

terior; tuvo cuatro partos de término, de los que queda viva únicamente una joven de quince años que goza salud, tres muertos, dos de enteritis y uno de artritis de la rodilla; su último parto data de seis años; antes de él tuvo aborto de seis semanas que comprobó un médico.

Data su dolencia del último parto y en este ya largo período ha sufrido menos y metrorragias de tres semanas algunas, síndrome uterino, y dos ataques formales de pelvipentinitis, datando el último de seis meses, desde cuya fecha las reglas se redujeron á dos días.

Se diagnosticó de perímetro anexitis, sospechando que las trompas estuvieren impermeables, por el síntoma de esterilidad que data de seis años; útero retropuesto y siniestro vertido por tracción de los anejos degenerados. Decidí histerecto mizarla por vagina, realizándolo el 24 de agosto, siéndome difícil de hacer la báscula del útero por las adherencias fibrosas que lo enclavaban en la posición ya indicada, por cuya razón, después de ligar los ligamentos y las uterinas, tapé la vagina.

Secuela postoperatoria muy feliz y aséptica, estando para salir curada en perfecto estado.

Se ve el útero alargado, muy duro con el endometrio fungoso y esclerosado y la mucosa de la porción del istmo y del cervix acusa marcadamente los pliegues del llamado árbol de vida, los que presentan aspecto de tendones, muy semejante al que ofrecen los hacecillos musculares cardíacos que unen las válvulas en su yacimiento con el resto de la musculatura de los ventrículos.

Existe hidrosalpinx derecho, cicatriz estrellada y fuerte del pabellón tubario, y el órgano fundido al ovario respectivo, que está duplicado en su volumen y escleromicroquístico. La trompa izquierda igualmente impermeable, se adhiere con intimidad al ovario, que ofrece un quiste hemático, el cual reduce por comprensión la zona ovígena. Peso total de noventa gramos.

La esterilidad absoluta é incurable después del último parto, se explica por la lesión tubaria que apunté en el diagnóstico como muy probable.

FRANCISCO HURTADO.

CASTRACION TOTAL

POR

PROLAPSO UTERINO DE TERCER GRADO

Soy por principio poco partidario de la histero-coforectomía en el prolapso uterino completo; juzgo que se ha ejecutado demasiado la mutilación de los genitales internos femeninos, aumentando con este proceder indebidamente la cifra de las histerectomías vaginales realizadas por esta indicación, que no encuentro suficientemente justificada en mi práctica más que en condiciones muy determinadas, como son: cuando la edad de la mujer es suficientemente grande, estando próxima ó habiendo pasado ya la menopansia, cuando la esterilidad ha sido absoluta ó cuando siendo relativa por un número de años, es suficiente para convencerme que por otras alteraciones neoplásicas ó esclerosas útero anexiales, me inclinan á creer que el síntoma esterilidad es definitivo, me decido á ejecutar, repito, la castración, pero restringiéndola á los casos en que la flaxidez del recinto abdominal es marcada, ó que hay eventración, y que por tal estado sea imposible contar con el buen resultado que se obtiene habitualmente por la fijación ventral de la matriz, precedida de las amplias calporrañas que suprimiendo el excedente tejido vaginal, corrigen de una manera casi perfecta la situación viciosa y molesta que guardan estos órganos.

Persiguiendo el mismo buen resultado, obtaré en lo futuro por hacer el acortamiento de los ligamentos redondos, siempre que no los encuentre atrofiados; acortaré igualmente los ligamentos anchos formando un pliegue lo más amplio que fuese posible sobre el borde superior de esos repliegues peritoneales, cuyo alargamiento y laxitud son causa suficiente y poderosa del descenso, retroposición y final salida fuera del orificio vulvar, del órgano gestador con sus anejos; juzgando este programa como el ideal quirúrgico en la actualidad, por creer que resiste á los in-

convenientes y crítica que han sufrido la amplia ventrofixación á la manera de Olshausen y Terrrier, ó la vagino fijación que Dürhsen sigue y preconiza.

La sola ejecución de las amplias colporrafias ante y posterior expone á dejar sin tratar el útero retrovertido, que si es verdad que reduce con el tiempo el alargamiento edematoso duro de su porción supravaginal, no mejora su condición anatómica en lo que se refiere al estado del parénquima del cuerpo, excepción hecha de las veces en que se hacía la amputación alta del cuello, práctica operatoria condenada en la actualidad por la insuficiencia de sus resultados y por los peligros conocidos de sepsis y de celulitis pélvica que ocasionó antes de que fuera abandonada esta operación, cuya gravedad vino á ser mayor que la de la histerectomía vaginal, la que por tal motivo llegó á prodigarse más de lo que en realidad debía haber sucedido.

Por mi parte no la ejecuto sino cuando encuentro el útero muy grande, adherido, y que ocasiona síntomas de neuralgia pélvica, ó en casos muy particulares como el relativo á la segunda enferma, en que á pesar de la avanzada edad no había sufrido el órgano la aplasia que era de esperarse, y se encontraba adherido al fondo del prolapso vaginal completo, del propio modo que lo está el intestino y el epiplón á la pared del saco en las hernias muy antiguas inguinales oblicuas externas, ó en la hernia umbilical.

La supresión de la matriz en este caso, me permitió amputar circularmente la vagina en su totalidad, suturar por planos los tejidos yendo del peritoneo á la vagina, como si se tratara de una amputación de muslo, con cuyo proceder técnico pude abreviar considerablemente la duración de la intervención quirúrgica, y por consecuencia la duración y cantidad de cloroformo absorbido por la enferma, la que presenta ateroma senil avanzado, y cuya observación demuestra por sus excelentes resultados que es posible salvar, en determinados casos, los límites de edad que Hegar asignaba para operar los prolapsos genitales.

En esta enferma los ligamentos anchos y las trompas sufrieron considerable alargamiento, midiendo diez y seis centímetros la trompa derecha y doce la izquierda.

La ligadura de cadena así como la de las ar-

terias uterinas permitió acortar considerablemente los muñones ligamentarios, que fijé á la parte profunda de la sección vaginal, esperando que se obtenga una gruesa y sólida cicatriz, que haga inútil todo intento de reducir la abertura vulvar por los procedimientos de episiografía ó por los de perineoplastia.

Novena observación.

Rosa Gaona, de México, costurera, de 38 años, viuda, entró á curarse el 23 de marzo de 1901. Viruela á los ocho años de edad; primeras reglas de trece años, dismenorreicas, hasta la fecha, menorrágicas. Casó de catorce años y tuvo parto prematuro de seis meses y dos partos de término, verificándose el último hace seis años. A resultas del último parto, acusa dolor como estiramiento en la posición de pie y decúbito supino que la impedía trabajar, obligándola á guardar cama durante el período que se hizo menorragica.

Al principio sufrió descenso, completándose el prolapso vagino uterino al siguiente año. A la exploración se encontró la matriz pendiente entre los muslos, crecida hasta medir diez y seis centímetros la sonda que se introdujo hasta el fondo.

El día 20 de mayo se hizo la colporrafia anterior por ser dominante el cistocele, no ejecutando la histerectomía hasta el 25 del mes de Abril siguiente, por haber sufrido ataque de influenza entre estas dos fechas, siendo partidario de fraccionar las operaciones que exige el prolapso, hasta convencerme de la insuficiencia de algunas de las operaciones autoplásticas, por cuya razón, viendo la insuficiencia de la amplia colporrafia anterior, hice la histerectomía en la fecha señalada, siendo los resultados excelentes, como pudo comprobarse al examinarla en esta Corporación mi distinguido colega el Sr. Dr. D. Alberto López Hermosa, que fué nombrado para dictaminar sobre el estado que guardaba la enferma, que presenté en la Sección del día nueve del presente.

Décima observación.

Guadalupe Ríos, de Tulancingo, de 63 años, cocinera, viuda, ingresó al servicio de Cirugía de

mujeres el día 23 de septiembre pasado. Primeras reglas á los quince años; casó á los 25, tuvo dos partos de término, y después del último, notó que por esfuerzos que hacía le salió un tumor por la vulva, que desaparecía cuando se reposaba, é insiste en decir que desde antes del matrimonio ya salía de la vulva constituyéndose definitivamente después del último parto que fué el año cincuenta y siete, hecho que no es extraordinario considerando los casos de prolapso en vírgenes y que nos explica cómo los partos verificados en órgano descendido, vinieron á ser la causa eficiente del prolapso y que está de acuerdo con la esclerosis extensa de la mucosa vaginal, que se encontró del grueso del dedo, durante la ejecución de la disección amplia que se hizo despegando la submucosa del tejido celular perivesical y peri-uterino.

Se encontró al examinarla un cuerpo ovoide constituido por el prolapso completo de la vagina endurecida, encerrando un cordón alargado que se reconoció ser la porción supravaginal del cuello, estando atrofiada la subvaginal, por cuyo estrecho orificio no fué posible hacer pasar el histérometro. El tumor era irreductible desde algunos años.

El día 27 de septiembre, previa anestesia clorofórmica, incidí circularmente la vagina en la base del tumor, cuidando por medio de la sonda vesical de no herir la vagina. La disección fué difícil por la esclerosis de la submucosa, la completé por despegamento con el dedo, abrí el peritoneo que descendía circularmente y muy abajo, extirpando los anejos y la matriz, que pesa 100 gramos, que no ha realizado la involución senil, que lleva un fibroma del tamaño de una nuez en su fondo, y cuyas trompas muy alargadas, particularmente la derecha, que mide diez y seis centímetros, fué preciso estirar hasta descubrir y ligar los ligamentos infundíbulo pélvicos, previa báscula de la matriz retrovertida; acerté en seguida los ligamentos anchos formando muñones cortos previa ligadura de las arterias uterinas; suturé ambas ataduras acertadas al fondo y al borde de la incisión vaginal; suturé complemente el peritoneo y puse una sutura en bolsa para disminuir la superficie secretante, no cerrando completamente el contorno de la incisión vaginal, por haber sacrificado intencionalmente todo el

excedente vaginal, con el fin de evitar más tarde alguna otra operación complementaria.

La pieza anatómica es un precioso espécimen, que me prometo estudiar histológicamente, y está incompleta por haberse perdido los ovarios atrofiados y la trompa izquierda.

La operación se efectuó en treinta minutos, gastando solamente 40 gramos de cloroformo.

Las consecuencias postoperatorias excelentes y muy pronto espero presentaros á la enferma curada.

Operaciones conservadoras por la lesión inflamatoria de la matriz y los anejos.

El número de casos todos operados por laparotomía media suprapúbica es aún muy limitado, pues solamente son seis, pero espero que más adelante aumente su cifra en mayor proporción respecto á la que hasta hoy alcanza la de las intervenciones radicales, prometiéndome no ejecutar estas últimas sino en los casos en que esté convencido de la imposibilidad de poder conservar los genitales internos femeninos, para cuyo efecto me prometo poner todo mi empeño para realizar el perfeccionamiento del diagnóstico y obstar, en consecuencia, por la vía abdominal ó por la vaginal, con el eclecticismo que juzgo debe poseer el cirujano en semejante determinación, que debe de basarse en cada eventualidad clínica, en la facilidad ó dificultad que debe preveer se presenten, considerando de un modo especial la disposición topográfica de los órganos lesionados.

Seguiré anotando los pormenores relativos á esta categoría, para conseguir dilucidar con el tiempo el resultado definitivo de estas intervenciones, basado, como natural es suponer, sobre un número de hechos suficiente para que pueda oponerse y compararse con el correspondiente á la castración total, limitándose mi actual labor á reasumir los datos principales de estadística, que se desprenden de la análisis sintética de las cinco observaciones clínicas que más adelante exhibo.

Las enfermas á que me refiero en la historia clínica tenían cuando se operaron las edades siguientes: veinticinco años la número once; treinta y cuatro la doce; veinte la trece; diez y siete la

catorce; treinta la quince y veintitrés la diez y seis.

Cinco nulíparas y estériles por la lesión de sus genitales internos que databa en algunas desde la época de la instauración menstrual y unípara la diez y seis.

Las tres primeras sufrieron de intensa desmenorrea menstrual congestiva que se acompañó de menorragia en la primera.

Fué sostenida la menorragia en las primera, cuarta y quinta.

Todas fueron diagnosticadas de perímetro anexitis variando los detalles de la diagnosis como sigue:

Fué marcadamente bilateral la afección en los anejos de las once, catorce y quince que son aquellas que ya dije que acusaron la dualidad dismenorréica y menorrágica.

La número doce fué la única que sufrió blenorragia que se tradujo por paremetritis posterior y piosalpiux derecho que se extirpó.

En la quince se extirpó la trompa derecha por hemosalpiux.

Solamente encontré ovario supernumerario en la quince; éste se encontraba del lado izquierdo, sobre el borde superior del ligamento ancho, muy cerca del infundíbulo pelviano, y ofrecía el aspecto de un frijol aplastado, y fué un hallazgo feliz, pues realmente se conservó esta glándula accesoria en la enferma, viéndome obligado á suprimir útero y anejos por las lesiones que detallo en la observación clínica, faltando saber si en el porvenir funcionará hasta el punto de suplir la falta de sus congéneres glandulares, motivando mi proceder en la consideración de que en la actualidad los cirujanos procuran conservar siempre que pueden hacerlo fragmentos de glándula ovígena, para evitar los síntomas molestos de menopansia artificial.

Juzgo que aquella glándula, en mi concepto accesoria, en el caso pudiera remotamente ser un resto de la glándula suprarenal retenida por aberración sobre el borde ligamentario, por la proximidad que guardan en la vida embrionaria los órganos génito-urinaros y cuya disposición suele perpetuarse en parte y excepcionalmente en las otras etapas de la vida, faltándome la prueba positiva de la análisis histológica de semejante producción que conservé con el objeto indicado, y si hago mérito de su posible interpretación co-

mo siendo pertenencia suprarenal, es porque el Dr. Mayer, estudiando en el *Centralblatt für Gynäkologie* la significación de las cápsulas suprarenal es accesorias en el ligamento ancho, declara inadmisibile la hipótesis de Aichel, según el cual los nódulos de substancia suprarenal en el ligamento ancho serían un órgano normal (análogo á las cápsulas suprarenales de los vertebrados inferiores) procedente de los canalículos parotéica y opoteica que luego se atrofian; se trata de dispersiones de substancia suprarenal que son frecuentes en la vecindad del órgano principal y tampoco raras en la pared posterior de la pélvis. Los nódulos en el borde libre del ligamento redondo son también dispersos, "la contigüidad larga y ancha del riñón primitivo y del que va á ser ligamento ancho en la cápsula suprarenal del embrión, justifica completamente la antigua hipótesis de la dispersión." En cuanto á los focos microscópicos en la parotéica, su carácter de substancia suprarrena, ha de demostrarse aún inequívocamente, así como su procedencia de dicho órgano, para que pueda aplicarse á los mismos la hipótesis de Aichel. Los nódulos en el ligamento ancho son cuerpos de existencia normal, su importancia clínica consiste en que dan lugar á la formación de tumores malignos, constando ya tres casos de esta naturaleza.

Se encontró impermeable la extremidad abdominal de ambas trompas en las enfermas doce y quince, siendo debida la lesión á la cicatrización de las franjas del pabellón por el proceso inflamatorio tubario y por el peritoneal de contorno, llegando ha producir por éste último bridas cicatriciales de apariencia tendinosa, que hicieron más sólida la cicatriz de aquel extremo del órgano.

Se encontró prolapsado el anejo derecho en el fondo de Douglass en la enfermas once y trece y lo estuvo el izquierdo en las doce, catorce, quince y diez y seis.

Existió retroversión uterina en las doce, trece, catorce y quince, explicándose la posición viciosa además de la metritis del cuerpo existente en todas á la posición viciosa de uno ó ambos anejos quienes descendieron más ó menos hasta alcanzar el piso pélvico ó quedaron incluidos parcial ó totalmente en las hojuelas ligamentarias, aumentaron su peso por la lección flemática y varios

de ellos se fundieron íntimamente por la peritonitis de contorno, ejerciendo sobre la matriz, en virtud de esa condición anormal, tracción y distorsión que produjeron en consorcio con la metritis y perimetritis existente la posición viciosa y fija de aquella entraña, la que una vez desprendida de su posición anormal tuve que fijar en anteverción normal usando de la sutura realizada á nivel de los cuernos y contando con el peritoneo parietal, evitando con este proceder la fijación de la mayor parte de la cara anterior del órgano según es de regla efectuarlo en el procedimiento clásico de Obshausen, el que siempre había seguido antes, pero que por las críticas que ha sufrido ocasionadas por los inconvenientes que produce en las enfermas con el tiempo, estorbando los movimientos de la vejiga y dando lugar en ocasiones á complicaciones distócicas, tiende en la actualidad á modificarse en el sentido que expongo y que me ha dado excelente resultado, por mantener el órgano en la posición en que lo dejé al terminar la operación en estas enfermas, en quienes finalmente, y por encontrarse atrofiados los ligamentos redondos, no fué posible verificar el acortamiento mediante un pliegue de esas ataduras, circunstancia que de encontrarse en muchos casos análogos me ratifica en mi opinión de la inaneidad de las operaciones que, como la inventada por Adam-Alexander, procede á verificar la reposición de la entraña por incisión del canal inguinal, sin contar con el inevitable fracaso, en el supuesto de que exista la atrofia de que hago mérito en estas líneas.

En todas las enfermas se practicó la legración del endometrio por padecer endometritis que fué muy intensa en las once, trece y quince.

Únicamente hice la doble castración anexial en la número quince, pero dije ya que la dejé el que creo ser ovario supernumerario, justificándose la conducta que seguí por las alteraciones anatómicas que describo en la observación clínica respectiva. Extirpé el anejo derecho á las once y trece y el izquierdo á las doce catorce y diez y seis.

Solamente conservó el ovario derecho la número doce extirpándose la trompa por pio sulpinx blenorragico.

Los ovarios que se conservaron sufrieron la igsupuntura para curar la ooforitis crónica escleroquistica, obteniendo por este proceder el

mejor resultado revelado á la exploración posterior posterior por la falta de dolor y de exudación periférica y que está de acuerdo con el que han obtenido en centenares de operaciones conservadoras Martin, Dürshen en Alemania y Pozzi y otros en Francia.

La bondad de este resultado me hace pensar que en el porvenir se llegará á abrir el vientre en las vírgenes que adolecen de la rebelde y dolorosa afección escleroquistica anexial, cuyo proceso si se desatiende en las primeras etapas obligará más tarde á ejecutar la mutilación parcial ó total que espanta á las familias con el solo hecho de proponerla el cirujano y que no consienten que este la realice, cuando las manifestaciones sintomatológicas severas por su forma, no ha conseguido amenguarlas usando de todos los recursos terapéuticos, no operatorios de que dispone el arte.

Siguiendo mi idea podría conseguirse la detención del proceso histológico que lleva á las enfermas insensiblemente á la esterilidad y que ocasiona la variada sintomatología que más tarde hace inevitable la mutilación parcial ó total de los genitales internos.

¡Cuánto más saludable sería practicar con oportunidad y en los comienzos de la dolencia la celotomía abdominal cuyo pronóstico actual ofrece asombrosa benignidad, tanto más acentuada, cuanto menores maniobras y menor tiempo gasta en ejecutar el cirujano sobre esos órganos lesionados.

La superioridad de la exploración del vientre en estas enfermas, salta á la vista si se le compara con el equívoco é insuficiente resultado que en la práctica diaria se obtiene con la terapéutica banal de las aplicaciones de hielo y de los vejigatorios repetidos que se aplican sobre la región hipogástrica, muchas veces sin hacer la diagnosis justa, creyendo los médicos, como me he cerciorado en multitud de ocasiones, que la afección es de causa intestinal, y usando aquellos para combatirla del uso y del abuso de los purgantes variados que prodigan indebidamente.

Con el fin de evitar la posible impermeabilidad de la trompa falopiana fijé este órgano al ovario, previo cateterismo del conducto, en las enfermas once, trece y catorce, cuyo anejo opuesto exigió la extirpación.

He observado retardo en la menstruación en

algunas de las operadas y creo atribuir el hecho al estupor que sufre la glándula cauterizada en su intimidad estructural, así como á la destrucción de la mucosa del útero, la cual, como es bien sabido, tarda en reconstituirse después de la legración, un lapso de tiempo variable en cada enferma.

Volvió la menstruación en su época debida sin ocasionar ningún trastorno en las enfermas once y doce, que llevan más tiempo de haberse operado.

Se retardó en las trece, catorce y diez y seis, anunciándose en la trece por congestión vesical y expulsión de pequeños coágulos por la uretra, fenómenos que dijo esta enferma haber observado en las tres menstruaciones que precedieron á la época en que fué operada.

En la número diez y seis, vino la menstruación precedida de congestión pelviana, que exacerbó la metritis y produjo copróstasis rebelde á enemás purgantes y á altas dosis de belladona, sintiéndose en la actualidad exudación ligamentaria del lado izquierdo, cuyo anejo correspondiente perdió, y que espero desaparezca por el reposo, las aplicaciones vaginales de ictiolglicerinado y los medicamentos que uso para evitar la repetición de los accidentes de coprostasis.

Las enfermas once y doce, salieron del hospital guardando estado satisfactorio, las restantes estan aún curándose y pronto saldrán.

El estudio pormenorizado de las lesiones anatómicas consta en cada observación de la cual se desprende la consecuencia de la necesidad de la intervención quirúrgica á la vez que demuestra sus ventajas sobre los recursos banales que por falta de tiempo y dinero no pueden pretenderse las haga, beneficiándose de la cirugía actual mejor que las pacientes que pertenecen á la clientela acomodada, quienes hasta hoy muestran abierta repugnancia para entregarse al cirujano, prefiriendo sufrir física y moralmente, pasando por manos de muchos médicos, á quienes abandonan muchas veces sin razón plausible, viniendo á obtener en compensación de sus esfuerzos y sacrificios el agotamiento de sus energías, perdiendo la fe en la terapéutica y llegando por último á adquirir la incurabilidad de su dolencia, razón por la cual muchas dejan de casarse arrastrando vida miserable y valetudinaria.

Los accidentes posibles después de realizada

la operación, tienen que revestir alguna frecuencia, supuesto que en estas parciales intervenciones se dejan órganos lesionados, que espera el cirujano seguir tratando por los recursos médicos y de pequeña cirugía ginecológica.

Con efecto, en la mayoría de las pacientes de esta categoría existe útero métrico, que si bien es cierto mejora su condición anatómica con la práctica del legrado y su reposición mediante la hysteropexis, lleva en su intimidad el germen flemático que no hay por que sorprenderse que se despierte con ocasión de la congestión pélvica menstrual, por la coprostasis frecuentes en ciertas mujeres ó por abusos de coito ó de otro género, frecuentes en la condición social de las que hasta ahora he operado.

No hay que pedirle á este modo de proceder quirúrgico más de lo que buenamente pueda dar, debiendo hacer observar á las enfermas que necesitan de atención suma en el porvenir y que quizá tengan que sufrir la castración total si la dolencia persiste, desprendiéndose semejante conclusión del estudio comparativo que suministran las amplias estadísticas internacionales cuando estudian las curaciones definitivas, los resultados parciales y los casos en que ha sido necesaria la operación secundaria completa en las extirpaciones uni ó bilaterales de los anejos con conservación del útero más ó menos métrico.

Creo por tanto que el cirujano hace obra útil procurando conseguir el alivio de síntomas rebeldes que exponen la vida, y que lo obtiene de hecho porque la experiencia enseña que las menos y metrorragias y la peritonitis pelviana disminuyen ó ceden con la abertura del vientre, que afirmando su diagnóstico lo conduce á la vez á realizar las operaciones parciales que cree conveniente verificar, guiado por su previsión y contando con los datos positivos que utiliza en aquel momento.

Mi actual preferencia por la celiotomía mediana suprápública se basa en la consideración de que las seis enfermas, excepto una, fueron nulíparas, y en que por este camino he podido mediante pequeñas incisiones explorar los órganos pélvicos, extraerlos fuera y tratarlos según me convino en cada caso, sin necesitar de usar de grande esfuerzo, ni despertarse por ello reflejos laríngeos, siendo la anestesia perfecta y gastando una mínima cantidad de cloroformo.

La cicatriz es sólida en las enfermas que cura-

ron y suficientemente pequeña para ocultarse, en parte, por el vello del monte de Venus, por cuyas razones no comprende la superioridad que la celotomía vaginal pudiera haberme dado, y sigo objetando á esta operación en casos análogos á los mismos que para hacer el diagnóstico seguro de la bilateralidad de la lesión anexial, se hace indispensable en la mayoría de veces bascular la matriz, maniobra que no siempre es fácil sin ocasionar el desprendimiento de adherencias peritoneales que la fijan en posición viciosa al peritoneo pélvico, al intestino ó al epiplón, y que queda después de movilizadada en posición inestable, que exige la fijación ó histeropexis vaginal, operación que aun bien ejecutada, siguiendo la técnica preconizada principalmente por Dürshen, la creo inferior á la abdominal respectiva, hecha como la hice ó por acortamiento de los ligamentos redondos, cuando no estén atrofiados, considerando este modo de proceder como verdaderamente ideal desde el punto de vista estético y funcional.

La posibilidad de tener que remediar accidentes como la abertura del intestino y otros que urge atender en el momento mismo, creo que se consigue mejor siguiendo la vía alta, que no siempre obliga á canalizar la pélvis aun, en casos complicados, como el de la enferma catorce, en que hice la ignipuntura del revestimiento seroso de la cara posterior de la matriz y del peritoneo pélvico, después de despegar amplias y vascularizadas adherencias que envolvían y enclavando los genitales internos de esta enferma.

Me es imposible por el momento completar estos apuntamientos con el estudio histológico de las lesiones, que por su importancia reservo para más adelante, que daré á conocer en resumen, conforme el tiempo y las ocupaciones de la práctica diaria me permitan terminarlo, y me empeño en realizar este propósito con el fin de comprobar la exactitud de un estudio muy interesante publicado por *Francis Foerster* en el número 5 de "The American Journal of Obstetrics," correspondiente al mes de mayo de 1892, y cuyas ideas por demás originales tienden á explicar los pormenores clínicos y anatómo patológicos frecuentes en las observaciones clínicas de esta categoría de hechos, cuya importancia salta á la vista si se atiende á la frecuencia con que se observa la existencia de quistes hemáticos en la zona medular del

ovario, que yo encontré en cuatro casos; á la existencia relativamente frecuente de cuerpos amarillos en el mismo órgano de enfermas nulíparas que adolecieron de osforitis crónica ó de neoplasia fibrosa, que han sido encontrados por ese autor y otros cirujanos cuando examina la glándula lesionada por amplios y repetidos cortes que dejan ver á simple vista la magnitud y extensión de las alteraciones macroscópicas, y como quiera que ya expuse haberse encontrado en pacientes que no habían concebido, no cuadra la explicación de la formación de tales cuerpos adhiriéndose á la antigua teoría que los reputaba siempre como resultado de la congestión, hipergénesis y posterior segregación del óvulo fecundado.

Insiste además la autoridad citada sobre la frecuencia de la degeneración vascular coexistente con las lesiones microscópicas propias de la osforitis crónica y dice que está uno muy inclinado á creer que sean las primeras la causa orgánica de los hechos anteriormente señalados, esto es, de la formación de los quistes hemáticos y de la de los cuerpos luteos, explicándose dicha formación, por la ruptura de la pared vascular, el consiguiente derrame sanguíneo en la intimidad conjuntiva del estroma glandular y la organización posterior que aquél admite que sufre la sangre para constituirse en quiste ó en tumor semejante al endotelioma, cuando la hipergénesis solicitada por la suodicha alteración vascular actúa sobre las células que revisten la envoltura de los folículos de Graaf.

Estudiando aquel autor con todo cuidado mediante adecuada técnica histológica todas estas lesiones, llega á establecer como conclusión de su interesante trabajo que los cuerpos amarillos sufren degeneración mixomatosa unas veces, que otras se pigmentan, y que finalmente vasculizándose con abundancia llegan á organizarse en el sentido del endotelioma, neoplasma perivascular que es bien sabido que comporta malignidad clínica y anatómica.

Previamente á la formación del cuerpo amarillo no fecundado dice que existe una disposición especial del tejido conjuntivo del estroma del ovario, que contrasta vivamente por su aspecto y sus reacciones con los colorantes usuales, respecto del resto del tejido conjuntivo que no sufre esta singular alteración, la cual consiste en que en

ciertos lugares próximos á la túnica adventicia de los vasos arteriales se encuentran islotes, siendo su contorno muy irregular y como de rosáceas que otras veces se ven zonas alargadas que recubren la forma del colon, constituidas por tejido mixomatoso teñido de una manera difusa y como esfumada, que contrasta con la intensa coloración que el resto del tejido conjuntivo no lesionado ofrece con los mismos reactivos colorantes. Más tarde se fraccionarían estas masas conjuntivas que el autor designa con el pintoresco nombre de *giroma*, afectando los residuos la forma de cilindros ó de círculos.

Concede grande importancia á estas producciones que dice haber encontrado en algunos animales y que siempre encuentra en la osforitis crónica, máxime si la mujer ha sufrido por esta causa dolor intenso y rebelde que procedió á la operación y que él explica por la compresión de las extremidades sensitivas tan abundantes en esta glándula y que mi estimado amigo y hábil histológico Dr. Don Ignacio Prieto ha puesto de relieve en su tesis de concurso optando á la plaza de profesor adjunto de nuestra Escuela de Medicina.

Como quiera que el trabajo de Foerster ofrece á la crítica científica más de un punto débil, pero que en suma revela un punto de observación y ha sido poco conocido y vulgarizado, me prometo, como antes dije, procurar rectificarlo ó ratificarlo en los puntos principales que se contraen á explicar las alteraciones que sufrieron los órganos extirpados y que motivaron la intervención quirúrgica por la sintomatología, grave y rebelde en las enfermas, cuya observación clínica, en resumen paso á exponer.

Observación núm. 11.

María Cardoso, de Ocotlán, de veinticinco años, cigarrera, casada, nulípara, estéril; entró al hospital el 17 de junio. Primeras reglas á los quince años, de cinco días, ligeramente dismenorréicas hasta los veinte años en que disminuyeron y aumentó el dolor por los trabajos rudos que hacía. A los doce años de su edad cayó dentro de un pozo, tuvo calofrío y fiebre por tres días. A los catorce años tuvo tifo quedándola otitis externa y neuralgia del trijémino. Casó en noviembre del 99 y á poco se hizo leucorréica y la regla

menorrágica la duraba casi todo el mes, aunque en pequeña cantidad; aumentó la dismenorrea y comenzó á sufrir dolor en el hipogastrio, síndrome uterino y cólicos del intestino, que una vez la obligaron á guardar cama, diagnosticando peritonitis la doctora homeópata De la Rosa. Desde Abril del presente, el dolor se hizo continuo y me consultó en Maternidad, á principios de Junio, habiéndola diagnosticado: Endometritis intensa, anexitis doble predominante del lado derecho en que sentí el ovario crecido doloroso y descendido al piso pélvico; metritis total acentuada en el cuello por eversión de la mucosa servical. No sufrió blenorragia, se asistió con algunos médicos, que recomendaron que usara del ictiol, con cuyo medicamento sintió ligero alivio; la aconsejé entrara al hospital, aceptando la operación que la propuse.

El 19 de junio legré la matriz é hice la celiotomía suprapúbica con incisión de ocho centímetros; extirpé el anejo derecho crecido y muy alterado, cautericé con el termo cauterio la intimidad del parénquima del ovario izquierdo esclerótico, é hice la salpingo fijación al ovario después de cauterizar el conducto tubario, cerrando por planos la herida del abdomen.

Ningún accidente post-operatorio.

Vino la menstruación el día 6 de Agosto, duró tres días y fué precedida de malestar general, lumbalgia y dolor en el hipogastrio, varios días antes que apareciera aquella y cuyos síntomas se dieron el primer día de la regla.

Agosto 23. Se da de alta, conservando ligera sensibilidad á la exploración bimanual en el lado izquierdo de la pelvis; el útero se conserva en auteversión moderada; la cicatriz de la operación es resistente, aunque un poco ensanchada.

(Continuará.)

Turnos de lectura de los socios de la Academia en el mes de marzo de 1902

Día 5. — Patología y Clínica Quirúrgicas. — Eduardo Licéaga. Tobías Núñez.

Día 12. — Oftalmología. — Lorenzo Chávez.

Día 26. — Bacteriología. — José P. Gayón.

Día 5. — Dr. Andrés Ortega. — Valle de Santiago Guanajuato.

Día 26. — Dr. Antonio Gordón y de Acosta. Habana.

bre una infección que tiene tan fatales consecuencias; porque los casos graves, que no son ciertamente los que ha relatado en su trabajo el Sr. López Hermosa, ó terminan por la muerte ó dejan lesiones profundas en el parametrio, que hacen necesario mas tarde su extirpación radical.

El Sr. Dr. López Hermosa manifestó: que como lo indica el título de su trabajo solo ha querido ocuparse de la etiología y tratamiento de la fiebre puerperal, dando á conocer cuál es la practica que él sigue para atender á las infectadas, y que hasta hoy le ha dado tan brillantes resultados; y no ha deseado referirse á la profilaxia, que tiene grandísima importancia, como lo ha indicado el Sr. Villarreal, por ser ya demasiado extenso el asunto de su tesis.

Secundado eficazmente por el Consejo Superior de Salubridad, á cuyo Presidente dedicó notables elogios, ha dividido el servicio que tiene á su cargo en dos secciones: una para las mujeres que tienen un parto y puerperio fisiológicos, y otro para las infectadas con un personal, local, útiles y ropa enteramente distintos. Se practica con suma frecuencia la desinfección de los dos departamentos, y el personal del consejo recoge con frecuencia las ropas y colchones de las infectadas para sujetarlos á la desinfección, con cuyas medidas se ha disminuido notablemente el número de infecciones y las que se atienden en el Hospital ingresan á el ya infectadas.

En cuanto á que haya leído el Sr. Villarreal la técnica que el que habla, emplea para atacar directamente á la invasión microbiana en el sitio primeramente invadido, lo juzga difícil pues difiere completamente tanto del escobillonaje recomendado por Dolleris, cuanto y muy particularmente del legrado de la matriz, que es seguramente lo que ha leído el Sr. Villarreal.

En otra oportunidad, cuando no haya algun otro asunto de que tratar en la Academia, procurará complacer al Sr. Dr. Villarreal, dándole á conocer cuál es su práctica en los casos gravísimos á que hacía alusión su preopinante, y que si ha tenido oportunidad de tratar con cierta frecuencia en su práctica, como puede verlo el Sr. Villarreal en los cuadros estadísticos que van anexos á su trabajo, y en los trazos de las temperaturas que tiene presentados y que también acompañan á su trabajo.

El Sr. Presidente suplicó al Sr. Dr. Urrutia que aplazara la lectura de su trabajo de Reglamento para la próxima sesión, por ser ya hora avanzada, á lo cual accedió dicho Sr. Dr. Urrutia; y dispuso también que el Sr. Dr. Villarreal practicase, cuando lo estimara oportuno, el examen de una enferma que quería presentar el Dr. Hurtado, uniendo su informe al que debe rendir acerca de otras cinco enfermas del expresado Dr. Hurtado; y se aplazase la lectura del trabajo del socio correspondiente en Monterrey Dr. Alfonso Martínez.

J. P. GAYÓN.

CIRUGIA GINECOLOGICA

CASTRACION TOTAL

POR

PROLAPSO UTERINO DE TERCER GRADO

Observación núm. 12.

Eufemia Gutiérrez, de México, empuntadora de rebozos, de 34 años, casada desde el año 84, nulípara y estéril por la lesión utero anexial, ingreso al servicio el 1.º de Julio. Primeras reglas de 13 años, abundantes, durando ocho días y continuando así hasta cinco años después del matrimonio que disminuyeron á cuatro ó seis días, sin dejar de ser disminorréica desde la instauración menstrual; comenzó á sufrir dolor ovárico izquierdo con irradiaciones neurálgicas al muslo que la obligaba á guardar cama por algunos días, quedando después inútil para trabajar; por experimentar laxitud y falta completa de energía. Pasando el período menstrual, se recuperaba hasta volver la siguiente menstruación que se hizo cada día más dolorosa.

Después de nueve años la regla escaseó; se hizo bimensual y continuó la dismenorrea, tuvo úlceras pequeñas y múltiples en los grandes labios que persistieron dos meses, hasta que las

cauterizaron con el lápiz argéntico; no sufrió de accidentes secundarios sífilíticos; tuvo leucorrea abundante que después cedió con inyecciones astríngentes. Desde hace dos meses se siente más enferma, fijándose siempre el dolor en el lado izquierdo del hipogastrio hasta el grado de dar gritos; cuando pasa aquél la queda el síndrome uterino; pero dice que ha desaparecido la radicación del dolor al muslo izquierdo.

Está bastante enflaquecida y gastadas sus fuerzas por lo que se decide á operarse. No ha padecido dolencia de otra especie.

Diagnóstico: retroversión por metritis del cuerpo; cuello corto y duro; parametritis crónica posterior, probablemente blenorragica; vagina estrecha; anejo izquierdo abultado y muy sensible, fundido al cuerpo de la matriz; anejo derecho libre.

El 3 de Julio practiqué la celiotomía suprapúbica por incisión de doce centímetros; cautericé el ovario microquístico y extirpé la trompa derecha impermeable y dilatada por piosalpiux; extirpé el anejo izquierdo lesionado por quiste hemático medular y la trompa impermeable é inflamada, fundida estrechamente al ovario y todo el anejo incluido fuertemente en el ligamento ancho reforzado por bridas peritoneales fuertemente organizadas, que dificultaron la maniobra; rehice por sutura continua el ligamento dividido, y repuse finalmente la matriz retrovertida después de desgarrar adherencias fuertemente sangrantes que le retenían en el piso pélvico, la fijé al peritoneo parietal al nivel de sus cuernos por encontrarse atrofiados los ligamentos redondos. Cerré la herida á la manera habitual.

La menstruación volvió dos veces después de la operación, sin ser dolorosa ni menorrágica como siempre lo fué antes de operarse.

Se da de alta el 22 de Agosto encontrando los órganos conservados indolores á la exploración bimanual y conservando la matriz la anteversión en que se la fijó.

La cicatriz sólida y resistente me hace confiar que no habrá eventración con el tiempo.

Observación número trece.

Esther Echávarri de la Fuente, de México, linfática, costurera de veinte años de edad, nulípara, ingresó al servicio el cinco de Agosto del presente. Adoleció en la infancia de escrofulosis y con-

serva en la región submaxilar derecha una pequeña cicatriz plegada característica de supuración y fusión ganglionar. Comenzó á menstruar de quince años sufriendo dismenorrea los cinco días que duraba la regla que era moderada en cantidad. En noventa y nueve tuvo tifo y tardó tres meses en convalecer quedando delicada por sufrir amigdalitis recidivante de forma ulcerosa acompañada de infarto ganglionar en el cuello, imposibilitada una vez para comer por lo extenso de la lesión faríngea que hizo sospechar al médico que la atendía entonces que fuese diftérica esta manifestación, pero no habiendo los datos suficientes para fundar esa opinión, se trató como es de uso por las cauterizaciones, mejorando la enferma después de un mes de atención sostenida. Sufre con frecuencia coriza rebelde quedando gangosa y con dolor en los senos frontales. La madre murió de neumonía, y el padre sufre con frecuencia ataques de reumatismo poliarticular apirético; una hermana es estrumosa y otra es sana. Casó hace dos años no cambiando la regla en duración y continuando con el dolor dismenorréico que dura el mismo tiempo que antes; sobrevino leucorrea, cansancio, malestar general, trabajo difícilmente soportado, atarantamiento y bochornos, adormecimiento del cuerpo, síndrome uterino, dolores reumatoides en los miembros, síntomas de anemia linfática (abultamiento indolente de la extremidad superior de la tibia izquierda, mezcunos en la palma de sus manos). Hace dos meses que se presenta la regla precedida de micción dolorosa y observa algunos coágulos que expulsa con su orina, haciendo el mismo tiempo que sufrió ataque de inflamación pelviana febril, que reputó de peritonitis el médico que fué llamado. La última regla terminó el día primero de Agosto, expulsando gotas por la vejiga como en otras ocasiones sucedió. Dice no ser el esposo sífilítico ni blenorragico. Diagnostiqué metro-anexitis, encontré el anejo derecho abultado y procidente en el fondo de saco de Douglass, el izquierdo en su sitio normal pareciéndome endurecida la trompa falopiana, el útero en retroposición móvil, debido á la tracción que ejercía sobre este órgano el anejo derecho descendido. Juzgué que no siendo muy extendida la perimetritis y siendo joven la mujer convenía procurar conservar en parte sus genitales internos.

El día diez y siete de Agosto practiqué el legra-

do y la laparotomía suprapúbica por incisión de diez centímetros, extirpé el anejo derecho fusionado por quiste hemático encerrando coágulos yacentes en la substancia medular y que produjo la atrofia de la cortical que estaba sembrada de numerosos quistecitos foliculares. La trompa, ligeramente engrosada, tenía libre el pabellón y no la conservé por estar adherida al peritoneo del pliegue de Douglass, de donde tuve que desprenderla, quedando su superficie externa sangrante y despulida, pudiendo dar lugar á accidentes de adherencia con el intestino si se le hubiera conservado, lo cual ofrece en mi concepto poco interés, considerando que no está suficientemente comprobado la teoría de Lawson Tait, quien cree que lastrompas falopianas tienen un papel predominante en el fenómeno confuso de la menstruación, cuyo proceso patogénico merece todavía revisarse por ofrecer más de un punto obscuro á la consideración de la clínica. No sostengo abiertamente mi proceder, pero sí creo que cuando es preciso sacrificar el ovario debè serlo igualmente la trompa, máxime si existe retroversión uterina, pues el acortamiento ligamentario que produce la ligadura del pedículo anexial ayuda poderosamente á corregir la posición vieiosa de aquel órgano.

Puncioné tres quistecitos de la corteza del ovario izquierdo, cautericé el parenquima valiendome del cuchillo ocular del termocauterio, hundiendo aquel hasta el centro con el fin de sofocar el proceso escleroquistico; catetericé con el estilete la trompa y suturé su pabellón á la superficie del ovario mediante tres puntos de catgutt flojamente apretados, para no extrangular el delicado tejido tubario; desprendí el útero de las laxas adherencias que lo retenían en el Douglass, y terminé fijándolo al peritoneo parietal por tres puntos de sutura al nivel y un poco abajo de sus cuernos y acortando el ligamento redondo izquierdo por ligero pliegue que hice á esta atadura, y suturé por planos la herida abdominal.

El veintitrés de Septiembre sufrió ataque de influenza que duró doce días quedándola neuralgía del trijémico y catarro de las senos frontales. Explorando la pelvis algunos días después encontré tumefacción ligamentaria del lado derecho que atribuí á hematoma postoperatorio ó á infarto proveniente de la falta de enquistamiento de la sutura del pedículo anexial, no sentí fluctuación

ni se produjo fiebre, la matriz se ensanchó y se tornó sensible volviendola leucorrea, atribuyendo este estado á recrudescencia de la metritis, lo que me obligó á repetir el legrado é inyectar los días subsiguientes solución de alumnol y tintura de yodo en glicerina; recomendé se hiciera el amasamiento del infarto y se taponaran la vagina moderadamente cada día con tapones impregnados de glicerina ictiolada. El anejo conservado no ocasionó dolor al explorarlo.

El 24 del mismo mes arrojó la enferma algunos coagulitos con la orina, siente malestar general y síntomas de congestión pélvica precursora de la vuelta del período menstrual, cuyo retardo lo explico por el estupor que debe de haber sufrido la glándula cauterizada y por la repetición de la legración de la cavidad uterina. La exploración vesical no reveló nada notable. Volvió la regla el 3 de Octubre actual, fué abundante, dolorosa y duró tres días.

Octubre 16.—Encuentro por la exploración bimanual el útero libre, móvil en moderada anteversión, poco sensible, el cuello cerrado y corto; observo que el infarto ligamentario ha desaparecido después de las prácticas de amasamiento y siento en su lugar con toda claridad el pedículo anexial que rueda libremente entre el dedo vaginal y mi mano colocada de plano sobre la región hipogástrica. El anejo conservado está ligeramente sensible, deduciendo de lo expuesto que la enferma está curada, aconsejándola, no obstante, que permanezca algunos días más en el servicio, desconfiando de que si sale sufra recidiva su dolencia al entregarse á sus ocupaciones habituales.

Observación catorce.

Isabel Velázquez, de Texcoco, de 17 años de edad, cocinera, casada, nulípara, estéril, ingresó el 23 de Agosto. Primeras reglas á los trece años, de cuatro á seis días, sufría con frecuencia amenorrea de uno ó dos meses por anemia. Cayó hace cinco años de un columpio, golpeándose la asentadera sobre un árbol; sintió vivo dolor sacro y se hizo menorrágica y leucorréica, iniciándose síndrome uterino, dolor hipogástrico y constipación. Padeció durante dos años ataque recidivante de enterocolitis disenteriforme. Después del matrimonio, que realizó hace nueve meses,

se agravaron los síntomas señalados, especialmente después de una caída que sufrió hace cuatro meses desde la altura de una escalera de mano, de las llamadas vulgarmente *burro*; dice que cayó sobre el dorso y que desde entonces las reglas menorrágicas le duraban quince ó veinte días, acompañadas de dolor ovárico del lado izquierdo, micción dolorosa, difícil y frecuente, y síntomas marcados de cloroanemia, haciéndose estéril por la lesión que diagnosticué de metroanexitis doble, encontrando el útero retropuesto y sensible el perimetrio, por ataque peritoneal que sufrió hace dos meses que hizo cama y la pusieron vejigatorios en el hipogastrio, circunstancia que me hizo tratarla previamente por los tapones vaginales de glicerina ictiolada, duchas calientes y reposo por diecisiete días, antes de operarla, para conseguir que disminuya la flemasía de contorno.

El día 23 de Septiembre, ya mejorada de la perimetritis, hice el legrado de la matriz y la celiotomía suprapúbica por incisión de ocho centímetros, cautericé profundamente el ovario derecho escleroquístico, hice el cateterismo de la trompa y la sutura del pabellón á la superficie del ovario; extirpé la trompa izquierda afectada de salpingitis parenquimatosa más intensa en su porción intersticial en la que se reveló al abrirla con objeto de explorarla: granulaciones del tamaño de un chicharo excavadas y cubiertas de moco-pús espeso, cuya alteración se tradujo hasta su nacimiento en el parénquima uterino que hacía relieve marcado, por cuya razón la extirpé cauterizando con el termocauterio la superficie de la implantación uterina y suturé la superficie; todo con el fin de evitar la infección consiguiente; desprendí el ovario de las adherencias inflamatorias que lo retenían fijo á la pared lateral de la pélvis y muy descendido, abrí con la tijera un quisté hemático del tamaño de una nuez, raspé las paredes, cauterizándolas con el termo, puncioné varios quistécos serosos y suturé el parénquima por tres pantos de sutura con catgutt; cautericé la superficie posterior de la matriz que presentó alteración velvética de su túnica peritoneal; hice la misma cauterización punteada sobre el peritoneo ligamentario y del piso de la pélvis, terminando por fijar la matriz en anteversión por suturas laterales á nivel de sus cuernos y á la superficie del peritoneo parietal, cerrando por

planos la herida de la celiotomía sin canalizar la pélvis. Encontré atrofiados los ligamentos redondos.

En resumen: extirpé únicamente la trompa izquierda, conservando la mujer el anejo derecho y el ovario izquierdo.

No se presentaron más accidentes después de la operación que la supuración del angulo inferior de la herida suprapúbica; no hubo resonancia sobre la serosa por la amplia cauterización que sufrió en sus anejos y peritoneo pélvico, que hice para dominar la lesión indiscutible, puesto que llegó hasta la hipergénesis velvética de este último. Atribuyo la esterilidad á lesión profunda de sus genitales internos y del peritoneo pelviano, afección que computo que existe desde la instauración menstrual y que se agravó revistiendo la extensión que demostró la operación por los repetidos traumatismos que sufrió la enferma.

Estado actual: la herida está próxima á cicatrizar y la exploración bimanual es indolora, dándose de alta dentro de breves días.

Observación número 15.

Gregoria López, de México, de treinta años, casada, se ocupa en los quehaceres domésticos; ingresó al hospital el veintiocho de Agosto del presente, es nulípara, estéril por la lesión genital y dice haber sufrido desde la infancia amigdalitis. Regló por primera vez á los quince años, y siguió con las reglas ligeramente menorrágicas durando ocho días. Casó hace seis años y desde hace cuatro dice estar enferma por haber recibido varios golpes sobre la región sacra, una por un perro que la derribó y otros más, quedando la regla menorrágica por un mes; que desde dos años no cesa la menorragia sino pocos días, quedando en seguida leucorrea y dolor en el hipogastrio, y dice sentirse entonces más mala que cuando pierde sangre, que arroja coágulos grandes, á veces la sangre es roja, pero otra veces pálida y delgada, sintiendo contracciones uterinas al expulsar aquellos. Era muy gruesa, pero actualmente ha enflaquecido quedando sin embargo obesa y floja de carnes; el panículo adiposo de la pared del vientre es muy grueso. Ofrece palidez general de la piel y de las mucosas; edema palpebral y signos de anemia globular, á la vez que sufre de fenómenos de dispepsia atónica, constipación rebelde

hasta sangrar el recto por la dureza de las heces. Ha consultado con algunos médicos sin entregarse á una curación formal que es lo que ahora la trae al hospital.

Diagnosticué metroanexitis, endometritis fungosa, agrandamiento de la cavidad uterina acusado por el histerómetro que se introdujo nueve centímetros, la palpación de los anejos fué difícil por la sobrecarga de grasa; la matriz se encontró en retroposición.

El día seis de Septiembre hice el legrado uterino y la laparatomía suprapúbica por incisión de ocho centímetros; extirpé el anejo derecho por encontrar la trompa dilatada por hemosalpinx, siendo ocioso decir que estaba impermeable el pabellón por cicatriz fuerte y plegada; el ovario dilatado por quiste de contenido serosanguinolento. Encontré las venas del ligamento ancho cercanas del cuerno uterino, varicosas, y fué preciso extirpar igualmente el anejo izquierdo por encontrar atrofia é impermeabilidad de la trompa y el ovario del tamaño de un tejocote contenía un quiste seropurulento; ambos órganos estaban íntimamente fundidos por el proceso flemásico íntimo y de contorno. Encontré y dejé en su sitio un cuerpo glandular del tamaño de un frijol aplastado, que se encontraba cerca del ligamento infundíbulo pelviano y sobre el borde del ligamento ancho, atribuyéndolo por su aspecto á ovario supernumerario. Destruí fuertes adherencias que ligaban á este anejo al fondo izquierdo del útero y que se extendía á su cara posterior. La antigüedad y la fuerte organización de estas bridas peritoneales creo que fuesen en parte la causa de la atrofia tubaria.

Saturé el vientre de la manera habitual.

No se presentó ningún accidente después de la operación y explorándola, hoy día diez y seis de Octubre, encuentro indolente la matriz, y la pélvis libre de exudación, por lo que reputo que está curada y voy á darla de alta.

La menstruación no ha venido y es difícil que vuelva, teniendo poca esperanza en la suplencia del ovario suplementario que conservé.

Este caso hubiera sido tratado por mí en otra época por castración uteroanexial. El resultado que obtuve espero que justificará mi determinación, que consideré de mayor benignidad, por ser menos prolongada y traumatizante que la histeroforectomía.

Observación número 16.

Maura Sánchez de Lara, de Contreras, de veintitrés años, casada, unípara, regular constitución aunque agotada por la enfermedad, que sobrevino después de su parto, entró al hospital el diez y nueve de Agosto. Sufrió irregularidades en su menstruación que comenzó á los quince años, durándole dos ó tres días, con ligero dolor y sufriendo de amenorrea de dos meses, con cierta frecuencia hasta dos años después que se regularizó aumentando á cuatro ó cinco días, siguiendo bien su salud por encontrarse viviendo en el campo y llevar vida tranquila, ocupándose únicamente de sus faenas domésticas, hasta que casó en Octubre del noventa y ocho, haciéndose embarazada á los veintitrés meses, y sufriendo de bascas y trastornos vagos los cinco primeros meses de la gestación, verificándose el parto á los siete meses; no fué asistida convenientemente por falta de profesora en la localidad, y dice que su niño era bien desarrollado y que murió á los cinco días de alferecía, por haber mamado el seno de una mujer que tenía cuatro meses de parida. La asearon con cocimientos de hierbas, guardó cama quince días, quedándole dolor intenso del púbis, síndrome uterino por tres meses, al fin de los cuales y tomando un baño de temascal se suspendió la menstruación que ya había vuelto y volvió á encamarse por quince días, por haber sufrido ataque de peritonitis, repitiéndose este en Mayo de mil novecientos, quedando desde entonces menorragica, leucorréica y siempre con dolor anexial izquierdo, constipación y meteorismo, enlaqueciendo cada día hasta un grado alarmante.

Todos los miembros de su familia gozan salud.

Se diagnosticó metritis puerperal que llegó á producir anteversión, engrosamiento parenquimatoso duro y doloroso; anexitis derecha con prociencia al Douglass; anexitis y perianexitis plástica adhesiva izquierda, perimetritis exudativa ligera.

El veinte de Agosto, después del legrado, abrí el vientre arriba del pubis por incisión de ocho centímetros; extirpé el anejo izquierdo que hacía un magma constituido por la fusión íntima de ovario y trompa imposible de conservar; el ovario presentó un quiste hemático y la trompa en vía de soldar su pabellón, encontré á ambos fijos al

alón posterior del ligamento ancho y ligeramente adheridos al intestino, por cuya circunstancia fué algo difícil su extracción, puncioné con una aguja múltiples quistecitos del ovario derecho y observé que el parénquima estaba reblandecido y fungoso; no obstante lo cual, suturé, porque se desgarró al mover la aguja con el objeto indicado; suturé el pabellón tubario á la superficie del ovario, notando al hacerlo que las franjas comenzaban á atrofiarse y á soldarse entre sí. Fijé la matriz al peritoneo parietal acortando el ligamento redondo derecho y del lado izquierdo fijé una pequeña extensión de la matriz abajo del cuerno, por no encontrar la misma facilidad para acortar el ligamento redondo de este lado. Suturé por planos la herida abdominal.

Volvió la regla el cinco de Octubre no experimentando dolor la enferma y durando cuatro días, pero después sobrevino constipación rebelde á enemas purgantes y belladona constituyéndose copróstasis, la cual determinó la aparición del dolor hipogástrico que había desaparecido con la operación. Examinándola encontré el recto y el colon descendente ocupado por materias fecales endurecidas y muy sensible la mitad izquierda de la pélvis y ocupada por tumefacción elástica que me hizo pensar desde luego en la posibilidad de la formación de un hematoma intraligamentario, y estaba dispuesto á abrir el fondo de saco vaginal, cuando al siguiente día cedieron el dolor y la tumefacción por amplia evacuación que tuvo la enferma, de lo cual deduje finalmente: que la congestión pélvica menstrual determinó la paresia y la dilatación del intestino, exacerbó la metritis y produjo atraso en la curación de la enferma, por cuyo motivo la retuve en el hospital y la sigo tratando por los medios usuales que indica su estado actual.

Observación número diecisiete.

Laparotomía incompleta y exploradora por perimetritis y peritonitis crónica generalizada con producción de íntimas adherencias del intestino delgado y del epiplón, con el peritoneo parietal. Curación operatoria.

Micaela Herrera, de Tlalpam, casada, de 38 años, entró al servicio el 26 de Enero de 1901 por consejo de su médico, el Sr. Dr. Ignacio Prieto,

con el fin de operarla de la grave y persistente afección que esta historia reseña en compendio.

Desde el principio de la menstruación, que comenzó á los quince años, se mantuvo ésta con los siguientes caracteres hasta los veinticuatro años que contrajo matrimonio. Fué dismenorrea, en los cinco días que duraba la regla, regular en su aparición, quedándole después de ella, por todo el mes, leucorrea mucosa no escoriante.

Desde su matrimonio se reveló su lesión ginecológica, acentuándose con el transcurso de los años, haciéndose estéril, sufriendo congestión pélvica intensa en cada período menstrual, que la obligaba á guardar cama; llegando á tener tres ataques de peritonitis cada vez más intensos que agotando su salud le llegan á ocasionar invalidez para la ejecución de toda faena doméstica, dando por final resultado la adherencia completa del intestino delgado y del omento y constituirse el estado de sínfisis que podemos denominar y que tiene su analogía en los procesos flemásicos de las grandes cavidades serosas; pleura, abdomen o grandes articulaciones, y que, en suma, es este proceso adhesivo el que pone en juego la *vis medicatrix* por sí sola ó ayudada por los recursos terapéuticos de orden médico que en tal eventualidad se aplican.

En Julio de 1898 practicó á esta enferma el legrado de la matriz el Sr. Dr. Villarreal y debe de haber demostrado este hábil cirujano lesiones de tal magnitud, que aconsejó á la enferma volviere á verlo, pues creía que necesitaría ejecutar operación más extensa.

Ganó poco la enferma con la legración, disminuyendo el flujo leucorreico y muy poco la dismenorrea menstrual; siguió valetudinaria desde esa época, hasta que el señor Dr. D. Ignacio Prieto se encargó de su curación tres meses antes de su ingreso al hospital, que le fué aconsejado por las dificultades de obtener aquélla por los exiguos recursos materiales de que podía disponer.

Es una enferma francamente artrítica, enflaquecida profundamente por su lesión abdominal, agravada desde su entrada al servicio por ataque rebelde de influenza que persistió hasta Marzo del presente.

(Continuará.)

CIRUGIA GINECOLOGICA

CASTRACION TOTAL

POR

PROLAPSO UTERINO DE TERCER
GRADO

El reposo obligado á que la sometieron por seis meses, ayudado del plan curativo antiflogístico, la puso en situación de poderla operar el 22 de Julio, habiéndose perfeccionado el diagnóstico que en detalle paso á exponer.

Encontré el útero grande, escleroso, retrovertido, adherido fuertemente al pliegue de Douglass, que encontré borrado por exudados de peritonitis pélvica, organizados en toda la extensión de la cavidad pelviana, al grado de fundir matriz y anejos en una masa dura, dolorosa, abollada, cuyo límite superior se perdía arriba del recinto pélvico de una manera difusa, que no permitía limitar su contorno superior.

La sensibilidad exagerada de la zona subumbilical del vientre, cuando se palpaba, dió la idea de que existía un proceso crónico importante del revestimiento seroso y de las vísceras contenidas en esta porción del abdomen; se supuso que había adherencias; pero no se pudo precisar su extensión y magnitud.

La indicación más perentoria de la intervención quirúrgica se constituyó por la agravación de los síntomas pelvi-abdominales en cada menstruación; se dijo á la enferma que se iba á procurar hacer la castración total siempre que fuese posible realizarla, sin exponer su vida, previendo que íbamos á encontrar reales dificultades para realizar nuestro programa.

El segundo fundamento de nuestra intervención lo basamos en el propósito de modificar el proceso plástico peritoneal con la incisión del vientre y esto lo conseguimos, como se verá al examinar á la enferma, quien expresa que se siente mejor después del acto quirúrgico, modificándose de un modo notable la congestión habitual

de sus órganos enfermos y restableciéndose la salud general al grado que se puede ver y comprobar en estos momentos.

Practicando la laparotomía media suprapúbica por amplia incisión entre el ombligo y el púbis, encontramos muy vascularizados los planos musculares del abdomen; lo que nos hizo temer la vasta adherencia del peritoneo á las asas del intestino delgado, que hizo muy difícil el desprendimiento de éstas con el peritoneo parietal sumamente engrosado é igualmente vascularizado con exceso. Continuando con suma precaución, vimos que no existía verdaderamente cavidad peritoneal y juzgamos de utilidad para la enferma despegar las adherencias que englobaban el omento y el intestino, resecamos un grueso fragmento de aquel órgano y así pudimos llegar al borde superior de la matriz y anejos que por ningún motivo creímos de nuestro deber tratar de extirpar, por su fusión íntima y con el peritoneo pélvico; cerramos la herida por planos y la curamos á la manera habitual.

No se observó ningún accidente post-operatorio, la enferma recuperó gradualmente las fuerzas, se modificó ventajosamente de sus manifestaciones artríticas, cedió la constipación y meteorismo inveterados, su vientre cada vez fué menos sensible y pudo explorarse antes de salir del hospital, el día 13 de Septiembre pasado, habiendo vuelto dos veces la menstruación, siendo más soportables las molestias de orden congestivo que repito no han desaparecido por completo, pero han mejorado considerablemente.

Clasifico de incompleta á la vez que de exploradora esta intervención por las razones expuestas, y creo que esta observación sirve para atestiguar la bondad de la incisión del abdomen, en los procesos peritoneales crónicos, que juzgo que se descuidan con frecuencia en la práctica diaria, no recurriendo, para evitar la sínfisis peritoneo-intestinal, á las prácticas aconsejadas de amasamiento, refrigeración ó baños de lodo, que si con perseverancia se empleasen, habrían de evitar las consecuencias funestas de la íntima adherencia de los mencionados órganos.

Creo que la histerectomía vaginal, si se hubiese emprendido, hubiese sido un verdadero desastre, por la circunstancia topográfica que informa el presente caso.

Observación número 18.

Cirrosis hepática bivenosa; laparotomía lateral para fijar el grande epiplón debajo de los músculos abdominales (operación de Morriison).

Juana Arellano, de San Juan del Río, de 31 años, viuda, múltipara, ingresa en 30 de Julio del presente á la tercera sala de medicina para curarse de cirrosis hepática vulgar.

En su primera infancia padeció sarampión y escarlatina y tifo á los veintiséis años. La menstruación fué normal hasta hacerse amenorréica en Octubre de 1900 en que comenzó su enfermedad actual por vómitos biliosos, trastornos de catarro gástrico sostenidos por la alimentación defectuosa de la enferma, la que acostumbraba tomar desde la infancia un litro de pulque en sus comidas y confiesa no haber usado de aguardiente. En los primeros meses sufrió alternativas de diarrea y constipación y poco después comenzó á crecer el vientre por su región inferior y tuvo edema de ambas piernas, que desapareció desde que quedó en reposo y se sometió al tratamiento impuesto por el Sr. Dr. Castellanos, jefe del servicio médico.

El Sr. Dr. Balman, médico de aquel servicio, me cedió bondadosamente á la enferma, la que manifestaba gran deseo de que se la operara.

Entrada en mi sala la diagnosticué de cirrosis bivenosa de origen alimenticio y encontré como detalles de la diagnosis: mediano derrame ascítico sub-umbilical, hígado crecido en todos sus diámetros, desbordando su borde anterior tres centímetros bajo el reborde costal, crecimiento del lóbulo izquierdo; sensibilidad perihepática muy marcada en la región epigástrica; el bazo crecido, la circulación venosa suplementaria se trajo por una red venosa superficial muy desarrollada, cuyas mallas alargadas eran predominantes en la línea media, circunstancia que motivó la incisión de la laparotomía á nivel del borde derecho del recto anterior del abdomen, con el fin de evitar la forzosa división y consiguiente ligadura que la incisión mediana hubiera ocasionado de haberse hecho en esta última región.

Encontré soplo anémico en ambas carótidas, palidez mate de la piel y la enferma se mantuvo en apirexia durante varios días que precedieron á su operación, la que efectué el día dos de Sep-

tiembre pasado, por incisión de doce centímetros en el borde derecho del recto anterior, comenzando como á unos seis centímetros del reborde costal, terminándola un poco arriba del nivel del ombligo; separé por medio de mi dedo los músculos recto y transversos, incidí el peritonco en la misma extensión que la herida de la piel, di salida al derrame ascítico hasta agotarlo mediante la posición lateral en que puse á la enferma, cerciorándome por la percusión de que si algo de líquido quedaba era en mínima proporción; procedí en seguida á fijar el omento al peritoneo parietal por puntos aislados de catgutt, procurando pasar los hilos entre la malla misma del organo, á fin de evitar la hemorragia y la estrechura de sus vasos que expondrían al marchitamiento contrario al resultado que debe procurarse realizar con esta operación, que no viene á ser sino un verdadero ingerto de aquel organo al tejido celular subperitoneal debajo de los músculos abdominales.

Antes de realizar este tiempo importante de la intervención quirúrgica juzgué indicado explorar el órgano dañado, encontrándolo abultado en su cara inferior por tres grandes abolladuras radicadas en su lóbulo derecho y otras dos más pequeñas en la cara inferior de su lóbulo izquierdo; lesiones que atribuyo á crecimientos parciales propios del proceso cirrótico y semejantes en un todo al adenoma hepático; los abultamientos los encontré sésiles y su consistencia dura, pero elástica; encontré la vesícula biliar distendida por la bilis, la exprimí de su contenido, observando que sus paredes no habían sufrido degeneración apreciable, á la vez que comprobé que no contenía cálculos. Encontré lisa y tersa la pequeña extensión de la cara anterior del lóbulo de la entraña que fué posible que alcanzara mi mano.

Despegué un poco más la cara subperitoneal de los músculos y suturé estos encima del cojín epiplóico, terminando por suturar la piel con puntos pasados y poniendo un apósito ligeramente compresivo.

La anestesia clorofórmica fué realizada con 30 gramos de cloroformo y la operación se hizo en 40 minutos.

El decurso postoperatorio fué normal, haciéndose la cicatrización de la herida con algún retardo por haberse despegado los labios cutáneos.

El estado general de la enferma fué mejorando

visiblemente cada día, el derrame no se ha reproducido, como de ello puede uno cerciorarse haciendo el tacto vaginal en la posición de pie; la exploración del vientre no acusa dolor, puede ejercitarse desplegando fuerza y puede plegarse al recinto abdominal anterior con toda facilidad; el bazo y el hígado han disminuido sus diámetros considerablemente; aun desbordado el lóbulo derecho del segundo, la área de presión hoy señalada por la traza marcada con nitrato de plata es con seguridad menor que la que se obtuvo antes de la operación. Sus funciones digestivas son perfectas y se revela el buen estado de los órganos de la digestión por la coloración rosa y la humedad de la lengua.

La enferma queda aun pálida y dep'ora que por falta de tiempo no se hubiera realizado el análisis de la sangre antes y después de la operación; pero á la vista se nota la mejoría que ésta ha producido en la condición de anemia y desgasto de la nutrición que la enfermedad ocasionó en la paciente.

La menstruación que faltaba desde los comienzos del proceso cirrótico, volvió el día 21 del presente Octubre, duró dos días, fué escasa é indolora.

Intencionalmente no se la ha sujetado á otro plan terapéutico que no sea el dietético para convencernos del alcance curativo que la operación ideada por Morrison ha producido en el caso actual, que califico como muy plausible y que espero que confirmareis estudiando detenidamente á la enferma.

Observación número 19.

Grande absceso hepático de evolución abdominal canalizado por laparotomía lateral.

Herminia Morán, de Huichapam, de 33 años, soltera, múltipara, entró á mi servicio el día dos de Agosto pasado á curarse de hepatitis supurada, afección que data de un año, pues á principios de Agosto de 1900 comenzó sintiendo dolor intenso en el hipocondrio derecho, que el Dr. Carrillo trató le moderar por el plan curativo que instituyo diciéndola que sufría de congestión hepática; que el dolor cedió al principio, pero que volvió quince días después, desarrollándose en poco tiempo un tumor que iba descendiendo en el

vientre hasta alcanzar el nivel de la zona umbilical, cuyo tumor la obligó á guardar cama é impedía la libertad de sus movimientos, ocasionando tirantez de vientre y dolores irradiados del hipocondrio hacia la espina y el hombro del mismo lado. Dice que tuvo constantemente diarrea colicuativa, al principio macosanguinolenta; vómitos mucosos y biliosos que se producían por accesos de tos pertinaz; que se enflaqueció gradualmente, perdiendo el apetito y haciéndose penosa la digestión de los escasos alimentos que se la permitía tomar. Confiesa con ingenuidad que desde hace diez y ocho años ingrigitaba de 2 á 3 litros de pulque cada día; y que desde hace dos años se embriagaba con tequila y acostumbra tomar alimentos de difícil digestión.

Se diagnosticó hepatitis supurada, habiendo llegado á constituirse un absceso del lóbulo derecho, el cual llegaba hasta dos dedos abajo de una línea transversal que pasara por el ombligo; el tumor seguía á la entraña en los movimientos respiratorios, encontrándose por delante del colon ascendente; su consistencia era firme, sintiéndose fluctuación profunda, deslizaba detrás de la pared abdominal, cambiando su límite inferior en la inspiración profunda, por lo que se dedujo que no había adherencias y por tanto no se creyó oportuno puncionarlo, decidiéndome á tratarlo por laparotomía, una vez que estuve seguro del diagnóstico, que fué el mismo que hizo el Sr. Dr. Terrés, á quien supliqué viese á la enferma con tal objeto.

Hice la laparotomía lateral á nivel del borde externo del recto del abdomen el diez y seis de Agosto pasado, encontré que no había adherencias y procedí á fijar el peritoneo del absceso al parietal y en seguida que esto realicé desbridé ampliamente aquel, dando salida á dos litros de purcremoso blanquecino y achocolatado al terminar de salir; cuyos caracteres corresponden á los abscesos de la entraña, cuyo pus goza de virulencia y aun se me aseguró que el Sr. Dr. Ismael Prieto encontró *amibas* al hacer el análisis bacteriológico, lo cual, de ser cierto, confirmaría mi asertos Ulené de gasa esterilizada la vasta cavidad, curando á la enferma cada tres ó cuatro días.

Insensiblemente fué mejorando, la supuración disminuyó cada día, la alza térmica fué insignificante, y en la actualidad está curada de todas las manifestaciones clínicas de su dolencia, en-

contrándose la entraña retraída, indolora y las fuerzas recuperadas.

Los trastornos dispépticos han desaparecido y la enferma ha engordado y aumentado en su peso.

* *

Al terminar esta imperfecta labor cuya exposición pormenorizada he tenido el honor de desenvolver delante de la benévola atención de mis consocios, no me queda más que daros las gracias por las juiciosas observaciones que á propósito de cada una de las enfermas os habéis dignado hacer y que, sin género de duda, utilizaré en lo porvenir para modificar mi proceder quirúrgico, con el laudable intento de alcanzar el mayor grado de perfeccionamiento curativo en la categoría de las dolencias que á diario estoy llamado á tratar en la práctica hospitalaria y en la civil.

En razón de la extensión desproporcionada que hube de dar á este trabajo, omito las observaciones correspondientes al embarazo ectópico tubario, por estar próxima á publicarse la historia clínica en el órgano de la Sociedad de Cirugía, y también hago omisión de la operación de Porro por estrechez pélvica, prometiéndome ocuparme de este último asunto en mi próxima lectura reglamentaria.

Resumiendo la pequeña estadística que he tenido el honor de exhibir en el decurso de las sesiones verificadas en esta honorable corporación en el mes actual, resulta que ella consta de veintiuna intervenciones repartidas de la manera siguiente:

Tres celiotomías suprapúbicas por fibromiomas de la matriz, dieron por resultado tres curaciones completas.

Tres celiotomías suprapúbicas per metro-anexitis extirpándose útero y anejo, dieron tres curaciones completas.

Una celiotomía suprapúbica por estenosis pélvica (pélvis cifótica infundibuliforme) en una enferma cuya gestación llegaba á seis meses y medio y en la que había sobrevenido sépsis por fracaso del parto artificial que se había intentado provocar. Se hizo la ce-área seguida de la operación de Porro, extrayendo un feto que vivió cuatro horas, y se obtuvo la curación de la madre, que está definitivamente curada después de cinco semanas.

Una celiotomía suprapúbica por embarazo tubario roto en el fondo de Douglass, produciéndose hematocele enquistado retro-uterino. Muerte de la enferma cinco semanas después por hemorragia septicémica.

Seis celiotomías suprapúbicas por perimetro-anexitis, ejecutando las operaciones parciales descritas en las historias clínicas respectivas, dieron curación operatoria en todas ellas, siendo el resultado terapéutico plausible, aunque incompleto, en algunas que se siguen tratando por los recursos médico-quirúrgicos.

Una celiotomía lateral abdominal para mejorar el proceso cirrótico de la enferma con curación operatoria y éxito terapéutico plausible.

Una celiotomía lateral abdominal para tratar un vasto absceso del lóbulo derecho del hígado, obteniéndose la curación completa de la enferma.

Una celiotomía mediana suprapúbica constituyendo operación incompleta en la enferma que presentaba adherencia absoluta (sínfisis) del intestino y del epiplón, consecutiva á ataques reiterados de peritonitis pelviana por metroanexitis, dió una curación incompleta y la enferma, artrítica, sigue curándose por la terapéutica médica.

Dos histerectomías vaginales por perimetro-anexitis crónica dieron dos curaciones completas.

Dos histerectomías vaginales por prolapso genital completo dieron dos curaciones radicales.

México, Octubre 30 de 1901.

FRANCISCO HURTADO.



Demostración

DE LA

EXISTENCIA DE LA FIEBRE TIFOIDEA

EN MÉXICO (CAPITAL)

Por la Sero-diagnosis de Widal.

Algunos meses ha que, con motivo de una comunicación que ante esta H. Academia hizo el Sr. Dr. G. Mendizábal y que se refería á una enferma de afección febril larga, relaté en pocas palabras lo que había encontrado en la sangre de dicha enferma, aplicando la Sero-diagnosis de Widal.

De entonces acá, he podido confirmar por