

GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TOMO V.

MÉXICO, 1º DE SEPTIEMBRE DE 1905.

2ª SERIE.—NUM. 17.

GINECOLOGÍA.

Quiste gigante, multilocular, adherente, del ovario, operado por la vía vaginal.—¿Hay ventajas en operar por la vagina los quistes ováricos?

Hace ocho años, al pasar por Monterrey á mi regreso de Europa, el Dr. Leal me llevó á ver á la Srta. X, para que le diera mi opinión sobre el padecimiento que la aquejaba.

Después de un examen, que no fué muy prolijo por cierto, diagnosticué un quiste ovárico del lado izquierdo, multilocular, móvil y del tamaño de una matriz embarazada en el séptimo mes. Propuse la intervención y, entretanto que la enferma y su familia se resolvían, saí de Monterrey y no volví á saber de la enferma hasta principios de este año, en que el Dr. Campuzano, de Morelia, vino á mi Sanatorio á hablarme de ella, de la triste condición en que la había puesto la enfermedad y que deseaba que yo la operara; que tanto la enferma como dicho señor doctor, me suplicaban la recibiera en el Hospital González Echeverría, que en esa época todavía estaba en la calle de San Andrés. Contesté al Dr. Campuzano que no había otro requisito para admitir á su recomendada que hubiera una cama desocupada, y que semanalmente teníamos dos ó tres.

En los primeros días de mayo ingresó la enferma al pabellón González Echeverría del Hospital General, pues sabido es que después de la inauguración de esta institución de beneficencia pública, el 5 de febrero de este año, se cambiaron allí el Hospital de San Andrés y el de Ginecología "González Echeverría."

Continuando con la historia de la Srta. X, diré que me sorprendí al ver el volumen de su vientre, que era mayor que el de un embarazo gemelar á término; para andar tenía que echarse hacia atrás para compensar el peso del tumor

y no caer. Flaca y de una palidez amarillenta, representaba tener 50 años, siendo su edad solamente 40. Dice haber sufrido mucho y haber tenido, á veces, dolores en la parte baja del vientre y aun en la parte alta, con náuseas y vómitos; no siente apetito por los alimentos y sus digestiones son malas, lentas, frecuentemente con acedías y tiene alternativas de diarrea y constipación; orina con frecuencia; el sueño es ligero y perturbado con pesadillas; se queja de sufrir desvanecimientos y sofocarse con el menor motivo.

La percusión, la palpación y la exploración bimanual vienen á confirmar lo que la inspección manifestaba: que el tumor quístico había crecido, llenando y distendiendo la cavidad abdominal al máximo, comprimiendo los órganos abdominales y pélvicos, con los que había contraído adherencias, dados los dolores acompañados de náuseas y vómitos que acusaba la paciente, signos evidentes de peritonitis parciales y además, el enclavamiento profundo del tumor en el recinto pélvico, al grado de no sentirse el cuello, que estaba muy altamente situado; el fondo posterior de la vagina hacía tal saliente, que venía á ponerse en relación con la sínfisis púbica. Que se trataba de un quiste multilocular, lo demostraba la sensación de fluctuación y la irregularidad de la superficie de la pared del vientre, perceptibles á la inspección y á la palpación, y además los datos que yo tenía de ocho años atrás y que constan en mi libro de reconocimientos, que indican también el sitio de implantación del tumor, que en la actualidad es imposible determinar.

La orina normal, así como el aparato circulatorio y respiratorio, el edema de las piernas explicándose por la compresión del tumor.

La intervención operatoria se imponía; la extirpación del tumor era una necesidad urgente. La manera de ejecutar la operación está descrita en todos los tratados de Ginecología,

y yo mismo he propuesto algunas modificaciones sencillas, prácticas y útiles al extirpar los grandes quistes del ovario por la vía abdominal; sin embargo, desde hace tres años me vino la idea de operar los quistes del ovario por la vía vaginal. La práctica continua de las intervenciones por esta vía, para tratar las afecciones útero anexiales, me había hecho pensar que ciertos hidro-salpinx, pio-salpinx y fibromiomas, son más difíciles de extirpar, por sus adherencias é implantaciones, que tumores líquidos del ovario ó del parovario de mayor volumen, pero libres de adherencias; y así sucedió que hace dos años pude presentar á esta H. Corporación á una mujer múltipara, á la que extirpé, por la vía vaginal anterior, un quiste del parovario del tamaño de un útero grávido en el sexto mes, conservando la matriz y el anexo izquierdo; y posteriormente presenté otra mujer múltipara, á la que igualmente extirpé, por la vía vaginal anterior, un doble quiste dermoide excesivamente adherente y más grande que la cabeza de un niño de doce años, y sólo después de la extirpación y no habiendo nada de ovario que poder conservar, hice la histerectomía vaginal. Pero el caso más notable por el volumen del tumor y la rapidez de la convalecencia es el de Juana X, que operé en el Hospital González Echeverría, y que al noveno día de la intervención traje á esta Academia, siendo nombrados por el Sr. Toussaint, nuestro actual Presidente, los Dres. Mejía y Prieto para examinar á la paciente. El quiste de esta enferma contenía 10 litros de líquido transparente, pues era del parovario, y en la pieza patológica se puede ver la trompa, de enormes dimensiones; cruzarlo en su meridiano horizontal: el tumor era intraligamentario.

En esta enferma se corrigió además la retroversión adherente y se conservó el anexo izquierdo, resecaando una porción del ovario, que era microquístico, y se empleó, como en las anteriores, la raquicocainización.

El mismo día que operé en el Hospital el caso que acabo de referir, operé, en mi Sanatorio, otro quiste gigante de 30 litros, igualmente del parovario, solamente que aquí hube de recurrir á la vía alta, porque además del quiste, había una masa fibromatosa de la matriz, mayor que la cabeza de un niño de doce

años, y juzgué contraindicada la intervención por la vagina.

En una señorita de sesenta años, obesa, pusilánime y que á toda costa quería le resguardara su trayecto vaginal, intervine por el vientre para extirpar un quiste coloide multilocular, adherente y de 16 litros de capacidad, del ovario derecho.

Los casos de quistes gigantes, monstruos, de 30 y 40 litros, melicéricos, coloides, enteramente adheridos á las vísceras y á las paredes del vientre, como los dos notables casos que he presentado á esta Sociedad, y en otro de una señora de Tepic y que murió, á las 36 horas de la intervención, de agotamiento, pues fué operada en plena caquexia ovárica, contraindican la vía vaginal; pero el caso de la Señorita X ¿podiera considerarse en esta categoría? No. El volumen del tumor, aunque considerable, podría apreciarse como en unos 20 litros de capacidad. Los dolores que ha sufrido y sufre la paciente, acompañados á veces de una ligera reacción febril é indicios de adherencias, no han sido de naturaleza tal que la hayan posturado, y, aunque su delgadez, flacura y tinte pálido, indicaban el principio de una caquexia ovárica, su corazón latía fuerte y lentamente, y su respiración, aunque un poco frecuente, era tranquila y su orina normal, así como su temperatura. Las adherencias, por lo tanto, no habían de ser muy extensas, y, en todo caso, me quedaba expedita la vía alta para cualquier dificultad insuperable ó imprevista.

¿Qué afán, se me dirá, de operar por la vagina, vía estrecha, difícil, obscura, cuando por el vientre se puede tener tan fácil acceso como se desee?

Aquí está precisamente la clave de mis investigaciones y estudios: demostrar que la vía vaginal es amplia, no diré fácil, pero sí accesible como el camino del bien y la salud; y que la facilidad de acceso por el vientre es una falsa seguridad para el paciente y para el operador, porque, aún poco diestro, se atreve á lo que no puede, y la invalidez ó la muerte son el resultado del camino fácil.

El cirujano que interviene por la vagina para el tratamiento de las afecciones ginecológicas, tiene educada la mano y su asepsia es perfecta, aún en sus principios, por lo limitado del



FIG. NÚM. 1.—Evacuada con un grueso trócar la bolsa quística del lado derecho, se ve la emi-
nencia de la otra bolsa del lado izquierdo.



FIG. NÚM. 2.—Se nota en esta figura la depresión del vientre después de la evacuación de 18 li-
tros de líquido melicérico. Una parte del quiste está ya fuera de la vulva.

campo de la operación y la vigilancia que puede ejercer sobre sí y sus ayudantes, que los tiene á la vista. La cosa varía en una laparotomía: el campo de acción más extenso, los instrumentos y ayudantes á cierta distancia, la vigilancia menos efectiva y las faltas de asepsia frecuentes, y, reflexiónese, que es el peritoneo alto y el de las asas intestinales el que va á estar expuesto. Por otra parte, si se trata de una mano inexperta, aun suponiendo el caso sencillo, no es remota la eventración.

Se objetará, como otras veces se me ha dicho, que la extirpación de los quistes del ovario por la vía vaginal queda reservada para los especialistas. No; no se necesita de una destreza especial, sino de un conocimiento práctico de la región pélvica, y basta reflexionar que si en la mayoría de los casos fáciles de operar por el vientre, cual son los quistes pediculados móviles, que se extirpan por una pequeña incisión, pueden igualmente extirparse por la vagina, siendo más fácil el tratamiento del pedículo, por estar más próximo á la incisión. Y en cambio los tumores pequeños móviles ó adherentes, que ya hay alguna dificultad de operar por el vientre, son más fáciles de extirpar por la vagina, y aun los tumores como el de la Srita. X, cuya operación paso á describir, que ya son difíciles de operar por el vientre, no presentan grandes dificultades en su extirpación por la vía vaginal, y sólo quedan como imposibles de ser extirpados por la vía baja los quistes enormes, muy adherentes ó complicados de alguna otra afección neoplásica ó supurativa.

Copio la descripción de la operación tal cual consta en las ordenatas del Pabellón González Echeverría del Hospital General:

Cama núm. 8. Srita. X.—Operada el día 25 de mayo de 1905, á las 9 de la mañana. Raqui-anestesia con 0,03 de cocaína, completando la anestesia con cloroformo (5 gramos). Aseo minucioso del vientre y vagina. Punción con un trócar grueso del fondo vaginal posterior, donde había una saliente del tumor. Sale el líquido melicérico en cantidad suficiente para llenar una cubeta de 12 litros, vaciándose la gran bolsa (Fot. 1); el vientre se deprimió, dejando la saliente de la otra bolsa situada hacia la izquierda (Fot. 2). Apoyando mi ayudante el

Dr. Velázquez Uriarte, las dos manos sobre dicha bolsa y empujándola hacia abajo, á través de las paredes del vientre y sin que yo hubiera retirado el trócar de la primera punción, y guiándome con los dedos introducidos en la vagina, puncioné á través de las paredes de la gran bolsa vacía, la otra que, ya digo, era menos grande; el líquido melicérico oscuro y fluido escurrió de la misma manera que antes, en grueso chorro, y pronto salieron 6 litros, quedando el vientre vacío y aplastado, haciendo relieve sobre la línea media la columna vertebral. La paciente entretanto estaba tranquila, su pulso apenas si había aumentado de frecuencia, y el ligero desvanecimiento que la amagó al principiar la operación, se pasó luego que hubo tomado 15 gramos de cognac en una tisana caliente.

Era el momento de principiar la operación: la vagina estrecha indudablemente iba á dificultarla; pero animado con el caso que anteriormente había presentado ante esta Academia, no vacilé en resolver el problema de extirpación de un quiste gigante, multilocular, adherente del ovario, por la vía vaginal.

Cogí con pinzas de ganchos el cuello uterino, lo atraje á la vulva y, poniendo otra pinza igual sobre la pared vaginal anterior al nivel de la uretra, hice la incisión media que acostumbro al principiar la celiotomía vaginal anterior. Desprendí de uno y otro lado de la línea media la mucosa vaginal, luego que llegué con el escalpelo al plano de separación de la vagina con la vejiga é hice, como de ordinario, un corte rómbico de la pared vaginal anterior, para facilitar el campo de acción sobre los órganos pélvicos. Dos tijeretazos sobre la aponeurosis *cache-vasseau* de uno y otro lado de la extremidad inferior de la incisión vaginal, separaron la vejiga y continué con el dedo su desprendimiento de la matriz, hasta llegar al fondo peritoneal vésico uterino, que seccioné con las tijeras. Tirando un poco sobre la matriz é introduciendo mi índice izquierdo por la abertura peritoneal, llegué al cuerno uterino derecho y, enganchándolo, lo aproximé á la vulva, distinguiendo luego la bolsa quística de un blanco azulejo brillante; la cogí con pinzas de ovarios y, destruyendo las adherencias que la sujetaban á la trompa y fondo de la matriz, y des-

prendiéndola también hacia adelante, consigo traer á la vulva una porción de la bolsa, y haciendo tracciones sucesivas conseguí ir la sacando poco á poco, desprendiendo adherencias epiploicas y ligando y seccionando aquellas que no se desprendían, y por fin sacando las últimas porciones de la bolsa que aún tenían algunos lóculos sin evacuar y que presentaban adherencias con el intestino delgado y S iliaca, que fueron separados sin dificultad.

Eventrada toda la bolsa quística, tuve que luxar también la matriz para ver el estado del anexo derecho, que estando escleroquístico, me bastó puncionar los quistes, limpiar el ovario y la trompa de las neomembranas de la peritonitis plástica y reintegrar el anexo en su lugar, para proceder al tratamiento del pedículo, para lo que, ejerciendo tracciones sobre la bolsa, puse á la vista el ligamento infundíbulo-pélvico, que ligué con catgut grueso; igual cosa hice con el cuerno uterino y ligamento útero-ovárico del mismo lado, respetando el ligamento redondo, y extirpé la bolsa quística, suturando en seguida la parte alta del ligamento ancho con una sutura en bolsa, con catgut delgado.

Las múltiples adherencias del quiste con las paredes pélvicas abdominales é intestinales, dieron bastante sangre y, previo lavado minucioso con solución estéril de cloruro de sodio al 7 por 100, de todo el recinto pélvico, pasé una pinza curva á través de la abertura que había hecho el trócar en el fondo vaginal posterior, y llevándola hasta el fondo de Douglas, cogí una tira de gasa yodoformada y la hice pasar hasta la vagina, canalizando así el fondo peritoneal recto uterino.

Con dos puntos entrecortados de catgut delgado, fijé el peritoneo vesical con la cara anterior de la matriz, tal como acostumbro hacer la vésico-fijación, y cerré la abertura vaginal con puntos entrecortados de catgut, restituyendo antes la vejiga en su lugar. Un desgarró transversal del fondo vaginal anterior, así como el desgarró de la horquilla, fueron suturados también con puntos entrecortados de catgut. Se taponó la vagina con gasa yodoformada. El anestésico general empezó á administrarse al luxar la matriz, y sólo se necesitaron 5 gramos. La operación duró 70 mi-

nutos. No hubo *shoc*. El pulso se conservó lento y fuerte; la temperatura se ha mantenido entre 36'3 y 37'3; sólo el sexto día subió á 38, bajando á la normal con la administración de un purgante de aceite de ricino. Empezó á sentarse la enferma al octavo día, y el noveno dejó la cama. Su convalecencia ha sido larga, dada la destrucción en que se encontraba, y necesita tener oprimido el vientre con una venda para evitarse el malestar que le causa el atirantamiento de las vísceras abdominales, no sostenidas eficazmente por las paredes del vientre, que poco á poco van recobrando su tonicidad á paso y medida que la paciente se restablece.

Tomo de las ordenatas del Pabellón González Echeverría la siguiente historia que demuestra las pocas ó ningunas dificultades que hay para operar por la vagina, los quistes medianos del ovario, así sean adherentes, no necesitándose para llevarlas á cabo más que del concurso de una persona de buena voluntad, que conozca las reglas de la asepsia.

Luz Mejía, ingresó al pabellón González Echeverría el 24 de abril del presente año y se le hizo el siguiente diagnóstico: desgarró del perineo en segundo grado, endometritis hemorrágica, quiste del ovario derecho llegando al ombligo; ooforitis esclero-quística del lado izquierdo; peritonitis y pequeños fibromiomas murales y subperitoneales.

Se operó el día 3 de junio de este año. Se hizo la raquianestesia con 0'03 clorhidrato de cocaína y se terminó con cloroformo, 8 gramos. Ayudó en la operación la enfermera del servicio, Srita. Eulalia Lora.

Operación: Dilatación y raspa uterina; celiotomía vaginal anterior, fijando la matriz con pinzas de ganchos. Se puncionó el quiste y después de evacuado su contenido que era un líquido transparente en cantidad de un litro, se desprende la matriz y anexos de sus adherencias, se extirpa un pequeño fibromioma del fondo uterino; se sutura con puntos entrecortados de catgut la incisión por la que se extirpó el tumor, y cogiendo la bolsa del quiste, se desprende poco á poco de sus adherencias hasta que se le saca al exterior; se repite esta operación con el anexo izquierdo excesivamente adherente; cuesta no poco trabajo su desprendimiento y estando el ovario escleroquístico y

la trompa estrechada al nivel de su pabellón, se reseca una porción del primero y se hace la salpingostomía del segundo. Se procede luego á la ligadura del ligamento infundíbulo pélvico derecho y el cuerno uterino correspondiente y á la extirpación de la bolsa quística con todo y trompa uterina. Se reduce la matriz; se practica la vesico-fijación y la colporrafia anterior, canalizando la cavidad uterina y taponando la vagina.

Se empezó á dar cloroformo al desprender la matriz y se terminó cuando se redujo este órgano.

Al cuarto día la paciente se sentó en la cama y el octavo se le retiró la curación, no habiendo tenido ninguna perturbación post-operatoria.

Resumiendo podemos decir: 1° Que los tumores pequeños hidroquísticos de la trompa y el ovario deben operarse por la vía vaginal anterior, por dar mayores seguridades á la enferma, ser más fácil la intervención y no dejar cicatriz visible. 2° En los quistes pediculados y libres se opera asimismo por la vía vaginal porque además de las ventajas mencionadas hay la de que el tratamiento del pedículo es más facil y puede hacerse más cómodamente el tratamiento del otro anexo. 3° En los casos de quistes gigantes adherentes como el de la Srita X, es ventajosa la vía vaginal por reducir al mínimo el traumatismo, permitir una canalización fácil, hacer una operación completa tratando la matriz y el otro anexo. 4° Cuando, en los casos que se juzga conveniente intervenir por la vía baja, hay alguna otra lesión que no se puede alcanzar por dicha vía, se preferirá la vía alta para dejar, en una sola intervención, curada á la paciente: por ejemplo, coincidencia de una hernia umbilical con un quiste ovárico chico ó grande.

México, junio 21 de 1905.

J. VILLARREAL.

CLINICA INTERNA.

¿A qué fenómeno normal corresponden las alucinaciones?

Las ciencias médicas realizaron gran progreso cuando pudo afirmarse con certeza que el estado normal y el patológico están regidos por las mismas leyes. La enfermedad dejó de ser, como hasta entonces se había creído, una entidad extraña al organismo, que se injertaba en él, introduciéndose, ya por violencia, ya de un modo sordo y paulatino, para agotar sus energías, perturbar sus funciones y extinguir muchas veces su vitalidad.

Tal fué el concepto que más generalmente reinó antaño sobre las enfermedades; quedan de él muchas huellas en algunas doctrinas médicas y aun en el vocabulario médico usual. El padre de la Medicina, el venerable Hipócrates, imprimió sobre este modo de ver el imponente sello de su autoridad.

El estado patológico era tenido por una lucha que se entablaba entre el organismo que se defendía y la enfermedad que le asaltaba, y de aquí nació la doctrina de la crisis, de los días críticos y de los fenómenos críticos. Los sudores copiosos que se presentan durante el curso ó en el término de una enfermedad, las diarreas que de la misma manera suelen observarse, se consideraban como esfuerzos más ó menos titánicos hechos por el organismo para expulsar la *materia pccante*, que no venía á ser en suma más que el nocivo invasor del cuerpo sano.

La importancia que, en la vieja terapéutica, tuvo la medicación evacuante y aun la revulsiva, se explica muy bien á la luz de esta doctrina. Administrando purgantes fuertes, propinando sudoríficos, provocando por medio de un vejigatorio una exudación artificial, ó manteniendo por mucho tiempo una, por medio de fuentes, se creía obrar con sumo acierto, pues se estimulaba á la Naturaleza á evacuar la *materia pccante*, á expulsar el mal humor, á hacer salir el principio morbífico.

A grandes desastres conducía una terapéutica que por tan sabia se tenía. Recuérdense tan sólo los estragos causados en el tratamiento de la sífilis por el exceso de las unciones mercuria-