

Acta núm. 17.

SESIÓN DEL DÍA 25 DE ENERO DE 1899.

(Presidencia del Sr. Dr. D. Luis E. Ruiz.)

Lectura de un trabajo del Sr. Dr. Santos Fernández, relativa á la oftalmía purulenta; del Sr. Dr. Ortega, acerca de curaciones tópicas, y del Sr. Dr. Ruiz sobre una observación de cuerpo extraño del estómago.

El Señor Secretario anual dió lectura á una Memoria del socio correspondiente en la Habana, Sr. Dr. D. Juan Santos Fernández, la cual lleva por título el siguiente: "De la benignidad de la oftalmía purulenta de los recién nacidos en determinadas regiones."

En seguida, se leyó el trabajo remitido por el socio correspondiente en Ciudad "Porfirio Díaz," Coahuila, Sr. Dr. D. Ricardo Ortega, el cual se intitula: "Algo sobre curaciones tópicas."

EL SR. DR. D. JOSÉ TERRÉS hizo uso de la palabra para leer una observación enviada á la Academia, por el Sr. Dr. D. Ramón Ruiz, de Salvatierra. Dicha observación se intitula: "Cuerpo extraño (gancho) en el estómago, de doce centímetros de longitud, en un niño de 16 meses." El Sr. Presidente acordó que pasara este trabajo á la sección respectiva para que, conforme á lo dispuesto por el Reglamento, emita dictamen.

J. R. ICAZA.

GINECOLOGIA.

Dos casos de historectomía supravaginal, abdominal; método de pedículo intraperitoneal, modificación del procedimiento de Schröder.—Exito.

Señores académicos:

Por primera vez expongo hechos de mi práctica personal ante esta sabia corporación, y creo serán acogidos con benevolencia, no obstante sus desperfectos, por entrañar un adelanto cierto en la manera de curar á nuestras pacientes. Dos observaciones servirán de prueba á la tesis que sostengo de mi proceder, modificación del de

Schröder, para el tratamiento intraperitoneal del pedículo en la histerectomía supra-vaginal por la vía abdominal. Observaciones, según lo que he llegado á leer en nuestras publicaciones nacionales, las primeras en su género, y la segunda por el método de anestesia, si no la primera, una de las primeras en la literatura científica.

El tratamiento de los fibromiomas uterinos ha tenido en jaque á los ginecologistas de todos los tiempos y edades; pero sobre todo, desde que por errores de diagnóstico se supo que podían extirparse con el escalpelo. Los procedimientos quirúrgicos no tardaron en multiplicarse, y no bien estaba en voga uno por los resultados felices que había tenido un cirujano, que era reemplazado por el de otro que sólo fracasos había obtenido con el procedimiento ageno y éxitos con el propio: demostrándonos esto, que en la materia, como en otros muchos puntos de cirugía, estamos muy distantes de saber la última palabra.

La historia de la histerectomía abdominal es reciente, y sólo data de 1825. Creyendo operar quistes, los primeros ovariotoromistas se encontraron algunas veces con tumores sólidos ó quísticos (cisto-fibromas) de la matriz: cerrando el vientre en seguida que reconocían que el tumor no era de la naturaleza que habían diagnosticado. Así murieron 5 sobre 14 (Pozzi). La primera curación de una amputación parcial del útero por la laparotomía, pertenece á Burnham (1853); pero él creía que había extirpado un quiste (Doyen). En 1855, Kimball, con propósito deliberado hizo una operación semejante, obteniendo idéntico resultado. Köeberlé y Péan, estudiando la constitución de los tumores fibrosos, precisaron una técnica é hicieron de la histerectomía abdominal con pedículo extra-peritoneal, una operación científica, sin que por esto los resultados fueran muy halagadores (1869).

Porro, practica en 1876 la amputación supra-vaginal y salva la madre y el niño, substituyendo la operación cesarea por la que lleva su nombre.

En 1878, Martin, en el Congreso de naturalistas alemanes de Cassel, propone la ligadura elástica provisional empleada por primera vez en Odessa por Keeberg, en 1875.

Hegar, perfecciona el procedimiento de Péan-Köeberlé, substituyendo el alambre de hierro del aprieta-nudos de Cintrat, por la ligadura elástica definitiva del pedículo (1879).

Ya para esta época no satisfacía el tratamiento extra-peritoneal del pedículo y se buscaba el modo de dejarlo perdido al igual del de los quistes del ovario. Schröder en 1878 y Spencer Wells en 1880, suturaban el pedículo y lo abandonaban en el vientre. La dificultad de la hemostasis y los casos de muerte por hemorragia, determinaron á Olshausen á emplear la ligadura elástica perdida (1884). Czerny y Kaltenbach la habían empleado anteriormente con éxito.

No tardó la ligadura elástica perdida en ser desechada por la mayor parte de los operadores, que volvieron al procedimiento de Schröder, modificándolo en el sentido de evitar los inconvenientes que la experiencia había enseñado le pertenecían: así Meinert, para que el escurrimiento de los líquidos del muñón del pedículo se verifique al exterior, y no haya el atirantamiento y cicatriz hundida de la pared abdominal anterior, hace pasar el pedículo por el fondo vaginal posterior; el solo caso en que practicó su procedimiento murió la paciente. Woelher y Von Hacker, tratan el pedículo á la Schröder y lo fijan por medio de suturas al peritoneo de la incisión de la pared abdominal. Saenger, secuestra con este mismo peritoneo el muñón del pedículo de la cavidad del vientre, lo que constituye un procedimiento mixto, extra-peritoneal é intra-parietal (1886).

Entre tanto la histerectomía vaginal por "morcellement" preconizada por Péan (1886,-1889), y la estadística publicada por Martin, sobre 311 operaciones de histerectomía, practicadas por seis de los histerectomistas más experimentados, con una mortalidad de 15 p 8, entró de lleno en la práctica esta manera de tratar los tumores fibrosos de la matriz, limitándose así las intervenciones por la vía abdominal á los tumores que llegaban al ombligo, y abriéndose una vía de escape para las infelices que estaban condenadas á morir de su afección ó someterse á los peligros ciertos de una histerectomía abdominal que alcanzaba entonces una mortalidad elevada: 35 p 8.

Evidentemente que la razón de los éxitos por la vía vaginal, salvo el volumen del tumor, no estaba en otra cosa que en que no se dejaba pedículo, y el escurrimiento de los líquidos se efectuaba con facilidad: de aquí que se volviera al procedimiento de Freund para el tratamiento de los cánceres del útero, y que tan deplorables re-

sultados dió, á pesar de las tentativas de Rydygier, Mac-Cornac, Schröder, etc., que fué desechado, habiendo dado en 119 casos 85 muertes! (Hegar y Kaltenbach).

Martin, cuya habilidad operatoria es proverbial, sistematizó la técnica de la histerectomía abdominal total, dándola á conocer en 1889, con su procedimiento de canalización vaginal.

Otros operadores modificaron la operación, comenzando por el vientre y terminando por la vagina: histerectomía abdómino-vaginal (Péan, Boldt, Bouilly y Martin en 1888), ó bien principiaban la operación por la vagina y acababan por el vientre: histerectomía vagino-abdominal, (Bardenheuer, 1881; Jacobs, 1893; Richelot, 1895), etc.

Sin embargo, cirujanos distinguidos no están de acuerdo en que sea necesaria la histerectomía total, ni mucho menos en que sea indispensable la canalización y han permanecido fieles al método inaugurado por Schröder con modificaciones de detalle, (Olshausen, Zweifel, etc.) confeccionando un muñón que abandonan en el abdomen, como los pedículos ováricos, y excluyendo de su práctica el tratamiento extraperitoneal y mixto del pedículo, por los inconvenientes y dificultades á que dan lugar, y tiempo que para su ejecución se requiere.

Hasta en 1884 se oye hablar por primera vez en la Academia de Medicina de México de la histerectomía abdominal. Fenelón cita en sus apuntes sobre Ginecología (Noviembre de ese año), una histerectomía abdominal, hecha en el Hospital «González Echeverría.» La enferma murió de hemorragia porque «al recojerse el muñón uterino, ligado en masa con un constrictor, las arterias uterinas quedaron incompletamente comprimidas.» El operador tuvo la culpa, por su falta de experiencia, del mal éxito; era la segunda extirpación uterina que hacía, y ciertamente que en otra ocasión estaría prevenido para evitar los mismos accidentes.»

En Noviembre de 1890, el Dr. N. San Juan se expresa así, al terminar la lectura de su trabajo sobre un caso de histerectomía abdominal con pedículo extra-peritoneal, en el que obtuvo éxito:

«Esta operación, que constituye la primera quizá entre las altas operaciones de cirugía especial, no había sido ejecutada en México por el nuevo procedimiento ni con el feliz éxito de ésta, sino has-

ta hoy, teniendo el honor de inaugurarla en nuestra cirugía especial."

Después, las histerectomías que en México se hicieron, fueron con pedículo extra-peritoneal, sin que en ningún caso de los publicados se vea otra cosa: tal la comunicación del Dr. Tomás Noriega en el primer Congreso Médico Mexicano, reunido en esta capital, y el trabajo del Dr. F. de P. Chacón, sobre el tratamiento del pedículo en los tumores del vientre, presentado en el mismo Congreso.

En la sesión del 15 de Mayo de 1895, el Dr. F. Hurtado dijo haber hecho una laparotomía y amputado el útero arriba del istmo en una puerpera, en el séptimo día, con 40 y $\frac{1}{2}$ grados de temperatura. No describe la operación (Tomo del año de 1895. Págs. 311 y 505).

Fué también el Dr. N. San Juan, el que primero practicó con éxito una histerectomía vaginal completa, 27 de Junio de 1888. (Tomo 23, Julio de 1888, pág. 405). La otra operación, hecha por el mismo el 19 de Agosto de 1877, no fué verdaderamente una histerectomía vaginal total. (Historia leída en la Academia de Medicina el 13 de Febrero de 1878.)

Actualmente, para desembarazar á una mujer de un fibromioma que la molesta, se recurre á la miomectomía ó á la histerectomía, según el sitio y dimensiones del tumor, y así, la miomectomía será vaginal ó abdominal, y la histerectomía tendrá idénticas apelaciones, según el lugar por donde se practique; siendo la histerectomía abdominal parcial ó total, según que se deje ó nó pedículo; pudiéndose para la histerectomía abdominal total, utilizarse la vía vaginal antes ó después de la intervención por el vientre.

Ginecologistas como Martín, de Berlin, hacen siempre la histerectomía abdominal total, cuando la miomectomía no es posible: los franceses tienen como práctica, si el tumor no llega al ombligo, extirparlo con todo y matriz por la vagina; y si pasa del punto dicho, unos hacen la histerectomía abdominal total (Doyen), ó vagino-abdominal (Richelot, Quenu), y otros supra-vaginal (Bouilly, Nelaton).

En Berlin, Olshausen es partidario de dejar un muñón en los tumores grandes, y Landau practica la histerectomía total por el procedimiento de Doyen, y en Viena, Schauta hace igual cosa

por su procedimiento; y Chrobak, sólo deja una porción retro-peritoneal del cuello, muy pequeña, extirpando casi por completo la matriz fibromatosa.

Habiendo visto practicar á los cirujanos citados sus procedimientos, y estudiado los tumores extraídos, desde mi permanencia en Europa, parecióme que es necesario no ser sistemático y que las operaciones, como medios terapéuticos, deben satisfacer determinadas indicaciones. Cada una de las operaciones antes citadas tiene ventajas inconcusas sobre las otras, según el caso que se opera; y así en los tumores fibrosos en que no es posible hacer la miomec-tomía y que el tumor no pasa del tamaño de los dos puños, la histerectomía vaginal por fraccionamiento (morcellement), es la operación más adecuada; si es de mayores dimensiones, remonta al ombligo y está exento de toda adherencia, no arrastrando consigo la vejiga y llevando sí, los anexos: la histerectomía abdominal total ó vagino-abdominal encuentran su mejor indicación; si el tumor es intra-ligamentario y se desarrolla hacia arriba, subsisten las mismas indicaciones; mas si su evolución es hacia abajo ó se encuentra adherido á los órganos pélvicos, arrastre ó nó la vejiga, la confección de un muñón se impone y es el asunto que trataré especialmente.

Un tumor en las condiciones dichas de adherencia ó desarrollo intra-ligamentario, en que los fondos peritoneales recto-uterino y vésico-uterino, han desaparecido en totalidad ó en parte, la histerectomía total abdominal (Martín, Doyen), ó vagino-abdominal (Richelot, Quenu,) ó abdómino-vaginal (Péan), pierde toda su facilidad de ejecución y aumenta al máximo el trauma y los peligros de infección, teniendo que hacer disecciones múltiples para la separación de los diferentes órganos huecos que se adhieren al tumor; disecciones practicadas en medio de órganos succulentos por la extensa irrigación que han recibido de tiempo atrás; los vasos uterinos, engrosados por la hipertrofia del órgano á que están destinados; los uréteres mismos cambiados en sus relaciones, sobre todo cuando el desarrollo intraligamentario del tumor se hace de preferencia hacia abajo; en tales condiciones, digo, es sumamente difícil luxar el tumor hacia adelante (histerectomía abdominal to-

tal), para hallar el fondo vaginal con la pinza introducida por la vagina; la porción de la pared posterior de este conducto, revestida de peritoneo en el fondo de Douglas; se ha adherido al recto, y por poco esfuerzo que se haga, se entrará en dicho órgano; y proceder de arriba á abajo por disección del peritoneo en un espacio estrecho, es laborioso, difícil y aventurado, sin guía seguro y con peligro de herir el intestino en vez de penetrar en la vagina. Los otros tiempos de la operación también son difíciles, la herida peritoneal inmensa, cualquiera que sea el procedimiento empleado.

En los otros procedimientos de histerectomía abdominal total, comenzados ó terminados por la vagina, además de las dificultades y riesgos expuestos, se encuentran los de la prensión de los ligamentos anchos.

Otra cosa es si se forma un pedículo á la manera de Schröder, Olshausen ó Chrobak: no hay que desprender el tumor del recto, y si acaso de la vejiga, cuando restirada por aquel, sube más allá de la distancia media pubio-umbilical. Si la inclusión intraligamentaria es de desarrollo inferior, la pediculización disminuye la extensión de la herida peritoneal.

El procedimiento de Schröder consiste, como es sabido, en la aplicación de un tubo elástico en la base del tumor, cual si se fuere á hacer el tratamiento del pedículo por el procedimiento de Hegar y Kaltenbach, y seccionar el tumor de manera de formar un embudo ó muñón cónico, ligando lo que sangra y suturando por planos.

Al quitar la ligadura elástica se comprende sin dificultad que el muñón sangre por no estar ligados muchos pequeños vasos, que la sutura es insuficiente á obturar; de aquí las modificaciones del procedimiento que consisten: en atravesar el pedículo para ligarlo con seda (Olshausen) ó catgut (Martin), en dos ó cuatro porciones; ó como Zweifel, ligarlo y suturarlo por fracciones yuxtapuestas (Fortlaufende Partienligatur).

Por poco que el pedículo sea carnosos, se expone con estas ligaduras transversales á la gangrena y á la infección consecutiva, lo que es tan grave ó más que la hemorragia.

Creo corregir estos inconvenientes con las modificaciones que he llevado en la confección del pedículo y que se refieren á no aplicar

ligadura elástica, á hacer la hemostasis como luego se verá, y á la disposición de las suturas.

En el procedimiento de Schröder, si el pedículo es grueso, la ligadura elástica tiende á escaparse, y aunque se la fije bien, si la sección del tumor se hace cerca de la ligadura, ésta se escapa dando lugar á una hemorragia inmediata; y si la sección es alta, la ligadura permanece en su sitio; pero el muñón queda muy carnosos por más que se le monde con el escalpelo, y no obstante la ligadura de las uterinas y de los pequeños vasos que sangran, la sutura, después de quitada la ligadura elástica como antes dije, es insuficiente para detener la hemorragia, y las ligaduras transversales en tal caso provocan casi con seguridad la gangrena del tejido fibromatoso que queda comprendido en el pedículo. En los tumores intraligamentarios, la aplicación de la ligadura elástica es muy difícil, y aun imposible en ciertos casos, aun cuando se haya hecho la disección del tumor en las hojas del ligamento ancho. Todo queda subsanado de la manera siguiente, ganando en rapidez el acto operatorio, lo que es de trascendencia en la cirugía del vientre.

Abierto el abdomen y sacado el tumor fuera de la cavidad, si lleva los anexos consigo, se ve el estado que guardan, y si es ó no necesario conservarlos, y así se ligarán los ligamentos anchos á partir de los cuernos uterinos ó desde el ligamento infundíbulo pélvico. La ligadura en cadena á la Wallich ó como se esté más acostumbrado, comprende de uno y otro lado los ligamentos anchos, lo más aproximado posible de los bordes del neoplasma, hasta su porción más inferior y accesible del mismo, quedando así las arterias uterinas ligadas á este nivel; las ováricas y funiculares, habiéndolo sido al comenzar las ligaduras. Los ligamentos anchos han sido seccionados á paso y medida de su ligadura, cogiendo con pinzas la porción adherente al tumor, para evitar la efusión de sangre que, por otra parte, no es muy considerable, y en caso de urgencia pudiera dispensarse de este pinchamiento. Se corta luego el peritoneo al rededor del futuro pedículo, encima de las uterinas ligadas, para formar un manguillo que se disecciona con el dedo; en seguida se hiende el tumor, como si se quisieran formar dos colgajos, uno anterior y otro posterior, de manera que su borde libre quede debajo de la sección peritoneal. El corte del tumor se hace rápidamente, no dando casi sangre la superficie de sección, que sólo recibe

sangre de las arterias que nacen de la uterina al nivel del cuello de la matriz. Durante la extirpación, los dedos del ayudante y en seguida pinzas hemostáticas, detienen la sangre, que definitivamente queda estancada por hilos de seda ó catgut, como en un muñón del antebrazo ú otro.

La mucosa del cérvicis se reseca y se sutura con catgut los bordes de la resección, usando hilos de catgut dispuestos á la Lembert, para asegurar la asépsia del pedículo; el que se sutura con puntos entrecortados de seda, pasados por la masa carnosa de la matriz sin tocar el peritoneo; según la extensión del muñón, se pondrán de cuatro á seis puntos, intercalando algunos de catgut, si se juzga necesario; pues los de seda es mejor emplearlos como de sostén. Se sutura por último el peritoneo con un surjete continuo, puntos Lembert, con seda ó catgut.

Las superficies del muñón así afrontadas y cubiertas por el peritoneo, representan hasta cierto punto la matriz en su situación normal.

No hay miedo de gangrena, porque el muñón queda suficientemente nutrido; ni de hemorragia, porque las arterias de los lados y de la superficie del muñón han sido ligadas separadamente; se está aún exento de la infección que pudiera dimanar de la cavidad uterina, porque la dicha cavidad ha sido obturada y dejado afuera y muy distante del peritoneo.

De las observaciones que en seguida refiero, la primera presentaba la complicación de un quiste dermoide, y emplee como anestésico el cloroformo; y en la segunda, por consideraciones particulares me serví de la cocaina como anestésico local, conservando la paciente su sensorio, y llamo particularmente la atención sobre este caso, que como en un principio dije, uno de los primeros, si no el único, en la literatura científica, por la aplicación que puede hacerse de la anestésia local, tan útil como descuidada entre nosotros.

Observación 1ª—Adela López de Domínguez, natural de Morelia, de 32 años de edad, casada. Empezó á enfermarse á los 15 años, tres días, regular cantidad y con dolor. Se casó á los 16 años. A los tres meses de casada, tuvo un aborto, de dos meses sin accidente notable. Dos años después nació su primer hijo viable. Con intervalos aproximados de 18 meses, tuvo 7 niños vivos y dos

abortos más; data de cinco años el último aborto que fué de 5 meses, y de año y medio el último hijo, que nació á término, muy amarillo, y murió á los 40 días de haber visto la luz.

Hace seis años que Adela López, comenzó á sentir dificultad en la digestión, vómitos frecuentes, estreñimiento y dolor del lado derecho, que le fué aumentando con el tiempo. En Febrero del presente año (1897), se notó del lado derecho una bola más grande que una naranja, que se movía de arriba á abajo. Los dolores de estómago muy fuertes se han ido acentuando, al grado de durarle 24 horas, y de venirle cada tres ó cuatro días. Los tales dolores vienen por accesos, acompañándose de vasca, embarándose mucho, sin poder hacer del cuerpo y á veces ni ventosearse. Una lavativa evacuante ó un purgante en ocasiones, la alivian, y en otras permanecen sin resultado. Los síntomas dolorosos con angustia indescriptible, en que no hay lugar ni posición que satisfagan á la paciente, coinciden con la colocación de la bola debajo de las costillas y la proximidad de las menstruaciones, las que son abundantes: durando diez y quince días enferma y aun meses enteros los pasa en sangre. Los vahidos y borracheras que entonces le acometen no la dejan ocuparse de nada, ni tampoco la dejan un rato de reposo.

Orina clara y limpia; abundante después de los accesos.

Examen: Alta, delgada, pálido el semblante, en el que se ven marcadas las huellas del sufrimiento, así como en su porte encorvado, cogiéndose el vientre, y en su andar lento y sostenido.

El vientre, surcado de numerosas cuarteaduras antiguas, se veía retraído é irregular: dos eminencias se dibujaban á la simple vista: la una sobre el flanco derecho y la otra avanzando hasta cerca del ombligo, siendo simétrica.

La palpación demostraba que estas eminencias correspondían á cuerpos anormales que se encontraban en la cavidad abdominal. El del lado derecho: de forma oval, su gran diámetro medía 30 centímetros y estaba dirigido de arriba á abajo y de derecha á izquierda; su pequeño diámetro medía 22 centímetros. Lisa su superficie, su consistencia era elástica, renitente sin que se pudiera percibir una fluctuación clara, y sin embargo, con certeza podía afirmarse que no se trataba de un tumor sólido. Con poco que se oprimiérase á la derecha del flanco en ese lado, el tumor ovoide se desalojaba

produciendo sensaciones incómodas y dolorosas; acusando la paciente impresiones de estiramiento profundo, del lado derecho.

El otro tumor que abordaba el pubis, mate á la percusión como el anterior, era: medio, simétrico, duro y llegaba á un través de dedo del ombligo.

La palpación bimanual me dió á conocer la continuidad de este tumor con la matriz, formando cuerpo con ella. El cuello de múltipara, no presentaba otra cosa de anormal que un escurrimiento moco-sanguinolento. Los anexos izquierdos, altos, se percibían con claridad; los derechos no me fué posible encontrarlos, pero sí un cordón resistente que se ponía tenso cuando el tumor móvil, que no era sólido, se le hacía remontar hacia el hipocondrio derecho.

El tumor que formaba cuerpo con la matriz y que dije tenía una consistencia dura, no presentaba grandes cambios de posición; y si apenas subía, no bajaba gran cosa, haciendo tracciones sobre el cuello uterino con una pinza de ganchos; la cavidad de la matriz medía 19 centímetros.

Antes de operar á la mujer López, la tuve en observación para estudiar sus accesos dolorosos, que tan acobardada y horrorizada la tenían, y tuve la oportunidad de presenciar dos: hincada en la cama, sentada sobre los talones y encorvada hacia adelante, apoyando los codos sobre una almohada que tenía enfrente, sostenía su cabeza entre las manos. Un lamento continuo se exhalaba de sus labios y lloraba como una criatura, vomitando á cada rato un líquido amarillo verdoso, y entonces ¡decía encontrarse en el período de descanso! Un cuarto de hora después la escena era terrible: echada sobre el lado izquierdo y pegando las rodillas con la cabeza, se oprimía fuertemente el vientre con las dos manos dando lastimeros gritos. La bola móvil había remontado al hipocondrio derecho; con presiones moderadas la hice descender, calmándose ya un poco los sufrimientos, que una lavativa evacuante los hizo desaparecer, arrojando gran cantidad de gases y de materias fecales.

Fibromioma submucoso y quiste del ovario derecho con pedículo largo, fué mi diagnóstico.

El 28 de Octubre de 1897, acompañado de mi maestro el Dr. F. López, que se dignó dispensarme la honra de ayudarme, tanto

con sus consejos como en el acto operatorio; de mi buen amigo el Dr. F. Arellano, que ministró el cloroformo, y del practicante del servicio de la sala de Cirujía de Mujeres del Hospital de Jesús, donde estaba asilada la paciente operé esta en la sala de operaciones del mismo Hospital.

Hice una insición del nacimiento del monte de Venus á dos traveses de dedo del ombligo. Abierto el peritoneo, me encontré con lo que la exploración nos había enseñado con respecto al tumor fibroso, más que su desarrollo intra-ligamentario simétrico había levantado los anexos izquierdos (los del lado derecho, como el otro tumor que ocupaba el flanco no se veían); y producido una adherencia íntima en su porción inferior con el recto, desapareciendo el fondo de Douglas.

Procedí entonces al examen del otro tumor; metí mi mano y encontré que se había ido alojar debajo del hígado, lo traje al nivel de la herida, y su consistencia pastosa me hizo pensar que se trataba de un quiste dermoide pediculado: no puncioné, pues consideré que su contenido no saldría por el trocar y preferí aumentar la insición hasta el ombligo para sacar el tumor intacto. Ya fuera del vientre, ligué su largo pedículo, que comprendía la trompa y se presentó adherido al epiplón y torcido con él.

Luego ligué el ligamento ancho del lado derecho, hasta la porción más inferior y globulosa del tumor; igual cosa hice al lado izquierdo, quitando los anexos.

Con pinzas de ganchos cogimos el tumor y sólo entonces pudimos luxarlo para tratar el pedículo como deajo dicho.

La sutura en planos de la herida abdominal, con seda, dejando los puntos de los planos profundo y medio perdidos, según mi procedimiento, terminó la operación, que duró una hora cinco minutos.

Temperatura en la axila, después de la operación: 36°8.

Prescripción: agua caliente, mezclada con un poco de cognac, por cucharadas cada dos horas, para mitigar la sed; si ésta fuere muy intensa, lavativa de agua caliente, 200 gramos; cognac, 30 gramos, y esencia de trementina 2 gramos y $\frac{1}{2}$.

Temperatura por la noche; 8 h. p. m., 37°2. Pulso y respiración normales. Se añadió á la prescripción de la tarde, una cucharada de jarabe de cloral á las 10 h. p. m.

Día 29, 7 a. m. T.: 37°0.—P. y R. normales. Durmió poco. La misma prescripción del día anterior, cambiando el agua de las cucharadas por café ó té caliente, y ministrándolas sólo cuando acusaba sed. Como alimento. pozuelo de consomé cada seis horas.

Durante el día cesó la vasca clorofórmica, que no fué muy molesta ni tenaz. El vientre se meteoriza y hay imposibilidad de arrojar gaces, lo que incomoda en extremo á la paciente. Una lavativa purgante con 5 gramos de esencia de trementina, calma un tanto este estado con la evacuación de gaces y de algunas materias escrementicias.

T., por la noche, 7 h. p. m.: 37°7.—R.: frecuente; P.: 75 por minuto.

Día 30. T. á las 7 h. a. m.: 37°1.—P.: 75 por minuto.—R.: 36. Sueño intranquilo; la incomodidad del día anterior subsiste: una lavativa purgante la hace evacuar gran cantidad de materias y gaces. Duerme bien el resto del día. Se le prescribe como alimentación: café con leche, $\frac{1}{2}$ pozuelo; y cognac, una cucharadita cada tres horas.

A las 7 h. p. m.: T., 37°5. P. y R., normales. Cucharada de jarabe de cloral para dormir, á las 9 h. p. m.

Día 1° de Noviembre: durmió bien, evacuó y arrojó gaces; estado general excelente, no hay dolor ni incomodidad. T., 7 h. a. m., 37°0. P. 80, regular.—R. tranquila. 8 h. p. m. T.: 37°2.—P.: 85.—R.: 24.

Día 2, 7 h. a. m. T.: 36°9.—P.: 80.—R.: regular y tranquila. Se aumenta la alimentación. Por la tarde se ministra un purgante de sulfato de sosa; tiene cuatro deposiciones fétidas y abundantes. Su estado general es bueno. T. á las 8 h. p. m.: 37°0.

Día 3, 7 h. a. m.: T.: 36°8.—P. y R. normales. Alimentación: café con leche cada tres horas: jugo de carne, jerez con yema de huevo, pollo. Durmió bien. 7 h. p. m. T.: 37°4.—P. y R. normales.

Días 4, 5, 6, 7, 8, etc., 14: temperaturas (por la mañana, de 36°6 á 37°0; por las noches, de 36°8 á 37°5. Ha dormido bien; el insomnio, siendo combatido con sulfonal. Se ha purgado regularmente con aceite de resino y glicerina. Se le quitan los puntos de sutura á los 15 días: reunión completa por primera intención sin fal-

tar un punto. El 17 se sienta; el 20 baja de la cama y el 25 sale dada de alta por estar completamente curada.

OBSERVACIÓN II:

Amada Patiño tiene 35 años, es casada y de oficio planchadora. Se casó á los 15 años, dos después de haber comenzado su menstruación; la que tenía lugar cada mes, durando 4 ó 5 días, abundante y sin dolor.

A los tres años de casada tuvo un chiquito á término, habiendo quedado bien después de su parto. Pasaron muchos años y no volvió á tener familia, hasta hace 5 años que le nació otra niña que también vive. De este alumbramiento, como del anterior, quedó perfectamente bien. Sin embargo, de un año atrás había notado que se enfermaba mucho, con dolores en los hijares, que jamás había sentido. Después de su embarazo y parto, y mientras alimentaba á su chiquita y desde el primer mes, volvieron sus reglas abundantemente y con los dolores que ya la habían incomodado tres ó cuatro menstruaciones antes de hacerse embarazada. De regular que era la menstruación se volvió irregular, perdiendo por completo el cálculo y no sabiendo cuándo le vendría; pues no bien había acabado de enfermarse, que 8 ó 10 días á más tardar, se iniciaba otra vez el menstruo con fuertes dolores durante las primeras 48 horas y perdiendo gran cantidad de sangre duraba enferma 8 ó 10 días, teniendo que guardar cama porque se sentía desmayar. En los últimos tiempos casi no había día que no estuviera en sangre: llegando su debilidad y palidez á un grado extremo. El día que ingresó al Hospital de Jesús, había perdido tanta sangre, que casi sin conocimiento la llevaron en una camilla. Desde que la hemorragia había sido un poco abundante, se había ella misma notado un abultamiento en la parte inferior del vientre, que fué creciendo poco á poco, y que los Dres. San Juan, Noriega y Hurtado, le habían dicho era un tumor y aun propuesto operarla, á lo que no había consentido por el horror que le inspiraba el cloroformo: pues su esposo había muerto durante una operación que se le hizo en el Consultorio de Maternidad y además se creía enferma del corazón por la sofocación y palpitaciones que muy á menudo la molestaban. En dos épocas diferentes que no supo precisar, pero no anteriores al principio de las hemorragias y dolores, experimentó un movimien-

to febril, con dolores en el vientre bajo y constipación, que duraron de 4 á 5 días y que pronto desaparecieron.

Orinaba sin dificultad una orina clara; estreñida de ordinario, solo con lavativas podía regir el cuerpo. Poco apetito, sin embargo procuraba alimentarse lo mejor que le era posible, pues comprendía que estaba muy débil.

En sus mocedades padeció de otras enfermedades sin relación, como las que llevaron á sus padres al sepulcro, con el mal de nuestra paciente.

Examen general: De estatura media, flaca sin ser delgada, la Patiño, es de color moreno y de una palidez de que sólo puede formarse una idea por la decoloración casi completa de sus mucosas.

El vientre levantado simulaba un embarazo en el 8º mes. Este abultamiento del vientre, era medio, simétrico, regular, macizo y duro. La palpación bimanual revelaba un cuello uterino de multipara, la integridad del perineo y que la matriz formaba parte integrante del tumor abdominal, que se movía, aunque ligeramente, de un lado al otro y de adelante hacia atrás y poco muy poco, casi nada, de arriba á abajo ó vice-versa.

Como á la mitad de la distancia del ombligo, á la espina iliaca anterior y superior izquierda, y constituyendo parte del tumor, se sentía una eminencia irregular, mamelonada y dura. Mas hacia afuera y hacia abajo, estaba el ovario, abultado y duro, que se revelaba por sus caracteres á la presión y forma característica. Del lado derecho y á la misma altura que el ovario izquierdo y con idénticos caracteres, se percibía el ovario de este lado.

El cateterismo uterino presentó algunas dificultades por la deformación que el neoplasma había impreso á la cavidad uterina: desde luego se tropezaba con un obstáculo al nivel del istmo interno del cuello, pero convando fuertemente el cateter y tirando sobre la pinza de ganchos que hacía presa sobre el labio anterior del cuello, se lograba entrar en dicha cavidad, que era muy amplia, pues la extremidad interna del cateter se movía con facilidad y penetraba directamente hasta 22 centímetros é inclinando el mango del instrumento hacia el muslo izquierdo se conseguía introducirlo hasta la división 26. Si se intentaba operar la inclinación opuesta, se sentía que no se lograba y que el cateter descendía. La mucosa

uterinã sangró durante esta exploración sin que la enferma sufriera gran cosa.

Un catéter introducido en la vejiga demostró que el fondo del órgano quedaba al nivel del borde superior de la sínfisis púbica.

El examen de la orina no presentó nada que llamara la atención si no fué una disminución de 6 grs. en la cantidad de urea.

La area de la matitez cardiaca aumentada, la punta del corazón latía debajo de la tetilla izquierda, el segundo tono cardiaco reforzado en la extremidad interna del segundo espacio intercostal derecho, sobre el borde correspondiente del esternón, soplos musicales en las venas del cuello, daban cuenta de las palpitaciones y sofocaciones que á menudo incomodaban á la paciente. Las otras vísceras no presentaban nada de anormal.

Diagnóstico: fibromioma mural, próximo de la mucosa, sesil é intra-ligamentario. Sobre el cuerno uterino izquierdo, pequeño fibroma sub-peritoneal.

La enferma me suplicó la operara sin cloroformo, como lo había hecho con las enfermas que ocupaban los números 6 y 3 en la misma sala de Cirujía, en que ella se encontraba; pues tenía un temor horrible de ser cloroformada por haber muerto su esposo, según los médicos la dijeron, por dicho agente, al practicársele una pequeña operación en el consultorio de Maternidad, y sólo este temor, exagerado con lo que había oído decir referente á las personas que se operaban estando enfermas del corazón, y ella tenía la creencia de estarlo, la habían hecho desechar los consejos de los Dres. San Juan, Hurtado y Noriega, que repetidas veces la habían dicho era necesario se operara: la ofrecí intentarlo por ser la primera de esa índole que yo iba á practicar; pues las operaciones á que se refería habían sido hechas para extirpar tumores líquidos y el de ella era duro, macizo y carnososo; sin embargo, dejaría, para el caso en que sufriera, con la cocaina el darle cloroformo, que por otra parte no presentaba los inconvenientes que ella temía y la habían referido.

Mi maestro el Dr. F. López, á cuyo cargo estaba entonces el servicio de Cirujía del Hospital de Jesús, se sirvió otra vez ayudarme, haciendo él mismo la anestésia local con una solución al cen-

tésimo de cloridrato de cocaina esterilizada, y el Dr. F. Arellano y el practicante E. Leon, presenciaron la operación, que tuvo lugar el 5 de Noviembre de 1897.

Preparada convenientemente la paciente y colocada en la posición supina, se hizo desde un poco encima del ombligo hasta el pubis, sobre la línea media, un rasgo anestésico con inyecciones intradérmicas de la solución dicha, Algunas otras inyecciones fueron depositadas en el tejido celular.

La sección hasta la aponeurosis fué indolora.

Se puso otra serie de inyecciones sobre el rafé aponeurótico y una última en el tejido subperitoneal, después de la insición del plano aponeurótico, sin que hasta entonces la paciente acusara otra incomodidad que la impresión moral natural de suponer. Acusó una sensación extraña, no dolorosa, que la provocaba náuseas: al abrir el peritoneo, sensación que han manifestado en más ó en menos todos mis operados con anestesia local al abrir el peritoneo, así en las curaciones radicales de la hernia como en las laparotomías. Se pasó pronto el estado nauseoso con la ministración de unas cucharadas de cognac con agua. Llegados sobre el tumor y reconocido que era de la naturaleza que habíamos diagnosticado y hendiendo el peritoneo en toda la extensión de la herida, tratamos de luxarlo para llevarlo fuera del vientre, maniobra que creí imposible por las fuertes adherencias á los lados de la pelvis y la cortedad relativa de los ligamentos anchos, en los que el tumor estaba incluido, y temiendo que mi enferma fuera á sufrir demasiado con este tiempo de la operación, propuse que se la diera cloroformo, á lo que se resistió con una tenacidad y horror inconcebibles, y á pesar de las seguridades que la dábamos de la inocuidad del anestésico. En vista de su resistencia y de protestarnos no sentir ningún dolor, exortándonos con toda entereza á que continuáramos nuestra tarea, proseguimos la operación anestesiando un poco encima del ombligo las paredes del vientre para agrandar la insición, lo que se hizo sin provocar sufrimiento.

El tumor más ampliamente descubierto y para no causar, con los atirantamientos, dolores que el anestésico local no podía quitar, opté por hacer inyecciones de solución anestésica en los ligamentos anchos y en las partes adherentes del tumor, ligué aquellos y desprendí éstas con los dedos, separando de algunos puntos, entre-dos

ligaduras, el epiplón adherido. Hasta entonces pude movilizar el neoplasma y ver que el fondo de Douglas era profundo y estrecho; adherencias firmes cubrían y acortaban los ligamentos que lo limitan. Hasta entonces la enferma no había exhalado una queja, aunque estaba un poco sobreexcitada; no fué lo mismo al enuclear el tumor, después de la sección de los ligamentos anchos y su pediculización, las sensaciones extrañas del principio de las manipulaciones peritoneales se repitieron, así como las náuseas. Con el tumor hicieron hernia las asas intestinales; las que fueron reducidas y cubiertas con compresas esterilizadas calientes, sin que la paciente volviera á sufrir, y puede decirse que el único tiempo penoso de la operación, fué el de la enucleación del tumor por las sensaciones dichas, no dolorosas y soportables, según confesión posterior de la paciente. Los otros tiempos de la operación: sección del pedículo, grueso como el tercio inferior del antebrazo, hemostasis y sutura, así como la unión por planos de la pared abdominal, según el procedimiento descrito en el caso anterior, se practicaron sin que la enferma manifestara por un gesto que sufría. Sin embargo, al hacer la extirpación de los anexos engrosados y adheridos, sobre todo los del lado izquierdo, en que el pabellón de la trompa, unido fuertemente al ligamento infundíbulo-pélvico y á la parte más externa del ovario, contraía además adherencias con el peritoneo que tapisaba la parte más interna de la fosa iliaca; (de tal manera gruesas eran las producciones plásticas peritoneales en esta parte, que habiéndome escapado ya una ligadura, tuve que machacar con una pinza de Terrier la porción escapada para cogerla con una doble ligadura en cadena, advirtiéndome los latidos de la iliaca externa los cuidados con que debía conducirme para no lesionarla ni interesar su vena satélite); sea porque el temor de penetrar con la solución anestésica en la vena iliaca no inyectáramos lo suficiente, sea porque temía interesar á la misma en la ligadura y por eso estiraba demasiado, lo cierto es que aquí sintió dolor la enferma, pero afortunadamente no fué arriba de dos minutos, sin que fuera muy agudo ni tampoco continuo.

Mientras suturaba la piel, la paciente, que todo lo había oído y observado, y que sentía además claramente el paso de la aguja sin que le causara dolor, empezó á encarecernos su agradecimiento y á expresar su admiración por no haber casi nada sentido de dolor;

pues no obstante las afirmaciones de sus compañeras de sala, ella se sospechaba que iba á padecer mucho y sucedió lo contrario: "de seguro me muero si me hubiera vd. operado con cloroformo," terminó diciendo, cuando ya con su apósito y vendada se la llevaron á su cama.

El apósito consistió, en gasa estéril y algodón absorbente.

La operación duró una hora veinticinco minutos.

El total de solución anestésica inyectada fué de 22 cc. ó sea de 22 centigramos de claridrato de cocaina, sin que se presentara más accidente que la palidez del semblante, la dilatación de las pupilas y hormigamientos y adormecimiento de las manos y antebrazos, lo que muy pronto se dispó con unas dos cucharadas de cognac: La temperatura axilar bajó á 35 grados 8 décimos; con sábanas calientes y botellas de agua caliente se hizo subir la temperatura á 37 grados 2 décimos, en una media hora.

La operada quedó tranquila y mucho menos adolorida que su compañera, que había sido operada con cloroformo.

Prescripción: agua caliente con cognac, por cucharadas, si acusaba sed.

A las 8 p. m. T. 26°8.—P. pequeño, 95.—R. 30. Vientre adolorido, no hay vasca, estado general bueno. Descansa sobre el lado derecho. Acusa mucha sed.

Prescripción: agua caliente y cognac en cucharadas, cada dos horas, y una lavativa con esencia de trementina. Cucharada de cloral para dormir.

Día 6.—T. 7 a. m. 37°.—P. 90.—R. 30. Durmió poco, pero estuvo tranquila; no hay dolor ni vasca.

Prescripción: café con leche, dos cucharadas y una cucharadita de cognac cada dos horas. Lavativa, de agua caliente, si se queja de sed. 7. h. p. m. T. 37°5.—P. 96.—R. 34. Vientre adolorido y ligeramente timpánico, se le ministra una lavativa purgante, arroja gaces y siente bienestar. Sulfonal para dormir.

Día 7. T. 7 h. a. m. 37°. P. 70.—R. 28. Sueños y agitación durante la noche anterior que durmió poco; no ha evacuado, ventoseado ni tenido vasca. Vientre adolorido y timpánico. Se le da un purgante de 28 gramos de sulfato de sosa, que lo vuelve; inmediatamente se la aplica una lavativa purgante por intermedio de una sonda exofágiana, evacua excremento y gaces.

Misma prescripción del día anterior. 7 h. p. m.—T. 37°8.—P. 120.—R. 40 fatigosa. No hay vasca ni se ha ventoseado: lavativa purgante, caliente y con esencia de trementina puesta muy alta con una sonda exofagiana; la hace arrojar gaces pero no escremento, sin embargo, se siente muy mejorada. Durante la prima noche tuvo dos grandes evacuaciones excrementicias y fétidas; el resto de la noche durmió bien.

Día 8. T. 7 h. a. m. 37°.—P. 86.—R. 30. Estado general bueno. Vientre flojo y no sensible á la presión. Régimen y alimentación, igual á los del día anterior. 7 h. p. m. T. 36° 8.—P. 80.—R. 26, tranquila. Dos pastillas de 0'50 de sulfonal para dormir.

Día 9. 7 h. a. m.—T. 36° 6.—P. y R. normales, Se la ministra un purgante de aceite de recino y glicerina; después de comenzado el efecto, se le aumenta la alimentación, pozuelo de leche y cucharada cognac cada 3 horas, yema de huevo en jerez, 8 h. p. m.—T. 37°.—P. 80.—R. 26.

Día 10, 11, 12, 13 y 14, se acentúa la mejoría, la alimentación se ha ido aumentando paulatinamente; la temperatura ha oscilado entre 36°5 y 37 por las mañanas, y 36°8 á 37°4 por las noches.

El día 12 se quitaron las suturas, reunión ideal. La temperatura por la noche fué de 37 grados. Estado general, excelente.

Día 16, no se tomó la temperatura por creerse innecesario.

El 17 por la mañana se queja de tener adolorida la ingle izquierda y de sentirse intranquila con mucho malestar y palpitations del corazón, como las que otras veces había padecido y que parecía la iban á ahogar. Se la prescribió un calmante, y la quietud, no platicar. La intranquilidad y agitación fueron en aumento, así como el dolor que exacerándose, de la ingle se extendió al muslo y á la pierna, y para en la noche era intolerable, teniendo á la enferma en un grito. Al mismo tiempo el miembro fué aumentando de volumen, poniéndose en semiflexión y en rotación externa, tomando la piel un aspecto de palidez, tensión y brillantez, y conservando además la presión del dedo: que no había que vacilar con respecto á la entidad patológica en presencia de la que me encontraba, máxime cuando un cordón duro se sentía en la bisectriz del triángulo de Scarpa y que la temperatura axilar era de 38°2.

Había conseguido, durante la operación, escapar de comprender

en las ligaduras las paredes de la vena iliaca externa; pero la proximidad de aquellas y el trabajo plástico de la cicatriz del muñón, hicieron participar á la vena del mismo proceso de formación, lo que despolió su endotelio y favoreció la formación de un «trombus» á que la paciente estaba predispuesta por el estado inopéxico de su sangre: pues ya he hablado de la gran palidez de sus mucosas, del estado de su corazón, y de las grandes y repetidas hemorragias que su fibromioma la había producido.

Inmovilicé su miembro en una canaladura metálica, previo empaque untado y ligeramente compresivo, y lo levanté sobre cojines. Receté tónicos al interior é inyecciones de morfina para calmar el dolor.

Día 18. 7 h. a. m.—T. 38°.—P. 96.—R. 28. Noche atroz, sólo bajo la influencia de la morfina podía estar tranquila. Los accesos de palpitations habían vuelto. Sus vísceras torácicas no revelaban nada á los diferentes medios de exploración; no había ni tos ni sangre en los esputos, que eran examinados con escrupulosidad. Los dolores no eran ya espontáneos y necesitaba moverse para que se despertaran. Misma prescripción del día anterior. 7 h. p. m. T. 37°.—P. y R. normales; ha pasado bien el día.

Día 19. 7 h. a. m. T. 37°4. En la noche hubo una exacerbación del dolor, y el cordón de la ingle se extendió hasta el vértice del triángulo de Scarpa; subió la temperatura á 38°5. Malestar y agitación. Se prescribió la mayor inmovilidad posible, cambiándola de posición con todo género de precauciones, á fin de evitar el desprendimiento de un coágulo: aplicaciones calientes y mantener levantado el miembro.

En la mañana de este día amaneció bien y el resto del día lo pasó mejor. T. 7 h. p. m., 37°5.

Día 20. Durmió bien. El dolor fué menos. T. 7 h. a. m. 37°2. 7 h. p. m. T., 37°5. Pasó el día tranquila.

Día 21, 7 h. a. m.—T. 37°. Dolor cuando se imprimen movimientos al miembro. Se quita la canaladura y se deja una compresión suelta y se levanta el miembro sobre cojines.

Desde este día hasta el 30, siguió en mejoría: las temperaturas oscilando entre 36°8 y 37°5. Se restableció poco á poco; el hinchamiento de la pierna fué desapareciendo, lo mismo que el cordón

de la ingle. En la pantorrilla quedó un pequeño endurecimiento doloroso.

El 1° de Diciembre se sentó en una silla, y cuatro días después salía por su pie casi completamente curada, pues le quedaba al andar, un poco cargado el tobillo.

Dos semanas más tarde, todo había desaparecido; nuestra paciente, encontrándose perfectamente bien.

Piezas patológicas: el fibromioma de Adela López de Domínguez, era como la cabeza de un feto á término. Haciendo un corte longitudinal, se veía que estaba comprendido dentro de la matriz hipertrofiada, desbordando su fondo porque era mural y desarrollándose en su cavidad, descendiendo hasta el istmo del cuello.

El quiste dermoide pediculado, de forma ovoide, medía 0'32 por 0'18 y estaba lleno de materia caseosa en bolas, desde el tamaño de un limón y más chicas, y pelos rubios y núcleos huecos sin forma determinada, estos últimos en pequeño número.

El fibromioma de Amada Patiño era tan grande como una cabeza de adulto; su forma regular, casi esférica, era interrumpida por la eminencia desigual y mamelonada del pequeño fibroma subperitoneal que tenía asiento en el cuerno uterino izquierdo.

Un corte frontal del gran tumor, hacía ver cómo se había desarrollado á expensas de la mitad derecha de la matriz en el espesor de la pared muy cerca de la mucosa y deformado la cavidad del órgano que se encontraba rechazado hacia la izquierda y aumentada en todas sus dimensiones, midiendo 0'26 de el ostium derecho al hocico de tenca, y de 6 á 8 centímetros transversalmente en su mayor anchura.

Muy recompensado me consideraré por mi labor, si os habeis dignado fijar vuestra atención en ella.

Mexico, Julio de 1898.

J. VILLARREAL.