

**DICTAMEN, QUE LA MAYORIA DE LA COMISION, PRESENTA ANTE LA
HONORABLE ACADEMIA DE MEDICINA, PARA JUZGAR LAS
MEMORIAS ENVIADAS POR LOS SRES. DRS, RICARDO
SUAREZ GAMBOA, FRANCISCO ALTAMIRA Y
JULIAN VILLARREAL, AL OPTAR EL
SILLON VACANTE DE
GINECOLOGIA.**

Analizamos, por ser la primera presentada, la memoria del Sr. Dr Ricardo Suárez Gamboa, cuyo título es: *Breves consideraciones acerca de algunas indicaciones de la histerectomía, en el tratamiento de ciertas ooforometro-salpingitis purulentas.*

En un breve y elegante preámbulo se lamenta el autor de que, en su *pasado infecundo, ni en la estela de su rumbo quirúrgico* encuentra el hecho, el detalle y el ignoto tesoro científico, que le permitiese llegar con su dote intelectual hasta el seno de la Corporación, cuyo honor constituye, según expresa, el resumen lógico de sus aspiraciones como médico mexicano.

Dice que se propone escudriñar algunas páginas de su libro de historias, refrescando en su memoria las impresiones que los hechos le han causado, suplicando que en su escrito se le perdone el no ocuparse de descripciones clínicas, ni de detalles de sintomatología y diagnosis, porque al escribir sus ideas no ha vacilado en comprender que están destinadas á personas que conocen la materia mejor que el autor. Por cuyo motivo, ha limitado sus estudios á aquellos puntos, que á su humilde juicio eran de más interés y de más novedad.

Aceptando la mayoría dictaminadora, la franca y modesta confesión del autor de la memoria, que le cabe la honra de justipreciar, deplora que el autor prescindiera voluntariamente de aquellos detalles de que

hace mérito, pues la carencia de ellos, esteriliza en su concepto los esfuerzos que debió de haber hecho el autor para afirmar la convicción en la creación de una forma anatómica de ooforo-metro salpingitis purulenta, bastante discutible según cree la comisión, y cuya aceptación no podría obtenerse sin las bases racionales, que suministra el criterio anatómo-clínico y el corolario obligado que se desprendería necesariamente, al plantear las indicaciones de la intervención quirúrgica, en tan importante cuanto deslindada afección morbosa.

La mayoría de la comisión, se propone, para el mejor desempeño de su árdua tarea, analizar una por una, las proposiciones que asienta el autor de la memoria, sometiéndolas inmediatamente á su apreciación crítica.

En las páginas tercera y cuarta de la memoria manuscrita dice textualmente el autor:

“Leyendo los libros y los folletos últimos de Ginecología, no puedo menos el lector sino aceptar como conclusión que el corolario obligado de las ooforo-salpingitis parece ser hoy la ooforo-salpingectomía.”

“Todos los autores discuten los procedimientos operatorios, comparan sus estadísticas quirúrgicas y debaten la utilidad de tal ó cual indicación inicial; pero casi ninguno, ó por lo menos como extraordinaria excepción, se presenta alguno que se atreva á buscar el correctivo de este vértigo quirúrgico.”

“El grupo de las ooforo-salpingitis se enriquece diariamente con variedades nuevas y con formas no conocidas aún, pero su terapéutica no se sublima con ningún elemento curativo nuevo, y su base permanece aún quirúrgica.”

“Es tanto más importante la supresión de los métodos sangrientos en el tratamiento de las ooforo-salpingitis, cuanto que en estos casos se acumulan á los peligros de toda intervención quirúrgica intra-abdominal los accidentes graves llamados *de menopausa artificial*, conocidos desde los trabajos de Brown Sequard sobre las glándulas de secreción interna y tan poco modificables á pesar de los entusiastas escritos de Jay y de sus discípulos.”

“Desgraciadamente no puedo en este trabajo dedicarme á sostener las ventajas de los métodos conservadores, pues que la índole de mis observaciones es esencialmente mutiladora. Pero es precisamente analizando estos casos operables cómo se sintetizan los no operables; es conociendo las indicaciones verdaderamente quirúrgicas como se pueden hacer brotar las indicaciones médicas; es profundizando el cortejo de la mutilación como se la toma horror y se procura evitarla.”

“Un enorme volumen necesitaría escribir para extender los conocimientos actuales sobre las ooforo-salpingitis, y os cansaría, señores,

firiéndolos las impresiones que esta infección me causa y las ideas tan amplias que profeso hacia su tratamiento.”

“Por eso me limitaré muchísimo, procurando tomar sólo un pequeño grupo de las *ooforo-metro-salpingitis purulentas*, que encierra algunas novedades y que guarda profundo interés para el porvenir.”

“Con toda intención me abstengo de las ooforo-salpingitis catarrales intersticiales, muco-purulentas, tuberculosas, colibacilares, secundarias de una infección general etc., etc.”

“Y aun de este grupo ooforo-metro-salpingeo, solo estudiaré ciertas indicaciones operatorias de la histerectomía, indicaciones sacadas tanto de la práctica de los ginecólogos europeos, como de la de los mexicanos y americanos que no son pocos ni menos autorizados.”

“Si soy algo extenso, perdonadme, señores, *no tengo tiempo de ser conciso.*”

La mayoría dictaminadora tiene la pena de comenzar disintiendo de las opiniones del Sr. Dr. Suárez Gamboa, pues la revisión que ha hecho de los textos ginecológicos y de los folletos más reputados, así como el recuerdo y el estudio detenido de las observaciones de su limitada experiencia clínica, la conducen á no admitir que el corolario obligado de las ooforosalingitis sea el sacrificio de los órganos enfermos en todos los casos en que los síntomas objetivos, como subjetivos, autoricen al clínico para establecer el diagnóstico de metro-anexitis supurada.

En la época en que las salpingitis solo tenían interés desde el punto de vista anátomo-patológico, y que hicieron su advenimiento en la era quirúrgica bajo la influencia de Lawson Tait y de Hegar, era ya la laparotomía una operación benigna, y desde entonces y sin criterio razonable comenzaron á extirparse todos los tumores salpingeos. Empero, espantados los cirujanos por los éxitos incompletos y contradictorios que obtenían, extirpando órganos incompletamente alterados, lesionados tan superficialmente, que hubiesen bastado para conservarlos, procedimientos operatorios menos peligrosos y más racionales, como son: la dilatación y evacuación del contenido de las bolsas purulentas y marzupialización de las mismas; ignipuntura profunda de ovarios inflamados, destrucción de adherencias perianexiales, y por último, la reposición integral de éstos órganos en el sitio anatómico que con frecuencia abandonan; reaccionaron aquellos cirujanos de su manía sacrificadora é hicieronse conservadores dentro del campo mismo que les ofrecía la inocuidad cada vez más grande de la laparotomía aséptica y rápidamente ejecutada.

En la época actual se manifiestan fieles y decididos campeones de esta cirugía sana, por lo que tiene de conservadora, autoridades tan re-

putadas como lo son Martin en Berlín y S. Pozzi ardiente propagador en Francia de los resultados de la Cirugía alemana.

En la bien pensada obra de Delbet "*Supurations pelviennes*" impresa en 1891, leemos en la pág. 302—"Que la reacción conservadora comenzó en América el noventa y ocho, extendiéndose desde entonces y haciéndose actualmente más y más general."

Pudiéramos tachar de parciales y de no comprender los términos del problema planteado por el Sr. Dr. Suárez Gamboa, limitándonos á las indicaciones operatorias de las anexitis purulentas sin tener en cuenta la flogosis uterina, pero debemos advertir, desde luego, que en los casos bien estudiados en que existen lesiones de totalidad de los órganos internos femeniles, predominan considerablemente las alteraciones supurativas anexiales; quedando la matriz más ó menos engurjitada pero sin presentar sino remotamente, la infiltración supurativa, y mucho menos abscesos parenquimatosos, que son una verdadera rareza, aun entre manos de los anatomo-patologistas más ocupados; desprendiéndose como conclusión práctica y ya adoptada en los últimos congresos de ginecología: que el cirujano debe limitar su intervención armada á remediar aquellas alteraciones que más urge remediar; dejando al tiempo y á los múltiples recursos terapéuticos con que cuenta, y no debe de olvidar, el cuidado de vencer ó amenguar las lesiones de la matriz, y solo en el caso de nuevas y apremiantes manifestaciones sintomáticas, extirpará la matriz, pudiéndolo hacer con gran ventaja *per vaginam*, sujeta la libertad y movilidad que el cirujano obtuvo ó debió procurar obtener en su primera intervención.

Si es cierto que por ser esencialmente mutiladora la índole de las observaciones del autor y que por el análisis de sus casos operados se sintetizen mejor los no operables, no creemos cierta la segunda proposición, pues estamos muy lejos de imaginar y consentir que un cirujano de nuestros días, suficientemente instruido, sostenga que el progreso de su arte deba de obtenerse mutilando, para que después, y profundizando el cortejo de la mutilización la tome horror y éntre en vía más serena, como el cuitado hijo pródigo vuelve contrito y temeroso á acogerse en los brazos que le tiende el hogar abandonado.

Más dispuestos estamos en creer que los esfuerzos quirúrgicos que conducen al progreso del arte, deben cimentarse en el amplio conocimiento de los procesos morbosos genitales, que solo llevan, con seguridad, el planteamiento de las indicaciones operatorias; aplazando el cirujano en cuanto le sea posible la intervención armada, para aquellos casos en que juzgue haber agotado los recursos de la cirugía conservadora, que aun que exíguos, son algunos de gran valía y conducen al resultado deseado; si bien con frecuencia, ni se emplean oportuna y pacientemente, ni se avaloran con la equidad y rectitud de juicio que exi-

ge el bienestar de las enfermas, que entregan su suerte á los cuidados y á la ciencia de sus médicos.

Aborda el autor en la quinta página la patogénesis de las oforometro-salpingitis deseando se convenga con él sobre que estas lesiones son de origen microbiano, punto sobre el cual no discutimos; por ser ya universalmente aceptado. Examina en seguida las bacterias más frecuentemente encontradas por los autores, haciendo notar que muchas ocasiones se mezclan los gérmenes patógenos, aumentando por este consorcio sus propiedades tóxicas y destructivas.

Dice textualmente:—"La esterilidad del pús oforo-salpingeo es enteramente exepcional, casi ningún autor de ginecología cree en ella; sino por el contrario, éste pus goza de la fama más terrible en cuanto á sus propiedades virulentas."

En verdad que nos asombra el sentido terminante de tal proposición, cuando basta recorrer los libros más recientes con el fin de refutarla, pero antes de recurrir á los textos, séanos permitido recordar que en esta H. Corporación el Sr. Dr. Tomás Noriega y el que habla, hemos evidenciado por nuestras observaciones la absoluta inocuidad del contenido purulento en las enfermas á quienes hemos operado vastos pio salpinx, cuyo pus absolutamente estéril, no influía en agravar el estado general de las pacientes, por haber las mismas dejado de presentar reacción febril y el cortejo habitual de la infección, aun varios meses antes de la intervención quirúrgica, motivándose ésta por consideraciones de otro orden, como fueron el dolor, las hemorragias algunas veces, ó el estorbo mecánico é irritativo que despiertan las lesiones pelvi-abdominales, condenando á las pacientes al reposo prolongado.

En la página 82 del citado libro de Delbet se lee: "Que el verdadero medio de zanjar la cuestión sería determinar en un gran número de casos la naturaleza de los microorganismos contenidos en el pus de las salpingitis; pero por desgracia nos falta este medio; pues en las salpingitis ya antiguas, las que se operan, no se encuentran microbios, sea porque las condiciones nuevas producidas por ellos no permitan su existencia, sea porque ellos mismos secretan un veneno tóxico que los hace desaparecer. Solo en casos muy excepcionales se ha podido revelar su existencia."

En la página 59 del libro de los Sres. Doléris y Pichevin titulado: "Introducción á la práctica ginecológica, se lee: "Vida efimera de los microbios patógenos.—Una última consideración de alta importancia debe terminar este párrafo. El pus es á menudo estéril porque la vida de los gérmenes es efimera, y porque la intensidad misma de su septicidad es para algunos la causa cierta de su muerte. En los focos cerrados, los tesreptococcus perecen por sus propias toxinas."

"La significación del pus es por tanto muy incierta. En las colec-

ciones ováricas y tubarias, el pus es estéril en la mitad ó el tercio de los casos, encontrándose con más frecuencia los gonococcus ó los bacilos intestinales. Todos los ginecólogos están acordes sobre este punto: Clinton-Cashing, Stehmann, Boisleux, Freund, Werthein, Witte, Hartmann y Morax. Se ha encontrado estéril en las supuraciones del hígado y de la vesícula biliar. (Tuffier). En las supuraciones subperiósticas (Qeenu, Societé de Chirurgié. Octbr. de 1892.)

“En fin Dor (de Lyon) ha mostrado que ciertas formas microbianas atenuadas, enjendran edemas, exudados serosos, albuminosos, torpes [Periostitis albuminosa] sin llegar á producir pus. En las supuraciones abiertas y comunicantes con el exterior, la presencia constante de los organismos es al contrario la regla.

El autor pasa después á establecer este otro punto de vital importancia.—“La infección ooforo-salpingea, en el mayor número de los casos, no es sino la resultante de un estado séptico del útero, anterior á la lesión anexial.”

Entrando en someras explicaciones sobre las vías que más frecuentemente sigue la infección para llegar hasta los anexos ó sean la vía mucosa y la linfática, tan bién estudiado por Lucas Championier. Estableciendo generalmente que la infección anexial, reconoce con muchísima frecuencia, la existencia de una infección uterina previa.

Dice textualmente el autor:

“En la infección útero-anexial que me ocupa, los fenómenos celulares se inician en el epitelio del endometrio, se extienden á la intimidad de la mucosa, recorren los capilares blancos, y aun con algunos rojos el parénquima propio del útero, llegan al perimetrio, á los anexos, á los ligamentos anchos, y alcanzan la totalidad del perimetrio para detenerse en los órganos linfoides de la pelvis ó invadir la economía entera.”

“Es esta infección progresiva la que va constituyendo la endometritis primero; la metritis intersticial ó parenquimatosa después; luego la para-metritis ó flegmones pélvicos y las septicemias generales, tales como la puerperal y la del flegmón difuso de la pelvis.

“Las ooforo-salpingitis no son en rigor más que un epifenómeno de la infección uterina, y están íntima ó inseparablemente unidas con el proceso del útero mismo.”

“Ruego mucho á los señores que me hacen el honor de escucharme, que recuerden que he hecho abstracción del grupo de las ooforo-salpingitis de origen no uterino, al decir el nombre de ooforo-salpingitis.”

“Estas ooforo-salpingitis, ligadas en su esencia y en su evolución con el útero mismo, forman un tipo nosológico individual distinto de las otras lesiones anexiales y poseedor de una sintomatología, de un pronóstico y de un tratamiento especiales.”

“Los autores de Ginecología lo entrevén, pero lo descuidan; lo conocen, pero no lo describen.”

“Este proceso, que he procurado únicamente delinear, constituye una enfermedad ginecológica definible por *ooforo-metro-salpingitis*”.

“No es mi ánimo sostener ante tan alto cuerpo como esta Academia, la nueva creación nosocomial que he procurado describir. Ha sido mi intención recordar su existencia demostrándola en esta graduación.”

“1º Las ooforo-salpingitis son de origen microbiano.”

“2º La infección tubo-ovárica de origen uterino está íntimamente ligada con la infección uterina previa.”

“3º La infección del útero, al extenderse hasta los anexos, constituye un proceso único é individual:

“Este proceso es: la ooforo-metro-salpingitis.”

Considerando de gran interés el estudio de la patogénesis que aborda el autor de la memoria desde el punto de vista de las fecundas cuanto discutibles aplicaciones que suministra para plantear las indicaciones operatorias en la afección de que trata; la mayoría dictaminadora cree de su deber explayar las ideas que sobre este respecto profesa, y que difieren en varios puntos de las opiniones del citado autor.

En primer lugar, confiesa paladinamente no comprender cómo el Sr. Dr. Suárez Gamboa concibe que actualmente los autores de la especialidad solo entrevén sin detallar ni profundizar el proceso ooforo-metro-salpingeo, cuya creación dice que tan sólo se atreve á delinear en las páginas cuya lectura acabáis de oír.

Concediendo nosotros que la acción más ó menos virulenta y tóxica de las bacterias patógenas, ayudada de la falta de resistencia orgánica, de las malas condiciones de higiene, excesos de coito, congestión menstrual, que la acción de las diátesis y tantos otros factores, muchos de ellos aun poco conocidos en su modo de obrar influyan para que las lesiones revistan el carácter de extensión y de agudez que en la clínica se traducen por la existencia de una flogosis generalizada á toda la extensión de los órganos internos de la mujer, haciéndose imposible distinguir por virtud de la coexistencia de las lesiones la cronología y sucesión exacta de los órganos invadidos y el conocimiento preciso de cuál de ellos fué el primero que sufriera la infección; ni es ésta la forma más habitualmente observada, fuera del puerperismo y aun en ella misma y después de un tiempo más ó menos variable—que siempre puede acortarse por los esfuerzos de una terapéutica bien dirigida—llegan á poder discernirse las lesiones iniciales, toda vez que desaparecida la efusión flogósica, persisten tan solo aquellas lesiones degenerativas, que por el acantonamiento de los gérmenes patógenos y las sinuosidades del complicado aparato genital, no han podido desaparecer y constituyen siempre en esta categoría de enfermas un peligro inminente, pues

con frecuencia de nuevo se ven engendrar los mismos accidentes turbulentos de infección, á pesar de las prácticas de la cirugía conservadora

En tales circunstancias puede constituirse el proceso cuyo descubrimiento se atribuye el autor, pero es muy remoto que la atmósfera celular peri-uterina, y la serosa peritoneal que la envuelve y la corona en su parte superior, permanezcan intactas, y este hecho de observación diaria es uno de los principales argumentos que tiene en su contra la idea exclusiva que profesa Lucas Championnier y sus partidarios para el establecimiento patogénico de la vía linfática, como el vehículo de transporte único y exclusivo en estas afecciones. La existencia de pequeños abscesos intra-ligamentarios y para-métricos de origen linfático, fuera de toda complicación útero-anexial es difícil de dar por el estudio atento de los órganos extirpados por la parotomía.

Es innegable que las anexitis existen clínicamente fuera de toda alteración ostensible y demostrable anatómicamente del parenquima uterino, y también lo es, que los desórdenes producidos en estos órganos, adquieren un grado de intensidad y agudez fuera de toda proporción con el ligero grado de alteración que sufre el endometrio, constituyéndose así el grupo nosocomial de las ooforo-salpingitis *micro-quísticas*, de tan difícil diagnosis, pero tan perfectamente aceptada por la clínica moderna como que presentan sintomatología, pronóstico y tratamiento tan diverso de las otras formas clínicas de anexitis y además una patogenia no difícil de inquirir, si se recuerda que el brote múltiple y tumultuoso de los ovisacos que en aquella se observa, equivale á los fenómenos fisiológicos y al estado anatómico que se observa en los animales en el período de brama y cuyo proceso idéntico aunque anómalo y exagerado en la mujer, no puede dar otro resultado que la irritación de la glándula ovígena, la cual como que es persistente y periódicamente exacerbada por el molimen menstrual, tiene por final resultado la producción esclerótica y la deformación de los anexos.

En este proceso micro-quístico es frecuente encontrar el útero inocuo de toda lesión infecciosa y suele conservar su volumen normal y habitual movilidad, no despertándose dolor en él ni síntomas de otro género.

Creemos que no es una creación anatómica ni clínica la que reseña el Sr. Dr. Suárez Gamboa, porque todos los ginecologistas se ocupan en sus escritos de este proceso en su graduación y generalización y es más, puntualizan y aclaran, con un sentido práctico tan amplio y convincente los diversos eslabones del proceso que, bastará para nuestro fin recordar con Pichevin y Doléris, que trátase de las formas banales ó de las más graves de las infecciones genitales femeninas, la *cervicitis*, desde sus formas más atenuadas en las que sólo hay descamación epitelial, hasta los amplios desgarros que sufre el cuello en las ten-

tivas imprudentes que sobre de él, se hacen dentro y fuera del estado puerperal, es, lo repetimos, la referida cervicitis la lesión inicial, siendo ésta muy curable en su principio por los recursos naturales como son la hipertrofia de la mucosa hasta la creación del tracoma cervical, el tapón de moco cervical que atenúa y evita el paso de gérmenes patógenos hacia el endometrio cuya mucosa es infinitamente menos propensa á recibir la infección, pero que no obstante esta circunstancia puede llegar á contaminarse si intervienen factores tales como la congestión menstrual agregada á la atresia cervical, la retención menstrual, excesos de coito, etc., cuyo resultado suele llegar hasta la dilatación de las trompas falopianas é infección de su mucosa, congestión ovárica y muchas veces derrame periódico de la secreción muco-purulenta tubaria dentro del tejido celular pélvico, derrame en todo punto comparable según aquellos autores á las vómicas pleuro-pulmonares, cuyos brotes por su tenacidad y violencia en los casos graves, despiertan el voraz incendio en tejido tan apto á reaccionar y á difundir los gérmenes patógenos.

No obstante la suma gravedad de semejante situación, el peritonco tiene la fuerza suficiente para desvanecer, por un fenómeno de verdadera digestión, las exudados, y no solo una vez sino que reiteradas ocasiones, como son una prueba las múltiples curaciones de las peritonitis de repetición bajo la influencia de la sana y perseverante terapéutica clásica y abstencionista.

En nuestro concepto debe el ginecologista aplicarse á conocer en su intimidad y sucesión este proceso, así como á evitar en lo posible su propagación, y lo consigue de hecho curando la cervicitis inicial, atendiendo la endometritis por los recursos habituales, comprendiendo en ellos el legrado, estableciendo el obligado desagüe de la matriz en los casos rebeldes, ejecutando el masaje en los casos crónicos en que esté bien indicado, con el plausible fin de despertar la contractilidad del elemento muscular, con frecuencia decadente; conteniendo por los medios adecuados las fuerzas de la paciente y empeñándose en buscar y corregir la influencia perniciosa de las diátesis, procurando siempre, por último, abandonar la inveterada práctica que condenaba á la inmovilidad á las infelices enfermas, quienes, después de varios meses ó años, que requiere el tratamiento conservador, quedan reducidas á cadáveres ambulantes, ó son presa de las múltiples como variadas formas de la histeria y neurastenia.

Así hemos curado y seguiremos tratando á multitud de enfermos sin que ni por asomo creamos de nuestro deber plantearles el problema de la horrible mutilación que tanto deplora el Sr. Dr. Suárez Gamboa, quien no patentiza por sus trabajos escritos haber hechos los esfuerzos que debiera para convencernos de que, en realidad de verdad, los encarece y se duele de no haberlos seguido.

Con el fin de patentizar los desórdenes que los gérmenes patógenos pueden producir en el tejido celular peri-uterino en los casos de metrcanexitis, presenta el autor una observación bastante detallada relativa á una enfema de origen catalán en la cual aplicó por la vigésima vez, satisfaciendo las reglas de la asepsia, la histerectomía abdominal por su procedimiento de colgajos, habiendo hecho el diagnóstico previo de ooforo-metro-salpingitis purulenta no quística. Propuso la operación después de un mes de ensayar tentativas quirúrgicas infructuosas, las que no precisa ni describe. Desde que abrió el vientre dice haber encontrado el útero: grueso, congestionado, lleno de adherencias con los anexos y fijo en retroversión por algunos tractus fibrosos de su cara posterior. Los anexos completamente perdidos; las trompas sinuosas, con engruesamientos parciales que les daban aspectos de rosarios; los ovarios muy grandes, caídos en el fondo de Douglas y microquísticos. Los anexos del lado derecho estaban abrazados por el apéndice vermicular, que se les adhería intimamente, serpenteando en su superficie.

Practicando el aislamiento lateral del útero, podía ver con claridad la luz abierta y esclerosada de los vasos linfáticos seccionados, y, al tallar sus colgajos peritoneales uterinos, para cubrir el futuro muñón vaginal, notaba que su bisturí trabajaba en un tejido sub-peritoneal, duro y esclerosado; terminando por reseca el apéndice vermicular adherido.

Presentó la enferma síntomas gravísimos de septicemia peritoneal sobreaaguda post-operatoria, felizmente combatidas por la decisión que adoptó el operador reabriendo el vientre *per vaginam*, canalizando y lavando el peritoneo; así como por la terapéutica enérgica de que usó á fin de conseguir levantar la decadente energía cardiaca.

Curó la enferma y dice el operador que no tendrá inconveniente de hacerla estudiar por los miembros de la H. Academia.

Concluye expresando que esta historia evidencia la influencia desastrosa de la infiltración microbiana pélvica en los casos de ooforo-metro-salpingitis purulentas, haciendo responsables á los gérmenes infiltrados en el parametrium y en el paraovarium, de esta septicemia peritoneal, tan brutal en su desarrollo y tan felizmente combatida.

Desde entonces dice haber obtenido dos datos útiles de terapéutica ginecológica: es el primero, la regla de dejar siempre canalizado el peritoneo, en las histerectomías por ooforo-metro-salpingitis; y el segundo, la utilidad de intervenir precozmente en las infecciones peritoneales post-operatorias y reabrir el vientre sin temor ni vacilación, antes de que el corazón se fatigue ó la infección peritoneal se generalice.

Posteriormente dice haber obtenido cuatro curaciones en cuatro casos de peritonitis post-operatorias, en las que ha intervenido apegándose á aquel precepto.

Esta es la única observación clínica bien detallada que ofrece el Sr.

Dr. Suárez Gamboa, en la *Memoria manuscrita* que remitió á la Corporación.

Hemos transcrito, con toda intención, los principales párrafos de dicha historia clínica y que según el autor apoyan la tesis que sostiene, desprendiéndose del análisis minucioso á que la hemos sometido que, el diagnóstico anátomo-patogénico, es equívoco.

Antes de operar á la enferma y después de tratamiento quirúrgico no precisado, se establece el diagnóstico de ooforo-metro-salpingitis purulenta no quística, sin que creamos sea apoyado en aquellos signos bastante exíguos; pero que lo hacen aproximado y son la piometrorrea intermitente, que puede en ocasiones patentizarse por la compresión que la mano colocada sobre el hipogastrio ejerce sobre las colecciones tubarias, y que la vista comprueba cuando se dispone á la enferma de un modo conveniente para este exámen, signo difícilmente realizable, supuesta la frecuente eclusión del ostium-útero-tubario en este proceso. La existencia de fiebre de exasperaciones vesperales, y en tercer lugar el enflaquecimiento de la paciente; en una palabra, la comprobación de la triada sintomática de Lawson-Tait, que inclina á presumir en el carácter purulento de las lesiones, y triada que, si existía en la enferma operada, no tiene el cuidado de decirlo el Sr. Dr. Suárez Gamboa, á quien suponemos muy hábil y poseedor de un tacto exquisito y positivamente excepcional, dado que, todos los clínicos confiesan ser de todo punto imposible afirmar por el exámen clínico la purulencia de bolsas quísticas pelvianas, cuando falta la susodicha triada; siendo muy poco partidarios, por lo general, de la punción exploradora, que solo aclararía la duda.

Debió, en nuestro concepto, haber previsto el cirujano las dificultades que le ocasionaron las adherencias posteriores de la matriz retrovertida y crónicamente inflamada; así como también debió de haberse asegurado de que los anexos procidentes, no tenían las dimensiones exageradas, que aún se empeña en sostener que encontró al abrir el vientre. Ahora bien, el exámen atento de la pieza anatómica que bondadosamente nos facilitó el Sr. Dr. Suárez Gamboa, nos enseña: que los anexos apenas están crecidos y microquísticos, destacándose admirablemente bien las trompas falopianas y no estar envueltos estos órganos como sucede siempre que la perianexitis, destruyendo los *mesos* los confunde en una aglomeración más ó menos grande, irregular y llena de aboyaduras que apenas se permite aislarlos, á fin de reconocerlos.

Luego tenemos derecho de inferir que la perimetritis y la anexitis eran relativamente insignificantes, dominando en el proceso el elemento uterino y creemos debiera reconstruirse el diagnóstico con mayor corrección en la siguiente formulación:

Metritis parenquimatosa, parametritis posterior organizada produciendo

retroversión fija, anexitis doble microquistica con procedencia doble y por fin, perimetritis de intensidad mediana.

Explícanos este diagnóstico la insuficiencia de los recursos terapéuticos tratándose de enferma que emprende un viaje á Europa con el fin de curarse; la que como tantas otras cambia de médico según le place; á quien no se atiende debidamente supuesto que se la deja adherir su matriz; que no se canaliza el endometrio por tiempo suficiente como tenemos el derecho de suponer y á quien finalmente, se la propone y se ejecuta operación excesivamente grave sin los fundamentos de segura diagnosis; despertando por el trauma operatorio el proceso peritónico apenas apagado, supuesto que confiesa el operador haber encontrado ejecutando su acto quirúrgico los desórdenes linfáticos flogísticos para y peri-uterinos.

Si correcta y digna de propagación fuera la conducta del Sr. Dr. Suárez Camboa, en quién la mayoría dictaminadora se complace en reconocer dotes de valentía y ardor quirúrgico notables, habría que proponer la intervención armada á un veinte por ciento cuando menos de esas infelices enfermas que á diario vemos en las consultas, quienes teniendo que ganarse el sustento, arrastran vida valetudinaria y miserable y que llegando á perder la fe en la ciencia médica, son sin embargo suficientemente cuerdas y sensatas para no aceptar la propuesta de operaciones atrevidas é inciertas en sus resultados.

Otro reproche nos atrevemos á hacer al joven é intrépido cirujano que nos cabe la honra de criticar.

Se preocupa incesantemente de la purulencia en sus diagnósticos. Ahora bien, ¿qué prueba la existencia del pus?—Qué elementos sépticos tienen acción destructiva especial sobre las células, produciéndose el cortejo de la diapidesis y formación de exudados, lo cual prueba que el proceso ya menos avanzado es, por tanto, menos séptico y menos activo que al principio de la infección y que, en último análisis, está en vía de retrogradación supuesta la bien comprobada esterilización de los gérmenes descubierta por Pasteur y rectificada despues por los clínicos y operadores más sagaces.

La naturaleza hace todo el esfuerzo si no para producir la restitución integral de los tejidos infectados, sí por lo menos para acantonar las lesiones, haciéndolas compatibles con la vida de las enfermas.

En virtud de las anteriores consideraciones, seguimos conducta contrariamente opuesta, si bien menos brillante que la que prosigue el Sr. Dr. Suárez Camboa.

Esperamos que cese el incendio; combatimos los bruscos brotes peritónicos y solamente intervenimos cuando las colecciones purulentas lo exigen por su magnitud y situación topográfica, como en concreto es el caso de los piosalpinx voluminosos, los cuales no tratamos de ex-

tirpar, ni siquiera buscamos deprenderlos y manipularlos, sino que, una vez bien reconocidas sus múltiples y complicadas adherencias de contorno, una vez que incidimos el peritoneo y rectificamos nuestro diagnóstico mediante la punción aspiradora, canalizamos las bolsas purulentas, modificamos por el legrado y los anticepticos apropiados su pared interna, instituyendo el desagüe mediante tubos gruesos de caucho, ó de vidrio, que hacemos descender á la vagina, perforando con las precauciones necesarias el fondo de Douglas, el que con frecuencia encontramos borrado por exudados paramétricos de espesor considerable.

El que habla ha presentado á esta Corporación enfermas curadas á quienes ha operado según esta técnica, no arrepintiéndose de haberla seguido por seguirle demostrando su corta experiencia clínica que las exudaciones pélvicas se reducen: que el útero antes crecido se recoge y moviliza, y que si largo y accidentado es el tratamiento post-operatorio, compensan con creces sus resultados, si se les compara con el del autor de la memoria, que es esencialmente mutilador.

Se admira éste de que después de unas veinte histerectomías más ó menos análogas á las que criticamos, hayan estallado formidables accidentes, los que conjuró con la reabertura y canalización del vientre de la operada; atribuyéndolos á los gérmenes latentes cuya virulencia despertó su intervención, cuanto más natural es encontrar su explicación en las maniobras que tuvo que hacer para destruir las adherencias, y que debieron de sangrar, como sangran, los tejidos crónicamente flogozados, por más que los colgajos que talló por su procedimiento operatorio, le permitieran afrontar la irregular superficie que resulta siempre después de la histerectomía ya sea vaginal ó abdominal y hecha en semejantes condiciones.

Necesariamente los tejidos así lesionados, trasudan abundantes líquidos que constituyen excelente medio de cultivo para los gérmenes latentes ó adormecidos en su virulencia, así como para los nuevos que pueden entrar, y es un hecho que penetren á través de los puntos de una sutura constituida forzosamente por varios planos movibles, en virtud de la movilidad misma del recto y de la vejiga, y por último, tratándose de herida colocada en contacto directo ó inmediato con cavidades eminentemente y por naturaleza sépticas, como son los propios mencionados órganos.

De donde se desprende el precepto clásico de canalizar en casos análogos, y no era preciso haber practicado veinte histerectomías para adoptarlo, cuando está ahí palpitante en interés y fecunda en resultados prácticos la conducta de los Granville, Bantock, Lawson Tait, White y y tantos otros eminentes cirujanos cuyos escritos es indudable que no han pasado desapercibidos á la ilustración y deseos progresistas del Sr. Dr. Suárez Gamboa.

Es más: ¿Qué otra conducta se sigue en la actualidad en la histerec-tomía vaginal accidentada por la naturaleza y el volumen relativamente considerable de los neoplasmas que permite extirpar, si no es la de canalizar holgadamente el tejido celular pélvico, estando casi en un todo desechados por peligrosos é inseguros los procedimientos de sutura completa de la bóveda vagino-peritoneal?

Aborda en seguida el Sr. Dr. Suárez Gamboa el tratamiento de las ooforo-metro-salpingitis limitando su estudio á las puerperales y á las que denomina purulentas quísticas no puerperales.

Al considerar las primeras, es partidario del legrado uterino, aun varias veces repetido cuando la endometritis puerperal se hace rebelde, sea por la insuficiencia de la primera intervención, sea por la extensión séptica hacia la capa profunda del endometrio, acentuando que esta enérgica desinfección suele ser aleatoria por verse de nuevo elevar la temperatura abatida solamente algunas horas después de la operación y reproducirse con intensidad los signos de infección, pareciendo no reportar la enferma ventaja alguna con la serie de curaciones que ha sufrido, y se pregunta: ¿qué ha sucedido entonces? ¿Debe declararse la inutilidad de la raspa uterina y de los lavados antisépticos, en estas infecciones puerperales?

Encuentra la explicación fácil de esta condición en el hecho de que el proceso séptico dejó de estar relegado al endometrio y comenzó á infiltrarse el parénquima y perimetrium para constituirse en breve plazo la ooforo-metro-salpingitis aguda puerperal.

Describe con corrección el mecanismo de la invasión séptica del parénquima y admite tres períodos de la septicemia puerperal, ó sean el primero de endometritis, el segundo de ooforo-metro-salpingitis y de generalización al tercero.

Abiertamente sostiene que el segundo estado anatómico es incurable; que la misión del cirujano es evitar la generalización del proceso séptico, siendo su papel semejante al que ejerce cuando amputa una pierna gangrenada y séptica; cuando reseca un maxilar enfermo, cuando quita un testículo tuberculoso ó reseca un estómago carcinomatoso; terminando por escribir que la indicación principal que tendría que llenar, en tal estado morbozo, es la ablación genital interna.

Salta á la vista lo absoluto de las proposiciones del autor. ¿No recuerda este cómo debe armarse de tacto y prudencia el cirujano en los casos de gangrenas quirúrgicas á fin de esperar para intervenir la limitación del proceso, estudiando á la vez, el terreno, la diátesis y todas las influencias que podrían darle mal resultado?

Conocidos son del público médico los funestos resultados que suministró la estadística cuando quisieron arrancarse de golpe las tu-

berculosis localizadas, repercutiéndose la infección hacia los vértices pulmonares y las otras vísceras por la brusca acción del trauma operatorio, haciéndose así ostensibles lesiones que hasta ahí se encontraban en latencia.

De otra parte; esa limitación al útero y anexos que admite el autor, ni se ve en la práctica con la frecuencia que asigna, siendo más propia de procesos sépticos que si bien considerado, tienen parentesco con el puerperismo, no deben entrar de lleno en el cuadro clínico tan sombrío y desesperante que ofrece la puerperalidad cuando reviste el carácter epidémico.

Más inclinados estamos á creer que la metro-anexitis se presenta tardíamente en las púerperas, sobre todo, en aquellas que han sufrido antes del accidente del momento, los ataques sépticos y las lesiones que en sus órganos despierta el gonococo acantonado en los repliegues de la mucosa endogenital y que se han recrudecido por el trauma del parto: por desgarros perineales por insignificantes que parezcan á primera vista, y que no se han tratado convenientemente.

La forma de la curva térmica y la relativa subagudez del cuadro sintomatológico nos están diciendo, así como la inocuidad lesional del peri y parametrium, que la situación no es tan desesperada como á un primer exámen parece; que son formas anatomoclínicas perfectamente curables por el legrado, desagüe y medicación intrauterina prudente y debidamente sostenido y como, entonces, vamos á atrevernos á proponer la extirpación de la matriz y sus anexos.

¡Tendríamos que histerectomizar el tercio ó más de las púerperas que se nos confían!

Si el diagnóstico del Sr. Dr. Suárez Gamboa fuese impecable, lo que no admitimos y ya hemos probado en otro lugar de este dictámen, le concederíamos que al tratar de establecerlo, deslindace por completo la posibilidad de confundir la metro-anexitis con la subinvolución puerperal, estado morbozo tan frecuente y cuyo tratamiento idóneo mediante las corrientes continuas usando del electrodo intra-uterino de carbón recomendado por Apostoli, nos ha permitido á la vez que usá-bamos de los recursos terapéuticos clásicos, rectificar nuestro diagnóstico, desechando la idea de la infección metro-anexial que en su principio pudimos concebir.

Colocándose el autor en el terreno de la verdadera infección puerperal, establece que *si suprimimos con oportunidad el laboratorio de los microbios, si la esponja infectante ooforo-metro-salpingea la extraemos de la cavidad de la pelvis, evitaremos los nuevos desagües de toxinas en la sangre, aun cuando dejemos una gran dosis de venenos circulando ya por la economía.*

Ahora bien, nos preguntamos, es tan fácil clínicamente de apreciar esa encarecida oportunidad, y son inocentes los gérmenes que dejamos en circulación y que se eliminarán, dice el autor, por los emuntorios naturales siempre, y he aquí la nueva dificultad que surge, ¿que no sean deficientes, y que el corazón no haya perdido su energía?

Encontramos la respuesta fácil, en la pobreza de la literatura quirúrgica cuando le consultamos á este respecto y en los resultados poco halagadores de los más atrevidos cirujanos de ambos continentes.

Que se intervenga como un último esfuerzo en las peritonitis sobre-agudas puerperales, como asienta Tarnier, lavando y canalizando el peritoneo, lo concebimos y lo ejecutaríamos sin escrúpulo por lo mismo desesperado de la situación; pero no nos resolveríamos á histerec-tomizar á la mayoría de las púerperas en las condiciones que propone el Dr. S. Gamboa, hasta que el tiempo no nos convenza, por los amplios resultados favorables que se obtengan de que sea el más seguro y el único medio de salvar su existencia.

Dice el Dr. S. Gamboa *que la posibilidad de la ooforo-metro-salpin-gectomía en la infección puerperal está fuera de discusión y que ahí están las técnicas de la colpo-histerectomía y de la láparo-histerectomía, que lo indican y ahí están, también, las operaciones de Roosenberg, de Michaux, de Bouilly y de Landau y el trabajo de Longurt, que lo comprueban.*

Las técnicas más impecables nada significan, decimos nosotros, enfrente de la conveniencia del cirujano para emplearlas. Técnica tenemos para reseca dos, tres ó más metros de intestino, para extirpar cánceres epiplóidos ó hepáticos, y de nada nos sirven cuando abierto el vientre nos decidimos, por ser más conforme al buen estado de nuestras enfermas, ó á dejar las cosas en tal estado, visto lo temerario de nuestro primer impulso operatorio, ó por nuestro erróneo diagnóstico ó á ejecutar las operaciones paliativas: como la gastro-enterostomía que aplicaríamos en caso de cáncer estomacal, sin extirpar esta viscera como ya se hace y se propone en la actualidad.

Razonablemente se pregunta el autor *si la púerpera, agotada sus fuerzas por el proceso séptico, podrá soportar, en tan malas condiciones, las costas de una histerectomía total*, resolviendo esa duda afirmativamente fiado en que la histerectomía abdominal, que tiene sus preferencias sobre la vaginal, por ser en ésta difícil la extracción de uteros retrovertidos y deleznable por el hecho de la infección, *es una operación poco traumatizante, por el incesante progreso de su técnica y por los recursos de la era quirúrgica en que actualmente evoluciona.*

Que nos baste recordar á fin de refutar este nuevo aserto, las serias dificultades que en la primera observación clínica detalla y que se le han vuelto á presentar en sus enfermas operadas posteriormente y que no son ciertamente pacientes agotadas por el puerperismo infeccioso para

no admitir con él que: *la histerectomía abdominal, con su técnica fácil y rápida, con las modificaciones actuales en el medio operatorio y con el ancho y bien alumbrado campo de acción que ofrece, se presta admirablemente para estos casos de delicado pronóstico.*

Termina esta parte de su escrito diciendo: *que al porvenir toca resolver esta cuestión: --¿Qué resultados tiene la ooforo-metro-salpingectomía en la ooforo-metro-salpingitis aguda puerperal? pues hasta hoy se conocen nueve casos bien comprobados, verificados en plena septicemia puerperal y han dado siete curaciones.*

Que estas cifras son halagadoras y nos permiten esperar que la histerectomía total que ha sido ya un gran paso para la curación de las ooforo-metro-salpingitis puerperales agudas, sea también un poderoso recurso para luchar contra la septicemia puerperal, el terror de las mujeres paridas.

Presenta el autor á continuación, diez historias clínicas, demasiado compendiadas y cuya lectura se permite hacer la Comisión.

Dice después que: Demasiado expresiva es la pequeña estadística que ofrece. Que en todos los casos de fracaso operatorio ha quedado el útero en la pelvis, habiendo sido sacrificado en todos los casos de curación completa y da sus conclusiones como sigue:

Es de capital importancia plantear el diagnóstico exacto del proceso ooforo-metro-salpingeo purulento, difuso ó quístico.

Una vez planteado este diagnóstico, se hará siempre y casi sin excepción, la histerectomía total, cuando los piosalpinx sean dobles, ó cuando haya piosalpinx unilateral y otras lesiones en los anexos opuestos ó que los hayan destruido por completo.

Se podrá hacer la histerectomía total, en los casos de piosalpinx unilateral cuando se compruebe bien la existencia del proceso ooforo-metro-salpingeo purulento y las mujeres enfermas, necesiten de su trabajo corporal para vivir.

Aun cuando yo creo que todos los casos de ooforo-metro-salpingitis purulentas, quísticas ó no, deben tratarse por la histerectomía total, podían hacerse operaciones conservadoras en aquellas mujeres cuya posición social les permite pasar muchos meses en la cama sometidas á un constante tratamiento. En este último caso, el cirujano será muy reservado sobre el porvenir de su enferma y estará siempre dispuesto á intervenir de un momento á otro.

Con un caudal científico compuesto de 10 observaciones incompletamente presentadas y treinta casos más que dice podría haber utilizado con este propósito, se decide el autor á establecer las terminantes conclusiones que acabáis de oír.

Quiere, según podemos colegir, el Sr. Dr. S. Gamboa que las cosas pasen á sú modo; unas veces nos dice que deben histerectomizarse las mu-

eres en quienes se diagnostique su metro-anexitis supurada libre de complicación peri-uterina; otras, que las dificultades son considerables por estar el útero y anexos encasquillados en medio de adherencias, que según él, imposibilitarán la ejecución de la histerectomía vaginal; á veces declara que él operaría á todas las enfermas, y finalmente no lo haría en las que estuviesen dispuestas á guardar cama por muchos meses que exige el tratamiento conservador.

Sedesprende en suma de sus conclusiones que pretende resolver la ardua cuestión que se debate en el mundo quirúrgico, sin que se le haya encontrado aún al presente, según creemos, la más completa y segura convicción en la decisión de los operadores.

Por grandes que sean los progresos de técnica abdominal de histerectomía, las grandes ventajas que ofrecen la histerectomía vaginal y la celiotomía en la operatoria de estos afectos morbosos, se discute y seguirá discutiendo por mucho tiempo aún, hasta que una masa considerable de operaciones con sus resultados lejanos den el triunfo á aquella sobre sus rivales vaginales.

La pretendida benignidad de la histerectomía abdominal que señala el autor de la memoria se encuentra en contradicción con la experiencia y las conclusiones de los más hábiles y atrevidos operadores.

La operación sola sin histerectomía de los anexos uterinos, dijo Lawson Tait en el Congreso Francés de Cirugía del 91 y en los casos de efectos inflamatorios crónicos, es siempre difícil, siendo en ocasiones la dificultad tan grande, que no puede ser comparada con nada de lo que se observa en la cirugía. Que muchos cirujanos muy competentes declaran que hay numerosos casos en que la operación no puede concluirse, y que solo una experiencia mayor y superseverancia le han permitido en estos últimos años, terminar todas las operaciones que ha emprendido, no impidiéndole su temor personal ocasionar desgarrros de la vejiga ó del intestino al destruir las adherencias que pueden existir entre estas vísceras y un ovario ó una de las trompas inflamadas.

En el propio congreso se expresa Richelot como sigue, basándose en 240 laparotomías, "En los casos de piosalpinx y ovaritis supurada, se concentra toda la gravedad de las laparotomías hechas para quitar los anexos. Las adherencias del quiste purulento á las paredes pélvicas y sobre todo, al intestino, la vascularidad de ciertas adherencias, la ruptura frecuente de la bolsa y la efusión del pús en el peritoneo, así como la infección de la serosa por ciertos contenidos muy virulentos, infección que no siempre puede prevenir el lavado con agua hervida; en fin, el colapsus, que determina una operación de larga duración en mujer debilitada y ya septicémica, son las causas que nos hacen fracasar en casos, si bien cierto raros, la verdad es que son aún muy crueles.

“La extirpación total de los órganos enfermos es el fin que debe proseguirse; pero no siempre es posible.

Algunas veces es preciso detenerse y no hacer nada, porque si se continúa, á menudo no se encuentran los anexos, ó bien se les arranca en colgajos después de haber hecho grandes destrozos á través de este *proceso fibroso* que se extiende al conjunto de la pequeña pelvis, enclava el útero y forma al rededor de él como una bóveda de adherencias que le separa de la gran cavidad abdominal. Entonces es verdaderamente peligrosa la laparotomía y de aquí su adhesión por la histerectomía vaginal aplicada á las supuraciones pesiuterinas (Pean Segund) operación que hace una vasta debridación en el seno de la cavidad pelviana, abre las bolsas purulentas que rodean la matriz, asegura su canalización y favorece su obliteración. Aunque se dejen en su sitio los órganos enfermos ó sus colgajos, se les abre con mayor seguridad inmediata y en mejores condiciones para el porvenir. El estudio incompleto de los hechos y los resultados aún desconocidos reserva al porvenir la solución de este problema.”

Ya dijimos en el curso de este dictámen cuál era nuestro proceder en casos análogos y casi nunca hemos necesitado ejecutar la histerectomía vaginal secundaria, que la preferimos y con nosotros la mayor parte de los cirujanos de dos años á la fecha, sobre la primaria ó á la manera aconsejada por Pean Segund en su ya clásica memoria.

Es positivamente extraordinario que en las cuarenta observaciones que posee no haya habido algunos casos accidentados, pues de lo contrario, tenemos el derecho de suponer, que se extralimite ciertamente histerectomizando sin necesidad matriz y anexos libres de flogosis de contorno ó que solo escoge los hechos en que ésta es muy limitada, con el fin de obtener estadísticas semejantes por su benignidad á los de los cirujanos americanos, que sin tón ni són extirpan el apéndice vermicular á toda paciente que presente fenómenos sospechosos en el proceso apendicular hoy tan en moda!

No tenemos objeción seria que hacer al procedimiento de histerectomía que sigue el autor, y que confiesa que propiamente no es de él. En efecto, al que más se parece es al de Prior, si bien ya los cirujanos italianos habían ideado uno muy parecido. Lo creemos aplicable cuando no haya infiltración y adherencias de los ligamentos anchos en toda su extensión, porque en este supuesto, creemos superior el proceder de Doyen con las últimas modificaciones que le ha impuesto este genial cirujano.

En cuanto á los instrumentos, nos parece débil la aguja y la ericna muy inferior á los tirabuzones Delageniere cuando el útero sea muy voluminoso y duro.

La mayoría dictamidadora se ha permitido criticar la memoria del Sr. Dr. Suárez Gamboa con la largueza que lo ha hecho, por considerar de interés trascendental los diferentes asertos que en ella campean, y estima necesario concretar por última vez su juicio apreciativo en las siguientes consideraciones.

Ofrece esta memoria cualidades estimables, cuales son: estar escrita con galanura, desprendiéndose de su lectura la apreciación de que su autor es una personalidad quirúrgica cuya principal característica es el arrojo coronado por el éxito en operaciones complicadas, que ha ejecutado en número notable si se atiende al tiempo relativamente corto que lleva de ejercer la profesión médica, y por otra parte, al escaso material operatorio de que pueden disponer aun los más ocupados cirujanos de la capital.

Los principales defectos en que incurre, se constituyen en una falsa apreciación y generalización de los procesos morbosos genitales, resultando exageradas, en consecuencia, las indicaciones operatorias aplicables á esa masa notable de pacientes, á quienes es forzoso, en concepto nuestro, categorizar debidamente en el terreno de la práctica ginecológica, á fin de ver lo que más convenga á sus intereses, lo cual requiere una buena dosis de prudencia y tacto, viendo con pena la mayoría del dictámen, que el Sr. Dr. Suárez Gamboa por circunstancias que ella ignora, se entrega en ocasiones á verdaderas aventuras quirúrgicas, que forzosamente han de producirle á la larga malos resultados en la apreciación de sus contemporáneos.

**JUICIO CRITICO DE LA MAYORIA DEL DICTAMEN, ACERCA
DE LA MEMORIA DEL SR. DR. JULIAN VILLARREAL, INTITULADA:**

Manera de practicar la histerectomía abdominal total ó supra-vaginal en las afecciones neoplásicas de la matriz ó de los anexos el fondo de Douglas estando libre ó adherente.

Después de recordar brevemente las modificaciones últimas que los más esclarecidos cirujanos han aportado á la técnica de la histerectomía abdominal, se decide el autor á presentar una modificación que le es personal, fundándola en sus estudios sobre el cadáver y en las operaciones que con éxito completo ha verificado recientemente.

Analizando el procedimiento de Doyen, le encuentra á éste algunos inconvenientes como son que la intromisión de la pieza vaginal que aquel requiere, necesita ayudante especial, pudiendo infectarse el peritoneo, dada la conocida septicidad vaginal; que la cerradura en bolsa de los ligamentos y del peritoneo del piso pélvico, sin aplicación de pinza ó con ella es una maniobra difícil.

Confiesa que son buenos los procedimientos de Kelly, Richelot, Croback, etc., y que por ellos la ciencia ha conquistado como principio que la extirpación de la matriz y sus anexos es factible y que si sus resultados varían con la práctica del cirujano, es evidente, porque el procedimiento deja que desear, siendo deber del cirujano su perfeccionamiento con el fin de salvar la existencia de sus enfermas, deseando que los cirujanos tuvieran siempre en cuenta el bien de sus clientes y no el suyo propio, traducido por un deseo inmoderado de fama cuando no de metálico.

Siguen algunas consideraciones anatómicas con el fin de patentizar cómo el operador debe de cuidar y proteger órganos tan importantes, como son los uréteres, cuya herida ó ligadura produce accidentes graves de anuria ó de infección.

Recuerda la importancia de las peritonitis parciales las que, por las adherencias múltiples que ocasionan son fuente de peligros en la acción quirurgo-terapéutica [sic].

Dice que debe operarse pronto, bien, y evitando la infección, para lo cual se requiere: poseer la asepsia y antisepsia, conocer á fondo la anatomía regional, contar con un procedimiento operatorio seguro y fácil de aplicar, y por último: conocer la fisiología de la cicatrización y del funcionamiento de las paredes del vientre.

Para realizar lo primero, describe el autor su manera de proceder, indicando que emplea recursos sencillos y modalidades de técnica, que se nos permitirá no transcribamos y sobre la bondad de las cuales estamos de acuerdo.

Para conseguir el segundo fin dice que operar pronto y bien no se consigue sin un conocimiento topográfico de la región, nosológico de la afección y pericia técnica en el acto operatorio.

Omite las consideraciones de anatomía normal por ser bien conocidas y de fácil consulta en cualquier autor moderno.

Son juiciosas sus observaciones sobre diagnosis en casos difíciles, cuando al abrir el vientre se encuentra el cirujano con algo que no sospechaba y que se empeña en arrancar con perjuicio de la vida ó del bienestar de las enfermas; debiéndose empeñar en la rectificación del diagnóstico clínico anterior al acto operatorio para modificar la propia técnica y el programa de antemano trazado en todas las eventualidades que se presenten.

Para apoyar la anterior importante consideración, entra en ligero análisis diferencial preocupándose en él de los fibromiomas, cistomas ováricos, salpingítis quísticas y embarazo ectópico, describiendo el aspecto que ofrecen estos neoplasmas cuando se ejecuta la laparotomía.

Relata detalladamente la historia de una enferma que operó en el hospital Morelos con el diagnóstico previo de embarazo embrionario,

tubario ó tubo ovárico y que dice comprobó estudiando la pieza anatómica extirpada, que representaba una bolsa muscular sin adherencias, lisa, etc., conteniendo líquido citrino semejante al amniótico y constituido por dilatación quística falopiana del lado derecho; encontrando el ovario aplastado, laminado y, sobre la pared del quiste, finalmente, y en una especie de doble fondo, correspondiente al borde inferior del ovario presentábase un cuerpecito de color amarillo de la forma y tamaño de un frijol muy pequeño.

Nosotros nos preguntamos ¿si debemos creer en un embarazo ectópico de mas de tres meses como se desprende del relato del autor, en cuyo supuesto habría que conceder que el cuerpo fetal se había reabsorbido en virtud de un proceso difícil de explicar; ó más bien hubo los buenos deseos del autor para interpretar así el susodicho cuerpecito, que estaba situado en el lugar ya indicado y como á cierta distancia de la corteza ovárica?

Con franqueza creemos que se trató de hidrosalpinx y que el flujo sanguíneo que se presentó la víspera de la operación, fué verdaderamente accidental, supuesto que no dice el Sr. Dr. Villarreal, que haya habido entónces expulsión de caduca uterina.

Entrando de lleno en el modo de ejecutar la operación en caso de tumor de la matriz, describe los diversos tiempos que requieren la extracción, desprendimiento de adherencias, modo de evitar la herida de la vejiga, con frecuencia remontada sobre el tumor; pero sin que nunca pase aquel órgano el ombligo; por cuyo motivo el Sr. Dr. Villarreal, á semejanza de otros prudentes cirujanos, abre el peritoneo muy cerca de este último, y no cerca del pubis, como otros lo hacen todavía.

Abre el Sr. Dr. Villarreal el fondo de Douglas con la tijera, colocando previamente gasa esterilizada en la vagina, no usando para este fin la pinza que Doyen recomienda, ni tampoco el punto de sutura, tan difícil de fijar á la profundidad en que se opera, y en el exiguo colgajo que talla aquel cirujano.

Juzga que el procedimiento de Doyen ofrece grandes peligros cuando el fondo de Douglas se encuentra obstruido, siquiera sea en su tercio inferior, porque dice que, al introducir la pinza, suele ser fácil perforar el intestino, dada la íntima unión del recto con el fondo vaginal posterior.

Creé que el de Doyen es imposible, siéndolo únicamente el suyo, cuando los adherencias llegan hasta cerca del estrecho superior.

Dice cómo deben buscarse para ligarlas las arterias ováricas y las uterinas y concede al procedimiento Doyen ventaja inmensa desde este punto de vista, por la circunstancia de qué circunscribiéndose por aquel método la incisión de la vagina al rededor del cuello, y cogido éste 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, facilitándose la prehensión de las referidas arterias procediendo de abajo arriba.

Recuerda que los procedimientos de Segon, Richelot y otros, hay que ligar arteria por arteria y luego suturar el cuello ó la vagina aproximando, por último, los colgajos peritoneales de un lado al otro del estrecho superior, pasando por el fondo pélvico.

Permitásenos la lectura del procedimiento operatorio de histerec-tomía que el autor califica de seguro y fácil de aplicar.

Conviene la mayoría de la Comisión del Dictamen en la mayor darte de las ideas emitidas y desarrolladas por el Sr. Dr. Villarreal en su escrito, disintiendo únicamente en algunos puntos como son el que se refiere á la comparación que hace el autor entre la histerectomía abdominal aplicable á los tumores útero-anexiales con la ovariectomía desde el punto de vista pronóstico.

No creemos que la estadística de ambas operaciones sea comparable y sí que la histerectomía abdominal es de mayor letalidad que la ovariectomía, por ser frecuente encontrar neoplasmas uterinos ampliamente implantados en el recinto pélvico, que necesitan recursos operatorios más seguros por menos peligrosos, que los empleados hasta la fecha para arrancarlos, con todos y cada uno de los procedimientos que caurosamente defienden y exclusivizan sus inventores.

Hemos podido presenciar hace pocos días una difícil intervención de este género y nuestra impresión personal fué de desaliento y de ninguna confianza para esta operación en las condiciones en que se ejecutó. Presenciándola pudimos notar que los procedimientos nunca deben ser exclusivos y que todos aquellos razonamientos que los escritores hacen al redactar sus labores quirúrgicas, suelen falsearse al realizar el acto operatorio, por la imposibilidad práctica de dar cumplimiento á programas que forzosamente tienen que variar en cada una de las varias eventualidades que surgen abriendo el vientre de las enfermas.

En estas mismas circunstancias, pudimos colegir que el procedimiento de Doyen es el único que puede salvar de un fracaso á los cirujanos que deseén operar pronto y bien, como asienta el Sr. Dr. Villarreal: pero que no obstante sus excelencias, con frecuencia no se le ejecuta como su autor lo hace y lo vimos operar en su casa de salud de Reims, sino que se alarga considerablemente el despegamiento del peritoneo uterino, por temor de la hemorragia; no se luxa hacia adelante la masa neoplásica como lo hace el insigne cirujano, se carece de la isquimia natural y la única en el caso que da aquel arbitrio y por último queriendo hacer la hemostasis perfecta y aislada de los gruesos paquetes venosos, se gasta un tiempo que pasa dos ó tres horas siendo sabi-

do que este factor es absolutamente desfavorable para el éxito de toda laparotomía.

Lamentamos que no hubiese tratado el autor de esta memoria de las indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía abdominal aplicada á los neoplasmas miomatosos, porque ya son frecuentes á la hora actual las decepciones y el cambio de ideas de cirujanos tan expertos en esta operatoria como son Mangiagalli y de la Torre en Italia y cuyas conclusiones por bien conocidas las omitimos; pero que en resumen, se contraen á no intervenir mas que en casos de absoluta precisión dando importancia en determinadas y bien estudiadas circunstancias al proceso regresivo de la menopausia y á los recursos terapéuticos conservadores.

Por desgracia, nuestro encargo en este certamen nos impide extendernos como deseáramos hacerlo, acerca de este asunto de tan vital trascendencia práctica.

En resumen, la mayoría dictaminadora se complace reconociendo á la memoria del Sr. Dr. Julián Villarreal cualidades meritorias como son: ser metódica, ser sincera y práctica en las indicaciones diagnósticas; revelar conocimientos extensos en los detalles de operatoria quirúrgica, que cirujanos geniales descuidan, pero que llevan al éxito y son por tanto una poderosa garantía para las enfermas, y motivo de alta consideración, cuando se trata de valorar una personalidad quirúrgica, en la atmósfera tranquila y desapasionada del público médico sensato.

Por último, dicha memoria cumple el fin que se trazó su autor al tratar de hacer la propaganda de la histerectomía abdominal para fibromiomas útero-anexiales, á cuyo fin igualmente es de justicia reconocer que ya se han dedicado otras personalidades quirúrgicas en el seno de esta honorable corporación.

Para terminar el honroso y delicado encargo que se le hizo, la mayoría dictaminadora, propone ésta como única y resolutive proposición:

Son dignos de pertenecer á la Academia N. de Medicina los Sres. Dres. Julián Villarreal, Francisco Altamira y Ricardo Suárez Gamboa.

México, Mayo 1° de 1899.

F. HURTADO.
