

GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

PERIODICO

DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.

TOMO XXXVII

MEXICO, 15 DE ENERO DE 1900.

NÚMERO 2.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

Acta núm 8.

SESION DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1899.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Ramón Icaza.

Lectura de un trabajo del socio correspondiente Sr. Dr. Otero.—Interesante comunicación del Sr. Dr. D. Julian Villarreal sobre un caso de fibromioma uterino de grandes dimensiones con inclusión del ureter derecho, que fué seccionado al extirpar el neoplasma y ligado al propio tiempo que los vasos de este. Nefrectomía consecutiva.—Exito.—Discusión.—Continúa la discusión del dictámen sobre la Memoria relativa á la primera de las cuestiones para el Concurso anual de 1898 á 1899.

El suscrito dió lectura al trabajo de reglamento del socio correspondiente en S. Luis Potosí, Sr. Dr. D. Miguel Otero, sobre "Observación de un caso extraordinario de Hipnotismo espontáneo."

El Sr. Dr. Villarreal usó de la palabra para referir la historia de una enferma que entró al hospital González Echeverría el día 26 del pasado: tiene 46 años de edad, pero representa másde 50, por el agotamiento que en ella han producido fuertes metrorragias debidas á un gran fibromioma uterino. Como tiene por regla de conducta intervenir en esta clase de tumores, propuso la operación á su enferma y aceptada que fué, se la practicó hace unos nueve días; hizo una incisión exploradora al nivel de la porción media de la línea blanca infra-umbilical, que no pasaba de diez centímetros, y pudo notar, desde luego, que el peritoneo parietal estaba adherido con el tumor; dividió la serosa en una extensión menor que los otros planos de la pared y pu-

do ya explorar con el dedo el interior de la cavidad, notando entonces que el neoplasma adhería también con algunas asas intestinales. Ampliando la incisión exploradora, desde el ombligo hasta encima del pubis, á 19 centímetros de extensión, para lo que fué eficazmente ayudado por los Sres. Dres. J. Velázquez y R. Norma, que le acompañaban en la operación, logró hacer salir con no poco trabajo el tumor apretado por el vasto ojalabierto en la pared del vientre, merced á las tracciones combinadas que se practicaban sobre dos tirabuzones implantados en su masa y entonces pudo ver con el Dr. D. Regino González, que presenciaba la operación así como algunos otros facultativos, que el neoplasma uterino había sufrido con la misma matriz fibromatosa una media torsión hacia la izquierda, presentándose una especie de puente sobre la parte superior del Douglas, que ocultaba la mitad derecha. El ciego y el apéndice remontaban adheridos sobre el tumor hacia la izquierda y atrás; tuvo que desprender también asas del intestino delgado, que adherían íntimamente al tumor y todo esto, previa la separación del epipión, que formaba como un *collarete* sobre la gran circunferencia del neoplasma.

El anexo izquierdo hidroquístico del tamaño de una naranja ocupaba en retroversión adherente la porción del fondo de Douglas que quedaba libre. El anexo derecho se adhería íntimamente con el ciego. No siendo aplicable su procedimiento empleó el de H. Belly y Segond empezando por la extirpación del anexo hidroquístico izquierdo, ligando la útero-ovarica, seccionando el ligamento ancho, previa inversión hacia la derecha de la inmensa mole neoplásica; ligó la uterina al nivel del cuello y abriendo la vagina, disecó el tumor al ras del cuello hasta encontrar la uterina del lado opuesto que también ligó, procediendo entonces á la confección de los colgajos peritoneales anterior y posterior y al desprendimiento del ciego, el anexo derecho y el resto del ligamento ancho de este lado. Sobre el puente ligamentoso vascular, que ocupaba el lado derecho del Douglas, se veían enormes venas flexuosas del plexus pampiniforme y optó por ligarlas, antes de seccionarlas, notando y haciendo notar el espesor de una de ellas. Poco después notó al desprender el ciego y el apéndice, que lo que había seccionado no era el borde superior del ligamento ancho, pues este, distendido por un gran lóbulo intraligamentoso, se extendía hasta la fosa ilíaca donde sintió latir la arteria bajo su dedo, siguiéndola así de adelante atrás en el estrecho su-

perior. Rasando siempre el tumor, llegó á enuclearlo sin que la paciente hubiera perdido gran cantidad de sangre. Ligadas las uterinas y útero-ováricas, hizo la sutura del peritoneo pélvico, más bien dicho, aproximó los colgajos anterior y posterior de los lados de la pelvis, que quedó materialmente desprovista de peritoneo, la solución de continuidad peritoneal avanzando muy léjos sobre la fosa ilíaca derecha y hacia atrás, yendo encima de la bifurcación de la aorta y sobre la vena cava.

Hecha la sutura, vió que quedaba un espacio para el que la autoplastia peritoneal ya no alcanzaba y entónces suturó al nivel de la sínfisis sacro-ilíaca izquierda, pasando desde allí hasta la vulva, al través de la vagina, para canalizar, una gasa yodoformada estéril.

En seguida hizo descender el epiplón hasta el fondo pélvico, envolviendo con él todo el paquete intestinal y evitándole, por lo mismo, el ponerse en contacto con el peritoneo pélvico y parietal maltratado; á lo que yo doy, dijo, gran importancia en mis intervenciones abdominales, pues con sólo esta maniobra he conseguido que los fenómenos de parálisis intestinal sean apenas marcados.

“Enjugado el peritoneo parietal, que sangraba, así como el epiplón, que recibió la sangre, suturada la pared del vientre en un solo plano como otras veces lo ha descrito, puesto el apósito y pasada la paciente á su cama, procedí al exámen de la pieza patológica, que ha sido ya examinada por la mayor parte de los señores Académicos, para quienes ha pasado inadvertido un detalle que durante la ejecución de la operación, para mí también pasó, y es ese tubo de paredes gruesas, que no es una vena ni mucho menos una arteria, que no da ni una colateral y que se encuentra entre dos de los lóbulos intraligamentosos del neoplasma, los que correspondían al lado derecho, y que habían comunicado su movimiento de tensión á la matriz, distendiendo el peritoneo pélvico y desprendiéndolo de la sínfisis sacroilíaca donde caminan los vasos ováricos antes de ponerse en relación con los ovarios y los ureteres.”

“Sí, señores, dijo el Sr. Dr. Villarreal, este tubo no es otro que el ureter. ¿Qué hacer? El vientre estaba cerrado y abrirlo equivalía á hacer otra operación. El ureter estando cortado muy alto (la porción seccionada medía 18 centímetros), no había esperanza de incluir el cabo renal en la vejiga sin practicar un desdoblamiento de este órgano que nos permitiera llegar á unirlo con el ureter implicando dicha operación

un traumatismo grave. El establecimiento de una fístula lumbar para después extirpar el riñón, equivalía también á deshacer lo hecho y agravar el traumatismo. Me decidí, pues, por esperar: si se declaraba la anuria, intervendría inmediatamente anastomosando el ureter aunque fuera con el del lado opuesto y también podría esperarse la atrofia del riñón, si este estaba sano, pues yo tenía la convicción de haberlo ligado; que de no ser así, una fístula uretero-vaginal se establecería á través de la pélvis por intermedio de la gasa, que llegaba hasta la sínfisis ilíaca, que había sido desprovista de peritoneo, como antes dije."

"Decidida la espectación, mandé pesar el tumor, que tuvo un peso de 9.100 gms."

"Por la noche, el estado de la enferma fué bastante satisfactorio: temperatura 37°, pulso regular y fuerte, respiración tranquila, casi no acusaba dolores y no tenía ninguna agitación; sin embargo, apenas había como dos gramos de orina en su vejiga."

"Al día siguiente el cuadro era mejor, pues al sondearla á las 10 a. m. saqué de su vejiga 600 gramos de orina: su lengua estaba húmeda, su temperatura era 36°5, su pulso y respiración, regulares. Dos veces más se sondeó durante el día, recogándose 1,800 gramos de orina en las 24 horas; su estado general era satisfactorio. La noche la pasó tranquila y el día siguiente fué igual al anterior, recogándose 1.600 gramos de orina límpida, ambarina, y los caracteres macroscópicos de una orina normal. Desde este día empezó á sentir una incomodidad y dolor en la región lumbar del lado derecho, y yo traje á esta Academia por la noche el neoplasma extirpado y la orina recogida, á fin de consultar sobre hecho tan importante; pero en la Academia se ventilaron otros asuntos y yo me ví reducido á consultar las publicaciones que había á la mano y solo encontré el caso de Pozzi, que percibió el ureter dividido antes de cerrar el vientre y lo fijó en la región lumbar, estableciendo una fístula y extirpando el riñón tres semanas más tarde."

"El 4° día lo pasó bien la paciente, aunque algo más molesta, acentuándose el padecimiento lumbar y excretando solamente 1,200 gramos de orina."

"En la noche de ese día, fuerte calosfrío, que la hizo castañetear los dientes, y elevación térmica á 40°5, copioso sudor. En la mañana siguiente solo tenía 37°6 y aun bajó á 37° la temperatura, su pulso fuerte, la respiración tranquila, evacua con una lavativa purgante y solo la in-

comoda una sensación extraña hacia la región lumbar derecha y el sentirse muy estropeada y cansada por lo mucho que sudó, á lo que atribuye también la sed que la devora.”

“No obstante el bienestar de la paciente en los días anteriores, vino á mi mente la infección urinosa por reabsorción en un riñón enfermo y próximo á morir.”

“¿Podría este órgano con su muerte acarrear la de la paciente...?”

“Resuelto ya á intervenir, vino á acabar de decidirme un nuevo calosfrío, tan intenso ó más que el primero, con temperatura de 41° y sudor tan copioso que literalmente empapó abrigos y colchón.”

“Amaneció al otro día con 38°, á las 8 a. m. solo tiene 37°, minutos después fuerte calosfrío y ascensión rápida de la temperatura á 38°, 38°5, 39° y 39°6, y estando todo dispuesto, es llevada la paciente á la mesa de operaciones para intervenir por la vía lumbar, desechando la abdominal por lo anteriormente expuesto acerca de la división alta del ureter é imposibilidad de una anastomosis fácil, por no destruir la cicatrización reciente de una vasta herida peritoneal y por la certeza de la suplencia orgánica del riñón opuesto. En la intervención lumbar me proponía hacer la canalización de la pelviella y solo en caso de que me persuadiera de que el órgano atacado se encontraba en condiciones de ser peligrosa su conservación, procedería á extirparlo. Una incisión lumbar, curva en su tercio inferior, de concavidad hacia arriba, situada entre la duodécima costilla y la cresta ilíaca, al nivel del borde externo de la masa sacro-lumbar, me dió acceso al riñón cuya pelviella encontré distendida y próxima á estallar y el riñón, hipertrofiado, congestionado y con equimosis debajo de su cápsula, que se distinguía con toda claridad luego que con el dedo lo hube separado de su atmósfera celulosa. Ligué los vasos renales en un solo pedículo, muy cerca del riñón, colocando después una ligadura aislada sobre la arteria que se percibía en el centro del muñón. El ureter fué dividido debajo de la pelviella entre dos ligaduras. Agrandando un poco la incisión hacia abajo y adentro, pude, haciendo tracciones sobre la porción restante del ureter, extirparlo precisamente hasta el lugar en que había sido ligado, como lo demuestra la cicatriz que se ve en la extremidad libre.”

“He aquí el riñón y el ureter extirpados. Cerré la herida dejando solo en su extremidad inferior una gasa, que, situada en la dirección del ureter extirpado, fué puesta, á fin de preservar de la infección, que la

orina del ureter pudiera provocar, pues al hacer tracciones sobre éste, se desgarró un poco al nivel de la ligadura antigua.”

“Por la noche, la temperatura de la paciente era de 37° y su estado general satisfactorio; tenía apetito, nada de basca, ni malestar. La orina que recogió su vejiga, ascendió á 300 gramos. Al día siguiente tuvo 36°5, de temperatura, su pulso y respiración, regulares, ningún dolor, y la orina excretada en la mañana subió á 600 gramos. Ha continuado bien, esta mañana le quité las suturas de la incisión abdominal y espero en la sesión próxima poder presentar á esta paciente, que ha sido motivo de esta comunicación y á quien extraje las piezas patológicas que he tenido la honra de someter á vuestra consideración.”

El Sr. Dr. Vértiz felicita al Dr. Villarrel, por un éxito tan completo, creyendo que su intervención, no solo es notable por la operación misma, sino también por el accidente que sobrevino. Cuando se corta muy alto un ureter, no es posible afrontarlo con la vejiga, que sería lo mejor, pero mucho menos con el recto, por estar ya proscrito; fijarlo en la región lumbar suele ser muy difícil, ligarlo es peligroso, porque podría no hacerse la cicatrización y venir la infiltración de orina y aunque se hiciera, subsistiría la posibilidad de la ruptura del ureter por hidronefrosis y dilatación consecutiva del resto del canal. No queda, pues, sino la nefrectomía, que fué tan hábilmente practicada por su apreciable compañero.

El Dr. Villarreal da las gracias al Sr. Vértiz por sus frases tan bondadosas y opina también por la nefrectomía en caso de ruptura muy alta del ureter; pero cuando el riñón está sano, los autores aconsejan esperar antes de intervenir, porque en tal caso puede atrofiarse el órgano.

El Sr. Presidente une sus felicitaciones á las del Sr. Vértiz y manifiesta que, aunque no tiene experiencia personal en la materia, cree que lo que precedía en el caso en cuestión era la nefrectomía. Con esto se demuestra que no basta solo conocer á fondo una especialidad, pues en esta ocasión no hubiera sido suficiente que el Sr. Villarreal fuera un ginecólogo distinguido, sino que necesitó al mismo tiempo, amplios conocimientos de Cirugía general.

Se continúa la discusión pendiente sobre el dictamen de la Memoria presentada con relación á la 1ª de las cuestiones sacadas á concurso en el año de 98 á 99. El Sr. Dr. Orvañanos dijo que la Comisión ha-

bía resuelto que se publicaran los cuadros estadísticos adjuntos á la Memoria cuando lo permitieran las circunstancias de la Corporación. Toman parte en este debate, además del Sr. Orvañanos, los Dres. Vértiz, Bandera, Mejía Icaza y Gaviño, quedando, primero, aprobado en escrutinio secreto que sí debían recibir recompensa los autores del trabajo y en votación nominal, que ésta sería de doscientos pesos y que se publicaran los cuadros referidos, conforme á la petición del Jurado. Abierto el pliego respectivo resultaron ser autores de la citada memoria los Dres. Francisco de P. Leal y Vicente Montes de Oca.

L. TROCONIS ALCALÁ.

Acta núm. 9.

SESION DEL DIA 29 DE NOVIEMBRE DE 1899.

Presidencia del Sr. Dr. D. José Ramón Icaza.

Lectura por el Sr. Dr. D. Agustín Chacón.—Discusión.—1ª lectura del dictamen sobre la Memoria relativa á la 2ª de las cuestiones propuestas en el concurso anual de 1898 á 1899.—Informe del Sr. Dr. Villarreal sobre la operada á que se refirió en la sesión anterior,

El Sr. Dr. Don Agustín Chacón, á quien tocaba en turno leer su trabajo de reglamento, presentó una Memoria titulada: "Dos casos de atrofia del nervio óptico originada por traumatismo del cráneo." Puesto á discusión este trabajo, el Sr. Dr. D. Lorenzo Chávez hizo uso de la palabra para manifestar que los hechos de atrofia de la papila consecutiva á traumatismos del cráneo no son raros. "Varias veces, dijo, he sido consultado por los médico-legistas sobre diagnóstico y pronóstico de enfermos que han entrado al Hospital Juárez con traumatismos en la región frontal y han perdido la vista del ojo cercano á la lesión por atrofia consecutiva de la papila. Estos hechos son conocidos desde la época de Hipócrates; pero el primero que dió la explicación citada por el Dr. Chacón fué Abadie. La ceguera, en todos los casos que he visto, ha sido unilateral. Recientemente he observado un enfermo que perdió