GINECOLOGIA.

Una observación de láparo-histerectomía y otra de colpo-histerectomía seguidas de curación.

SEÑORES ACADÉMICOS:

VOY á ocupar algunos momentos vuestra atención con el relato de dos observaciones clínicas cuyos sujetos tengo la honra de presentar.

La primera se llama S. U. nacida en México, de 22 años, soltera y encuadernadora.

Ignora de qué murió su padre; la madre falleció á consecuencia, según parece, de un padecimiento gastro-intestinal ó hepático.

La enferma padeció anteriormente sarampión, escarlatina, erisipela, anemia cerebral.

Hace ocho años vivía en un colegio ocupada en cuidar un niño enfermo; con este motivo hizo un esfuerzo para levantarle, y en el momento la sobrevino una metrorragia bastante abundante que la obligó á guardar cama durante tres meses; co los movimientos despertábase dolor intenso en el hipogastrio, dolor que principió veinticuatro horas después de la hemorragia y que desaparecía bajo la acción de una lavativa; refiere la enferma que durante el dolor se tocaba una "dureza" en el sitio doloroso.

Durante los nueve meses siguientes guardó un reposo relativo, notando que, cuando trabajaba mucho ó bajaba alguna escalera, volvían sangre, dolores y abultamiento.

A partir del esfuerzo que desplegó para levantar al enfermo, las reglas venían cada 15 días, dolorosas y abundantes.

Durate algún tiempo descansó, sintiéndose mejorada; pero cuando volvió á sus trabajos experimentó "inflamaciones de cintura" y vómitos casi cuotidianos. Así transcurrieron cinco años.

Hace uno. comenzó á notar que el vientre crecía.

Estado actual.

Aparato digestivo.—Vómitos tenaces y constipación constante.

Sistema nervioso.—Vértigos muy fuertes, sobre todo en las mañanas gran excitabilidad.

Aparato circulatorio.—Opresión precordial y palpitaciones.

Aparato respiratorio.—Disnea que aumenta á medida que crece el vientre.

Examen físico.—Vientre elevado; tumor piriforme intra-abdominal cuya base se encuentra á cuatro dedos arriba del ombligo, móvil, liso y duro. Cuello uterino pequeño que se desaloja con los movimientos que por el abdomen se imprimen al tumor; fondos de saco vaginales, ocupados; la cavidad uterina mide 18 centímetros; no se tocan los anejos.

Diagnóstico.—Fibro-mioma intersticial de la matriz.

El 6 de Enero de este año, ayudado eficazmente por mi buen amigo el Dr. D. Fernando Zárraga, practiqué la histerectomía abdominal completa, según la técnica de E. Doyen.

A los 11 días quito el apósito y encuentro la herida cicatrizada.

He aquí la secuela de la temperatura del día 6 al 22 de Enero.

MAÑANA.	TARDE.
36 grados 5 décimos.	37 grados 3 décimos.
37 grados 5 id.	37 grados 3 id.
36 grados 9 id.	37 grados.
37 grados.	37 grados 3 id.
37 grados.	36 grados 8 id.
37 grados 2 id.	36 grados 6 id.
37 grados.	37 grados 5 id.
37 grados 2 id.	36 grados 8 id.
36 grados 9 id.	36 grados 8 id.
37 grados 3 id.	37 grados 2 id.
37 grados 2 id.	37 grados 6 id.
37 grados.	

Segunda observación.—Doña A. G. natural de Guadalajara, de 38 años, casada, ha gozado de excelente salud hasta hace tres años; ignora de qué murieron sus padres; la primera menstruación aparece sin accidentes á los 15 años, y continúa lo mismo, durando de 4 á 6 días Desde que empezó la pubertad sufre de leucorrea; ha tenido tres partos de término seguidos de puerperio fisiológico. Hace tres años, sin causa conocida, aborta un producto de 6 meses, y tiene durante 4, escurrimiento vaginal fétido. Poco tiempo después, el flujo menstrual viene dos veces cada mes, y algo más tarde es casi continuo. En un estado de anemia bien apreciable ocurre á la consulta del Dr. D. Enrique del Bosque, quien le propone la extirpación del útero y anejos.

Examen fisico.—Vulva y vagina normales; cuello uterino formado por un tejido fungoso rodeado en parte de tejido muy duro; sangra al menor contacto; el órgano es móvil y puede ser abatido.

Diagnóstico.—Carcinoma uterino.

La enferma ingresa á la sala de ginecología del hospital de Jesús, y asistido por los Sres. Dres. López Hermosa y del Bosque, le practico la colpo-histerectomía completa (inclusos los anejos) el día diez y siete de Enero de éste año, sujetándome extrictamente al método de E. Doyen.

La paciente convalece rápidamente sin otro accidente que una pequeña fístula vesico-vaginal situada en un punto muy alto y que está actualmente cicatrizada.

Este hecho clínico sugiere muy interesantes reflexiones; pero por el momento sólo me propongo tocar, muy someramente, dos asuntos de palpitante interés: 1° la curabilidad del cáncer uterino, y 2° el modo de realizarla.

Acerca de la primero no hay, ni puede haber discusión posible; que el carcinoma del útero es curable, es de aquellas verdades evidentes, como que se hallan establecidas por la observación de muchos hechos; sobre este asunto el parecer de los ginecólogos es absolutamente unánime.

En la que concierne al segundo punto, es decir á la conducta que debe seguir el cirujano para curar el *carcinoma uteri,* las opiniones están divididas, y como dice Pozzi: "mal grado ardientes discuciones en Francia y en el extranjero, los cirujanos son muy lejos en efecto, de estar de acuerdo acerca de la elección entre las amputaciones parciales y la extirpación total."

Para poder apreciar con exactitud el verdadero estado de la cuestión, es preciso clasificar clínicamente los diversos casos de cáncer uterino.

Este puede estar limitado al hocico de tenca invadir todo ó casi todo el cuello; llegar al cuerpo, y por fin, extenderse á la vagina, tejido celular pélvico y ganglios.

Los neoplasmas que pertenecen á las dos primeras categorías, son los que dan más tema para la discusión: algunos ginecólogos como Schroeder, Hofemeyer y Delbet se deciden por la amputación infra ó supra vaginal, según la extensión del mal; en tanto que otros cirujuanos como Taner, Fritsch y Pozzi sostienen la superioridad de la colpo-histerectomía completa.

Los defensores de la operación parcial invocan estas razones: la mayor benignidad de la operación; la conservación de un órgano tan importante como la matriz; la menor probabilidad de herir ó cortar los uretéres; y para los epiteliomas pavimentosos de la cavidad cervical, el hecho anatómico de que la propagación del mal se hace primera y principalmente del lado del tejido celular y la vagina, y no hácia el cuerpo del útero.

Examinemos brevemente éstos fundamentos:

1° *La mayor benignidad de la operación.*—Los fundamentos de ésta proposición son de dos órdenes: unos derivan del razonamiento, los otros de la estadística.

En la amputación supra vaginal no se abre la cavidad peritoneal, por tanto, no hay riesgo de que se desenvuelva la peritonitis; ni de que se ingerte en la herida alguna partícula de tejido patológico que pudiera ocasionar la reproducción del neoplasma.

Esta razón pudo tener cierto peso en los comienzos de la histerectomía vaginal; cuando, justamente asustados los operadores con la terrible letalidad de la operación de Freund, ensayaron la colpo-histerectomía rehabilitada por Czerny.

En la actualidad, operando aséptica ó antisépticamente, y usando la técnica perfeccionada, especialmente la del Dr. E. Doyen, la validéz de éste argumento casi desaparece.

En efecto, más que la antisépsia, la asépsia há demostrado superabundantemente la inocuidad de la apertura de las cavidades serosas, del peritoneo en particular; y la infección por tejido canceroso desaparece, si, á ejemplo de Pozzi y otros ginecólogos, se legra y cauteriza la ulceracción cancerosa ántes de principiar la histerectomía, y mucho más si, procediendo como Doyen, se abate el órgano en véz de hacerlo bascular hacia atrás ó hácia adelante.

2° *La conservación del útero.*- Me ocurre desde luego que debe ser muy reducido el número de casos en que pueda conservarse un útero apto para la gestación, pues por regla general el cáncer se presenta en mujeres que tocan ó han llegado á la menopausía. Por regla general hé dicho, pues no ignoro que se registran casos de neoplasmas malignos en mujeres jóvenes, y acaso excepcionalmente hasta en recien nacidas, pero ciertamente éstos casos constituyen la minoría.

Objetan los enemigos de la intervención parcial, que la amputación

predispone á los abortos; á la estenósis con todas sus consecuencias, y por fin, que deja un cuerpo uterino enfermo de metrítis.

En mi concepto éstas objeciones son infundadas: ciertamente debe existir la predisposicion á los abortos, más ésta es sin dúda preferible á la imposibilidad de la fecundación; la metritis desaparece casi siempre, y precisamente la resección uterina es el recurso supremo contra la metritis parenquimatosa; y por fin, las estenósis son la consecuencia de una técnica viciosa y no de la operación en si misma.

Desgraciadamente en contra de la operación parcial depone un argumento de alto valor: la dificultad, por no decir la imposibilidad, de diagnosticar la limitación del cáncer á la porción cervical del útero.

3° *La menor probabilidad de herir el urétero.*—Empleando la antigua técnica de la histerectomía ó vaginal total, era muy fácil herir ó cortar los uréteres, cuando, una vez despegada la vejiga y el recto de las paredes vaginales, se colocaba una larga pinza en cada uno de los ligamentos anchos, ó cuando se colocaban los hilos según el método de la filipresura.

Pero felizmente desde hace largo tiempo háse logrado salvar éste escollo; el primero que yo recuerde, cuya técnica se enderece á este fin, es el Dr. P. Segond, que aconseja usar dos pinzas pequeñas colocando una en cada lado del cuello para estrechar las arterias uterinas ó á lo menos sus ramas inferiores.

Más nada hay superior, desde éste punto de vista, al procedimiento de E. Doyen. Recuérdese que según la práctica de éste hábil operador se hace la forcipresura de los ligamentos cuando el útero há salido fuera de la vagina; y que el instrumento se coloca de arriba hacia abajo; de éste modo se evita con seguridad la prehensión de los uretéres.

4° *En el epitelioma pavimentoso tubulado ó lobulado de la cavidad cervical,* dice P. Delvet la propagación se hace primera y principalmente del lado del tejido celular y la vagina, por lo mismo es inutil extirpar todo el órgano.

Yo no sé verdaderamente si la exposición que de éste proceso anotómico hace P. Delbet, será suceptible de algunas objeciones; pero creo que en un caso de ésta especie, y no existiendo otro argumento en contra de la extirpación total, no vacilaría en recurrir á ésta.

Como se vé, entre éste linaje de razones, la única que, á mi juicio, ha-

bla en pró de operación parcial es *la conservación de un útero fecundable*, cuando ésto sea posible, es decir ántes de la menopausía.

Veamos ahora lo que enseña la estadística.

Sería labor verdaderamente interminable querer resumir todos los datos de ésta especie consignados en libros, folletos y periódicos; por lo mismo me concretaré á citar los más nuevos.

Barraud sobre 34 histerectomías totales tomadas á Pean, Boully, Terrier y Richelot, señala una mortalidad de 5.88 por 100.

Tanmer en 45 histerectomías hechas en la clínica de Breslau apunta 6.9 por 100 muertos.

Leopold, 5 por 100.

Fristsch 4.90; y Kaltenbach de 2 á 3 por 100.

Por otra parte, según Winter, en la clínica de Berlín en 64 amputaciones supra vaginales no hubo ni una defunción.

Finalmente, según Delbet en 859 operaciones totales hubo 12.60 por 100 de letalidad; y en 356 operaciones parciales, 5,9 por 100.

En concepto de Pozzi la histerectomía vaginal total no es sensiblemente más grave que la operación parcial; y lo que sombrea las antiguas estadísticas es, á un mismo tiempo, la inexperiencia de muchos operadores, la intervención radical aplicada á casos verdaderamente inoperables y la falta de técnica adecuada.

Desde que éstas causales han desaparecido, la mortalidad descendió en Francia á 5.88 por 100.

52 operaciones de Leopold no produjeron ni una muerte, lo mismo que 30 de Dmitri de Ott.

En México, no podemos tener un criterio fundado en la experiencia, pues carecemos por completo de estadísticas, y desgraciadamente ésta situación se prolongará largo tiempo aún. No faltan algunos hechos aislados, pero carecen de valor para el punto que nos ocupa. Así, por ejemplo, el Sr. Dr. Hurtado hizo hace tres años una amputación supra vaginal y una histerectomía completa por cáncer uterino; las operadas viven y en ninguna se há reproducido el neoplasma.

Otro docto y distinguido compañero extirpó no há mucho tiempo un útero canceroso; poco después se reprodujo el mal y la enferma murió; es evidente que en éste caso la amputación supra vaginal no habría procurado la curación.

Yo no puedo predecir si en la Señora de mi 2ª observación se reproducirá el tumor, pero nada hasta hoy, parece indicarlo.

Hace tres años acompañado por los Señores Profesores D. Augusto Molina y D. José Peón y Contreras, operé en Mérida una Señora que padecía un epitelioma del cuello uterino, haciéndola la amputación supra vaginal; ésta Señora visitó hace poco tiempo esta ciudad y está perfectamente curada.

Según Fritsch puede estimarse en un 10 á un 15 por 100 el número de curaciones obtenidas por medio de la colpo-histerectomía; pero es incuestionable que esta cifra aumentará considerablemente cuando el diagnóstico se haga precozmente, y cuando se proponga oportuna y claramente á las enfermas una intervención enderezada á realizar la cura radical.

Bastantes enfermas acuden á mi consulta privada ó al Hospital de Jesús, en condiciones tales, que una curación radical es ya del todo impracticable; éstas personas han perdido un tiempo preciosísimo sujetas á un tratamiento por medio de las preparaciones de cornezuelo de centeno, hidrastis canadensis ú otras semejantes; ó fueron sometidas á inoportunas y muy incompletas operaciones.

No sin justicia, añade el citado Fritsch, que si no puede exigirse que todos los médicos sepan ejecutar la colpo-histerectomía, todos deben inquirir cuándo ésta operación está indicada y cuándo no debe intentarse; y resume en esta sencilla fórmula tan importante diagnóstico; "Todo carcinoma que permite abatir fácilmente el útero debe ser operado."

Entre nosotros, el diagnóstico precoz del cáncer uterino, no solo traerá como resultado la oportuna y radical intervención, sino que, además, uniformará las opiniones acerca del género de intervención que debe adoptarse.

No sin extrañeza hé sabido que dos distinguidos profesores que se dedican con relativa especialidad á asuntos ginecológicos, no aceptan la colpo-histerectomía, sino que dan la preferencia á la operación por el abdomen; yo supongo, estoy obligado á suponer, que esa preferencia se basa, más que en la practica, en el razonamiento: de otra suerte no podría explicármelo. Si éstos Señores culpan á la histerectomía vaginal por los desexitos que seguramente seguirán cuando el útero esté fijo ó no deslize suficientemente, deben reflexionar que en semejantes casos *la operación está contraindicada*; esas enfermas no deben aspirar á

otra cosa, por el momento, sino á la medicación, al tratamiento paliativo.

Muy poco tengo que decir acerca de los comprendidos en las 3ª, 4ª y 5ª categorías,

Los de la 3ª clase es decir aquellos en que el tumor invade el cuerpo, indican con toda claridad la extirpación total del útero y anejos.

Los de la 4ª clase, es decir cuando el neoplasma invade la vagina, serán operables siempre que pueda comprenderse en la extirpación todo el tejido enfermo.

Pero aquellos cuya propagación llega al tejido celular ó ganglios, no son susceptibles de cura radical; el tratamiento paliativo será todo lo que pueda aplicárseles.

México, 1° de Marzo de 1899.

T. Noriega.

Breves consideraciones acerca del prolapso de la matriz, desde el punto de vista de su tratamiento.

El prolapso de la matriz es una afección que se presenta con frecuencia en la práctica ginecológica y ocupa, por este motivo, un lugar importante en la Patología uterina.

Su etiología, el mecanismo de su producción y su tratamiento, han dado tema á largas y acaloradas discusiones en el seno de las principales Academias extrangeras de Cirugía, así como en los Congresos de Ginecología que se han reunido en estos últimos años.

La conducta que se debe observar en los casos de prolapsos completos, complicados ó nó, con cistocele ó con rectocele, es el princípal asunto de este imperfecto trabajo, que necesita de toda vuestra benevolencia, y la cual, si no os la pido, es porque cuento ya con ella, supuesto que es inseparable cualidad de vuestra notoria ilustración.

Comprendo por prolapso uterino el descenso más ó menos completo de la matriz, que se acompaña en la mayoría de casos con el de la vejiga (cistocele) y en no pocos casos con el del recto (rectocele). Y como muy á menudo los medios que sirven de contención al útero, al sufrir los primeros efectos de la pérdida de su resistencia, la hacen sen-