á los hechos ya terminados; mas las clasificaciones que se efectúan en la práctica deben ejecutarse á veces á título de provisionales, para que los jueces funden los procedimientos relativos á los reos, v. g. para la libertad bajo caución, para declarar bien presos á los reos, etc., y esto no se logra con la clasificación propuesta.

Dr. González Fabela.—Abundo en las ideas manifestadas por el Sr. Dr. Gonzalez Urueña, y las encuentro muy fundadas, porque usándolas como las presenta la Comisión, sólo sirven para clasificar las lesiones por decirlo así á posteriori.

Dr. García Samuel.—Aparentemente tiene razón el Sr. Dr. González Urueña en sus objeciones, pues aun cuando el médico puede aproximadamente decir si una herida mata ó no mata, esto no es clasificar. La verdadera clasificación de las heridas debe servir únicamente para la penalidad y por esto me parece buena la presentada por la Comisión, porque puede y debe ser definitiva, esto es, sobre hechos ya adquiridos.

Como estaba avanzada la hora, se anunciaron los turnos de lectura y se levantó la sesión.

ANTONIO A. LOAEZA,

Primer Secretario.

CLINICA QUIRURGICA.

RESECCIÓN GASTRO-PILÓRICA POR CÁNCER DEL ESTÓMAGO Y DOS CASOS MÁS DE COLPECTOMÍA PARCIAL Y PANHISTERECTOMÍA VAGINALES POR EPITELOMIA DEL CUERPO Y DEL CUELLO UTERINOS EN UNO Y EPITELIOMA DEL CUELLO Y FONDO VAGINALIZ EN EL OTRO.

La cirugía del canal gastro-intestinal no ha podido, entre nosotros, generalizarse y tomar el lugar que le corresponde, por los temores que inspira á médicos y cirujanos y, como un reflejo exagerado, á los pacientes, quienes prefieren dejarse morir que sucumbir por una operación que consideran inminen-

temente mortal. Sin embargo, tales juicios son erróneos, apesar de que son emitidos por médicos de talento; su escepticismo y fatalismo provienen de que no se han suficientemente informado del estado actual de la cuestión y de que en su mente queda aún el recuerdo de las desgraciadas intervenciones que presenciaron cuando eran estudiantes, en una época en que la técnica de las operaciones y el manual de la asepsia estaban en su infancia, muy lejos del perfeccionamiento que hoy alcanzan.

El caso que voy á referir espero que hará meditar sobre esta cuestión de la cirugía gastro intestinal, y como lo decía yo en mi trabajo sobre la lucha contra el cáncer presentado en nuestro último congreso médico, el diagnóstico debe ser el objetivo del médico y del cirujano, debe esforzarse en hacerlo á la mayor brevedad y con la mayor exactitud; con las dificultades se ejercitarán la tenacidad y la sagacidad del práctico, supuesto que el diagnóstico es la base de todo buen tratamiento y el procurar establecer ambos constituye el ideal del ejercicio científico, consciente y leal de la profesión.

Si los médicos y cirujanos, informados con exactitud de estas cuestiones, llegan al convencimiento de que la cirugía gastro intestinal y de las vísceras anexas no tiene la gravedad de tiempos pasados, en multitud de casos, prestarán un gran beneficio á sus pacientes aconsejándoles un recurso que da excelentes resultados y que, mientras no se descubra otro, será el único medio de salvación. Y así las úlceras gástricas ó duodenales, las dilataciones del estómago, las estenosis cicatriciales ó tuberculosas del trayecto gastro intestinal, los cánceres del mismo ó del páncreas y de las vías biliares y las inflamaciones sépticas ó calculosas de estas últimas, etc., diagnosticadas en tiempo oportuno, recibirán inmenso beneficio de la intervención operatoria.

El cáncer, sobre todo, por su frecuencia, por su malignidad, por lo apremiante del diagnóstico y por las consecuencias funestas para el paciente en que su mal se reconozca en un estado avanzado, hacen que estemos siempre alerta y que yo haya propuesto, como antes indiqué, que, asociándonos, emprendamos el combate contra esta enfermedad que siega tantas vidas y lleva la desolación á tantos hogares.

Repetidas veces he presentado á esta Academia casos de enfermas que he operado por epitelomas del cuello uterino y de la vagina, que han curado de su enfermedad, cuando menos hasta la época de su presentación que ha variado entre meses y años después de operadas, con el objeto de demostrar la curabilidad de este mal, lo poco arriesgado de la intervención, hecha conforme á una técnica que me es personal y que no considero inaccesible para la mayoría de los que con empeño y constancia se dedican á este delicado arte, y ahora aporto dos casos más de este género y otro, de gastro-pilorectomía, el primero con éxito y descrito con detalles en nuestra literatura médica. ¡Ojalá y á éste sigan ciento y pronto tengamos experiencia propia, y que con ayuda de nuestros ilustrados y peritos médicos y cirujanos, lleguemos á hablar de la resección del estómago y demás operaciones gastro-intestinales con la frecuencia y amplitud que hoy lo hacemos de las afecciones pélvicas y del aparato genital interno del hombre y de la mujer.

Empiezo por esta observación de la gastro-pilorectomía para terminar con las otras dos de colpectomía parcial y para-histerectomía vaginales. Observación I.—La Srita. C., aquí presente, fué á mi consultorio á pedirme consejo para su enfermedad; me refirió que tenía un tumor del vientre, que ya en momentos de ir á operarla habían decidido no intervenir porque su enfermedad no tenía remedio; que deseaba conocer mi opinión y que si yo opinaba de otra manera, estaba decidida á que se hiciera con ella lo que se creyera necesario para desembarazarla de aquella enfermedad que la atormentaba; que todo riesgo que pudiera tener le parecía poco si tenía alguna probabilidad de verse curada.

Al interrogarla sobre sus antecedentes de familia no me dió datos que tuvieran alguna importancia, y en cuanto á sus antecedentes personales sólo acusaba una dispepsia de años. Su constitución delicada y desmedrada: el trabajo á que se dedica es dorar y pintar; ha sido lo más á propósito para sus pocas fuerzas y resistencia. Hace algún tiempo que la dificultad en la digestión, los eructos y ácidos se habían acentuado y que ella empezó á sentir una bolita en la boca del estómago; estos trastornos fueron en aumento hasta que empezó á tener basca y á arrojar cuanto tomaba. Estos accesos de basca le venían

por temporadas, estando en la fecha que me consultó, algo mejor; podía tomar un poco de alimentos líquidos sin devolverlos. El aspecto de la basca muy variable, desde el color verde y amarillo hasta el claro y viscoso, jamás sangre. Alternativas de deposiciones y estreñimiento, con frecuencia cólicos, eran las otras perturbaciones que acompañaban á su padecimiento que por otra parte la había debilitado mucho y la ponía en condiciones de no poder trabajar. El sueño era intranquilo y muchas noches las pasaba sin poder dormir. El apetito había disminuido; la orina escasa y concentrada y un síntoma que la molestaba y la impresionaba era la bola aquella del estómago, que le indicaba que su enfermedad iba en aumento supuesto que la bola crecía y momento llegaría en que no pudiendo soportar su mal, sucumbiría sin que se la hubiera impartido auxilio alguno. La inteligencia de la enferma bastante desarrollada le permitía explicarse con facilidad y viveza.

Procuré tranquilizarla y procedí al examen. Ya he dicho que la paciente es de constitución débil y nerviosa; su cuerpo es bajo y delgada de carnes. La pared del vientre, retraída, dejaba percibir un abultamiento como del tamaño de una mandarina al nivel del hueco epigástrico. Por la palpación se llegaba á determinar que este abultamiento era del tamaño indicado, de consistencia dura y difuso en su periferie; muy movable, pasaba de un lado á otro de la línea media y hacía sobre todo excursiones de arriba á abajo pasando su borde inferior del ombligo y este mismo borde casi se ocultaba debajo del apéndice xifoide cuando se llevaba el tumor hacia arriba. El examen del jugo gástrico indicaba una disminución del ácido clorhídrico y de los cloruros. No acusaba rastros de sangre ni celdillas típicas. En la orina sólo había disminución de la cantidad total emitida en las veinticuatro horas, 500 gramos, y disminución de la urea y de los cloruros y aumento de los pigmentos biliares.

El diagnóstico de neoplasma del hueco epigástrico estaba hecho por sólo la palpación del tumor, su sonoridad demostraba que el intestino y estómago pasaban sobre la neoformación, y la movilidad, que no se encontraba en el páncreas ni en los grupos ganglionares de la región cuyos tumores son fijos; por la misma razón y por no presentar latidos no había que pensar en

una aneurisma. La idea de un tumor del píloro, aunque posible por los vómitos algunas veces incoercibles había que hacer una reserva, la sonoridad. La hidropesía de la vesícula biliar era á su vez desechada por la sonoridad, la situación, la movilidad hacia la izquierda, etc. y que no explicaba las perturbaciones gástricas. El tumor teniendo hacia adelante una zona sonora y estando colocado en el hueco epigástrico, no podía estar colocado más que en la transcavidad de los epiplones; ya he dicho por qué excluía los tumores de la pared posterior de esta cavidad y la pared anterior, no estando formada á este nivel más que por la pared posterior del estómago, era natural suponer la situación sobre dicha pared, lo que explicaba bien la movilidad, situación y perturbaciones gástricas, menos los vómitos incoercibles que no era difícil explicar suponiendo la extensión á una porción del píloro. En cuanto á la naturaleza de la afección era por su rapidez en el desarrollo un tumor maligno y seguramente sarcoma ó adenosarcoma por no haber habido ulceración. La cuestión de la operabilidad se imponía, practicada la laparotomía se exploraría para comprobar si este tumor que hacía eminencia en la transcavidad de los epiplones, que se cubría con el estómago y que era maligno, no había invadido los grupos ganglionares y esto determinaría la operación radical, extirpación, resección, ó solamente una gastro-enterostomía.

La paciente y su familia, con un buen sentido que es digno de aplauso, aceptaron el programa expuesto de la intervención, que practiqué el 20 de Octubre de 1910, ayudado por mi amigo el Dr. Zavala y el interno de mi servicio Dr. A. Vidales, dando el cloroformo la enfermera primera Srita. Hermelinda.

Se acostó á la enferma poniéndole un rodillo en la parte media del dorso para que el estómago y demás vísceras de la región hicieran saliente. Laparotomía media, supraumbilical, del apéndice xifoide al ombligo. Introduje el dedo y habiendo sentido que el tumor había basculado hacia el diafragma y formaba cuerpo con el estómago, atraje éste hacia abajo, desgarré en la gran curva el epiplón en un espacio que no tenía vasos y reconocí el tumor situado sobre la cara posterior del estómago, tumor duro, gibado, irregular. Los ganglios de la gran curva del estómago infartados hasta debajo del píloro. Desgarré el

pequeño epiplón cerca de la pequeña curva del estómago en un espacio sin vasos y explorando, encontré ganglios infartados en la parte inferior del surco pancreático-duodenal, ganglios al nivel de la pequeña curva y ninguno al nivel del repliegue de la coronaria estomáquica. No siendo grandes los grupos ganglionares, no habiendo grandes adherencias, creí indicada la resección piloro-estomacal, no obstante lo grande de la resección y lo débil de la paciente, primero porque así libraba á la enferma de su mal, segundo porque aprovechaba la movilidad de las vísceras para una anastomosis cabo á cabo que, en tiempo, puede reducirse al que es necesario para una gastro-entrostomía, que en el caso era inconveniente practicar porque habría sido necesario llevar la anastomosis hasta cerca del cardias, si en una segunda intervención se quería extirpar el estómago á no ser que se condenara á la paciente á sufrir los ataques del cáncer y exponiéndola siempre á las consecuencias de la gastro-entrostomía. Con la operación que llevé á cabo logré hacer la gastro-entrostomía y extirpar el cáncer.

Ligué la coronaria estomáquica; hice pasar la mayor parte del estómago á la derecha y apliqué una gran pinza de forcipresura de arriba á abajo de la extremidad izquierda de la pequeña curva hacia la gran curva y junto de ésta perforando el gran epiplón; otra pinza al encuentro de la primera; puse otras dos pinzas colocadas como las anteriores y junto de ellas. Seccioné la pared estomacal entre las pinzas al ras de las primeras. Protegí con una gasa este corte é invertí el estómago hacia la derecha; seccioné el gran epiplón á tres centímetros de la gran curva á paso y á medida que lo cogía con pequeñas pinzas hasta llegar al duodeno. Ligué la pancreática duodenal en el surco correspondiente. Seccioné, cogiendo con pinzas, el pequeño epiplón, como á tres centímetros de la pequeña curva para resecar los ganglios. Seccioné así mismo el peritoneo pancreático duodenal, poniendo á descubierto la cabeza del páncreas y desprendiendo la primera porción del duodeno hasta que encontré tejido blando y, entre dos pinzas de forcipresura, seccioné el duodeno. Aquí presento la pieza patológica que no obstante estar retraída, por su permanencia en la formalina, manifiesta por su forma la porción extirpada del estó-

magó, así como el píloro y parte del duodeno, ganglio y porciones de epiplón.

Compresas asépticas habían defendido el campo de la operación y continuaron prestando este servicio hasta el fin de ella. La sutura del estómago la hice así: pasé hacia la izquierda de la pinza superior que cogía el estómago un surjete de catgut mediano con una aguja de costurera; solté la pinza, este surjete así como la porción machacada fueron hundidos en otro surjete sero seroso con seda delgada y aguja redonda. Aproximé luego las pinzas que cogían el duodeno y la porción inferior del estómago é hice con no pocas dificultades el surjete que unía la serosa de la cara posterior del estómago con la muscular de la cara posterior del duodeno desprovisto de peritoneo. En seguida haciendo la coprostasis sobre el duodeno por presión del dedo del ayudante sobre la segunda porción de dicho intestino al nivel de la columna vertebral y sobre el estómago cogiéndola con el medio é indice, solté las pinzas é hice con catgut un surjete total posterior en la porción machacada del duodeno y de la pared posterior del estómago y otro surjete total de la pared anterior del duodeno y pared anterior del estómago. Aseo de las manos. Surjete de seda sero-seroso de la pared duodenal y estomacal. Puntos de refuerzo uniendo este surjete con el surjete duodeno-estomacal posterior y sero seroso de la porción superior del estómago. El gran epiplón así como el pequeño que habían sido ligados se aproximan con puntos de catgut á las curvas correspondientes del resto de estómago y al nivel de las suturas. Se retiran las gasas y se cierra el vientre por un surjete de seda temporalmente perdido, como acostumbro y dejé en la parte alta una canalización con gasa yodoformada que, por una abertura del pequeño epiplón, va hasta la cabeza del páncreas, pues temí una exudación peligrosa de esta víscera.

La enferma soportó el traumatismo sin choque y antes de entrar en detalles de la secuela post-operatoria quiero hacer la siguiente reflexión: El procedimiento de gastro-enterostomía acabó después de la resección del estómago que se llama primer procedimiento de Billrott; es un método que no debe abandonarse, en algunos casos es de aplicación fácil, ahorra tiempo y evita traumatismo y que el contenido gástrico pueda infectar el campo operatorio.

DATOS TOMADOS DE LAS ORDENATAS DE OCTUBRE Y NOVIEMBRE DEL PABELLÓN 31 (PENSIONISTAS) DEL HOSPITAL GENERAL.

María Isabel Tagle, de Toluca, soltera, de 55 años de edad, Profesora.—Entró el 17 de octubre de 1910.—Diagnóstico: Cáncer del estómago.

Fecha.	Medicamentos internos.	Medicamentos externos.	Observaciones.
Oct. 19	Aceite de ricino 35 grs. Purgantes.	grs. (Sulfato de morfina 0.10)	Operación:
" 20		(" " atropina 0.003) (Agua dest. hervida 10.) Iny. Hip. 2 iny. de suero artificial de 500 grs.	
" 21	Cuchts. de Cognac	Iny. de suero artificial 500 grs.	
" 22	" " "	" " " " "	
" 23	" " "		Leche
" 24	" " "		"
" 25	" " "		"
" 26	" " " y Obleas Benzonaftol, magnesia inglesa bicarbonato de sodio y pepsina na c.c. 2. grs. en XVI Obleas		"
" 27	Cuchts. de Cognac		"
" 28	" " "		"
" 29	" " "		"
" 30	" " "		"
" 31	" " "		Ración
Nov. 1º	" " "		"
" 2	" " "		"
" 3	" " "		"
" 4	" " "		"
" 5	" " "		Curación
" 6	" " "	" y perlas de trementina de 0.50 grs. Nº	"
" 7	" " "	"	"
" 8	" " "	"	"
" 9	" " "	"	"
" 10	" " "	"	Curación
" 11	" " "	"	"
" 12	" " "	"	"
"	" " "	"	"
"	" " "	"	"

y 2 huevos

Hasta el día 27 de noviembre que fué dada de alta por curación.

María Cruz García, 36 años, casada, múltipara (6 hijos) con epiteloma del cuello uterino, ingresó al Pabellón González Echeverría del Hospital General, servicio del Dr. J. Villarreal, el mes de diciembre de 1910 y se le operó el 22 del mismo mes en la sala de laparotomías del Anfiteatro de Operaciones del mismo Establecimiento. Previa raquianestesia con tres centigramos de clorhidrato de cocaína en solución isotónica estéril, se hizo la raspa digital, desinfección de las vegetaciones cancerosas con permanganato de potasio en solución concentrada, decoloración con solución de bisulfito de sodio concentrada igualmente, seguida de termo-cauterización amplia.

Después, se asea la región vagino-abdominal con agua y jabón, como de costumbre, y se añade alcohol y solución de cianuro de mercurio al 1 por 1,000.

Se hace una incisión circular en la vagina, sobre tejidos sanos y se disecciona hasta encontrar el cuerpo uterino; hacia adelante, la disección es muy delicada por el rechazamiento de la vejiga; los tejidos muy deleznable, se desgarran con suma facilidad y ceden al cogerlos con pinzas, se descubren y cogen con pinzas las uterinas dividiéndolas, se pone un gancho que arrastra la vejiga hacia arriba y se luxa la matriz como de costumbre. Los anexos están atacados de inflamación crónica quística y plástica. Se colocan pinzas en ambos infundíbulos pélvicos y ligamentos redondos y se cortan dividiendo en último término los ligamentos anchos del peritoneo posterior. Las pinzas son sustituidas por ligaduras de catgut, dejando los hilos de los pedículos bastante largos, para que salgan por los ángulos de la herida, la que se sutura poniendo tres puntos de catgut que comprenden el corte vaginal anterior, el peritoneo vesical, el peritoneo posterior muy reducido y el corte vaginal posterior, fijando la gasa yodoformada de la curación con los hilos de la sutura. Anestesia completa.

Dolores Luna, de 35 años, casada, múltipara, (4 hijos) ingresó al Hospital General en el Pabellón de Pensionistas el mes de Enero de 1911. Diagnóstico: Epiteloma del cuello uterino y fondo vaginal posterior.

El día 12 con anestesia clorofórmica se le hace una raspa y cauterización de las vegetaciones cancerosas y taponamiento con gasa yodoformada.

Para el día 24 se participa á la Dirección del Hospital General que se tratará de llenar el siguiente programa: Anestesia clorofórmica (por ser la enferma pusilánime). Repetición de la termo-cauterización, colpectomía parcial y panhisterectomía vaginales.

Mi ayudante el Sr. Dr. A. Vidales escribe así en libro de historias clínicas de mi servicio, como se verificó la operación.

Se pone solución concentrada de permanganato de potasio, destruyendo las vegetaciones cancerosas con el índice y medio, hasta dejar limpia en su mayor parte la porción atacada; se añade bisulfito de sodio en solución concentrada y se lava ampliamente la región vagino-abdominal, poniendo después alcohol y solución de cianuro de mercurio al milésimo.

Se cauteriza ampliamente, llegando casi al fondo uterino, por lo que el órgano queda reducido á un cascarón.

Se circuncida la vagina en tejido sano, haciendo la incisión en la unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores; se disecciona la mucosa, siendo esta disección más difícil y haciéndose con sumo cuidado hacia adelante y atrás, por la unión íntima de las paredes vesicales y rectal, á las cuales se había propagado la inflamación.

Se rechaza la vejiga hacia arriba, mediante un gancho separador y con pinzas de garras se luxa la matriz y anexos. Se colocan pinzas en el infundíbulo pélvico, ligamento redondo y arteria uterina de cada lado y se corta al ras de ellas, dividiendo en último término el peritoneo posterior.

Se pone catgut fuerte en el infundíbulo pélvico derecho, que comprende en seguida el ligamento redondo; otro hilo del mismo se coloca en la uterina derecha; se repite la misma operación hacia la izquierda. Los tejidos muy deleznable, hacen que la arteria uterina izquierda se suelte varias veces, por romperse el pedículo al apretar la ligadura, siendo posible á pesar de esto, practicar la hemostasis completa, sin que durante las maniobras para ello practicadas se perdiera mucha sangre.

El peritoneo posterior está en extremo reducido, por lo que es de suma dificultad aproximarle para peritonizar la superficie cruenta, lo que se consigue poniendo tres puntos de catgut que comprenden la pared vaginal anterior, el peritoneo vesical,

el referido peritoneo posterior y la pared vaginal posterior, con lo que queda terminada la operación.

Los hilos de los pedículos salen por los ángulos laterales de la sutura vagino-peritoneal.

Se pone gasa yodoformada en la vagina y se cura exteriormente con gasa simple.

Si el primer caso referido es, como lo dije antes, raro en nuestra cirugía por faltarnos el concurso de los médicos, que son los que primero observan los enfermos y por esto insisto en solicitar su ayuda poniendo bajo su protección la lucha contra el cáncer; no sucede lo mismo con los otros dos casos, cuya cirugía ha llegado á tomar carta de naturalización entre nosotros, y el que tiene el honor de dirigiros la palabra repetidas veces se ha ocupado de la materia, con temor de cansar vuestra benévola atención; pero me ha parecido que este asunto merece que se le trate ampliamente y que conocido suficientemente por los médicos y cirujanos, se le dé toda la importancia que merece, ayudando á multitud de seres destinados á perecer irremisiblemente en corto lapso de tiempo agobiados por los más crueles y atroces sufrimientos y lo repito, una operación en tiempo oportuno salva de la enfermedad; más tarde, ya avanzado el mal, la operación concede todavía una tregua al sufrimiento; se siente el alivio y la ilusión de la vida y para aquellos casos desesperados, fuera del alcance de toda intervención, tenemos la cauterización con termocauterio, que desinfecta y alivia, los rayos X y la fulguración, que parece dan también consuelo. Mas por humanidad, por interés científico y aún por egoísmo, hay que estar alerta, vigilantes, despistar al enemigo y en todo caso, no abandonar la víctima á los estragos de la enfermedad; no es labor perdida, sino meritoria, el luchar contra el cáncer, y el arrebatarle alguna de sus víctimas, causa tal satisfacción, que el que una vez la ha saboreado, empeñoso sigue en la senda emprendida, no le arredra el esfuerzo ni le intimida la dificultad; si es derrotado, busca nuevas armas, separa las antiguas, acumula fuerza y brío, y no tarda la victoria en recompensar su noble afán.

J. VILLARREAL.

México, Febrero 22 de 1911.