliendo, por decirlo así, de la escavación pelviana, pasaba los límites de la región umbilical llegando su límite superior á $29\frac{1}{2}$ centímetros de las sínfisis del pubis. Su superficie era perfectamente lisa y regular; su forma recordaba algo la de la matriz, más voluminoso en la parte media y extremidad superior que en la inferior, que como dije antes, se perdía hundiéndose en la escavación. Su consistencia era renitente, elástica y uniforme en toda su superficie; muy móvil, podía desalojarse lateralmente y parecía no tener adherencias con la pared del vientre.

Las pulsaciones de la aorta se comunicaban al tumor, lo movían ligeramente, al grado que á primera vista podía creerse en la existencia de un tumor pulsátil. Perfectamente mate á la percusión, la matitez se extendía más hacia el lado izquierdo que al derecho. La circunferencia del vientre al nivel de una línea pasando por la apósis espinosa de la tercera vértebra lombar y lateralmente por la parte más elevada de las crestas ilíacas, era de 83 centímetros.

Por el tacto vaginal se observaban los fondos vaginales anterior y laterales muy amplios y ocupados enteramente por el tumor; el fondo vaginal posterior muy profundo. El cuello de la matriz estaba dirigido oblicuamente hacia atrás y abajo y la porción sub-vaginal de él no presentaba ninguna modificación ni en su volumen, ni en su consistencia, ni en su

forma. El tacto bimanual demostraba la continuidad de la matriz con el tumor y podía apreciarse con exactitud la facilidad con que se comunicaban los movimientos del tumor á la matriz y *viceversa*. Por el tacto rectal se apreciaba la forma normal de la porción sub-vaginal del cuello á la vez que la continuidad de éste con el resto del tumor. En ningún punto pudieron sentirse los anexos.

En vista de los datos clínicos recogidos, mi diagnóstico fué: fibromyoma uterino, que sub-mucoso ó intersticial al principio, había llegado tal vez por su desarrollo á hacerse sub-peritoneal, probablemente encerrado en la matriz pues en ningún punto podía descubrirse ni el más ligero surco que indicase la independencia ó separación entre el útero y el tumor.

El estado general de la enferma era malo. Había perdido sus fuerzas, estaba muy delgada y era presa de una anemia profunda á causa de las frecuentes hemorragias. Cosa notable, á pesar del volumen considerable del tumor, no había fenómenos de compresión, y las funciones del recto y de la vejiga se hacían con regularidad y sin molestia.

Poco después de su entrada al hospital se presentó la hemorragia menstrual y pude reconocer el aumento notable que sufría el tumor durante el período, hecho que se repitió siempre en todas las hemorragias que tuvo antes de ser operada.

Aproveché el intervalo de suspensión de la hemorragia para hacer los preparativos convenientes, como baños generales ligeramente alcalinos, lavados del vientre con solución de bicloruro al 1 por 1,000; inyecciones vaginales calientes con solución bórica al 4 por ciento, mantener la libertad del vientre y hacer la asepsia intestinal por los medios adecuados.

El 4 de Septiembre practiqué la operación acompañado de los Sros. Icaza, Prieto, Chávez, Ruiz Esparza, De la Cueva y los alumnos practicantes del hospital. Previa cloroformización y colocada la enferma en posición de Trendelenburg, practiqué una incisión al nivel de la línea blanca, partiendo desde 3 centímetros encima del ombligo hasta cerca de las sínfisis del pubis, comprendiendo todo el espesor de los tejidos, inclusive *el fascia transversalis*, hasta descubrir la hoja parietal del peritoneo. Hecha la hemostasia completa, dividí el peritoneo parietal poniendo á descubierto la superficie del tumor. Recorrí con la palma de la mano su superficie que encontré perfectamente libre de adherencias; y sin embargo, á pesar de esta circunstancia favorable, no pudiendo pasar el tumor al través de la incisión que había practicado, me ví obligado á prolongarla has-

ta cerca del apéndice xifoides; el epiplón y la masa intestinal estaban rechazados hacia arriba. El tumor estaba formado por el desarrollo enorme de la matriz cuyas fibras hipertrofiadas le formaban una envoltura completa; los ovarios y las trompas estaban colocados á la parte superior y lateral y venían á corresponder cerca del borde de las falsas costillas.

Extraído el tumor fuera del vientre y sostenido convenientemente, procedí á pediculizarlo por medio de un tubo elástico colocado lo más bajo posible y cuidando que en la parte anterior no comprendiera la vejiga. El pedículo era muy ancho y muy grueso, en los primeros momentos tenía más de 10 centímetros de diámetro. Seccioné el tumor en varias porciones hasta llegar al pedículo, notándose en la superficie de sección que las fibras musculares de la matriz muy hipertrofiadas, le formaban una envoltura completa y el tejido propio del tumor era blando, elástico, de color blanco y presentando de trecho en trecho cavidades quísticas pequeñas llenas de una sustancia gelatinosa y transparente; además estaba atravesado en distintos sentidos por numerosos vasos venosos y arteriales muy voluminosos. Los ovarios y las trompas alterados en su volumen y coloración, quedaron comprendidos y adherentes á la porción superior del tumor, como puede notarse en la pieza anatómica que presento y cuyo peso es de 3,555 gramos.

En el momento de colocar un hilo grueso de seda sobre el pedículo y debajo del tubo elástico, las pinzas que sujetaban á éste se desprendieron, el pedículo quedó libre y una hemorragia terrible se produjo. Violentamente tomé el pedículo con mis dos manos, separando fuertemente los índices de los pulgares para circunscribir completamente la circunferencia del pedículo y detener la hemorragia, hasta que de nuevo el tubo elástico fuese colocado. En seguida hice la transfixión del pedículo dividiéndolo en dos porciones, que ligué separadamente y después en su conjunto. No me atreví á quitar el tubo elástico por temor de una nueva hemorragia y el estado general de la enferma era de tal manera grave, que la pérdida de una nueva cantidad de sangre, aunque fuese pequeña, bastaría para destruir la poca vida que casi de un modo artificial y merced al tratamiento hipodérmico usado en tales casos, habíamos logrado sostener. En tales condiciones, el tratamiento extra-peritoneal del pedículo se imponía á pesar de las dificultades que pudiera presentar, dada la brevedad de dicho pedículo. Hice la sutura del peritoneo parietal fijándolo al visceral al alrededor del pedículo y aislando así completamente la cavidad peritoneal. Gracias á la posición de Trendelenbourg y al hábito que el intestino y el

epiplón tenían de estar rechazados hacia arriba por el tumor, fué relativamente fácil mantenerlos reducidos y tenían poca tendencia á escaparse por la herida, á pesar de las grandes dimensiones que ésta presentaba. Practiqué en seguida la sutura por planos, cuidando especialmente de hacer la sutura de los aponeurosis para dar mayor solidez á la cicatriz. La sutura de la piel la hice con crin de Florencia, interrumpida sólo al nivel del pedículo, que cubrí con una mezcla de tanino y yodoformo colocando el apósito en seguida.

El estado general de la enferma era sumamente grave después de la operación y todo el primer día. El día 6, cuarenta y ocho horas después de operada, se descubrió para quitar el tubo elástico que rodeaba el pedículo. Las maniobras que se hicieron con este objeto y antes de poder extraer el tubo, produjeron una hemorragia arterial considerable que se detuvo inmediatamente gracias al taponamiento con gasa yodoformada y á la compresión practicada por el Dr. Ruiz Esparza.

Esta nueva pérdida de sangre vino á colocar á la enferma en una situación gravísima y verdaderamente desesperada. El pulso era pequeño, filiforme, depresible y sumamente débil; el enfriamiento era general, la cara hipocrática cubierta de sudor frío, delirio continuo, en suma, comenzaba el período agónico verdaderamente.

A las siete de la noche de ese mismo día, ayudado eficazmente por los Sres. Prieto y Esparza, hice una inyección subcutánea abundante como de 200 gramos, de suero artificial subiendo poco tiempo después la temperatura á 37.7.

Durante los primeros días su estado permaneció muy delicado; pero su temperatura era buena y sólo subía algunas veces á 38° cuando las materias se acumulaban en el intestino, bastando desalojarlas para que volviera á la normal.

El 8 de Septiembre se quitó el tapón de gasa pero sin tocar el tubo que se extrajo 15 días después. Las curaciones se practicaban con regularidad y la caída completa del pedículo se verificó el 3 de Octubre sin que ningún accidente hubiera venido á complicar la convalecencia que relativamente ha sido rápida. La herida del vientre cicatrizó por primera intención excepto en la parte que correspondía al pedículo.

En la actualidad, como pueden vdes. ver, la enferma presenta una cicatriz lineal sobre la línea blanca que mide 27 centímetros de longitud, notándose ligeramente ensanchada al nivel del punto que ocupó el pedículo. Por el tacto vaginal se reconoce la porción sub-vaginal del cuello con

sus caracteres normales y por el tacto rectal se toca un pequeño muñón como de dos centímetros encima de la inserción vaginal del cuello. Este muñón presenta la particularidad de ser móvil y parece que no adhiere á la pared abdominal al nivel del punto que ocupaba primitivamente el pedículo.

El Dr. Ismael Prieto tuvo á bien practicar el examen histológico del tumor que encontró compuesto de fibras elásticas, fibras de tejido conectivo y celdillas fusiformes. Las primeras muy abundantes, las segundas algo menos, y las terceras las menos numerosas de todas. Vasos con paredes propias y los elementos mencionados formando haces de dos especies; unos constituídos por fibras conectivas y elásticas y otros por las celdillas imbricadas y teniendo sus diámetros longitudinales en la misma dirección. Estos caracteres pertenecen á los fibromas y á los fibro-miomas; la longitud de las celdillas y de sus núcleos nos hacen creer que lo que hemos examinado es un fragmento de fibro-mioma.

México, Noviembre 27 de 1895.

FRANCISCO DE P. CHACÓN.

OFTALMOLOGIA.

ESTUDIO MATEMATICO DE LA AGUDEZ VISUAL.

Memoria que presenta á la H. Academia Nacional de Medicina, solicitando la plaza vacante en la Sección de Oftalmología, el Dr. Emilio F. Montaña.

 E ha dicho siempre que el ojo es un aparato dióptrico al mismo tiempo que fisiológico, esto es, que el aparato físico es un órgano que vive; razón por la cual los principios matemáticos no pueden tener exacta aplicación al estudiarlo. Pero afortunadamente el órgano vivo está sujeto, como todos los que forman al hombre y á todo lo que vive, á leyes matemáticas, que aunque difíciles de demostrar, es fácil entrever. Además, la matemática con sublimes abstracciones, nos dá el porqué de muchos fenómenos que observamos, cimentando unas leyes des-