

---

**MANERA DE PRACTICAR LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL  
O SUPRAVAGINAL EN LAS AFECCIONES NEOPLASICAS  
DE LA MATRIZ O DE LOS ANEXOS, EL FONDO  
DE DOUGLAS ESTANDO LIBRE  
O ADHERENTE**

El año próximo pasado, tuve el honor de presentar a esa honorable corporación, por intermedio del Dr. J. Terrés, un procedimiento, modificación del de Schroeder; para el tratamiento de los fibromiomas uterinos, en los que las adherencias posteriores, remontando encima del fondo de Douglas, quedan sin embargo debajo del promontorio; procedimiento que solo satisfacciones me ha dado en mi práctica; y hoy para optar á la plaza puesta en concurso, me es en extremo grato hacer público el proceder que uso en los casos en que el fondo de Douglas está libre, ó adherente en parte ó en su totalidad; ya se trate de un fibroma, sarcoma ó epitelioma del cuerpo de la matriz, ó de una afección neoplásica bilateral de los anexos.

(1). La historia de la HISTERECTOMIA ABDOMINAL es reciente; y después del impulso dado por Koeberlé y Péan, los iniciadores; Schroeder, Olshausen, Saenger, Freund, Martín, Hegar y Kaltenbach, etc., continuadores y reformadores, hasta los de Doyen, (2), H. A. Kelly, (3), Richelot (4), Terrière (5), Segond (6), J. M. Baldy, Ch. B. Penrose, H. J. Boldt, Ch. P. Noble, Délagéniere [du Mans], (7), etc., la histerec-

---

(1). Véase mi trabajo ya citado.

(2). Arch. prov. chir., I., 1892. p. 496.

(3). Jhon Hopkins Hosp. Boletín, t, VII, Nos. 59, 60. Febrero y Marzo, p. 27.

(4). Revue général; Ann. de Gyn. et d'Obst., Julio de 1897. p. 42.

(5). Revue de Chirurgie, Novbre 10 de 1897 N<sup>o</sup> 11, p. 882.

(6). Revue de Gynecologie et de chirurgie abd., p. 605. 1897.

(7). Arch. prov. de Chirurgie, p. 333; 1895. Ibid. 1897.

tomía abdominal, ha entrado de lleno en la práctica de la gran cirugía ginecológica y perfeccionándose la técnica ha llegado á ser una operación que, por sus resultados, puede en un todo compararse á la ovariotomía.

Al procedimiento de Doyen, aplicable á los casos en que el segmento inferior del útero está libre, hay que oponer el de H. A. Kelly y Segond (1), así como el de Richelot, que pretenden aplicarse siempre, con tal hacinamiento de razones anatómicas, que entrañan la convicción; si no fuera que en casos particulares, la extirpación es lenta, la herida peritoneal vasta, y las desgarraduras del peritoneo sobre el estrecho superior frecuentes.

Reflexionando sobre los procedimientos anteriores, que muchas veces ví aplicar en Europa y los Estados Unidos, á los autores mismos, y después de estudios en el cadáver y con el apoyo de los conocimientos adquiridos en mis operaciones anteriores, me decidí á aplicar el especial que pasaré á describir, haciendo ántes la exposición de razones en que me fundo para recomendarlo.

En el procedimiento de Doyen, encuentro, en los casos que es aplicable dicho procedimiento: libertad y amplitud del Douglas, que no deja colgajo peritoneal posterior, que la intromisión de la pinza en la vagina, necesita de un ayudante hábil, y de maniobras difíciles para practicar con las reglas de asépsia debida este tiempo de la operación y no es sino después de esfuerzos repetidos, que será colocada en el lugar conveniente, y si á esto se agrega que las tracciones ejercidas sobre el tumor fatigan la otra mano y que por lo mismo no hay precisión en la ejecución de los actos diversos de este tiempo de la operación y ello teniendo dos ayudantes, como lo ví hacer á Landau en Berlín, que con uno solo, como Doyen y como yo mismo lo hago, la operación es más difícil. Por otra parte el paso de la pinza por la vagina, su irrupción frecuente hacia el peritoneo, la presencia del cuello mismo dentro de la cavidad ventral al ser cogido por la pinza de Doyen ú otra las maniobras sobre el cuello con instrumentos que después cortarán los ligamentos ¿no es posible, digo, dado lo difícil de la asépsia vaginal y uterina, que se infecte el peritoneo ó el tejido subperitoneal? ¿Y la cerradura en bolsa de los ligamentos y del peritoneo del piso pélvico, sin aplicación de pinzas, ó con ellas como en su principio (1892) lo hacia Doyen, no es verdaderamente un tour de force?

Los procedimientos de H. A. Kelly, Segond, Terrière, Richelot, Délagéniere, Crobaek, tienen de común como el de Freund, y el de Martín, la formación de colgajos peritoneales y la inclusión dentro de ellos de los pediculos ligamentarios: variando solamente en la manera de la ex-

(1). Loc. cit.

tirpación del tumor. Todos comienzan por el borde superior de los ligamentos anchos. Los unos: Freund, Martin, Saenger, Teriére, etc., hacen la ligadura en masa de arriba abajo; los otros más anatómicos si se quiere: H. A. Kelly, Segond, Richelot, cojen la útero-ovárica y la arteria del ligamento redondo, cortan el ligamento y buscan la uterina luxando el tumor hacia la derecha; seccionan el cuello (H. A. Kelly) ó la vagina (Segond, Richelot), y en sentido inverso recorren el camino ligando la uterina y las arterias del ligamento redondo y útero-ováricas y acabando con estas últimas ligaduras, la extirpación de la matriz y anexos.

Todos estos procedimientos son buenos y sus autores cuentan éxitos más ó menos numerosos, éxitos en proporción mayor á paso y medida que aumenta la práctica del cirujano: así el Prof. Martín de Berlín, nos refería, cuando tomé su curso de Ginecología, que en sus primeras histerectomías, tuvo una mortalidad de 20 p 8 y en la actualidad no pasa del 6 al 8 p 8.

Se vé pues, que la ciencia ha llegado á conquistar como principio que: la extirpación de la matriz y sus anexos es factible. Y si sus resultados varían con la práctica del cirujano, es evidentemente porque el procedimiento ó procedimientos dejan que desear y que no pueden ser aplicados por los que se inician en la difícil ejecución de las grandes operaciones ginecológicas: pues á nadie le está permitido ejercitarse y hacerse hábil con riesgo de la vida de sus clientes.

El ideal de una operación es: poderse practicar sin que el sujeto peligre en su existencia, aliviándole de sus padecimientos.

Muchas de las operaciones quirúrgicas han alcanzado este desideratum, y entre otras citaré: la ovariectomía por quistes uni ó multiloculares, libres de adherencias; la curación radical de las hernias, cuando no hay lesiones intestinales, y otras de las operaciones que se llaman asépticas.

Si no se ha llegado por un método ó procedimiento á hacer inofensiva una operación, es permitido practicarla á pesar de los riesgos que ella puede hacer correr, cuando la enfermedad pone en peligro la existencia en un tiempo más ó menos próximo y que los beneficios que de la operación resulten, compensen los sufrimientos que el paciente ha de soportar.

¡Ojalá y siempre los cirujanos tuvieran en cuenta el bien de sus clientes y no el suyo propio; traducido por un deseo inmoderado de fama, cuando no de metálico!

Nuestra obligación, ó más bien nuestra mayor satisfacción profesionistas, consiste en librar á las personas que á nosotros se confían, de los padecimientos que les amargan la existencia. De allí que nuestros esfuerzos, tendiendo á este fin, estemos al tanto de los descu-

brimientos científicos que nos enseñan á evitar la infección, temible complicación de las heridas, y que simplifiquemos los actos operatorios: acortando su duración: para evitar el schok, y estudiando á conciencia la anatomía de la región donde se opera: para que la operación misma se edifique entre los escollos orgánicos y no sea por sí hiriendo una víscera, otra que la de su objeto, causa de accidente ó muerte.

En la histerectomía abdominal por afecciones neoplásticas de la matriz ó de los anexos, el cirujano, no debe olvidar jamás las relaciones de los uréteres: conductos delgados y depresibles al estado normal; gruesos, deformados y flexuosos, al estado patológico; su herida ó ligadura, provoca casi de una manera cierta, la muerte de la operada: ya por infección, ya por anuria; y si con suerte se camina: una fistula urinaria será la terminación.

No son menos importantes las relaciones con la vejiga, hacia adelante; el intestino, hacia atras; los vasos ilíacos externos, sobre el estrecho superior; los uterinos y tubo-ováricos en los bordes inferior, superior é interno de los ligamentos anchos, preocupación continua del cirujano en la conformación de los pedículos, por las hemorragias á que pueden dar lugar, comprometiendo el resultado de las operaciones mejor conducidas.

Son igualmente importantes las relaciones anómalas que, los ataques de peritonitis parciales hacen contraer á las neoformaciones útero-anexiales, con la pared del vientre, epiplón é intestino; variables en su aspecto é intensidad, yendo desde la simple coalescencia hasta la unión íntima é incrustación en la masa necromatriz: lo que es fuente de peligros en la acción quirurgo-terapéutica y frecuentemente de contraindicación operatoria.

En resumen, para tener mayor número de probabilidades de éxito en una histerectomía abdominal, se necesita 1°. Evitar la infección. 2°. Operar PRONTO: para disminuir en lo posible los efectos depresivos del traumatismo, y BIEN: para evitar la hemorragia ó la herida de una víscera importante; y 3°. Que la reunión de la herida abdominal sea firme é inextensible: para mantener los órganos ventrales en su recinto.

Lo 1°. requiere un conocimiento eminentemente práctico de la ASEPSIA y ANTISEPSIA.

Lo 2°. poseer á fondo la ANATOMIA REGIONAL, normal y patológica y UN PROCEDIMIENTO OPERATORIO seguro y fácil de aplicar.

Y para lo 3°: La fisiología de la cicatrización y del funcionamiento de las paredes del vientre.

### **ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN LAS INTERVENCIONES DEL VIENTRE.**

No voy á describir la manera de hacer en las clínicas á que concurrí, durante mi estancia en Europa y Estados Unidos.

Las instalaciones magníficas y costosas de los hospitales y casas de salud, que llaman la atención por su suntuosidad y por permitir practicar cómodamente la cirugía; no me parecieron indispensables para ejercer con fruto este maravilloso arte que nos deja penetrar en los laboratorios íntimos de la vida.

El año próximo pasado, obtuve en mi enfermería particular, con medios sencillos y al alcance de todo el mundo, éxitos operatorios notables, que me sorprendieron al igual de los colegas que me honraron con su asistencia á mis operaciones: jamás el pus se vió en las heridas quirúrgicas practicadas por mi mano ni complicación alguna se registró en mis operadas de ovariotomía, extirpación de los anexos, histerec-tomía abdominal, curación de hernia, etc.; lo mismo me ha sucedido en la clientela civil.

Mi instrumentación no es numerosa, ni complicados los aparatos para realizar la asépsia; siendo manuales y fácilmente transportables, he llegado á transformar una pieza bien alumbrada, en una buena **SALA DE OPERACIONES** y practicar con éxito las más graves operaciones abdominales: como la extirpación de un bazo hipertrofiado en una niña de 11 años.

En mi enfermería, si se quiere, no había más de particular que la **SALA DE OPERACIONES ASEPTICAS**: paredes, suelo y cielo pintados de blanco, al óleo; ángulos redondeados; puertas cerradas con vidrieras á través de las que veían los espectadores; luz zenital y bilateral diferencial izquierda, meridional.

Los otros objetos son los mismos que uso en la clientela donde la pieza destinada á la operación, es humedecida simplemente con agua si el papel es delicado ó con bicloruro de mercurio en caso contrario; lavado con escrupulosidad el piso y dispuesta una sábana húmeda, dos ó tres metros encima de la mesa de operaciones: evitando este cielo artificial, la caída de polvos sobre el campo de la operación.

La **MESA** de operaciones es de madera blanca lo mismo que otra pequeña que me sirve para los instrumentos.

La posesión del Trendelenburg, la doy con una parrilla semejante á la de Terrière y á falta de ella con una silla invertida.

El **AGUA** para las manos y región de la operación; es esterilizada. Empleo también solución de cianuro de mercurio al 1/2000. estéril por la ebullición.

Los frascos en que llevo el agua, son esterilizados á 250 grados, uego seco.

El agua es esterilizada por la ebullición bajo presión ó por ebullición descontinua: 20 minutos cada 24 horas.

En matraces de vidrio de Bohemia, se consigue esterilizar continente y contenido: si no fueran por su fragilidad, serían de recomendarse.

Próximamente me llegarán, de Estados Unidos, frascos de metal, resistentes, que aplicándose directamente sobre el fuego: en 20 minutos se tendrá líquido y recipiente esterilizados.

El Dr. F. López, que puede disponer en el Hospital Militar, de aparatos de presión, obtiene la esterilización de sus soluciones introduciendo los frascos de vidrio herméticamente cerrados, en el aparato de Sorel ó en el gran modelo americano que acaba de recibir.

En una caja de níquel, coloco los INSTRUMENTOS necesarios para la operación y rara vez alguno más: pues mis actos operatorios tienen por base el diagnóstico formulado merced á un minucioso examen: Para la histerectomía abdominal empleo los instrumentos siguientes:

- 1.—Un escalpelo.
- 2.—Una pinza de disección.
- 3.—Diez pinzas de forcipresura.
- 4.—Tijeras rectas y curvas.
- 5.—Sonda de hombre.
- 6.—Dos tirabuzones de Délagénier.
- 7.—Una aguja de Cooper y un porta-aguja de Martín ó Pozzi.
- 8.—Tres agujas de sutura: una delgada y con seda delgada, para el peritoneo y la piel; otra mediana y curva, con seda media, para la sutura del pedículo; y una última también curva; pero grande y fuerte, ensartada con seda gruesa, para el plano músculo aponeurótico; y arregladas todas en un ovillo largo de gasa que las resguarda de extraviarse y facilita su esterilización al igual que la seda de sutura y ligadura, por la inmersión é impregnación en el líquido en que se les hierve.
- 9.—Un trocar de pistón y 10.—1/2 docena de pinzas Kocher, separados por una gasa y como en un segundo plano, porque probablemente no se usarán en la operación.
- 11.—Un espejo bivalvo, una sonda de mujer y una pinza de curación uterina, que se llevarán independientemente de los anteriores, ya hervidos ó se les flamea en el momento de usarlos.

Se ponen por encima de los instrumentos compresas de gasa hasta llegar á la 1/2 de la caja que se acaba de llenar con una solución caliente de subcarbonato de sosa al 1 p 8. que se ha preparado de antemano; y se tapa con la cubierta que embutiéndola, la cubre como á mitad de su altura.

La caja es puesta directamente sobre el fuego y se la tiene en ebu-

lición 15 ó 20 minutos. Cúidese de que el líquido no se consuma y recociéndose la seda no se vuelva reventadiza y que los instrumentos no vayan á sufrir la acción directa del fuego.

En una marmita se ponen gasas de diferentes tamaños y lienzo que servirán para aislar el campo de la operación y de mandiles; se les hace hervir en solución de sosa y después en agua esterilizada para quitar el excedente de sosa.

Si hay que transportar los instrumentos, se envuelven la caja y marmita en lienzo esterilizado y en seguida en un impermeable.

Cánulas, llaves, tubos y tapones para los frascos irrigadores, son también hervidos en la solución de sosa. (1.)

**PREPARACION DE LA ENFERMA:** se la hacen tomar dos ó tres baños de aseo, en la semana anterior al día de la operación y dos ó tres purgantes. La víspera, después del baño, se la purga y por la noche se la lava el vientre, se la rasura el pubis, se la pone una compresa empapada en solución débil de cianuro de mercurio al 1:2000 cubierta con un impermeable y se la hace un aseo minucioso de la vagina, que se tapona moderadamente con gasa yodoformada.

**EL DIA de la INTERVENCION:** la enferma no se levanta de la cama y en ayunas espera la hora de la operación, que debe ser aquella en que hay luz bastante y que el sol calienta la atmósfera; de no ser el día en estas condiciones y si se está urgido para operar, entónces es necesario valerse de alumbrado artificial y calentar la habitación, cuando ménos á 25 grados, con alcohol ó con una buena estufa que no dé humo.

Una persona entendida ministra el cloroformo y otra que me ayuda es el **PERSONAL** que necesito en mis operaciones; la persona de la familia, que exijo presencie la operación, solo ayuda en las pequeñas cosas que se necesitan; pues todo lo tengo dispuesto para que ninguna mano extraña comprometa la realización de la asépsia.

La enferma colocada en posición horizontal y sobre la parrilla revestida con sábanas, se procede al **ASEO DEL VIENTRE:** repetidas veces se frota con compresas esterilizadas; el escurrimiento de los líquidos por intermedio de una hijuela, se hace en una cubeta; frotada la pared del vientre y bien jabonada y lavada por espacio de quince minutos, se cubre con una compresa esterilizada y se pasa al **ASEO DE LA VAGINA.** Desde este momento se empieza á cloroformar á la paciente. **EL ASEO VAGINAL** se hace quitado el tapón de la víspera, introduciendo dos dedos é imprimiendo movimientos de rotación dentro de la vagina y al rededor del cuello, y con un pedazo de jabón de cianuro

---

(1.) "Modificaciones en el manual de la talla supra-pública. III Congreso Médico Mexicano reunido en Guadalajara. Julio de 1898.

se jabona; introduciendo la cánula se hace pasar una buena cantidad de liquido y así repetidas veces, frotando con gasa y por último, después de sondeada la enferma, se tapona la vagina con gasa yodoformada, valiéndose del espejo para aplicar bien el tadón. Se quita la hijuela y se pone á la enferma en posición de TRENDELEMBURG y mientras mi ayudante se asea las manos con agua esterilizada, froto fuertemente con una gasa impregnada de sosa la linea media y el ombligo y cubro á la enferma con lienzos desde el seno hasta las rodillas.

Con gorras de lienzo blanco, nos cubrimos la cabeza mi ayudante y yo; para evitar la caída del pelo ó caspa sobre la herida y nos sirven de mandiles, lienzos esterilizados y húmedos, que nos cubren del cuello á las rodillas; desnudándonos los brazos hasta el hombro.

Mis ayudantes y yo, tomamos un baño de aseo el día de la operación, cambiando nuestro vestido interior y exterior. No asistimos á autopsias ni hacemos curaciones sucias desde tres días antes.

A los asistentes, sólo les exijo el baño y cambio de vestido el día de la operación.

No permito que nada se remueva, no solamente durante la operación sino desde el día antes, para que no haya polvo; ya he hablado del cielo que nos cubre cuando opero en la ciudad.

No empleo más solución que la mencionada de cianuro de mercurio, al empezar el aseo de las manos y antebrazos; no uso cepillo ni limpia-uñas; el jabón es de cianurio de mercurio en polvo ó solución de jabón de Castilla.

Jabonados repetidos y frotamientos con las manos y compresas esterilizadas, creo me basten, como para el aseo de la región donde se va á operar, para producir una asepsia práctica si no científica. Si los exámenes bacteriológicos han demostrado que cualquiera que sea el método de aseo que se use para las manos, (1) siempre éstas dan cultivos fértiles: también es cierto que los microbios patógenos casi no se encuentran allí cuando la piel es sana y es á esto á lo que más ha de atender el cirujano; pues el aseo de manos lisas y sin grietas, es más fácil que el de las ásperas, agrietadas y exematosas; aunque para las primeras no se use sino agua y jabón y para las segundas, soluciones antisépticas, cepillo y todo lo que se quiera.

Con los lavados repetidos con agua y jabón y frotamientos con una gasa y la expresión de los lienzos impregnados en sosa, que nos sirven de mandiles y para cubrir á la paciente, puede considerarse el aseo de las manos como prácticamente suficiente: los detritus epidérmicos y microscópicos superficiales, que no se han desprendido con este aseo mecánico-

---

(1.) Schimmelbusch, L'Asepsie en Chirurgie.

F. Terrière et M. Pézairé.—Antisepsie et Asepsie Chirurgicales.

difícilmente podrán quedar en el peritoneo que no va á sufrir ningún frotamiento.

Igual cosa puede decirse del aseo de la piel de la enferma en la región donde se va á operar. Los fondos glandulares estarán repletos de microbios; pero como permanecerán allí hasta el fin de la operación, no tenemos que inquietarnos: porque además de que ningún frotamiento se verifica entre la piel y el peritoneo ó nuestras manos, si algún microorganismo se desprende, la quimatoxia celular, da, en estas condiciones, muy pronto cuenta de él. Tal es lo que se deduce de la observación de los hechos y la benéfica marcha de la cicatrización de las heridas, en las que jamás ha faltado la reunión por primera intención ni ha habido una sola gota de pus.



#### **ANATOMIA NORMAL Y PATOLOGICA DE LA REGION.**

(1) Operar *pronto y bien*, no se consigue sin un consentimiento topográfico de la región, nosológico de la afección y pericia técnica en el acto operatorio.

Paso por alto, las consideraciones de anatomía normal que son bien conocidas y pueden consultarse en cualquier autor moderno.

La ciencia del diagnóstico es difícil y solo merced á la educación de los sentidos, adquirida en la clínica y la gimnasia intelectual de la observación de muchos casos y del estudio de los buenos autores, nos es permitido llegar al conocimiento de una afección orgánica; ¡y cuántas veces á pesar de nuestro empeño y cuidado, al abrir el vientre nos encontramos con algo que no sospechábamos! Hasta aquí no hay mayor inconveniente: una laparatomía en las condiciones referidas es inocente; los peligros vienen si desconociendo lo que se tiene á la vista se sigue adelante sin darse cuenta y razón de la afección patológica presente; si es cierto que todo tumor de la matriz ó de los anexos, libre ó cuyas adherencias no son íntimas, debe extirparse, también lo es que las maniobras para la extirpación de cada clase de tumores, varía desde su principio y que una buena y conveniente técnica no puede instituirse si desde luego de abierto el vientre, no se está al tanto de la confirmación

(1) Doyen Technique Chirurgicale.

del diagnóstico anterior, por lo que el aspecto de las masas neoplásicas ó inflamatorias y su consistencia deben ser conocidas.

Con este propósito recordaré que cirujanos distinguidos han cometido errores de trascendencia: en uno de nuestros hospitales se operaba un fibromioma y después de abierto el vientre y tratado de desprender las adherencias, pasada media hora larga se vino en cuenta que se trataba de una afección inflamatoria bilateral de los anexos, y á Doyen en Reims lo ví extirpar una matriz con un feto de siete meses, creyendo que operaba un fibromioma; error tanto más lamentable cuanto que teniendo la matriz entre las manos, antes de extirparla, y ejercido presiones sobre ella, le pasó desapercibido el feto muerto que allí se encontraba. Las confusiones de fibro-quistes con-cistomas ováricos, apenas si deben notarse, cuando Torton, Dupley y otros se expresan así: "siempre que se va á hacer una ovariectomía, váyase preparando para la histerec-tomía, pues á menudo sucede que lo que se creía un quiste no es sino un cisto-fibroma.

En este último caso, el mal, aunque sea mortificante para la ciencia del cirujano, no está en el equivoco del diagnóstico, sino en desconocer la naturaleza del neoplasma al abrir el vientre: la vida de la paciente puede ir de por medio: puncionando un cistofibroma, cuyas conexiones no se han reconocido, creyéndolo un quiste del ovario, sacarlo al exterior y hasta entonces reconocer el error y ver que la extirpación es imposible: por las adherencias pélvicas ú otras, inclusión total en los ligamentos ó degeneración de una porción de él.

Las confusiones de embarazos extrauterinos con quistes ováricos ó inflamaciones quísticas de los anexos, no son raras.

El conocimiento del aspecto físico de los tumores, no puede adquirirse sino de visu y en el instante mismo de la operación; de allí la utilidad, si otras muchas razones no lo autorizaran, de asistir á las operaciones del vientre, practíquelas quien las practicare; que todo lo que decir se pudiere sobre la materia, sería pálido al lado de una instrucción objetiva; y así de una manera general diré, para corroborar después de la laparotomía, el diagnóstico dado por los signos de la exploración física, que: los fibromiomas, tienen un color blanco rojizo, surcados en su superficie por gruesas venas; su forma, globulosa, regular ó mamelonada é irregular. Los grandes tumores submucosos, tienen una consistencia blanda y una forma regularmente esférica, y su situación en el vientre es media y simétrica. Los tumores subperitoneales ó murales, pediculados ó sésiles, incluidos ó no en los ligamentos anchos: son resistentes, mamelonados é irregulares.

Los cisto-fibromas, tienen paredes rojizas ó blanco rojizas, y de cierto espesor y aunque dan la sensación de fluctuación, nunca es tan clara

como en los quistes ováricos, cuya coloración blanca nacarada con tintes azules, es típica.

Las salpingitis crónicas, quísticas, supuradas, con paredes engrosadas, adherentes á la matriz en su parte superior, dan la idea de fibromiomas por su coloración rojiza; pero su consistencia disipa pronto el error.

La matriz embarazada, es también globulosa, regular, de situación media, simétrica; su coloración rojiza semeja á la de los fibromiomas; sin embargo, su tinte es más lívido y su consistencia mixta: sólido y líquido, harán que un cirujano juicioso reconozca á tiempo su error ó ligereza; pues entonces recordará no haber sondeado la matriz, que la suspensión de las reglas data de cierta época, que no examinó los senos ni oyó los ruidos que se verificaban al nivel del tumor; y de haber tenido en cuenta todos estos signos y la historia clínica del caso, exactamente recogida y haber encontrado: menstruación no suspendida, senos con ó sin leche, fenómenos extraños en un momento dado: náuseas, basca, etc., falta de comprobación del crecimiento progresivo del tumor y de ruidos fetales á su nivel; pero reblandecimiento del cuello y crecimiento ligero de la cavidad uterina: entonces su diagnóstico será completado por la laparotomía: la consistencia mixta del tumor le indicará un embarazo en un cuerno uterino ó en la parte interna de la trompa, con feto muerto.

No hay que decir que si ha habido suspensión de la menstruación durante un tiempo más ó menos largo y comprobado los movimientos fetales ó los latidos del corazón fetal y sentido el fondo de la matriz poco aumentada de volumen y distinta del tumor: el diagnóstico de embarazo extrauterino, será lógico antes de abrir el vientre.

Operé en el Hospital Morelos, una mujer en las siguientes condiciones: suspendida la menstruación desde hacía tres meses; pigmentación de la línea media y de las areolas de los pezones; secreción láctea; fenómenos reflejos: basca, etc. Exploración: cuello uterino reblandecido; matriz, ligeramente aumentada de volumen y desviada á la izquierda; tumor anexial del tamaño de un limón, del lado derecho.

Antecedentes: bien reglada desde los 15 años; tres días, regular cantidad, sin dolor. Su primer parto á los 20 años; se le suspendió la menstruación durante el tiempo que duró la preñez: 9 meses, y continuó así otros diez durante la lactancia y volvió á enfermarse bien, suspendiéndose la menstruación en condiciones que ella lo esperaba: creía estar embarazada.

8 días después: idénticos signos por parte de la matriz: el tumor anexial del lado derecho había aumentado de volumen y era netamente quístico.

Pasados otros ocho días: comprobación de los mismos signos uterinos; tumor anexial, aumentado al tamaño de una naranja mediana. Con-

tinúa la suspensión de los menstros, la basca despues de los alimentos y se presentan dolores en el bajo vientre; flujo vaginal, secreción láctea y fuerte pigmentación de la línea media, aereoles y pezones.

Mi diagnóstico, fundado en los signos presuntivos del embarazo: suspensión de la menstruación, bascas, pigmentación de la línea media y de las areolas y pezones; y de la comprobación de la vacuidad de la matriz con reblandecimiento del cuello y aumento ligero de su volumen y de la existencia de un tumor anexial, quístico y que crecía progresivamente, fué: "embarazo embrionario tubario ó tubo-ovárico," porque no alcancé á tocar el ovario de este lado.

La víspera de la operación, se presentó un flujo sanguinolento con fuertes dolores en el bajo vientre. La prescribí el reposo y una lavativa con láudano. Operación al día siguiente: al abrir el vientre me encontré un tumor quístico, del tamaño de una naranja lima, á la derecha de la matriz, que amenazaba romperse: tan distendida así estaba su envoltura. Sin puncionarlo y con precauciones para no hacerlo estallar en el peritoneo, lo extraje fuera y lo puncioné, después de haberlo separado de las paredes del vientre con compresas esterilizadas; el líquido que extraje era citrino y del todo semejante al amniótico. Las paredes del quiste se retrajeron inmediatamente, teniendo todo el aspecto de una bolsa muscular. Ligué el borde superior del ligamento ancho, sobre el que se encontraba, y el cuerno uterino de que dependía, entre tres ligaduras.

Examiné los anexos del otro lado que encontré sanos, redujé el pedículo y cerré el vientre.

Diez días después, la enferma, sin molestia alguna era dada de alta.

Me acompañaron en esta operación, los Dres. R. Norma y P. Martínez Garza. Entre los asistentes se encontraba el Director del Hospital, Dr. R. Macías.

La pieza patológica representaba una bolsa muscular sin adherencias, lisa y tersa en el interior. Una porción de trompa uterina, poco formada, fué separada con el tumor, entre éste y el útero; su calibre poco aumentado era súbitamente interrumpido por un estrechamiento: desde allí empezaba la bolsa quística. No había vestigio de pabellón y el ovario aplastado, laminado, por decirlo así, formaba parte de la pared del quiste, el que en una especie de doble fondo, correspondiendo al borde inferior del ovario, presentaba un cuerpo de color amarillo, de la forma y tamaño de un frijol muy pequeño; y una vascularización venosa, por su coloración, semejando un cono de base ensanchada.

Se ve, pues, cuál es la importancia del estado patológico de los órganos cuando se emprende una operación del vientre. De este conocimiento práctico se derivan la firmeza y decisión en las maniobras operatorias, así como su rápida ejecución, exenta de toda vacilación.

Confirmado por la vista y el tacto que se trata de un neoplasma de la matriz, fibroma, sarcoma, etc., se hunde el tirabuzón en la masa neoplásica, para hacer tracciones sobre ella y sacarla al exterior, ampliando la incisión, si se juzga necesario.

El tumor puede estar adherido y se tratan las adherencias como es sabido: las anchas por desprendimiento; las largas entre ligaduras ó pinzas; si se comprueba la adherencia vasta del tumor, mejor es cerrar: tal fué la conducta que seguí con una señora de 60 años, que llevaba un fibromioma adherente á la pared del vientre y que por esta consideración me resistí á operar, pero instado por la familia y con la esperanza de que solo la adherencia anterior, fuera considerable, hice la coeliotomía; y desde luego me encontré con que el tumor degenerado invadía el tejido subperitoneal, y al penetrar en el peritoneo, vi que solo la superficie superior era libre, contrayendo por su periferia, adherencias con todos los órganos pélvicos; cerré el vientre y ocho días después la enferma estaba en las condiciones de antes.

Sacado el tumor al exterior, la enferma en la posición de Trendelenburg, he aquí las relaciones del neoplasma: adelante está la vejiga, cuyo fondo queda á bastante distancia de la cima del tumor y mientras éste, por las tracciones que sobre él se ejercen, sale al exterior, la vejiga, apenas pasa la sínfisis púbica. Algunas veces y frecuentemente en los grandes tumores, cisto-fibromas, la vejiga es arrastrada con el neoplasma y al hacer la incisión de las partes blandas, desde la sínfisis púbica al ombligo ó más allá, se penetra en la vejiga creyendo entrar en el peritoneo: accidente semejante le pasó á Delauney en mi presencia, cuando dicho Doctor era jefe de clínica de Péan. Para evitarlo, se aconseja, en los grandes tumores, introducir una sonda de hombre, para conocer la situación del fondo de la vejiga; yo me limito, en estos casos á abrir el peritoneo cerca del ombligo, fundado en que siempre hay una distancia apreciable, tanto más grande cuanto el neoplasma lo es, entre el fondo de la vejiga y la cima del tumor, y que si el fondo vesical llega hasta el ombligo y aun le sobrepasa, lo que es raro, aun en los más grandes tumores, y en tal caso no hay sonda que lo alcance; el fondo peritoneal parieto-vesical queda siempre debajo del ombligo, y al abrir cerca de él el peritoneo parietal, se reconoce en seguida la vejiga por la proximidad del fondo parieto-vesical, si no por el aspecto mismo del órgano. Los accidentes de herida de la vejiga, son debidos á que es siempre cerca del pubis donde trata de abrirse el peritoneo.

Atrás, el tumor no adherido, está en relación con el recto; y estirado hacia adelante, deja ver el fondo de Douglas, desde donde parte una compresa que separa el neoplasma de los intestinos y recto; la gasa que llena la vagina hace eminencia y marca el lugar donde este órgano ter-

mina: la superficie tersa del peritoneo cubre toda la cara posterior del neoplasma, extendiéndose de un ligamento ancho al otro.

En el procedimiento de Doyen, como no hay gasa en la vagina, no se sabe donde termina su pared posterior, ó más bien, á que altura se encuentra el fondo posterior de la vagina y por esto introduce una pinza: maniobra cuya utilidad no comprendo, pues si el objeto es abrir la vagina, se sabe que la pared posterior de este órgano contribuye á la formación de la porción inferior de la pared anterior del Douglas, y bastaría, por lo tanto, seccionar un poco encima de dicho fondo, para caer en la cavidad vaginal, sin complicar el acto operatorio con la intromisión de pinzas, importando poco que un medio centímetro de más ó de menos de vagina, acompañe el neoplasma, que al fin en este proceder no se confecciona colgajo peritoneal posterior.

Rasando de arriba á abajo con las tijeras y á una altura mayor de cinco centímetros del fondo de Douglas, sobre su pared anterior, se caería también sobre el fondo vaginal sin dejar nada pendiente del cuello y confeccionando un pequeño colgajo peritoneal, sin necesidad tampoco de meter una pinza.

Tan escaso es el colgajo peritoneal posterior que Doyen confecciona, que aconseja sostenerlo con un punto de sutura, acto difícil dada la profundidad á que hay que colocarlo y estar la pélvis aún ocupada por el neoplasma.

La dificultad de estas maniobras pude apreciarla en el caso de la Srita. N., cliente de mi amigo el Sr. Dr. Francisco Armendariz, quien me invitó para que operáramos á dicha Srita. de un quiste del ovario; pero en la exploración que hicimos bajo el cloroformo, estuvimos de acuerdo en que se trataba de un fibromioma mural voluminoso, que pasaba del ombligo.

Mi amigo y colega, tuvo la deferencia de encomendarme la preparación de la operación de su cliente, que practicamos según el ritual que dejo descrito, el 27 de Agosto último. Abierto el vientre, coloqué un tirabuzón un poco debajo de la porción más culminante del neoplasma, dirigiendo la punta hacia el polo inferior, haciendo tracciones sobre el, enucleé el tumor que no tenía ninguna adherencia é implanté otro tirabuzón sobre la pared posterior, dejando á descubierto el fondo de Douglas libre. Con mucho juicio, el Dr. Armendáriz, antes de abrir la vagina que estaba distendida por la gasa, quiso poner el punto de sutura aconsejado por Doyen, con grandes dificultades, por maniobrar en la extremidad del embudo, que la porción pélvica posterior formaba con el neoplasma; logró su objeto, pero al hacer una tracción, se desgarró el peritoneo y entonces le aconsejé que empleáramos mejor mi procedimiento confeccionando un colgajo posterior: y al efecto, tracé éste con el escalpelo extirpando el tumor pocos momentos después y confeccionando el pedículo de la manera que luego describiré.

Cerramos el vientre, poniendo también en práctica la modificación que yo he llevado á esta fase de la operación.

El éxito más completo sucedió á este caso como á todos aquellos que he operado según mi proceder.

El procedimiento de Doyen, estando el fondo de Douglas obstruido siquiera en su tercio inferior, está erizado de peligros si se introduce una pinza, pues fácil es entonces perforar el intestino, dada la íntima unión del recto con el fondo de vaginal posterior. La disección de arriba á abajo, estando la vagina rellena de gasa, facilitaría la prehensión del cuello, sin exponer á la infección por la pinza ni á la perforación intestinal. El fondo de Douglas desaparecido, el procedimiento de Doyen es imposible y aun en ese caso, el mío es aplicable. Solamente cuando las adherencias llegan hasta cerca del estrecho superior, haciendo las disecciones difíciles, empleo el procedimiento que ya en otra ocasión tuve el honor de presentar á esa docta corporación.

El tumor mural ó submucoso, hipertrofiando la matriz, arrastrará los anexos que se encuentran más ó menos altos; los tumores subperitoneales é incluidos en los ligamentos, producen igual fenómeno; los subperitoneales sésiles ó pediculados, situados en el fondo de la matriz, los dejan permanecer en su sitio; y acompañar la extirpación de tales tumores de la matriz, depende de la anchura del pedículo y del estado de los anexos.

Los anexos casi siempre inflamados é hidroquísticos: las trompas adherido su pabellón al ovario, frecuentemente se las encuentra también adheridas al peritoneo del estrecho superior, y al extirparlos, es necesario no ejercer atirantamientos sobre los vasos ilíacos que por allí pasan. (1). A una de mis operadas de histerectomía abdominal por fibromioma, que afortunadamente se salvó y ahora disfruta de perfecta salud, le sobrevino una trombosis de la vena ilíaca izquierda, por la proximidad de un pedículo que comprimió dicho vaso.

A los lados: el neoplasma, está en relación con el borde interno del intersticio de las hojas del ligamento ancho ó comprendido entre estas mismas hojas y por lo tanto en relación inmediata con las arterias uterinas y útero-ováricas.

Las arterias útero-ováricas, abordan, la neoformación, por el borde superior de los ligamentos anchos inmediatamente debajo de los anexos; para cogerlas, hacia afuera del ovario, basta pinzar un poco profundamente el ligamento infundíbulo-pélvico. La arteria del ligamento redondo, se pinza con él.

Más difícil es encontrar las arterias uterinas, aun cuando se desdoble el ligamento ancho, si se trata de grandes tumores, tal como se

---

(1) Loc. cit.

práctica en el procedimiento americano y el dato más preciso que se tiene, es: aproximarse al cuello uterino sobre los bordes de la matriz; muchas veces la arteria no es cogida sino después de seccionada, lo que tiene de útil es que la prehensión no se hace á ciegas y que el uréter tiene una probabilidad más de ser evitado: pues á este nivel se está muy cerca de él.

La inmensa ventaja del procedimiento de Doyen, es: que circunscribiendo la incisión de la vagina al rededor del cuello, cogido éste y por el desprendimiento que produce la tracción que sobre él se ejerce, las uterinas son cogidas bastante alto y muy distantes de la desembocadura de los uréteres en la vejiga. La prehensión de las uterinas es facilitada procediendo de abajo á arriba.

En el procedimiento americano, en el de Segond ó de Richelot, después de extirpado el tumor, queda una vasta herida peritoneal cuyo medio está ocupado por el cuello uterino ó la vagina abierta; hay que ligar arteria por arteria y luego suturar el cuello ó la vagina y por último aproximar los colgajos peritoneales de un lado al otro del estrecho superior, pasando por el fondo pélvico.

En los procedimientos de Chrobak, Terrière, &c., los pedículos tubo-ováricos en masa, reducen la sutura á la porción media, del piso pélvico; lo que ya abrevia la duración de la operación. En la manera de hacer de Doyen, se ve igual tendencia lo mismo que en la de Délaganière.

---

#### **PROCEDIMIENTO OPERATORIO SEGURO Y FACIL DE APLICAR.**

---

Sentado lo que precede, se podrán comprender mejor las ventajas del procedimiento de histerectomía abdominal, con el que hasta ahora no he tenido un solo fracaso.

Preparada convenientemente la enferma, sondeada, aseada y taponada convenientemente la vagina; rasurada y escrupulosamente aseada del vientre; cubierta de compresas esterilizadas; puesta en la posición de Trendelenburg; situado yo á la izquierda para mejor confeccionar el pedículo y mi ayudante á la derecha; los instrumentos y demás útiles convenientemente dispuestos á mi lado, al alcance de mi mano: hago sobre el medio de la distancia pubo-umbilical, una incisión de diez centímetros, que me da acceso al peritoneo, el que perforo, cogiéndolo con una pinza y cortándolo con el escalpelo acostado. Los bordes de la pequeña abertura peritoneal, los cojo con pinzas de forcipresura y con

las tijeras la aumento hasta dar lugar á mi índice izquierdo, que introduzco para que sirviéndome de guía, incidir el peritoneo hasta los límites de la incisión cutánea. Por la abertura así practicada, examino de visu la superficie y con los dedos medio é índice derechos la consistencia del tumor; me doy cuenta de sus relaciones y de su implantación; no teniendo embarazo ninguno en ampliar la incisión con las tijeras hasta caber mi mano, si el tumor es grande y no puedo bien enterarme de su implantación, adherencias y relaciones.

Una vez reconocido que mi diagnóstico anterior y la operación indicada han sido exactos, incontinenti, con las tijeras, aumento hacia arriba la incisión hasta pasar el ombligo, si es necesario, y hacia abajo hasta el púbis, guiándome siempre con el dedo, para no herir alguna víscera y reconociendo hacia abajo la presencia ó ausencia de la vejiga. El peritoneo es cogido en la parte media de la incisión, con pinzas de forcipresura, comprendiendo la aponeurosis con objeto de que no se deslice y maltrate. El tumor aparece en la herida, se tratan sus adherencias con el epiplón, intestino, ó pared del vientre, si las hay, y se introduce un tirabuzón en su masa, dirigiéndolo hacia el polo inferior; haciendo tracciones, se procura, sin maltratar las paredes, llevarlo al exterior; para lo que el ayudante, al mismo tiempo que oprime sobre el tumor á través de las paredes revestidas de lienzos esterilizados, para tratar de enuclearlo como un hueso de fruto, impida la salida de los intestinos.

Si el tumor no cupiere con comodidad por la incisión, se agrandarà ésta, cortando encima del ombligo, contorneando ésta cicatriz á la izquierda, para huir del ligamento falsiforme.

Una vez fuera el tumor, se implanta otro tirabuzón sobre la pared posterior, á fin de que las tracciones sean más útiles. Ningún instrumento coge mejor los fibromiomas que los tirabuzones; las pinzas se escapan, maltratan y rompen la emboltura serosa del neoplasma, dando lugar á hemorragias, sin poder, las más de las más veces, hacer una presa firme sobre él. El tirabuzón hundido en el tumor, en un punto en que no se vea vena gruesa, apénas si hace sangre y, sobre todo, coge de una manera firme y no lastima ni desgarra.

Una compresa sostiene, en estos momentos, los intestinos, compresa que, tan luego como el tumor es levantado hacia el púbis, va hasta el fondo de Douglas, ó lo que lo representa.

El ayudante, tirando fuertemente sobre el tirabuzón, pone de manifiesto la cara posterior de la matriz fibromatosa, ó neoplásica, y es el momento de tallar el colgajo peritoneal posterior, para lo que, con el escalpelo se hace una incisión transversal que va de un lado al otro de los bordes de la neoformación, como á 8 centímetros encima del fon-

do de Douglas y si está adherente tener en cuenta la altura de las adherencias para no tallar un colgajo demasiado grande.

La insición comprende solo el peritoneo y sangra poco. Con las tijeras ó con el escalpelo y después con el dedo se disecciona el colgajo así tallado, de manera que en su parte media, la disección alcance más cerca del piso pélvico que en sus extremidades y en lo posible hasta colocarse al nivel de la terminación de la vagina, cuyo relieve se siente por el taponamiento previo, con gasa yodoformada. La disección así practicada, tiene la forma de un embudo y es en su extremidad donde va á continuarse la operación: se deprime el borde flotante del peritoneo desprendido, con el índice izquierdo, cuya yema es puesta encima del relieve de la vagina; y con las tijeras se secciona sobre la línea media la cuerda gruesa y resistente que el dedo percibe: lo que se corta es el cuello uterino. Antes de terminada su sección, se desprende por la tracción ejercida sobre el tumor, y queda un espacio, que se va agrandando, entre el tumor, sobre el que sigue tirando el ayudante, y la porción supravaginal del cuello, adherente á la vagina, que se abate con el piso pélvico. Adelante de éste espacio está la cara posterior de la vejiga; hacia los lados las arterias uterinas; y debajo, con el cuello y la vagina que se abaten, quedan los uréteres.

Cuando el cuello mismo es invadido por la neoformación fibrosa ó neoplástica, como en una señorita, que ya había operado el Prof. San Juan, por la vía vaginal, extirpando incompletamente la masa fibromatosa (1) y que yo operé por mi procedimiento; se secciona la parte superior de la vagina de la manera que dejo dicho y se la cierra temporalmente con una pinza de forcipresura, desprendiéndose la masa neoplástica hácia arriba y dejando las relaciones mencionadas, poco cambiadas.

La sección en ésta forma, tiene la ventaja: 1º de no exponer á la herida de los uréteres ni durante la sección ni después en las maniobras subsecuentes, pues por sí mismos y bajo la acción de la retracción del piso pélvico, quedan relegados en un plano inferior.—2º Las arterias uterinas, cuyos latidos se sienten bajo el dedo y quedan á la vista, sin haber sido heridas, pueden cogerse á una altura considerable de los uréteres y ser ligadas separadamente.—3º Dada la distancia á que se pueden llevar por la sola tracción los dos segmentos del corte, máxime si es el cuello el que ha sido seccionado en su porción supra vaginal, no hay miedo de infección del peritoneo que jamas toca, ni del tejido subperitoneal, del que está separado por la tracción del neoplasma.—4º El desprendimiento de la vejiga se efectúa solo, así como la formación del colgajo peritoneal anterior, al

---

(1) Vease: Observación. 1.

confeccionar los pedículos ligamento-vasculares de la manera siguiente:—5° Introduciendo un dedo, el índice, por uno de los ángulos de la incisión, se lleva hasta los lados de la vejiga y cortando el peritoneo á este nivel, se coge el pedículo ligamento-vascular, de uno y otro lado sucesivamente, pedículos que solo sostienen el tumor al seccionar con las tijeras, el colgajo peritoneal anterior comprendido entre ellos.

Los pedículos ligamento-vasculares, que comprenden los anexos, es preferible ligarlos y después seccionarlos, aunque se tarde un poco más en ver salir el tumor, por evitar así la pérdida de sangre y facilitarse su ligadura: el neoplasma mismo sirviendo de sostén.

La ligadura se hace: introduciendo una aguja de Cooper con una hebra de seda gruesa doble, en la parte media del ligamento ancho seccionando el asa, se hace pasar una ligadura por debajo de la trompa y del ovario, se aprieta con un primer nudo de cirujano y se cortan hasta el punto de pase de la ligadura, al ras del meso constituido por el ligamento ancho: se aprieta otra vez la ligadura y se afirma con un nudo simple.

Si se ha ligado por separado la uterina, no sería en verdad necesaria la segunda ligadura, que se pasa por el ángulo externo de la incisión media; pero siempre es mejor hacerla porque se reduce al máximo la herida peritoneal. Por demás es decir que si no se ha hecho la ligadura de la uterina, dicha segunda ligadura en masa, es indispensable. Igual cosa se hace con el pedículo ligamento-vascular del lado opuesto. El tumor no queda desprendido sino después de seccionado el segundo pedículo interno.

Si los pedículos ligamento-vasculares, son gruesos y carnosos, en vez de dos ligaduras se harán tres ó las que se juzguen necesarias, siempre en cadena.

VARIANTES:—1°. La masa neoplástica siendo voluminosa y estorbando el tiempo de las ligaduras, se cogerán los ligamentos anchos provisionalmente con pinzas de Térière, haciendo luego su sección y la extirpación violenta del tumor: una primera pinza es colocada debajo de los anexos y una segunda, perforando los ligamentos, al nivel de la terminación de la primera y sobre los lados del tumor, pincha esta parte del ligamento hasta el borde externo de la incisión media, donde el dedo, allí colocado, no deja avanzar más allá la extremidad de la pinza, evitando coger los uréteres. Se secciona el ligamento ancho así cogido é igual cosa se hace del lado opuesto. Las ligaduras se colocan debajo de las pinzas como antes dije, cuando el tumor todavía permanecía en su sitio.

2° Si el tumor es intraligamentario, la decorticación puede hacerse al tallar el colgajo posterior; rara vez habrá que recurrir á la inci-

sión hacia adelante del ligamento ancho; en todo caso, la segunda porción del pedículo del lado del tumor, no estará revestida de peritoneo, por quedar las dos hojas del ligamento muy separadas y por lo mismo, la herida peritoneal por reparar, más grande. (Véase la II. Observación).

La herida peritoneal, después de hechas las ligaduras y extirpado el tumor, queda reducida á la parte central del piso pélvico: el centro lo ocupa la porción del cuello adherente á la vagina ó la abertura de ésta; la parte anterior, el colgajo peritoneal adherente á la vejiga; la posterior, el colgajo peritoneal posterior; y á los lados el tejido celular donde caminan los uréteres y la primera porción de las uterinas, y más hacia afuera, los dos ó tres pedículos ligamentarios.

Para cerrar ésta herida, se sutura primero la vagina ó el muñón del cuello que se reseca en la porción central en forma de gajo, para acercar sus dos labios y con un surjete independiente los dos colgajos peritoneales anterior y posterior, empezando por una de sus extremidades con puntos Lambert, se hace que cubran los pedículos ligamentarios, para lo que se hace también pasar la aguja sobre ellos y que en último resultado, afrontados los colgajos peritoneales, queden también cubiertos por el peritoneo y al acabar la operación, no se vé ninguna superficie cruenta, en el fondo pélvico, sobre la que los intestinos ó el epiplón pudieran adherirse.

Jamás canalizo, ni lo creo necesario cuando se está seguro de su técnica operatoria; más si no fuere así, ó alguna infección hubiere habido, por ejemplo: irrupción de pus por abertura de una bolsa purulenta, sería indicado hacer pasar un tubo en la vagina, por la porción más inferior del fondo de Douglas.

Llegado éste tiempo de la operación, se practica la toilette peritoneal con compresas que enjugan el fondo pélvico, sin frotar el peritoneo y y puesta la compresa que sostiene los intestinos, cubiertos por el epiplón, bien extendida, se procede á cerrar el vientre.

#### **SUTURA DE LA PARED DEL VIENTRE.**

Uno de los grandes inconvenientes de las laparatomías después de que el éxito ha coronado la intervención, es á no dudarle la eventración: accidente cuya frecuencia varía, porque depende en mucho de la manera de cerrar el vientre y con la práctica del cirujano; pues algunos hay que lo creen común y otros que apenas lo citan. Por mi parte en 47 laparatomías, allí comprendiendo la curación radical de las hernias según mi procedimiento (1), no he visto sobrevenir tal complicación y operadas tengo desde hace cinco años.

1. Loc. Cit. Congreso Mexicano reunido en Guadalajara—Julio de 97.

La pared anterior del vientre como la inferior y las otras que cierran el recinto abdominal, están constituidas para resistir la presión interna que se ejerce sobre las vísceras y no dejarlas escapar al exterior; y así están dispuestas para resistir: aponeurosis, huesos, &c; y para servir de potencias que se ponen en acción en la ejecución de las diferentes funciones de las vísceras abdominales y durante el esfuerzo y por ello entran en su formación poderosas masas musculares.

La serosa peritoneal, facilita por su tersura y lubricidad los movimientos de las vísceras ventrales.

Cuando se abre el vientre sobre la línea media, además de la piel y el tejido celular sub-cutáneo, se dividen las aponeurosis, se ponen á descubierto los músculos y se seccionan el tejido subperitoneal y el peritoneo.

Hay así, desde la piel hasta el peritoneo, seis tejidos diferentes y si se exceptúan el tejido sub-cutáneo, que suele ser grueso, están dispuestos en un espesor relativamente pequeño y en capas.

Se ha observado y es un principio admitido, que para que una herida cicatrice con la menor deformidad posible, no obstante ser uno el tejido de cicatriz, que los tejidos de una misma capa ó naturaleza se correspondan y en ninguna parte se ve mejor realizada ésta ley de cirugía general, que en la cicatrización de las paredes movibles de esta cavidad esplánica, donde los esfuerzos se ejercen á todo instante.

En el año de 1895, en el Congreso Francés de Cirugía, en París, oi una discusión que se suscitó con motivo de éste asunto, entre los miembros de esa asociación quirúrgica; todos estando de acuerdo en que los planos de los tejidos semejantes debían corresponderse, variando en la manera de realizarlo, hecho que en el curso de los dos años siguientes, tuve ocasión de ver practicar en las clínicas de los más distinguidos cirujanos de Europa.

Así, Delbet, en París, en el Hotel-Dieu, suturaba en masa, con seda ó plata las paredes del vientre, taladrándolas con una aguja gruesa y hueca, sin comprender el peritoneo; el plano peritoneal quedando aislado, se cicatrizaba bien pronto, los otros planos correspondiéndose: la cicatriz, decía, ser firme y violenta la sutura.

Tillaux, afirmaba en sus clínicas de la Charité, que la frecuencia de las eventraciones en la sutura en masa, era debida á que se tomaba una gran porción de peritoneo que se intercalaba entre los otros planos, haciéndose entónces una cicatrización por intermedio de una arista peritoneal sub-cutánea, arista que se desdoblaba con el tiempo, dando lugar á la hernia. Aconsejaba suturar en masa para hacerlo más rápidamente, cogiendo solo el borde del peritoneo.

Reclus, Segond, Le Dentu y otros en París, así como Landau en Berlín, procedían de la misma manera.

Pozzi, Bouilly, Péan, Nélaton, Routier, en París, practicaban la sutura en planos á la austriaca, como Martín, Olshausen y Von Bergman en Berlín, Schauta, Chrobak y Albert en Viena; obteniéndose así la reunión de las diferentes capas: peritoneo, plano aponeurótico muscular, piel y tejido celular; aunque la duración de cerrar el vientre fuere un poco más prolongada, se tiene más seguridad en el resultado.

Doyen en Reims, Quenu y Schwartz en París, suturan primero el peritoneo y en masa el plano aponeurótico muscular y cutáneo.

Las suturas perdidas eran hechas con catgut y las en masa como Martín y Pozzi, con seda.

El resultado obtenido por cada cirujano es bueno en lo general; pero todos dicen haber tenido que registrar alguna eventración. Aun los que suturan en tres ó cuatro planos, las lamentan y yo he visto tres en la clínica de Pozzi, que han necesitado una segunda operación.

La forma de la cicatriz no es indiferente, porque si es cierto que va situada en parte oculta, no autoriza á ser lo peor que se pueda, y las pacientes, cualesquiera que sea su categoría y condiciones, agradecen que se las deforme lo menos posible.

Con las suturas en masa, además de lo visibles que son los puntos de sutura hechos á cierta distancia con seda gruesa ó alambre de plata, la cicatriz se abre un poco con el tiempo y tiene la forma de un cienpiés más ó menos antiestético.

Con la sutura en planos al catgut ó hilos de seda de sostén, es frecuente el hundimiento de la cicatriz y en todo caso muy notables y poco graciosas, en todo tiempo, las cicatrices que dejan los trayectos de los hilos de seda.

Remediar la eventración y hacer lo menos deforme posible la cicatriz, sin emplear por otra parte más tiempo que en cualquiera otra sutura, ha sido el objeto que me he propuesto conseguir, y creo haberlo realizado, con el siguiente procedimiento de sutura.

El conocimiento de que las eventraciones no tienen lugar cuando fuertes hilos de sostén resguardan la sutura de las paredes del vientre y de que es frecuente que la cicatriz se abra cuando los hilos son quitados prematuramente y el haber observado la tolerancia de los tejidos de las paredes del vientre por los hilos de seda asépticos, como mis operaciones de hernia me lo habían demostrado, al rehacer las paredes internas y externa del canal inguinal, me hizo concebir la idea y ponerla en ejecución en las heridas del vientre, cual si se tratara de una curación de una hernia, de dejar sub-cutáneos, perdidos, los gruesos hilos de seda que sirven de sostén, evitándose así por siempre una eventración.

Procedo así, aceptando como mejor la sutura en planos, que es la que más se adapta para una reunión fácil y rápida; después de vuelta la paciente á la posición horizontal; suturado el peritoneo con un sur-

jete de seda fina y extraída la gasa que protege los intestinos; con la aguja curva, grande, ensartada con seda gruesa, de que hablé en la preparación de los instrumentos, se pasa cada tres centímetros, cogiendo la aponeurosis á dos centímetros de la línea media y el músculo recto, un poco mas profundamente, el segundo plano aponeurótico el tejido subperitoneal y luego en sentido inverso: aponeurosis, músculo y aponeurosis á dos centímetros de la línea media sin comprender nada del tejido celular sub-cutáneo para que no se hunda la cicatriz; se anudan los hilos poniendo los nudos á un lado de la línea media y se cortan los cabos al ras.

Se sutura por último la piel con un surjete de seda fina ó catgut. Si la capa de tejido celular sub-cutáneo es muy gruesa se hará otro plano de puntos entrecortados.

La curación consiste en un pedazo de gasa esterilizada y algodón absorbente en buena cantidad, para que la presión de la banda no lastime.

Lo repito, desde que opero con las precauciones indicadas, jamás he tenido que cambiar de curación y hasta los ocho ó diez días quito los puntos superficiales, si han sido hechos con seda, lo que constituye mi proceder habitual, que me ahorra la preparación de catgut y la multiplicación de mi instrumentación; ni un solo punto he encontrado supurado y los hilos profundos, siempre han sido tolerados sin el menor inconveniente y el resultado definitivo posterior, de los más perfectos, pues así como hasta ahora no hay uno solo de mis operados de hernia que se me haya presentado con su afección reproducida, tampoco mis laparotomizadas han tenido, ni siquiera el ensanchamiento de la cicatriz: una línea blanquecina y al nivel de los tegumentos, es todo el trazo que ha dejado la intervención operatoria.

No puedo, por lo tanto, menos que recomendar un proceder fundado en hechos de mi práctica personal, cuyos resultados no pueden ser mejores y que constituyen el ideal de lo que se conoce en Cirugía; pero al mismo tiempo otra recomendación: ser riguroso en las prácticas de la asepsia, pues una sola falta puede entrañar complicaciones serias y ser la fuente de disgustos y desagradados y aun poner en peligro la vida de la paciente.

Cinco casos, coronados de éxito, apoyan la tesis que sostengo, de los que solo tres me es permitido referir en detalle: he aquí las observaciones, que son la expresión fiel de los hechos.

## OBSERVACIONES.

I.—N. Domínguez, soltera, de 33 años de edad, natural de Puebla; hija de padres bien constituidos y sanos, que murieron de afecciones ajenas al padecimiento que ella lleva.

Empezó á menstruar á los trece años, poca cantidad, tres días, con dolor. Como de los veinte años en adelante notó que se enfermaba más abundantemente y el dolor de la época menstrual le duraba más tiempo y era más intenso.

Hace cinco años empezó á sufrir de un fuerte dolor en la fosa ilíaca derecha, que algunas veces coincidía con las reglas, que eran abundantes y se adelantaban cinco, seis y ocho días. La abundancia de la menstruación llegó á ser alarmante para la paciente, pues constituía una verdadera hemorragia. De vez en cuando era atacada de fuertes cólicos, que la obligaban á estar dos y tres días en la cama, con envaramiento del vientre y estreñimiento tenaz.

Consultó al Dr. San Juan, quien la dijo padecía de tumores de la matriz y la aconsejó operarse, á lo que ella consintió y el 9 de Diciembre de 1897, la operó dicho facultativo, por la vagina, extrayéndole un tumor como del tamaño de un huevo de gallina. Cuando se restableció de su operación, el Dr. San Juan la dijo que no la había extirpado todo los tumores que tenía, porque hubiera comprometido su existencia, y la aconsejaba dejara las cosas en paz y no se volviera á operar, porque su vida peligraba.

Pasados tres meses, las hemorragias volvieron con la tenacidad y persistencia de antes y los cólicos no cesaron tampoco, repitiéndose con frecuencia tal, que la paciente prefería la muerte, á soportar los sufrimientos que la atormentaban. El último cólico lo padeció el 8 de Septiembre y le duró tres días, no pudiendo evacuar en todo ese tiempo y creyéndose ella atacada de peritonitis, según la opinión del médico que la atendió, aunque dice no haber tenido calentura. Por lo demás, orina bien y el estreñimiento es habitual.

Fuma y padece de una bronquitis crónica. Es extremadamente nerviosa y ha tenido accesos de histeria; sofocaciones, palpitaciones violentas, desvanecimientos frecuentes: son otros tantos padecimientos que martirizaban á la paciente.

EXAMEN: Alta, delgada, flaca, de color amarillento, la señorita Domínguez, toce frecuentemente; desgarras con abundancia y tiene un continuo temblor en sus manos. En extremo asustadiza apenas si se la puede convencer de que permanezca en reposo para practicar un serio examen de su vientre y órganos genitales.

Excepto un abovedamiento sub-umbilical, nada de extraordinario, si no es el adelgazamiento, se nota en el resto del tronco.

La percusión da á conocer una área maciza, media, simétrica, en toda la extensión del abovedamiento sub-umbilical, y la palpación comprueba la existencia de un tumor medio, simétrico, resistente, duro, irregular, mamelonado, que no se mueve y que hace sufrir á la paciente, oprimiendo un poco sobre él.

El dedo introducido por la vagina, encuentra el hímen desgarrado, el cuello muy alto, el hocico de tenca dirigido hacia atrás y un tejido duro, resistente, sobre el fondo vaginal anterior y lateral izquierdo.

La palpación bi-manual, me hizo ver que el tumor medio, simétrico, duro, desigual, mamelonado, formaba cuerpo con la matriz, cuyo fondo no se percibía, pero los movimientos se comunicaban al cuello.

Los anexos de uno y otro lado me fué imposible percibirlos.

Practicado el cateterismo de la matriz, se encontró que medía 0.09.

Puesta la paciente en la posición de Trendelenburg, y doblando las piernas sobre los muslos y éstos sobre la pelvis, posición sumamente favorable para la exploración: por el desalojamiento de la masa intestinal, el relajamiento de las paredes del vientre y la salida de los tumores pélvicos no adherentes, de su cavidad, y como comprobación de una exploración anterior ó para determinar con facilidad las adherencias de los neoplasmas; como lo he demostrado á las personas que asisten á mi servicio del Hospital Morelos; encontré: que el tumor no salía sino poco del recinto pélvico, y no obstante el desalojamiento del intestino, me fué imposible sentir los anexos.

El segundo tono del corazón, reforzado, la punta golpeando con fuerza hacia adentro y abajo del pezón izquierdo. Bronquitis crónica.

Pésimas digestiones, pirosis, acedias, eructos fétidos; ni líquidos ni sólidos puede digerir con facilidad.

La orina no presenta otra cosa de anormal que la disminución de urea y la presencia de moco y fosfatos en exceso.

**DIAGNOSTICO:** Fibromiomas uterinos, murales y subperitoneales, incluidos en los ligamentos anchos y formando una masa no adherente en el recinto pélvico, que comprende la matriz y los anexos.

**PRONOSTICO:** Grave, si la enferma era abandonada á los solos recursos médicos, pues por una parte las pérdidas sanguíneas y por otra las enfermedades concomitantes: dispepsia, hipertrofia cardíaca bronquitis, la predisponían á la caquexia, indicando una intervención, operatoria.

**TRATAMIENTO:** Aceptada la operación de la histerectomía abdominal, fué practicada en mi enfermería particular el 12 de Septiembre del año próximo pasado, conforme mi procedimiento. Ministró el

cloroformo el Dr. Pedro Martínez Garza; y me ayudó el Dr. J. Velázquez Uriarte.

Asistieron á la operación los Dres. J. M. Argueta, R. Silva y algunos estudiantes de medicina.

En este caso, como ya dejo dicho, un núcleo fibroso avanzando hasta el cuello uterino, hice la histerectomía abdominal total.

No obstante la inclusión de algunos núcleos fibrosos entre las hojas de los ligamentos anchos, el fondo de Douglas no estaba adherente, más que en su mitad inferior.

Entre dos ligaduras fueron tratadas las adherencias largas, que el epiplón formaba con los anexos del lado derecho, los que desaparecían esclerosados, en la masa neoplásica.

La herida peritoneal, reparada sin dificultad, después de la sutura de la vagina, cerré el vientre y puse el apósito siguiente: gasa esterilizada y algodón absorbente, sostenido todo por un vendaje de vientre y doble espica inguinal. Duró la operación 55 minutos.

Disipados los efectos del cloroformo, la paciente, sobreexitada, se creía atacada de peritonitis: ¡tanto la habían amenazado con esa terrible complicación!

Algunas cucharadas de la prescripción adjunta, calmaron los dolores que sentía y sus temores:

Bromuro de potasio . . . . .	8.00
Hidrato de cloral . . . . .	4.00
Agua de menta . . . . .	95.00
Jarabe simple . . . . .	25.00

Cucharadas.

Como no hubo depresión, su temperatura axilar siendo de 36°, pulso 80 y respiración tranquila, después de la operación no se hizo más que abrirla bien con sábanas y cobertores calientes.

Agua ó café caliente: dos cucharadas. Cognac: una cucharadita. Cada dos horas para la sed.

Dieta alimenticia: absoluta.

A las 7 p. m.—T. axilar: 37°4.—P. 88.—R. 28. Se siente tranquila, no ha tenido basca ni orinado, ni ventoseado.

Una cucharada de jarabe de Follet para dormir.

A media noche se le hace orinar con una sonda blanda.

13 de Septiembre.—7 a. m.—T. 36°8.—P. 80.—R. 24.

Durmió mal, tuvo basca, acusa mucha sed. Se le ministra una lavativa agua caliente . . . . . 200.—Cognac . . . . . 10.00

Se substituye la prescripción del día anterior.

Café con leche caliente: dos cucharadas. Cognac: una cucharadita. Cada dos horas.

Si acusa sed: dos ó tres lavativas de agua caliente. Si hay basca: dieta absoluta.

7 p. m.—T. 37°2.—P. 80.—R. 32. No ha habido basca desde las 2 p. m., dolor en el vientre, sin ser agudo; no ha ventoseado; la sed ha disminuido. Cucharada de jarabe de Follet para dormir.

14 de Septiembre.—7 a. m.—T. 36°5.—P. 90.—R. 36. Agitación, durmió poco, el dolor y timpanismo han aumentado; no ha ventoseado y ha vuelto á tener basca de color verdoso y de mal olor. Lavativa purgante:

Aceite de ricino y glicerina de c. c. . . . .	30 gr.
Esencia de trementina . . . . .	5 "
Sal marina . . . . .	30 "
Agua tibia . . . . .	1000 "
Una yema de huevo.	

Puesta con una sonda de Nélaton del número 30.

Después del efecto de la lavativa, que produjo la expulsión de materias fecales y gases en abundancia, todo entró en calma; el dolor y timpanismo, desaparecieron, igualmente que la basca, y la sed fué menos. Desde en la tarde empezó á tomar medias tazas de café con leche y una cucharadita de cognac cada tres horas.

7 p. m.—T. 37°—P. y R. regulares. Bienestar general. Durmió por la tarde y siente sueño.

15 de Septiembre.—7. a. m.—T. 36°4.—P. y R. normales: durmió bien; tiene apetito. Se empieza una alimentación regular. Se le ministra bicarbonato de sosa para disminuir las pirosis, que, de vez en cuando, la molestan; se le suprime el cognac y con pinzas flameadas se retira la gasa de la vagina.

7 p. m.—T. 36°8. Evacua sola. Se siente bien.

16, 17 y 18 de Septiembre.—No ha habido para qué ocuparse de la paciente, que ejerce sus funciones con regularidad y no experimenta ninguna molestia: en camilla la hago transportar á su casa, donde el 24 de Septiembre, la levanté la curación por primera vez, encontrando reunida la herida ventral en toda su extensión y la seda como incrustada y enjuta; la gasa que cubría la herida, apenas manchada de sangre; quité el surjete de seda, desdoblé la gasa para ponerla otra vez sobre la cicatriz, por un lado que no hubiera estado en contacto con la piel, y proteger los puntos dejados por el paso de los hilos. Algodón y venda, fueron también los mismos.

Un lavado vaginal con solución estéril de cianuro de mercurio al 1 por 1500, completó esta curación, única después de la operación.

Tres días después se la aplicaba una faja abdominal.

Hace un mes me vino á ver y la encontré transformada: contenta, de carácter jovial; no siente la menor perturbación en el bajo vientre;

las palpitations han desaparecido y de sus digestiones ha mejorado mucho; la tos misma ha desaparecido, aunque fuma como antes.

¡Demostración elocuente de lo que las afecciones de la matriz repercuten sobre el organismo entero!

(1) La pieza patológica representaba una masa de 0.25 en su diámetro transverso; 0,20 en el antero-posterior y 0,16 en el vertical; su peso de 3750. Los núcleos fibrosos sésiles sub-peritoneales, ocultando el fondo de la matriz, avanzaban entre las hojas del ligamento ancho, hasta cerca del estrecho superior; los anexos, esclerosados y adherentes, se perdían entre las masas fibrosas laterales. La matriz misma, tenía algunos núcleos en el espesor de sus paredes, de los que uno anterior, del tamaño de un limón, hacía eminencia fuerte hacia adelante y poco en la cavidad uterina, que medía 0,09.

II.—Agustina C. de México, 36 años, recamarera, viuda, ha tenido tres hijos, el último hace 6 años.

Empezó á menstruar á los trece años, regular cantidad, sin dolor. Se casó á los 23 años. Su primer hijo, un año y medio después de casada, nació bien, á término, y murió á los cuatro meses, de bronquitis. Ella quedó sin perturbaciones después del parto y se levantó á los ocho días: el escurrimiento loquial le duró un mes; no tuvo calentura. Mientras vivió su hijo lo alimentó con su seno.

Sus reglas vinieron poco tiempo después, pero no se volvió á hacer embarazada, sino un año más tarde. Ningún fenómeno digno de notarse durante la preñez. Parto normal de un niño á término, bien conformado. Tiene, por necesidad, que levantarse á los seis días de parida. No se cuida el vientre. Alimenta con su seno á su hija, durante un año, tiempo en que le volvió su período y no tuvo más leche. Seis meses después muere la chiquita, de una afección gastro-intestinal. Por este tiempo la paciente se siente mal y es atacada del primer cólico, que repitiéndose más tarde, con intervalos mas ó menos largos, la hacen recurrir á una operación, en busca de su alivio y bienestar para ganarse la vida.

Poco tiempo después de nacido su segundo hijo, se percibió que el vientre le crecía y en cierta manera se le caía, fenómeno que aumentó con el transcurso del tiempo, al grado de cubrirle el pubis y parecerle que sentía las tripas debajo de la piel.

Cuando su primer cólico, notó una bola dura que se le meneaba en el vientre: seis meses después y habiendo ya padecido algunos cólicos, se volvió á hacer embarazada, los cólicos continuando con cierta regularidad, cada mes.

Lo que la paciente llamaba cólico, lo describía así: habiendo ó no comido, ordinariamente después de medio día, empezaba á sentir un

(1) Véase Fotografía núm. 1.

Núm. 1.



Núm. 2.



malestar muy desagradable, con náuseas y aun vómitos y á poco se declaraba un fuerte dolor hacia ellado derecho, cerca del ombligo, dolor agudo que la hacía prorrumpir en gritos y para el que no encontraba consuelo. Mientras tenía el dolor, no evacuaba ni ventoseaba y sí orinaba repetidas veces. No tenía calentura, y por el contrario, sentía que se enfriaba. Nació su tercer hijo y desde entonces padece de flujo amarillo. Murió el niño á poco tiempo, lo mismo que su esposo, y sus sufrimientos se exacerbaron, teniendo que buscarse la vida; hasta en los últimos tiempos que más bien vivía de la caridad que del trabajo, pues le era imposible hacer nada, levantar la cosa más insignificante, sin que se sintiera amagada de los dolores y torturas que la hacían desear la muerte. Así me hablaba ella de sus padecimientos.

En sus antecedentes hereditarios, no encontré nada que valga la pena de referirse.

De un año á la fecha sus menstruaciones eran dolorosas, coincidiendo con un ataque de cólico y se enfermaba regular cantidad cuatro ó cinco días. El flujo era más fuerte antes y después de los menstros. Su última menstruación terminó el 16 de Septiembre de 1893.

Nada de importante en sus otros aparatos.

**EXPLORACION:** De mediana estatura, flaca de carnes, encorvada hacia adelante, la paciente llevaba impresas en todo su ser las huellas del sufrimiento y de la incuria en que vivía.

De pié, se la veía un vientre colgante y desde el ombligo al pubis, se la diseñaban los intestinos con tal claridad, que parecían estar debajo de la piel.

En la posición horizontal, el vientre lleno de cuarteaduras, flojo, arrugado y deprimido en sus dos tercios superiores, permanecía irregularmente abultado en su tercio inferior.

A la percusión, este tercio inferior, en casi toda su extensión era macizo.

La palpación hacía ver la separación de los músculos rectos, desde encima del ombligo, hasta el pubis, de forma losángica, en cuyo medio cabían bien cuatro dedos de través.

Con toda claridad se percibía, entre la separación de los rectos y cerca del ombligo, una masa dura, sin ser resistente, elástica, lisa, sumamente móvil; separándose de la línea media y cogiéndola á través de las paredes flojas y delgadas del vientre; tenía una forma ovoidea de gran diámetro oblícuo de arriba á abajo y como de 0'30, el transverso de 0'20; se desalojaba con extrema facilidad, hundiéndose en la pelvis por uno de sus polos, llevándosela sin gran esfuerzo, de la posición derecha que ocupaba, á la opuesta izquierda, en el tercio inferior del vientre, pudiéndosele remontar hasta el ombligo. En los grandes desalojamientos la enferma, acusaba dolores del lado derecho.

Palpando profundamente del lado izquierdo, se sentía otra masa dura y resistente, no móvil, que se hundía en la pelvis.

LA INSPECCION de los órganos genitales externos suministró los datos siguientes: labios colgantes y flojos, perineo relajado; horquilla desgarrada; vulva abierta, donde hacían eminencia las paredes vaginales. Con el esfuerzo, esta eminencia era considerable y arrastraban el cuello uterino que asomaba y aun descendía del orificio vulvar. Un moco blanco amarillento, viscoso se desprendía del hocico de tenca.

LA PALPACION BI-MANUAL dió á conocer una matriz aumentada de volúmen, dolorosa, con los signos de la subinvolucion y un pequeño núcleo duro fibroso, sobre la pared posterior, desviada hacia la derecha por la masa neoplásica del lado izquierdo y descendiendo, cuando se oprimía sobre su fondo, ó solo que no la sostuvieran los dedos introducidos por la vagina.

El lado izquierdo de la excavación estaba ocupado, digo, por una masa del tamaño del puño, dura, irregular, mamelonada, resistente, elástica, independiente de la matriz, difícilmente movilizable, englobando los anexos de este lado.

El tumor del lado derecho, en su sitio, llenaba el resto de la excavación y era liso y regular en toda su extensión. Imprimiéndole movimientos, se le hacía salir del recinto pélvico, comprobándose su independencia de la matriz y su dependencia con los anexos del lado derecho por intermedio de una cuerda ancha y tensa en las grandes excursiones del tumor, por el fondo vaginal del lado derecho.

DIAGNOSTICO: Quiste dermoide, (por la consistencia,) pediculado, del lado derecho. Afección mixta, probablemente fibrosa y quística del ovario izquierdo, incluida en el ligamento de este lado. Prolapsus uterino con matriz enferma y eventración.

PRONOSTICO: De abandonarse, padecimientos continuos y peligros inminentes de la torción del pedículo, causa probable de sus cólicos.

TRATAMIENTO: de este complexus patológico: Extirpación de la matriz y anexos quísticos por la vía abdominal, para tratar al mismo tiempo la eventración.

Operación: en mi enfermería particular, el 21 de Septiembre de 1893. Ministró el cloroformo el Dr. J. Velázquez y fungió de ayudante el Dr. R. Norma. Asistentes: los Dres. P. Martínez Garza, J. M. Argüeta y R. Silva.

Al incidir la pared del vientre, procuré abrir la vaina de los rectos. Saqué el gran tumor sin puncionarlo y como el pedículo era largo y delgado, lo ligué al nivel del cuerno uterino, seccionándolo; pasé luego á tallar el colgajo peritoneal posterior y á enuclear el tumor mixto, incluido en el ligamento ancho del lado izquierdo. Mientras enucleaba, compren-

dí que tenía que habérmelas con otro tumor dermoide en el que había un fragmento oseo (lo que hacia se le hubiera tomado por un fibroma) y una degeneración quística del ovario.

Las adherencias eran fuertes y trabajo tuve en la disección de las hojas peritoneales, y cuando ya había casi acabado, se soltó la ligadura del pedículo del lado derecho y la sangre invadió el peritoneo; sin perder tiempo cogí con pinzas la ovárica, al nivel del ligamento infundibulo pélvico y su anastomosis con la uterina, sobre el cuerno uterino mismo.

Seccioné entonces la porción supra-vaginal del cuello, confeccioné los pedículos y formé el muñón retro-peritoneal como dejo descrito.

La sutura del vientre la hice como de ordinario, resecaando previamente una bandeleta de tejido fibroso, comprendida entre los rectos de manera de poner bien á descubierto dichos músculos.

La duración de la operación fué de 45 minutos.

No tuvo depresión operatoria y su temperatura jamás pasó de 37'3; R. y P. siempre normales. pues ni siquiera se presentaron los accidentes tan comunes de parálisis intestinal.

El 27 de Septiembre fué transportada en una camilla á su casa.

El 2 de Octubre levanté la curación: reunión completa por primera intención.

Una semana después estaba en el ejercicio de sus funciones, encontrándose perfectamente bien.

*El estudio de la pieza patológica:* hizo ver que el gran quiste de forma ovoide medía 0'32 en su gran diámetro y 0'20 en las otras, su peso siendo, comprendidos la matriz y el tumor pequeño de 4380 gramos. Fotografía núm. 2.

Lo notable de esta pieza es que las trompas estaban normales en su estructura, aunque muy alargada la del lado derecho, y que el ovario izquierdo presentaba toda su parte superior intacta, sin ser invadida por la degeneración quística.

III.—La Sra. Buenaventura Serrano, de Ojo caliente, Zacatecas, casada, de 34 años de edad, ha tenido dos hijos, el último hace diez años.

Empezó á menstruar á los 14 años tres días, regular cantidad, sin dolor. Se casó á los 21 años. Sus hijos nacieron bien á término y viven.

Después del nacimiento de su segunda criatura, no quedó bien, tuvo, durante algún tiempo, flujo blanco y no volvió á hacerse embarazada.

Sus menstruaciones empezaron á adelantarse, sin ser mas abundantes, al contrario, notaba que iban disminuyendo.

Hace un año notó que una bola se le meneaba en el vientre; con-

sultó con un médico que le aseguró tenía un tumor. Vino á México y el Dr. J. Ramos le dijo que ese tumor era de la matriz.

Actualmente se enferma cada tres semanas, dos días, poca sangre.

Come con apetito, digiere bien.

De vez en cuando la asaltan palpitaciones, y sofocaciones que le impiden la marcha ó los quehaceres de su casa.

Orina bien y rige el cuerpo con regularidad.

De cuatro meses á la fecha le incomoda el volumen creciente del vientre, dolores en la rabadilla que se propagan á las piernas y se cansa y fatiga con la menor marcha ó esfuerzo.

Tuvo su último período el 11 de Séptiembre, terminó el trece, poca sangre.

Nada digno de notarse en sus ascendientes.

**EXAMEN:** Señora, alta, robusta, bien constituida, no revela en su semblante padecimiento alguno.

El abultamiento del vientre es perceptible, en la posición vertical aun cubierta con las ropas.

En la posición horizontal, dicho abultamiento corresponde á un embarazo de siete meses; es macizo y simétrico á la percusión; duro, liso, regular, medio y simétrico, á la palpación. Nada extraño revela la auscultación.

La palpación bi-manual confirma lo anterior y que el tumor duro-medio, simétrico, que pasa dos traveses de dedo del ombligo, forma cuerpo con la matriz. El cuello uterino ligeramente entreabierto y desgarrado á la izquierda.

Los anexos izquierdos se sienten á un lado del tumor y sobre él. No me es posible sentir los del lado derecho.

En la posición inclinada, con los muslos doblados: el tumor descien- de apenas, aunque se siente con más claridad y se pone de manifiesto el ovario del lado derecho, aplicado sobre el tumor.

El cateterismo uterino, da una cavidad de 0,19.

Orina: normal.

Ningún fenómeno patológico apreciable se nota en sus otros aparatos.

**DIAGNOSTICO:** Gran fibromioma mural, comprendiendo la mayor parte de la matriz, sin adherencias abdominales, probables en el fondo de Douglas, haciendo eminencia en la cavidad uterina.

**PRONOSTICO:** Dado su crecimiento rápido y la edad de la paciente, pronto adquiriría proporciones extraordinarias, haciendo peli- grosa una intervención é infelicitando á la paciente, que sería víctima de las hemorragias, compresión de los órganos pélvicos y dolores con- siguientes.

**TRATAMIENTO:** Histerectomía y no histerotomía, por las dimen- siones del tumor, y el que no se puede asegurar, si después de extraído

Núm. 3.



Núm. 4.



un fibroma no quede otro, y que en las condiciones mencionadas, la histerectomía, que mutila, es una operación que salva, y la histerotomía, que conserva, puede entrañar accidentes y aun la muerte, y á mayor abundamiento, la paciente había llenado su papel de madre y ella y su marido querían garantías para su existencia. Practiqué la operación en mi enfermería particular, el mismo día que la anterior: 21 de Septiembre de 1898, pues ya he dicho que varias veces he hecho ésto, dada mi instalación que me lo permite.

Describir la operación de la señora, objeto de esta historia, sería repetir lo que dejo dicho, pues es el tipo' más acabado de histerectomía abdominal, supra-vaginal, el fondo de Douglas, adherente en parte, con pedículo retro-peritoneal, conforme mi procedimiento.

La operación duró 38 minutos.

Excepto un poco de parálisis intestinal, que una lavativa hizo desaparecer, la paciente no tuvo el menor accidente; su temperatura osciló entre los 36°4 á 37°5; su pulso y respiración regulares.

Al tercer día: extracción de la gasa vaginal.

Al quinto día, se la transportó al lugar donde estaba hospedada.

Al décimo, se le quita por primera vez la curación: cicatriz ideal.

A los treinta días de operada, resguardado el vientre con una faja, vuelve á su tierra.

(1) EL EXAMEN DE LA PIEZA PATOLOGICA: que tenía la forma de una esfera de 0'23 de diámetro y 3900 gr. de peso, deja ver, al hacer un corte medio de la matriz, una gran masa fibrosa, que divide la pared hipertrofiada del útero y que hace una eminencia considerable, dentro de la enorme cavidad uterina, que mide de 0'18 á 0'22 según que se tome la distancia en su medio ó en sus ángulos.

Por lo expuesto, se ve como se puede llegar al ideal quirúrgico en esta difícil operación, que en los últimos diez años ha sido la preocupación de los cirujanos más distinguidos de todos los países civilizados.

¡Ojalá y yo contribuya á divulgar entre nosotros esta operación que salva á las mujeres de horribles padecimientos!

En este trabajo, como en mis anteriores, solo me he sentido atraído por el esclarecimiento de la verdad: el conseguirlo es el colmo de mis aspiraciones.

México, Enero 30 de 1899.

J. VILLARREAL.

(1) Véase fotografía núm. 3.

La fotografía N° 4 representa una matriz fibromatosa de una operada de mi clientela civil.