

APUNTES QUIRÚRGICOS

POR EL DR. J. VELAZQUEZ URIARTE.

EN la imposibilidad de presentar ante esta docta corporación algo original o de gran interés científico, me veo obligado, en vista del cumplimiento reglamentario a tratar en estos apuntes quirúrgicos, algunas de las historias de enfermas cancerosas. No referiré todas las historias completas o los comentarios, de las agrupaciones que hago en el cuadro que enseguida apuntaré, por no fatigar la atención de ustedes.

Por razón de causas especiales de mi vida, he tenido que desarrollar mis trabajos quirúrgicos en diferentes Sanatorios. Así pues, en la reseña que en seguida apunto, referiré solamente, aunque de una manera breve, las operaciones practicadas en estos últimos tres meses, a contar desde el 15 de Abril de este año hasta el 15 del presente.

Operaciones practicadas en el Sanatorio particular.	Histerectomías supra-vaginales por fibromiomas uterinos	2
	laparotomías suprapúbicas	
	Celiotomías vaginales por retroversiones y anexitis adherentes	6
	Hernias inguinales	2
	Prolapso total uterino	2
Operaciones practicadas en el Ambulatório de L. F. de las Señoras de la Unión	Apendicitis	1
	Histerectomía vaginal por matriz fibromatosa	1
Hospital de Jesús.	Histerectomía por fibromioma	1
Sanatorio Varón.	Cánceres uterinos Histerectomía suprapública-Wertheim	3
	Histerectomías suprapúbicas por fibromiomas uterinos	4

Consultorio Práctico.

Apendicitis	2
Ooforectomía y laparotomía supra-púbica en 2 casos de anexitis quísticas y adherentes.....	2
Histerectomías suprapúbicas por fibromiomas.....	2
Total.....	28

De estas 28 operadas en los distintos Sanatorios antes citados murió una. Comenzaré por hacer el comentario de la paciente fallecida. Se trató de una señora de 52 años de edad, nulípara, soltera, de constitución endeble, sin antecedentes personales ni hereditarios apreciables. Esta enferma se presentó en mi consultorio quejándose de pérdidas sangrientas abundantes por la vagina a la vez que refirió haber tenido el período irregular y abundante varios años consecutivos. Nunca había dado importancia a estos síntomas porque no la hacían sufrir aparentemente, pero de dos años a la fecha su vientre comenzó a elevarse y a causarle molestias; dolor y peso en el bajo vientre. Sufrió de perturbaciones digestivas, estreñimiento tenaz, y notaba que se enflaquecía cada día más y más. La micción era frecuente y de cuando en cuando sentía pujo desconfortador y persistente.

La exploración directa nos reveló inmediatamente que se trataba de un crecido tumor situado en el bajo vientre y haciendo la palpación bimanual por el recto, se apreció el desarrollo del neoplasma uterino que simulaba un embarazo a término. El análisis de la orina dió un gramo de albúmina, cloruros poco disminuidos y el indigógeno aumentado. El análisis de la sangre, demostró que la hemoglobina había disminuído 0,50%. Los órganos, corazón y pulmones no dieron síntoma patológico apreciable.

El 17 de abril se le practicó la histerectomía total suprapúbica no teniendo que deplorar, durante los 45 minutos que duró la operación, ningún accidente. La enferma quedó bastante tranquila después de la operación, su pulso era regular, poco fuerte, latía a 82 pulsaciones por minuto, su respiración tranquila. En la noche de este primer día se le inyectó 1 cm. cúbico de Sedol para calmarla y hacerla descansar. El segundo día la temperatura fué de 37.2 pulso 84; lengua húmeda, vientre flojo, respiración tranquila. En la noche de este segundo día, se le puso 1 cm. cúbico de Sedol. El tercer día amaneció en el mismo estado que el anterior, apareciendo únicamente el vientre ligeramente meteorizado y quejándose de algunos cólicos intestinales. Se le mandó poner una enema purgante que le produjo buen efecto y se tranquilizó la enferma. El 40. y 50. día la temperatura había descendido a 36.8 y la enferma no acu-

saba síntoma alguno que revelara alguna perturbación profunda, pero el 60. día se quejó de un cólico intestinal de regular intensidad, comprobando nosotros que su pulso no había aumentado de frecuencia; su temperatura era normal y la facies no estaba descompuesta; la lengua se presentaba húmeda. Creímos prudente prescribirle un ligero purgante aceitoso, que no le dió resultado alguno. A las dos horas lo vomitó; en seguida se le prescribió un enema purgante que dió poco resultado, desde este momento el vientre comenzó a elevarse uniformemente sin observar algún movimiento peristáltico del intestino; en la noche del 60. día, comprobamos los síntomas típicos del ileo dinámico: estreñimiento, meteorismo y vómitos; en este estado y sin encontrar síntoma alguno delator de la génesis de esta triada sintomática, pensamos que se trataba del simple ileo aséptico y se trató en consecuencia prescribiéndole nuevamente un purgante y algunas inyecciones tónico cardíacas. Aconteció con el purgante lo mismo que el día anterior, no le produjo ningún efecto. El 70. día los tres síntomas antes referidos habían aumentado notablemente. El vientre se presentó en la forma de tonel y palpándolo se sentía la pared fuertemente tensa. El pulso no estaba muy alterado, era lleno y apenas tenía 88 pulsaciones por minuto, la temperatura no pasaba de 37 grados, la lengua era húmeda y solo la triada antes apuntada persistía tenazmente. A pesar de nuevos enemas purgantes que se mandaron poner esa misma mañana, la enferma no pudo arrojar ni gases ni materias fecales. Nos apresuramos a abrir el vientre por que aunque no había ningún síntoma denunciador de sepsis, creímos que se trataba del ileo paralítico aséptico por causas no claras que se escapaban a nuestra investigación en ese momento inmediato. Vanos fueron nuestros esfuerzos para asegurar el diagnóstico diferencial entre las formas del ileo paralítico aséptico y el séptico; esto no es fácil cuando la infección es leve aún a pesar de la comprobación de poca elevación térmica, de trastornos del pulso; porque no podría acoberarse nada con estos síntomas que pueden presentarse en las formas graves de ileo paralítico abacteriano. Por consiguiente apresuramos nuestra faena reoperatoria y entonces pudimos notar que el ileo fue provocado por adherencias leves que se habían formado entre dos asas del intestino acodándolas y dando origen al ileo paralítico post-operatorio con aplastamiento de éste, y, en consecuencia, provocando la oclusión intestinal. A pesar de nuestro tratamiento que dió el resultado apetecido, pues que el intestino se vació inmediatamente, la enferma falleció a las 24 horas después de ésta 2a. intervención. Posible es, que a consecuencia de una laparotomía puedan formarse adherencias entre dos asas intestinales o entre una de ellas y alguna superficie cruenta o de peritoneo despolido, en caso de tumo-

res adherentes por ejemplo, y provocadas también estas adherencias intestinales por el traumatismo o despulimiento que sufren las superficies peritoneales durante las maniobras operatorias o por las gasas secas que, cuando duran algún tiempo dentro del vientre se adhieren a las superficies serosas despulíendolas. Muchas veces esta aglutinación intestinal es destruida por el solo movimiento peristáltico del intestino, pero otras se forman adherencias tales que pueden obstruir la luz intestinal con todas sus funestas consecuencias como nos aconteció en el caso presente.

Paso a referir brevemente la operación que practiqué en cada una de las 4 cancerosas antes apuntadas, dejando para nueva oportunidad hacer el comentario de las otras enfermas, a fin de no fatigar la atención de ustedes.

La primera enferma de estas cuatro, es una señora de 63 años de edad, originaria de Zacatecas, multipara, tuvo 6 partos, felices según ella; no dió antecedentes personales ni hereditarios dignos de mencionarse. Padeció de flujo persistente algunos años consecutivos el que desapareció cuando se le retiró el período, (a los 48 años de edad). Al desaparecer la menstruación a la edad antes dicha, quedó en buen estado de salud, durante 10 años más o menos. En los últimos meses del año de 1919 llamó su atención la aparición, sin causa aparente para ella, de flujo vaginal tenaz e irritante. Esta única molestia se la hizo tratar con los medios comunes y corrientes: inyecciones vaginales, curaciones directas, etc., y como no sintiera alivio alguno sino, muy al contrario, el flujo leucorreico se transformara en un líquido espeso y sangriento, se apresuró a trasladarse a esta Capital con objeto de curarse. El dos de Mayo se presentó en mi consulta después de referirme lo antes apuntado; fué examinada encontrándole: a la palpación bimanual, el cuello uterino crecido y vegetante; estaba cubierto de salientes papilares y desmoronables que sangraban fácilmente; la matriz pequeña, en retroposición móvil; anexos pequeños, casi intocables; fondos uterinos blandos, depresibles y sin molestia alguna a la palpación. Diagnóstico: cáncer vegetante o papilar del cuello uterino. Esta enferma se operó en el Sanatorio del Dr. Varela, el día 7 de Mayo del presente año. Se le practicó la histerectomía total suprapúbica, previo raspado y termocauterización del cráter fungoso del cuello. Después se taponó la cavidad vaginal con gasa aséptica humedecida con tintura de yodo. Seguidamente se procedió a practicar la histerectomía total incindiendo el vientre en la línea media. La labor que tuvo que desarrollarse fué fácil y rápida. La extracción del útero con sus anexos, previa oclusión vaginal por medio de las pinzas en T de Wertheim fué tarea sencilla, de tal suerte que se terminó la operación sin ningún accidente. La enferma salió del Sanatorio 13

días después de haber sido operada sin haber sufrido contratiempo alguno.

La segunda enferma es una señora de 53 años de edad, originaria del Estado de Jalisco, múltipara, de constitución fuerte y robusta, de alta talla. En cuanto antecedentes personales no refirió más que haber padecido alguna fiebre que no pudo caracterizar. Antecedentes hereditarios, nulos. Esta enferma se presentó al consultorio el día 15 de Junio quejándose de grandes pérdidas de sangre por la vagina. Refirió haber padecido en años anteriores de flujo leucorréico persistente y este flujo, en varios años nunca desapareció, no obstante el tratamiento que se le impusiera, este sufrió transformaciones distintas hasta llegar a ser sangriento y por último hemorrágico. Además, desde 4 a 6 meses antes notó ligeros dolores en el bajo vientre y en la región lumbar.

La exploración nos dio a conocer el padecimiento canceroso del cuello uterino en su forma ulcerosa terebrante. El útero era grande, duro, en rotroversión adherente e inmóvil; fondos vaginales empastados y poco depresibles, anoxos dolorosos y grandes. El examen del cuello uterino por el espejo nos dio a la vista una amplia ulceración profunda que había destruido el labio posterior; a la vez se sentía una zona dura en el espesor del cuello denotando la infiltración profunda de los tejidos circunvecinos; además, el parénquima cervical era fácilmente desmoronable.

El diagnóstico del cáncer cervical en su forma ulcerosa estaba claro, y, no obstante que, para decidir el tratamiento quirúrgico, teníamos en el caso presente todos los síntomas de la extensión maligna del padecimiento hacia los tejidos profundos, y, aunque teóricamente se ha establecido operar exclusivamente aquellos casos en los cuales el padecimiento esté también limitado a los tejidos que puedan admitir su completa extirpación, decidimos la intervención operatoria, porque el estado general de la enferma era bastante bueno; el análisis de la orina no nos acusó dato alguno desfavorable y el de la sangre dio 0.65% de hemoglobina.

Ahora bien, prácticamente se puede asegurar que son operables aquellos casos en los que se tengan probabilidades de éxito operatorio o lo que es lo mismo: son operables las enfermas cancerosas que razonablemente estén en condiciones de resistir la operación amplia, indispensable de practicar, en lugar de imponer tratamientos simplemente paliativos. Es de pensar que en cada caso particular habrá de resolverse el problema de la extensión para colegir, por decir así el tercer período de esta maligna afección: pero el asunto, por importante que sea, es de solución difícil y por consiguiente en el mayor número de casos es aproximativo. Así pues, en el caso presente decidimos la operación, a pesar de la ex-

tensión del mal, haciendo la laparoptomía media, previa la termocauterización del cuello ulcerado. Al abrir el vientre y hacer la exploración del útero y anexos nos encontramos con un caso de cáncer avanzado y extendido. No obstante esto, nos propusimos practicar, no una simple histerectomía, sino desarrollar la labor quirúrgica lo más amplia posible, extirpando los tejidos del parametrio, tanto al rededor del uréter como los que rodean los vasos hipogástricos con los ganglios que se presentaran. Colocadas las valvas media y laterales y cuidados los intestinos por compresas asépticas, aseguramos el fondo uterino con una pinza forceps especial que no hiere los tejidos, y estirada que fué hacia arriba y adelante para despejar los anexos que estaban grandes y adherentes, ligamos fácilmente el ligamento infundíbulo-pélvico y el redondo de los dos lados; hecho esto, abrimos la región ureteral derecha mediante una incisión hecha al peritoneo ligamentario hacia atrás y, abierto el campo regional por medio de las pinzas de Kocher que pinchaban los bordes peritoneales ligamentarios, tuvimos a la vista la región ureteral, haciendo desde luego la incisión transversal del peritoneo vesico-utérico y despegamos la vejiga del córvix, hasta donde fué posible, notando en esta faena la amplia infiltración de tejido celular intra-ligamentaria y la amplia extensión del padecimiento. Ligamos la uterina derecha fuera del uréter después de haberle identificado, practicando la pequeña maniobra siguiente: visto el uréter en su porción pélvica, se desliza el dedo índice derecho de atrás hacia delante sobre el mismo uréter hasta tropezar con la uterina en su cruzamiento con aquel; entonces se introduce poco a poco el dedo, cara palmar arriba, entre el uréter que queda abajo y la uterina arriba, formando así un pequeño túnel que fácilmente se traspasa del lado vesical, para hacer sencilla la maniobra de la aguja con su catgut, fuera del uréter, sin temor de herir éste, y hacer la sutura seguramente. No quisiera llamar la atención de la Academia sobre este modo de proceder o de practicar la ligadura de la uterina en lo casos de cáncer: fué descrito detalladamente por mí en un trabajo que presenté a ésta H. Academia sobre anatomía de la pelvis con aplicaciones quirúrgicas, que me sirvió, en aquel entonces, para aspirar al sillón Académico en la sección correspondiente. Este trabajo a que me refiero fué escrito el año de 1905 y no mereció, por cierto, el honor de ser publicado. Si hago hincapié en este insignificante detalle es por que algunos autores extranjeros modernos lo describen como procedimiento seguro y eficaz para lograr la sutura de esta arteria, al menos en los casos difíciles.

Bien, una vez ligada la uterina derecha, libramos el uréter del mismo lado enucleando tres grandes ganglios en este lado y dos del lado izquierdo. En seguida, libramos el córvix posteriormente incin-

diendo primero el peritoneo posterior transversalmente, después despegamos y separamos el cérvix y vagina del recto, haciéndose de este modo muy aparentes los ligamentos utero-sacros que fueron ligados y divididos. Ahora bién, en este tiempo de la operación, después de haber disecado y removido el tejido enfermo del parametrio, nos quedaba el cérvix canceroso con los tejidos enfermos pendiente de la pelvis por la vagina y parametrio; aparentándose claramente los vasos y ureter del lado izquierdo; entonces fué fácil en este tiempo ligar la uterina en su origen, después de haber disecado los tejidos del parametrio del lado izquierdo. En esta faena se rompieron pequeños vasos venosos que fueron ligados en masa por ser difícil de otro modo. El tiempo último, el mas peligroso, por que se trata de extraer la matriz herméticamente cerrada para evitar cualquier escurrimiento séptico en la cavidad peritoneal, nos fué difícil pues al hacer la prensión de la vagina con las pinzas especiales de Wertheim no pudimos verificarlo típicamente por haberse desprendido la matriz del cérvix al estirarla; y al haber hecho la palpación de ésta, entre el pulgar y el índice izquierdos. Tan pronto como se pudo, cubrimos la región con gasas y seguimos la operación, disecando los tejidos infiltrados que quedaron pendientes en la vagina, hasta encontrar tejidos sanos. Terminada la histerectomía en esta forma, suturamos en medio el corte vaginal dejando canalizado por la vagina con gasa yodoformada, previa peritonización cuidadosa de la pequeña pelvis, separando así la gran cavidad del vientre de la zona pelviana inferior.

Esta enferma tuvo un síntoma grave post-operatorio que nos preocupó durante más de 72 horas; el pulso se hizo frecuente, a tal grado que simulaba el incontable pulso del colapso. En efecto, el cuadro sindrómico era la expresión de la debilidad circulatoria aguda, por la frecuencia del pulso (180 por minuto) y temperatura de 36.8 a las ocho horas de haber sido operada la enferma. Este estado anormal en la frecuencia del pulso duró 72 horas siendo después parcialmente irregular, alorídmico y en vista de ello, la enferma, que estaba en la posición de Fowler, fué colocada en el decúbito dorsal. No obstante esta precaución, el pulso conservó la anormalidad descrita sin presentar la enferma otro síntoma grave; el estado general era bueno, la respiración tranquila, lengua húmeda, vientre flojo é indoloro, sin meteorismo; la temperatura se conservaba en 37 y $37 \frac{1}{2}$ que fué la mas alta que acusó. El cuadro apuntado nos dió la idea de tratarse de la forma taquicárdica nerviosa o de la denominada taquicardia paroxística, tal vez debida a una acción refleja sobre los nervios cardiacos, dada la excitación que produjera, la gasa yodoformada que se colocó en la región subperitoneal saliendo por la vagina. Esto, lo hubimos de creer así, porque

el cuarto día que se cambió la gasa yodoformada por gasa aséptica, el cuadro cambió notablemente, mejorando el pulso y entrando la enferma en plena convalecencia. A los 9 días de operada, la enferma dejó el lecho y a los 14 salía del sanatorio bastante bien restablecida.

Las otras dos enfermas cancerosas se operaron en la misma forma que las anteriormente descritas, haciendo notar únicamente, que, la histerectomía abdominal amplia, fué practicada con todos sus detalles técnicos, fácilmente. Debo indicar, que, el mayor número de las 28 operadas que aparecen en el cuadro antes apuntado, fueron anestesiadas con éter. Especialmente las pacientes tratadas en el Sanatorio del Dr. E. Varela fueron anestesiadas por medio del inhalador Bennet, aparato que yo mismo traje de New York. Este sencillo aparato sirvió en varias operaciones de vientre y recuerdo el caso de la operación referida antes que duró no menos de hora y media, habiendo consumido 50 grms. de éter. Por consiguiente, es de recomendar la anestesia por el éter con el inhalador de Bennet, por ser más segura la anestesia, que con el clorofórm, siempre que no haya contraindicación alguna. En el Sanatorio del Dr. Varela me ayudaron el Sr Dr. A. Vázquez y el mismo Dr. Varela y en las otras operaciones el Dr. A. Vázquez y el Dr. G. Salas.

Al decidirme a tratar quirúrgicamente, en estos tiempos de modernismo terapéutico, el cáncer uterino, he tenido en consideración los estudios del profesor Kelly, y los de Kurtis F. Burman, en lo que se refiere a la aplicación de los rayos X y el radio. En cuanto al primero, es decir, a la aplicación de los rayos X, no han aparecido aún las estadísticas bien estudiadas que prueben la mayor supervivencia por este proceder que por el tratamiento quirúrgico, sin desconocer que la aplicación de los rayos X, alivian efectivamente el dolor y calman las hemorragias en muchos casos, paliando así benéficamente el mal,

En cuanto al radio, está todavía en su periodo de experimentación, y, según las frases del mismo Prof. Kelly, los conocimientos que se tienen a propósito de la acción curativa del radio en los cánceres del cérvix uterino y vagina están aún en la infancia. No obstante esto, Flatau está enteramente inclinado al movimiento marcadísimo que ha verificado, en Alemania principalmente, el cambio terapéutico por el radio, asegurando este autor, que en las principales clínicas alemanas, abogan más por la radioterapia en la carcinosis uterina, sea esta enfermedad temprana o tardía en su aparición. En algunas de las citadas clínicas practican raras veces la operación radical quirúrgica.

A pesar de ésto, no podríamos, al menos en nuestro País, donde todo es incompleto, emprender el estudio metódico y científico

de la radioterapia con la amplitud y severidad que esto requiere. Habrá que esperar un futuro próximo o lejano, para qué, quizás, nuevas actividades puedan orientarse con más seguridad en este interesante asunto.

En fin, por redundante que parezca, no será ocioso repetir lo que tantas veces se ha dicho, y es, que se procure hacer el diagnóstico precoz de esa mortífera enfermedad, teniendo en consideración que el cáncer es padecimiento local en su comienzo y, por ende, mientras más temprano sea tratado radicalmente, mejor será el resultado obtenido.

México, 28 de junio de 1921.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Dr. Rafael Ángel", with a horizontal line drawn underneath it.