

GINECOLOGIA.

UNA OTRA HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL POR FIBROMIOMA, EN QUE EMPLEIE MI PROCEDIMIENTO; ESTADISTICA. ORIGINALIDAD DE MI PROCEDER.

SEÑORES ACADEMICOS:

La pieza que tengo el honor de someter á vuestro examen, es el último fibromioma que he extirpado por mi procedimiento, descrito en el trabajo que tuve el honor de presentar á esta Sociedad, en Enero próximo pasado.

El tumor conservado en glicerina fenicada desde el 31 de Marzo próximo pasado, no presenta, dada la retracción que ha experimentado, todos los caracteres que tenía cuando acabado de extraer y mucho menos los que en él se percibían cuando abierto el vientre estaba aún dotado de vida; pero deja comprender cuáles serían sus dimensiones y conecciones con los órganos vecinos á su simple inspección; siendo uno de los tumores, netamente fibrósos, más grandes que yo haya visto, pues sabido es que los fibroquistes alcanzan dimensiones enormes. El fibroma objeto de este estudio, pesó luego de extraído, 3,100 gramos y media en su diámetro vertical 0,26; en el transverso máximo 0,21 y en el antero posterior 0,17 y su volumen era el de una cabeza de adulto.

Siendo el fibromioma mural y con desarrollo hacia el interior de la matriz, su crecimiento se acompañó del de el útero, que simulaba por su grandor y simetría, un embarazo en el octavo mes. Su manera de crecimiento, explica su desarrollo intra-ligamentario y sus íntimas relaciones con el piso pélvico y con los órganos allí existentes, sobre todo los uréteres y las arterias uterinas.

En el procedimiento que sigo para extirpar este género de tumores, y que varía muy poco según que esté ó no adherido el fondo recto-uterino y la matriz invadida ó no hasta el cuello, divido el peritoneo hacia atrás, transversalmente, en la extensión de los bordes limítrofes del neoplasma y á seis ú ocho centímetros del fondo de Douglas ó de lo que lo representa; tal se ve en la matriz fibromatosa sobre su cara posterior que es la que más peritoneo tiene. El fondo recto-uterino

solo estaba adherido en su porción inferior; pero por el volumen del neoplasma, la sección de la inserción vaginal fué difícil: pues estando el tumor fuertemente implantado en la pelvis, apenas permitía las maniobras entre él y el promontorio, no obstante el tumor ser atraído fuertemente hacia adelante y arriba, por un ayudante que tiraba del tirabuzón implantado un poco debajo de la cima del tumor que guarda aún la impresión.

Hecha la sección de la vagina como dejo dicho y descrito en el trabajo ya mencionado, el piso pélvico con la vagina taponada de gasa, se deprimió de enmedio y el tumor en algo se levantó permitiéndome: la prensión de las uterinas con pequeñas pinzas de forcipresura y la disección, más bien dicho, el desprendimiento con el dedo del piso pélvico de la base del tumor, hacia el lado izquierdo; y la disección con las tijeras de la porción basilar derecha del tumor, al ras de su masa, por no herir el ureter correspondiente: ¡tan íntima así era su unión con la aponeurosis perineal superior! Esta disección difícil y laboriosa se nota, en la pieza que presento, en lo desprovista de tejido celular que se haya en el sitio indicado.

Despreñdiendo con estas disecciones el piso pélvico, aflojados por su base los ligamentos anchos, el tumor obedeció á las tracciones, nivelando su base de implantación el estrecho superior, siendo entonces sumamente fácil la pediculización de los ligamentos anchos y la talla del colgajo vesical. Con tal fin introduje respectivamente de uno y otro lado do los ángulos de la incisión peritoneal posterior y razando los bordes del neoplasma, mi dedo encorvado de manera de comprender en su asa el ligameto ancho hasta los lados de la vejiga que, el tumor había arrastrado en su séquito.

En la cara anterior de la matriz fibromatosa, se ve la gran superficie, desnuda de peritoneo, que estaba en relación con la vejiga y solo en su parte superior queda revestida de una pequeña porción de serosa.

En las condiciones mencionadas fué cosa de un momento la sección sin sangre de los succulentos pedículos ligamentosos que sostenían al tumor, para lo que puse una gran pinza de Terrière debajo de los anexos hasta el borde de la matriz, guiándome con el dedo y lo más pegado posible á estos órganos en vista de impedir la hemorragia venosa; y cogí la ovárica con el ligamento infundíbulo pélvico en una pe-

queña pinza de forcipresura, muy cerca del ovario para evitar la peligrosa relación de la vena ilíaca, y la arteria del ligamento redondo con este órgano, en el punto que se desprendía de la pinza grande que tenía cogido el ligamento ancho correspondiente; la sección de los pedículos ligamentosos entre las pinzas que practicaban la hemostasis preventiva, no dió una gota de sangre y el ahorro del precioso líquido, bien lo necesitaba la paciente, Srita. S., que estaba reducida á un lastimoso estado de enflaquecimiento y anemia, por las hemorragias repetidas y abundantes que había tenido y los sufrimientos y molestias que había indurado.

El ovario izquierdo transformado en el quiste que veis y que tenía el tamaño de una naranja mediana; la trompa correspondiente crónicamente inflamada; los anexos del otro lado igualmente enfermos: la trompa dilatada, el ovario esclero-quístico y con hemato-quiste, me decidieron á extirpar todos los órganos internos de la generación, como se puede ver en la pieza, no pensando más en la miomectomía que hubiera conservado un órgano inútil ni en guardar alguno de los ovarios en vista de la regularización del funcionamienso nervioso por la secreción interna de la glándula, porque las dos glándulas ovígenas estaban destruídas y aun cuando no lo estuvieran en su totalidad, siempre sería peligroso conservar un resto de órgano inútil desde el punto de su funcionamiento, tratando de satisfacer una teoría que no está suficientemente demostrada.

Antes de la extirpación de la matriz fibromatosa, no alcancé, con un histerómetro que medía 0,18 de tallo, el fondo de su cavidad; después de extirpada, con un tallo más largo pude obtener de 0,21 á 0,24 según que llegaba al medio de su fondo ó que avanzaba hasta el ostium del lado izquierdo: en efecto, el tumor desarrollado á expensas de la pared anterior, hizo fuerte eminencia en el interior de la cavidad uterina que se desarrolló proporcionalmente, más en longitud que en ancho, arrojada hacia atrás y á la izquierda y más elevado el orificio interno de la trompa izquierda, que el correspondiente de la del lado derecho.

El esquema que adjunto, calcado del tumor, demuestra lo anterior.

Extirpada la matriz fibromatosa con todo y anexos, hecha la hemostasis, con delgados hilos de seda, de las arterias cogidas previamen-

te, suturé en surjete y con puntos Lembert, la exéresis peritoneal del lado izquierdo del piso pélvico, y los dos tercios externos de la del lado derecho, dejando el tercio interno y la abertura de la vagina, para el paso de un cuarto de metro de gasa yodoformada, (por no tener estéril, seca), desde el peritoneo á la vulva; teniendo cuidado de recargar la gasa sobre la solución de continuidad mencionada y de que el peritoneo de los colgajos peritoneales anterior y posterior que no había sido suturado, cayera sobre de la gasa, poniéndome así al abrigo de una infiltración urinaria, en caso de que el ureter se esfacelara, dada la íntima unión que tenía con el neoplasma y la separación que de éste había sufrido.

La hemostasis siendo perfecta y llevando ya 50 minutos de estar en la operación, cerré el vientre, (extendiendo antes el epiplón sobre las asas intestinales), con puntos entrecortados, alternativos, con sedas números 3 y 4 Johnson, que comprendían todo el espesor de la pared abdominal y el peritoneo muy cerca de su borde hendido. Puntos de seda delgada acabaron de hacer la justa coaptación de la piel en toda la extensión de la herida, que iba del pubis á dos traveses de dedo encima del ombligo.

Gasa estéril y algodón absorbente, sostenidos por un fuerte vendaje y un filtro de algodón en la vulva, constituyeron el apósito.

6 horas después cambiaba el apósito vulvar que estaba empapado de serosidad sanguinolenta, y encontrando la orina límpida, estiré como diez centímetros fuera de la vulva la gasa que taponaba el peritoneo y vagina, cortándola al ras de los grandes labios y apliqué un segundo apósito.

A las 18 horas de la operación: nuevo cambio de curación vulvar por estar tinta en la misma serosidad sanguinolenta y retiro como otros seis centímetros de la gasa del taponamiento, creyendo que con esto el tapón solo llegara al orificio interno seccional de la vagina. Cambio por primera vez el apósito abdominal por encontrarlo sucio de la serosidad mencionada: la herida estaba reunida en toda su extensión y nada indicaba la más ligera infección.

La orina límpida como la primera vez que la sondie y más abundante y así continuó en los días subsiguientes:

La temperatura osciló entre 35°2, inmediatamente después de la operación que duró 70 minutos, á 37°8 en la noche del día de la operación, 31 de Marzo; y de 36°4 á 37°5 mañana y noche del 1° de

Abril. Pulso y respiración regulares; lengua húmeda; mucha sed, nada de basca.

El 2 de Abril, no encontrando ninguna mancha de serosidad sanguinolenta, ni otra sobre la curación vulvar, retiré el tapón y dejé un simple filtro de algodón sobre la vulva. Debo advertir que el dolor que provocó la retirada del tapón, fué casi insignificante y de ninguna manera comparable con el que despertó su tracción la primera vez, seis horas después de la operación, que fué sumamente intenso y muy grande de la resistencia que experimenté para sacarla en la extensión dicha de 0'10, fenómeno que ya he observado en las operadas, en las que he tenido que taponar el peritoneo, y que demuestra la unión íntima que contraen con la gasa el peritoneo mismo y sobre todo el epiplón, que se incrusta en ella, habiéndome sucedido de que al retirar la gasa 12 horas después del taponamiento, se haya vendido con ella el epiplón y tenido trabajo en separarlos. Si se retira la gasa hasta las 24 horas, se tendrán mayores dificultades, el dolor será terrible y el epiplón sangrará.

Instituí inyecciones vaginales con solución estéril, normal, de cloruro de sodio, fenicado al 1 p ∞ , cada 24 horas, los 4 días siguientes á aquel en que se retiró la gasa de la vagina, y se reemplazaron desde el 7 de Abril, por las de cianuro de mercurio al 1 por 1,500, no habiendo ya riesgo de penetración de la solución antiséptica venenosa, en el peritoneo, por estar éste firmemente cerrado. Las inyecciones fénicas débiles con cloruro de sodio al 6 por 1000, no producen accidentes aunque penetren en el peritoneo, y constituyen un buen desinfectante, si se establece luego una buena canalización ó taponamiento con gasa.

La marcha de la temperatura así como el pulso y la respiración, permanecieron normales. La parálisis intestinal fué combatida con lavativas purgantes y purgantes que se empezaron á ministrar desde el principio del tercer día. Los grogs y lavativas de líquidos calientes mitigaron la sed.

A los ocho días de la primera quité la segunda curación, encontrando la cicatrización ideal, sin faltar en un punto; quité las sedas y no volví á hacer lavados vaginales.

El 26 de Abril, partía la Srta. S., de Monterrey donde la operé, para Sta. Catarina, (E. de N. L.) y lugar de su residencia, profundamente reconocida del servicio recibido. Se sentía perfectamente, había

comenzado á engrosar estando todavía en la cama y no la asediaban más las perturbaciones nerviosas, (ataques) y cardíacas (palpitaciones, sofocaciones), que la habían hecho buscar en junta de las metrorragias y dolores, un alivio en la operación.

La Srita. S. tiene 33 años, y desde que empezó á menstruar, tuvo fuertes dolores en los hijares y vientre bajo y abundantes menorragias que se acentuaron á datar de los 22 años.

Algún colega la había asegurado que tenía un quiste del ovario, pero nunca se había resuelto á hacerse operar.

En más de una vez había hecho el viaje á Monterrey, en el mes que acostumbro ir á ver á mi familia, para consultarme sobre su mal, pero temerosa de que le aconsejara una operación, se había devuelto, hasta que hastiada de sufrir, buscaba en la operación el alivio ó la muerte. Por fortuna hoy podemos ofrecer garantías de curación á nuestras pacientes afectadas de fibromioma, que hace tres años no encontraban aún en nuestra culta capital.

Creo haber sido el primero en publicar hechos de este género, en la "Gaceta," órgano de esta Sociedad, coronados del más feliz resultado, de los que uno, tal vez el primero en la literatura científica, la histerectomía abdominal supravaginal, fué practicado con anestesia local, empleando una solución estéril de cloridrato de cocaina al 1 por 100 en inyecciones intratisurales. (1)

El 31 de Enero próximo pasado, presenté á la Academia, para proveer á la plaza de Ginecología, entonces vacante, mi segundo trabajo, titulado: "Manera de practicar la histerectomía abdominal total ó supravaginal, en las afecciones neoplásicas de la matriz ó de los anexos, el fondo de Douglas estando libre ó adherente," que divido en tres partes: I. Asepsia y antisepsia en las intervenciones abdominales realizadas científicamente con medios sencillos.—II. "Operar pronto y bien" (Doyen) para lo que se necesita conocimiento profundo de la Anatomía Normal y Patológica y Un procedimiento fácil y seguro. Y III. Sutura del vientre que impida la eventración. Cinco pacientes había operado con mi procedimiento y había tenido cinco éxitos. Hasta entonces había operado 11 mujeres; la 6ª de mis operadas, que lo fué por el procedimiento de Howard Kelly, sucumbió en el Hospital Morelos al 4º día

(1) Julio de 1898. "Gaceta Médica." Marzo 1º 1899

de la operación, cuando nada hacía temer este fin, según consta en las ordenatas del servicio, y á consecuencia, parece, por un movimiento brusco, queriendo evitar ensuciarse en la cama; desde el día anterior la había comenzado una colitis hemorrágica, que atendida, parecía haber cedido.

A la autopsia se encontró reunida la herida ventral en todo su espesor así como la exéresis peritoneal sin otro vestigio de inflamación que una débil adherencia del epiplón en el fondo de la pelvis. Los intestinos lisos y libres; la S iliaca débilmente congestionada en su superficie y en la extensión de unos 25 centímetros. Seccionada esta porción entre dos ligaduras y abierta en el sentido de su longitud, se encontraron sufusiones sanguíneas y placas de descamación intestinal y exulcerativas, indicando el sitio de la sigmoiditis hemorrágica que había contribuido al fin de la paciente.

Desde el siguiente caso que operé, me propuse emplear el procedimiento cuyos rasgos principales dejo conocer en la descripción de la operación relatada al principio de este trabajo y que es la duodécima por fibromioma y la sexta en que empleo mi procedimiento siempre con éxito.

Procedimiento que había estudiado en el cadáver y que me parecía reunía condiciones de seguridad, sencillez y de rápida ejecución, que no veía en los procedimientos hasta ahora publicados y que conocía ya por haberlos practicado ya por haberlos visto hacer á los autores mismos.

Actualmente la mayor parte de los operadores, confeccionan colgajos peritoneales para el tratamiento retroperitoneal del muñón, como en un principio lo hizo Chrobak, modificando el procedimiento de Schroeder: lo que también se encuentra en mi manera de hacer. En la manera de atacar la matriz por detrás, mi proceder se parece al de Doyen; pero en la talla de los colgajos peritoneales y confección del pedículo hay diferencias bien grandes que critico y hago resaltar en mi trabajo.

Doyen, no taponá la vagina; introduce una pinza para cortar la inserción vaginal, pinza que puede infectar el peritoneo ó perforar el intestino en caso que el Douglas esté adherente.—Yo taponó la vagina, no introduzco pinza y evito la infección de este origen.

Doyen, no confecciona colgajo peritoneal posterior.—Yo tallo uno.

Doyen, coge el cuello uterino, con una pinza especial, á través de la abertura que ha hecho en la vagina.—Yo no uso de tal pinza que juzgo inútil y secciono el cuello uterino ó la vagina *subperitonealmente*.

Doyen, ejerce tracciones sobre el cuello uterino para luxar el tumor, y los tejidos estirados con él, estrechan sus relaciones y de allí el extremo cuidado de no separarse de los lados del cuello durante la prensión de las uterinas por no coger los uréteres.—Nada semejante pasa en la sección *subperitoneal* que yo hago del cuello ó vagina: por la tracción sobre el fondo del tumor, los órganos contenidos al nivel de la sección se alargan y los que quedan arriba y abajo son arrastrados con sus respectivos segmentos: por lo que con toda confianza se cogerán las uterinas hacia los lados de la sección sin temor de coger ó pinchar los uréteres que han quedado debajo.

Doyen, talla un colgajo peritoneal anterior al desprender el tumor.—Yo lo tallo cuando el neoplasma permanece en su sitio.

Doyen, extirpa primero el tumor y después liga los pedículos ligamentarios.—Yo ligo primero y después secciono para evitar la efusión innecesaria de sangre.

Doyen, sutura en bolsa comprendiendo la vagina en la sutura.—Yo sutureo transversalmente y en suturas independientes el muñón del cuello ó sección de la vagina y en seguida el peritoneo para evitar en lo posible la infección que pudiera venir de las cavidades vaginal ó cervical por intermedio de los hilos.

Si tal conjunto de diferencias no bastan para diferenciar un procedimiento, diremos que no hay otro que el de Schroeder, para el tratamiento retroperitoneal del pedículo, y que todos los que de allí se derivan, no merecen el nombre de tales, y excluiríamos los de Chorobak, Térrière, Howord Mac. Kelly, Olshausen, &c. que conservan un muñón uterino. Y en lo que se refiere á la histerectomía abdominal total, solo se tendría en consideración la manera de hacer de Freund y los procedimientos de Martín, Délagénier, Ségond, Richelot, Doyen, etc., no deberían mencionarse.

La confección de los pedículos en mi procedimiento, tiene mucho de la manera de hacer de Landeau, Térrière, Richelot, en cuanto reducen la exéresis peritoneal. La sutura de los colgajos peritoneales se asemeja á la que practican todos los que conservan un muñón retro-

peritoneal, pero tiene mayor semejanza con la que emplea Landeau en la histerectomía abdominal total y la que Térriere usa en la histerectomía supravaginal.

En resumen, señores: "Un procedimiento fácil y seguro," para la extirpación de los fibromiomas uterinos, es el que tengo el honor de presentaros por segunda vez, y que en seis casos me ha dado seis resultados felices y cábeme la satisfacción de haber sido el primero en México, en practicar la histerectomía abdominal con pedículo intra-abdominal y retroperitoneal como lo dejé demostrado en mi trabajo ya mencionado que presenté á esta Academia en Julio de 1898.

México, Julio 12 de 1899.

J. VILLARREAL.

NECROLOGIA.

El 17 de Diciembre próximo pasado falleció casi de una manera violenta el *Dr. Manuel Azeleira*.

El Dr. Azeleira se recibió en nuestra Facultad el 28 de Octubre de 1862, ejerció en Pachuca, y después en México, donde asistía una clientela numerosa; fué médico del Asilo Español por muchos años.

La Administración de la *Gaceta Médica* registraba su nombre de suscriptor, entre los más antiguos y constantes. Sentimos su muerte como buen amigo y leal compañero.