

GINECOLOGIA.

FIBRO QUISTE GIGANTE.

(40 kilos), intraligamentario, del ligamento ancho izquierdo.—Histero-miomectomía.—Curación.

A fines del mes de Marzo del presente año, fuí llamado á ver una enferma que no podía abandonar su lecho á causa de un gran tumor del vientre sobre el que deseaba conocer mi opinión. Llegado que hube al domicilio de la paciente, Misericordia núm. 4, é introducido á su presencia, me sorprendió grandemente, no obstante estar prevenido, el volumen de su vientre que superaba toda ponderación. Por su aspecto, podía apreciarse la edad de la paciente en los cincuenta; su semblante demacrado y pálido como la cera, revelaba en su expresión las angustias y sufrimientos que la torturaban; sentada en la cama sostenida con cojines, con las piernas hinchadas á reventarse, extendidas y abiertas para dejar un espacio del lecho donde descansara la parte inferior del globo ventral; los enflaquecidos brazos colgando á lo largo del cuerpo; el enjuto pecho agitado por ansiosa y corta respiración, y no pudiendo soportar más la presión que en su enorme vientre sentía, aquella desgraciada en su prolongada agonía, hastiada de tomar medicinas que no la aliviaban, buscaba en una operación el medio de terminar con sus sufrimientos, así pudiera encontrar la muerte con que médicos y profanos la habían amenazado si á tal recurso acudía. ¿Ningún alivio ni esperanza habría ya para esta pobre que sucumbía víctima de una enfermedad que atendida á tiempo la hubiera proporcionado días de goce y satisfac-

ción? Es demasiado pronto, se la había dicho, cuando hace quince años se sintió por primera vez una bola en la parte baja de su vientre. Cinco años más tarde, el Dr. San Juan, la diagnosticó un tumor de la matriz de los que no se pueden operar. Hará un año que su tumor tenía tales dimensiones, que fué declarado inoperable por los médicos y especialistas que consultó. El Dr. Gallegos diagnosticó un quiste del ovario que consideró inoperable como diez años antes lo había considerado su maestro, el Dr. San Juan, con diagnóstico diferente.

Situación embarazosa, en verdad, la del cirujano á quien se confía el cuidado de una paciente en tales condiciones; porque nada más fácil que ponerse del lado de opiniones tan respetables como la del Dr. San Juan y asistir á la agonía que tan elocuentemente describe Weber. Y, siguiendo el *magister dixit*, ¿habremos cumplido con nuestro deber? No, que la infalibilidad no es de nuestros tiempos; la ciencia ha avanzado mucho, y como ya en otra ocasión lo he demostrado, lo que antes no era factible hoy lo es, y respetando la opinión de los mejores, debemos someter lo que cae bajo nuestro dominio al examen científico, y de él, sin prejuicio, sacar las consecuencias, teniendo por objetivo el mayor bien que podamos proporcionar á nuestros pacientes. Y de no ser así, ¿de qué le hubiera servido á la enferma y á la familia consultar un médico más? Y, ¿de qué otra manera, conforme con una sana moral, quedaríamos tranquilos si por desgracia y como consecuencia de nuestras investigaciones, llegáramos á hacernos solidarios de la condenación al *lasciate ogni speranza* del Dante? Y de ser nuestra opinión contraria, ¿debería cohibirnos para expresarla la idea de las responsabilidades que tendremos que arrostrar? No, que aguerridos en la lucha contra la enfermedad y la muerte, cuyas víctimas disputamos, si no siempre victoriosos, sí tranquilos en el ejercicio de nuestro deber, ni el triunfo nos envanece, ni el fracaso nos anonada; soldados del bien, ponemos nuestros conocimientos y actividades, y no pocas veces nuestra reputación en aras del que sufre, sin más recompensa que la satisfacción del deber cumplido, sin otra mira que la salud del que padece. Y como medios para conseguirlo: el conocimiento científico de la afección y de los procesos de reparación de las heridas, aplicando con serenidad,

valor y entereza, los preceptos quirúrgicos adecuados.

Así, pues, y como si fuera el primero á quien la paciente consultaba y sin preocupación alguna, procedí al estudio del caso.

H. B., doncella, de 40 años de edad, natural de esta ciudad, con domicilio en la calle de la Misericordia núm. 4.

Nada por parte de sus padres que merezca notarse, así como de los primeros años de su vida, hasta los quince, en que tuvo el primer período, que se verificó bien, sin dolor, durando tres días, regular cantidad.

A los veinte años la menstruación se vuelve dolorosa y dura á veces hasta cinco días, siendo un poco más abundante; pero ni el dolor ni la sangre son motivo de alarma para ella, porque ni el primero es intenso, ni la segunda es copiosa. Si mal no recuerda, fué entre los veinticinco y veintiseis años que empezó á sentirse una bola en la parte baja del vientre, sin saber decir si estaba más á la derecha que á la izquierda ó viceversa. A los treinta años era ya bien perceptible el aumento de volumen de su vientre, y tanto porque sentía molestias, sensación de plenitud y pesadez del bajo vientre, los dolores menstruales bastante intensos, y ser motivo de burlas, entre los vecinos, su abultamiento abdominal, se decidió á consultar al Dr. San Juan, quien la dijo tenía un tumor de la matriz que no podía operarse. No muy desconsolada por no poderse operar, siendo la operación lo que mayor miedo la daba, se dejó sin hacerse nada seis ó siete años, soportando su enfermedad lo mejor que podía, hasta que se hizo otra vez el ánimo de ver á los médicos, porque el abultamiento de su vientre, simulando un embarazo á término, le ocasionaba ya grandes sufrimientos físicos y morales: se cansaba fácilmente, y el subir escaleras era su tormento, la sensación de peso y plenitud, insupportables, continuos los dolores de cintura y riñones, mala la digestión, la evacuación intestinal difícil, así como la micción que llegó algunas veces á interrumpirse, padeciendo entonces cólicos y malestar consiguientes. La respiración se tornó agitada, y palpitations y desvanecimientos frecuentes le hacían penosa la vigilia, que el insomnio, las pesadillas y la preocupación constante de su enfermedad la martirizaban por la noche. Pero todo fué en vano, los médicos le daban á entender que no

tenía remedio, no siendo ya tiempo de ninguna intervención operatoria; el último facultativo á quien consultó hará un año, fué el Dr. Gailegos. Los curanderos y demás personas afectas á recetar sin conocimiento científico, le ministraron bebidas para disolverle el tumor, consiguiendo sólo descomponerle el estómago.

En el curso de los dos últimos años, tres ó cuatro menorragias la pusieron al borde del sepulcro; afortunadamente no se repitieron, y la menstruación misma se hizo escasa y después desapareció.

Entre tanto, la enfermedad ha ido avanzando hasta reducirla á la condición actual: acostada, más bien dicho, sentada en la cama, recargada en las almohadas, sin apetito, comiendo apenas, sin fuerzas para moverse ni hacer sola sus necesidades; viendo desconsolada los destrozos que en su miserable cuerpo ha producido la enfermedad; sus piernas inmóviles é hinchadas, el tamaño de su vientre que ha llegado á ser su obsesión, ¡siempre grande como un globo y siempre delante de su vista! Y los dolores que no la abandonan un instante, generalizados y locales, que se exacerban con el menor motivo, sobre todo, los cólicos intestinales y para aumento de males, las cuarteaduras de la piel del vientre por las que escurre líquido que continuamente moja las sábanas y la humedece, ha colmado la medida de sus torturas, y en medio de tantos horrores, un deseo tan grande de vivir, de volver á pasar los días que le quedaran de existencia sin la compañía del mónstruo que la devoraba, que con las lágrimas en los hundidos ojos, suplicaba se la volviera á la vida y á la felicidad. Consolándola lo mejor que pude, y con muy poca, si no es con ninguna esperanza de poder servir en algo á aquella infeliz, empecé el siguiente *examen físico*:

Altura de la coronilla á los talones: 1m. 50c.

Circunferencia al nivel del ombligo: 1,, 40c.

Distancia del apéndice xifoides al

pubis 0,, 75c.

Distancia del ombligo al pubis.... 0,, 30c.

Las adjuntas fotografías tomadas en mi *Sanatorio* por el Sr. Dr. Zavala, darán mejor una idea de este vientre colosal.

Las piernas edematosas y duras formaban contraste, por su grueso, con los enflaquecidos brazos, y su delgado y huesoso pecho ensanchado en su base, parecía que se estrechaba al ni-

vel de los hombros. La cara demacrada y amarilla como la cera, los pómulos salientes, los ojos hundidos, la mirada opaca, las mucosas pálidas revelando la caquexia y el envenenamiento que la consumían.

Las venas que surcaban la pared del vientre, flexuosas, y gruesas como el dedo las tegumentosas abdominales que, pasando sobre el arco de Poupart, parecían arrojarse en un lago sanguíneo formado por la confluencia de las venas que venían de los grandes labios y de los flancos.

La piel del vientre extendida á no poder más, que parecía iba á estallar, se encontraba agrietada en todos sentidos, trasudando líquido que mojaba las ropas de la enferma.

La *percusión* demostraba una macidez absoluta por todos lados del vientre y en cualquier posición; solamente la parte alta era sonora y se confundía con la zona pulmonar.

Por la *palpación* se comprobaba la tensión de la pared abdominal y masas duras y desiguales sobre los flancos, hipogastrio, hipocondrio izquierdo y mitad del hipocondrio derecho. En el hipogastrio y región umbilical que en la paciente tenían una gran extensión, había una sensación de renitencia bien clara, aunque la fluctuación no era bien manifiesta.

Siendo doncella, hice el tacto rectal previa la desocupación del intestino por medio de una lavativa, y no se obtuvo otro dato que la comprobación de masas duras y renitencia en uno que otro punto de las porciones accesibles al dedo. Igual cosa sucedió con la exploración bimanual.

El pulso débil y frecuente, 120 por minuto; era regular. La respiración de 36 por minuto, no habiendo tos ni estertores. Los ruidos cardíacos débiles. La temperatura de 36 á 36.5. El examen de la orina hecho por el señor Doctor Toussaint, no señalaba nada que pudiera alarmar con respecto al estado de sus riñones, hígado ó nutrición general. El examen de la sangre demostró solamente la disminución de los glóbulos rojos: anemia.

El apetito se conservaba, pero las digestiones eran lentas y difíciles, agriándosele los alimentos y padeciendo de acedías. Alternativas de constipación y de diarrea. Malo el sueño: pesadillas, insomnios; ya he dicho que tenía que dormir sentada; tan luego como se acostaba sentía asfixiarse.

Verdadera mole, si la bajaban de la cama tenían que subirla porque ella no podía hacerlo.

* * *

DIAGNÓSTICO: *Tumor gigante, mixto (sólido y líquido) del aparato genital interno.*

La existencia del tumor mixto, gigante, era demostrada por la exploración clínica que excluía la idea de una ascitis por la falta de sonoridad en la parte media del vientre en la posición supina, ó sobre los flancos en la lateral, y además, la comprobación de masas duras. Su sitio en el aparato genital interno, venía á demostrarlo el conmemorativo (principio del tumor por la parte baja del vientre), por haberlo así diagnosticado el Sr. Dr. San Juan: tumor de la matriz; y más recientemente otros facultativos entre los que se encuentran los Dres. F. Alvarez y M. Gallegos, que dijeron tratarse de un quiste ovárico, y la frecuencia de esta clase de tumores en las mujeres, de preferencia á otra cualesquiera, tales como tumores del bazo ó del riñón, que también el conmemorativo como el examen de la sangre y de la orina hacían desechar y los tumores del mesenterio, por las razones antes expuestas y por su rareza, y no alcanzar las dimensiones del que tenemos en estudio, sucumbiendo antes las pacientes.

¿Cuál es la naturaleza del tumor? ¿Cuál su sitio preciso?

La excesiva tensión de las paredes abdominales y el volumen del neoplasma, impidiendo darse cuenta del estado de los órganos internos de la generación, no se podía saber su implantación; pero basado en el diagnóstico del Dr. San Juan cuya competencia es notoria: tumor inoperable de la matriz, seguramente por su ancha base de implantación ó por ser intraligamentario; porque hace diez años sólo se operaban en México, los tumores de la matriz pediculados ó que podían pedicularse empleándose el procedimiento de Hegar y Kaltenbach y considerándose como inoperables los que no estaban en estas condiciones. Ahora bien, un tumor anchamente implantado en la matriz y que hubiera llegado al grado de desarrollo del que tenía en estudio, hubiera provocado hemorragias y escurrimientos que ha tiempo se hubieran llevado á la enferma, y si es verdad que las hemorragias han tenido lugar, ha sido sólo algunas veces y han cedido fácilmente, lo que pu-

diera explicarse por la inflamación concomitante del endometrio y la estasis persistente de las venas pélvicas, por compresión del tumor en las épocas catameniales y el haber llegado á la proximidad de la menopausa. Por otra parte, el cateterismo uterino no permitía el paso de la sonda arriba de ocho centímetros; ¿por encurvación del canal? seguramente no, porque el cuello era muy estrecho y el canal igualmente lo era: constituyendo un elemento más para presumir que el tumor no hacía eminencia en la cavidad uterina. Luego con ancha base de implantación, un tumor uterino no podía tener sitio más que en el ligamento ancho y ser por lo mismo intraligamentario. ¿Y de cuál lado?: Imposible poderlo resolver.

He llegado al diagnóstico del sitio del tumor y presumido su naturaleza: *Fibroma* por el diagnóstico que ha diez años hizo un especialista distinguido; *Fibro-quiste* en la actualidad por el desarrollo colosal y rápido y la consistencia varia de sólido y líquido que manifiesta el examen clínico.

¿Y por qué no tratarse de un cistoma ovárico multilocular y como frecuentemente sucede, con porciones sólidas de degeneración epiteliomatosa? El estado caquético de la paciente, el crecimiento excesivo del tumor, la falta de escurrimientos sanguíneos además de los referidos, propios también de este género de afecciones; la comprobación de la pequeñez relativa de la cavidad de la matriz y además el diagnóstico de hace dos y un años respectivamente de los Dres. Alvarez y Gallegos, no dejan otra razón de peso en favor de la primera hipótesis que la tantas veces repetida opinión del Dr. San Juan, y sólo la punción podría darnos algunos datos sobre la nosología y por ende, sobre la topografía exacta del tumor.

Habiendo hecho pasar á la enferma á mi "Santuario," la hice una punción con trocar delgado, retirando cerca de un litro de un líquido espeso, rojo obscuro y de olor sui generis, diferente al líquido melicerico de los quistes ováricos.

Fibro-quiste ó quiste multilocular del ovario, era lo mismo desde el punto de vista práctico. ¿Se podía ó no operar? ¿El traumatismo para la extirpación del neoplasma sería compatible con la existencia de la paciente? Todo dependía de la extensión y grado de las adherencias de la implantación del tumor, en relación con las vis-

ceras pélvicas y órganos pélvicos y abdominales: del estado del riñón y del corazón.

Para poder darme idea de la extensión y grado de las adherencias que las crisis dolorosas indicaban debían ser múltiples, y para librar á la paciente de la extremada tirantez de la pared del vientre, de la sofocación que el volumen del tumor la ocasionaba y del hinchamiento de las piernas, la comencé á hacer una serie de punciones con el trocar más grueso de Potin, para ir poco á poco extrayendo el líquido del tumor sin provocar grandes perturbaciones y aflojando las paredes ventrales, palpar y mover el tumor. En el transcurso de setenta días la practiqué doce punciones, extrayendo unos treinta litros del líquido que dejo descrito; aprovechando para hacer las punciones la parte subumbilical y más saliente del tumor, que se sabe por experiencia que frecuentemente se adhiere con el peritoneo parietal anterior y utilizando esta circunstancia en vista de que no hubiera derrame de líquido en la cavidad peritoneal, teniendo además la precaución de no retirar el trocar cada vez que puncionaba un lóculo, sino después de que ya no salía el líquido y dejaba á la paciente en la posición que tenía, dorso supina, durante la evacuación del líquido, y 4 ó 5 horas después, sin vendaje alguno y sin hacer movimientos, á fin de que el coágulo sanguíneo obturara el orificio de penetración del trocar, en caso de que la punción hubiere sido hecha en un lugar donde no hubiere adherencias.

Pasadas las 6 ó 7 primeras punciones, la enferma empezó á mejorarse de una manera visible: el vientre se redujo bastante, las cuarteaduras dejaron de dar líquido, las piernas se deshincharon, la respiración fué más tranquila, el sueño bueno, y acostada, ya podía mejor descansar; el apetito aumentó y su digestión mejorada; no tuvo más diarrea: pudo levantarse y andar, sirviéndose de un bastón y poco tiempo después, sin ayuda alguna.

Las heridas de las punciones sobre la piel, que en un principio tardaban 14 y 16 días en cicatrizar, fueron después cicatrizando más rápidamente bajo la capa de colodión que las cubría.

Estando el vientre menos tenso, pude darme mejor cuenta de la gran masa de porciones sólidas que lo llenaban y comprobar, que sobre todo las del lado izquierdo eran poco mó-

viles y nada las que ocupaban el recinto pélvico y porción subumbilical que formaban cuerpo con la pared anterior del vientre. El epiplón seguramente se hallaba adherido con la parte superior y derecha del tumor, porque cuando á éste se le imprimían movimientos, la paciente resentía dolor en el epigastrio.

La indemnidad de los riñones estaba patente por el examen de la orina; y los ureteros, si alguno estaba comprendido en el tumor, no estaba comprimido y sería cuestión de vigilancia para salvarlo.

Con la tranquilidad de la respiración vino la modificación del pulso, que llegó á ser de 104 por m. y más fuerte. Los ruidos cardiacos se hicieron más claros.

Purgantes suaves repetidos á intervalos de 8 á 10 días y papeles de un gramo de benzonatol y magnesia inglesa, ministrados por algún tiempo, regularizaron las funciones digestivas, desinfectando el tubo intestinal.

Pasadas 12 punciones, la mejoría se estableció: el líquido empezó á reproducirse y la enferma á ponerse otra vez mal; hinchándose las piernas, poniéndose tenso el vientre, escasándose la orina, durmiendo mal y perdiendo el apetito. Dejé las punciones y comencé á inyectar dosis de 200 gramos de suero artificial cada tres días, mientras cicatrizaban las últimas heridas hechas por el trocar y aprovechar la mejor condición para la operación, que ya había resuelto practicar, visto que no había otra cosa qué hacer, si no se quería dejar morir á la paciente perdiendo todo lo ganado.

*
* *

El 28 de Junio procedí á la operación que practiqué en mi Sanatorio, ayudado del Dr. J. Velázquez Uriarte y dando el cloroformo el Dr. Zavala.

Iba prevenido para operar un *Fibro-quiste* implantado en la pelvis, lo cual era ponerme en el caso más difícil, porque si con un *quiste* me encontraba, con más fortuna saldría del paso.

Substituí el trocar grueso por un tubo de vidrio de 12 milímetros de diámetro interno, ajustado á un tubo de caucho que iba á dar á la cubeta que debía recoger el líquido.

Puesta la enferma en la posición dorsal y con la pelvis más baja que la cabeza para que los líquidos escurrieran con mayor facilidad, y con

el fin de no ensuciar el peritoneo, practiqué una incisión de 8 centímetros comenzando 4 dedos debajo del ombligo, llegué sobre el tumor, encontrándolo como estaba previsto, unido con el peritoneo parietal; puncioné con el escalpelo, dividí su gruesa pared (de 8 á 10 centímetros) é introduje á frotamiento por la abertura que dejó el escalpelo, el tubo de vidrio, saliendo un grueso chorro del líquido, que ya he mencionado, no tardando en ser interrumpido el escurrimiento por la interposición de masas sólidas que taparon su calibre, y viendo que el tiempo transcurría y que las desobstrucciones requerían maniobras complicadas que nos ensuciaban las manos, retiré el tubo y abrí en la extensión de 8 centímetros la pared del tumor, sin cuidarme de la herida ventral, cuyos bordes me proponía reseca cuando hubiere terminado la extirpación del tumor; tardé media hora en vaciar el quiste, cuyo líquido llenó dos cubetas de 13 litros cada una. Durante este tiempo y los siguientes, la cloroformización fué tranquila, solamente el pulso habiéndose puesto débil y frecuente, hice poner bajo los senos una inyección de 2,000 gramos de suero artificial. Un tapón de gasa y pinzas de ovarios puestas sobre los bordes de la abertura del tumor, lo cerraron, y entonces tracé el collarate que acostumbro sobre el contorno de la abertura del tumor para encontrar el peritoneo y separarlo de la superficie de aquel y no del plano aponeurótico lo cual sería un desastre. Viendo que la separación del peritoneo, adherente hacia abajo y á los lados, sangraba sin que yo pudiera avanzar gran cosa, prolongué la incisión cortando los planos aponeurótico-cutáneos con las tijeras, hasta cuatro dedos encima del ombligo, donde tumor y peritoneo eran distintos; dividí el peritoneo é introduje mi mano para explorar el tumor, encontrando desde luego el epiplón como delantal, extendido y adherente en la parte superior del neoplasma, libre el borde derecho de éste, pudiendo alcanzar la cara inferior del hígado; el borde externo y parte superior izquierda, fuertemente enlavado, avanzaban hasta el diafragma, simulando un tumor del bazo. Con pinzas de quiste y eficazmente ayudado por el Dr. Velázquez, cogí la pared anterior del tumor ya vacío, y aumentando la incisión abdominal hasta 15 centímetros del apéndice xifoides, conseguí luxar una gran porción del tumor, que fui separando

del epiplón á medida que se iba presentando, ligando el epiplón por pequeñas porciones para que quedara siempre extendido y no formando un cordón. Al salir la parte más culminante del tumor, traía adherido consigo el colon transverso que fué separado fácilmente, disecando sobre la pared del neoplasma. Con una gran compresa se protegieron los intestinos y estómago, que tendían á salir por el espacio comprendido entre el borde derecho de la incisión abdominal y la superficie de la porción luxada del tumor. Continué las tracciones sobre éste, valiéndome ya de las manos y así conseguí desencajar del hipocondrio izquierdo, una gran masa dura que allí estaba alojada y darme cuenta de la extensión de la implantación; pues la serosa se reflejaba sobre el tumor al nivel del riñón y ocupaba toda la fosa ilíaca izquierda, avanzando profundamente por este lado en el interior de la pelvis; las tracciones y el peso del tumor lo desprendieron de la pared abdominal anterior, y dejando á plena luz la fosa ilíaca derecha que se presentaba libre de toda adherencia, así como la parte derecha de la pelvis donde se encontraba la matriz de tamaño casi normal, adherida á la neoformación y ambos anexos, trompas y ovarios, indemnes. El tumor era *intraligamentario* y se extendía su implantación desde el piso pélvico y la fosa ilíaca izquierda hasta el nivel del riñón del mismo lado, desprendiendo el peritoneo de estas regiones y desdoblado el meso de la asa sigmoide, que rechazada hacia la derecha, se extendía sobre la porción inferior de la cara posterior del neoplasma. La asa sigmoide, el uréter y los vasos ilíacos eran los escollos de que debía librarme. Desprendí la asa sigmoide cortando la hoja externa de su meso y ya en pleno tejido celular, continué desprendiendo el tumor sobre cuya cara posterior é inferior circunscribí mis investigaciones, seguí la sección del peritoneo en la pelvis y sobre el tumor, bastante distante del recto y tirando sobre aquel y desprendiendo con el dedo, llegué sobre la sínfisis sacro-ilíaca izquierda, descubriendo el ureter que no estaba comprendido en el tumor y separé éste de los vasos ilíacos, desprendiéndolo fácilmente de ellos.

Hasta entonces apenas si había habido sangre bastante para colorar las compresas y para acabar exangue tan gran intervención y vista la dificultad de encontrar la uterina iz-

quierda por la porción de tumor hundido en la pelvis, ligué la útero-ovárica derecha con el ligamento infundíbulo pélvico, comprendiendo el ligamento redondo de este lado; hice la sección supravaginal de la matriz ligando la uterina derecha é inmediatamente á la izquierda de la sección de la matriz, cogí la uterina izquierda como en el procedimiento de Kelly, y ya sin cuidarme de otra cosa, acabé de desprender el tumor ligando muy alto el paquete ovárico izquierdo y el ligamento redondo del mismo lado que estaba muy engrosado. Puedo decir sin exageración, que la enferma no perdió dos cucharadas de sangre cuando el tumor fué extirpado en su totalidad y pesó 13 y medio kilos el casco, más el líquido extraído durante la operación que midió 25 litros y que dada su densidad pesaría más de 26 kilos: total 40 kilos.

La superficie desnuda dejada por la extirpación del tumor era considerable, extendiéndose desde la altura del riñón izquierdo hasta el borde pélvico derecho y dejando á descubierto más de la mitad del fondo pélvico, toda la fosa ilíaca izquierda que se veía como disecada, descubriéndose el psoas ilíaco hasta en su parte alta y desdoblado el meso de la asa sigmoide. Con un surjete reforzado de catgut, uní los bordes peritoneales desde el nivel del riñón hasta la sínfisis sacro-ilíaca quedando así reparado el meso de la asa sigmoide, facilitándome mucho esta sutura la posición de Trendelenburg que no hice dar á la paciente hasta después de extirpado el neoplasma. Otro surjete que llevé del borde pélvico derecho, después de suturado el muñón uterino, aproximó el peritoneo anterior y posterior, cubriendo el fondo pélvico y con un tercero cubrí de peritoneo la fosa ilíaca, uniéndolo hacia adentro con el peritoneo de la pelvis:

El aseo de la cavidad peritoneal se redujo á quitar uno que otro colgajo de epiplón adherido á la pared anterior, suturando para evitar que sangrara; pero lo más difícil de tratar, era la superficie peritoneal anterior que había contraído adherencias íntimas con el tumor y que estaba casi completamente desprovista de peritoneo sano y no sangraba, merced á la compresión que sobre ella se había hecho por medio de compresas y de la mano; por otra parte la flojedad de las paredes del vientre era tal, que caía en dobleces sobre la línea media;

entonces me ocurrió resecar las paredes del vientre, no solamente en la parte que había sido ensuciada por el escurrimiento de los líquidos, sino en toda la extensión de la herida de uno y otro lado, hasta encontrar los músculos rectos, disminuyendo así la superficie de peritoneo maltratada, que podía dar lugar á adherencias, aminorando la flojedad del vientre; obteniendo una herida avivada recientemente y no infectada y la futura cicatriz más firme, haciendo la sutura entre los planos peritoneal, aponeurótico-muscular y cutáneo; y al efecto resequé con las tijeras dos colgajos semilunares, derecho é izquierdo, que partiendo 15 centímetros abajo de la apéndice xifoides, terminaban 15 centímetros encima del pubis, teniendo 38 centímetros de largo, extensión de la herida ventral, y 8 centímetros de ancho en su parte media.

Para terminar la duración de la operación, que se había prolongado una hora y cuarenta minutos, suturé la herida con puntos entrecortados de seda gruesa doble, comprendiendo la piel, el tejido celular, la aponeurosis y el músculo recto, porque el peritoneo había sido previamente suturado con un surjeto reforzado de catgut. El Dr. Velázquez puso en la vagina un tapón flojo de gasa yodoformada.

Dos horas menos 5 minutos había durado la operación y sin embargo, el pulso de la paciente, aunque débil, no había aumentado de frecuencia: 104 por m. Dos inyecciones, de un centímetro cúbico de éter sulfúrico cada una, se le pusieron durante la operación, además de los 2000 gramos de suero.

La temperatura después de la operación fué de 34'8. Sábanas calientes y bolsas de hule con agua caliente y otra inyección de éter, la reanimaron y su despertar fué tranquilo, durmiendo en seguida toda la tarde.

Por la noche, 36 de temperatura; pulso regular y más fuerte, pero más frecuente: 120; lengua húmeda, estado general satisfactorio, ningún dolor ni incomodidad. Orina: 180 gramos.

Junio 29, 7 a. m. T-35'8. R. tranquila. P. 120. Durmió mal, tuvo dos veces basca. Se queja de que la sábana que se la puso encima del algodón que protegía su herida para reemplazar con algo la presión del tumor, la molestaba. Se le permite tomar cada tres horas medio pozuelo de café con leche.

7 p. m. T. 36'5. R. normal. P. 120. Lengua

húmeda; no ha tenido sed y la orina ha sido abundante: 700 gramos. Se la prescribe una cápsula de 0.gr. 50 cloretona para que duerma.

Junio 30. 7 a. m. T. 35'6. R. normal. P. 112. Durmió bien; lengua húmeda, tiene apetito: ha habido ventosidades; se le aumenta su ración de café con leche. Por la noche T. 37. Sigue la mejoría que no es interrumpida por contra-tiempo alguno. Al cuarto día evacua, después de una lavativa. La alimentación va aumentándose á partir de este día. El tapón vaginal es quitado al octavo día, y no es reemplazado por otro. Al décimo día se la ministra un purgante á causa de ligeros cólicos intestinales debidos á que hay retención de materias fecales. La temperatura ha persistido entre 35'4 como mínimo y 37'2 como máximo. A los 16 días de operada, se la quitan los puntos de sutura, encontrándose una cicatrización ideal, ninguna secreción ni siquiera sanguínea como se puede ver en la gasa de su curación. A los 18 días se sentó en la cama, á los 19 abandonó por unos momentos el lecho, y á los 20 días después de operada, empezó á dar los primeros pasos y hoy dejó el sanatorio contenta de dejar allí el monstruo que tanto la había hecho sufrir.

¡Y era una desgraciada sentenciada á morir víctima de cruel enfermedad!

¡Congratulémonos de vivir en un tiempo en que la ciencia nos proporciona medios heroicos para arrancar á la enfermedad y á la muerte á nuestros semejantes!

México, julio 23 de 1902.

J. VILLARREAL.