

COMUNICACIONES DEL DOCTOR JULIAN VILLARREAL

I

INCONVENIENTES DE LA APLICACION DE LOS RAYOS X
SOBRE LOS QUISTES DEL OVARIO

Dr. Julián Villarreal.—En otra ocasión me he ocupado ante esta Academia de los trastornos que trae en la cavidad peritoneal la aplicación intempestiva de Rayos X penetrantes, por quistes del ovario. Hace 5 años presenté el caso de una señora francesa que con un quiste del ovario bastante grande llevaba también un fibromioma uterino que fué objeto de tratamiento prolongado con Rayos X, tanto en París como aquí mismo en México y las dificultades que encontré al hacer el tratamiento quirúrgico por las adherencias múltiples y resistentes entre los tumores, las vísceras pélvicas, epiplón e intestinos. Los quistes del ovario son completamente refractarios a los Rayos X; ahora voy a referir el caso de una señora de 35 años, madre de 3 criaturas, operada en una de las capitales de provincia de nuestra República por un joven compañero experto, extirpándosele un quiste del ovario del lado derecho; después de la operación se sintió bien; poco después resultó embarazada y tuvo un niño a término, apreciándose más tarde la formación de un tumor, consultó al mismo cirujano que antes la había atendido, este Sr. le dijo que tenía otro quiste del lado opuesto, y propuso otra operación que ella no aceptó, habiéndose venido a México se le hizo un tratamiento de Rayos X con sesiones, cortas y diarias al principio, sufriendo en estas condiciones, dos meses de radioterapia; posteriormente, las radiaciones fueron cada tres días durante un año, tomando estas aplicaciones presentó una radiodermatitis que tardó dos meses en curar, pero que no tuvo consecuencias. Me consultó cuando ya estaba muy anémica, tenía fuertes dolores en el vientre y se le había suspendido la menstruación completamente, estando en un estado de agitación extraordinaria, al explo-

rarla se encontró un tumor medio, simétrico, que pasaba cuatro dedos del ombligo y que se sentía muy cerca de la piel; había una cicatriz ancha que iba desde el estómago hasta el púbis, haciendo la palpación bi-manual confirmé que era un quiste del ovario, pero sumamente repleto y muy tenso, como un fibromioma reblandecido. En las condiciones en que se hallaba la enferma, la intervención resultaba seria, porque eran de suponerse las grandes adherencias que había entre el tumor y el epiplón, la pared abdominal y las vísceras mayores; cuando había una contracción los músculos rectos del abdomen se veían muy separados. Practiqué esta intervención con anestesia general, con cloroforno, hice una incisión sub-ombilical y ví inmediatamente, que no separaba de la pared del tumor nada más que la piel y que el epiplón estaba adherido con el tumor. Como dije antes, la eventración era considerable; las adherencias eran sumamente fuertes, hice la punción del tumor con un trocar grueso y el líquido no salió; quité el tubo de hule que estaba adaptado al trocar para llevar el líquido sobre el frasco y apenas salieron pequeños fragmentos de gelatina muy densa; tuve pues que abrir el tumor completamente encontrándole un contenido gelatinoso sin nada de líquido, luego que salió más de un litro de aquella substancia, logré, ampliando la incisión, penetrar a la cavidad abdominal; hice la resección del epiplón pegado siempre al tumor y encontré algunas asas intestinales adheridas; con el escapelo hice la separación correspondiente; puse a la enferma en postura de Trayer para que el escurrimiento de la substancia siguiera haciéndose hacia el exterior, sobre el pubis y estuve oprimiendo el tumor para vaciarlo, habiendo podido ver que el tumor estaba colocado encima de la matriz; la matriz aparecía pequeña, el tumor era del lado izquierdo, sin embargo las adherencias se extendían al ciego y al apéndice, eran muy fuertes y tuve que hacer la resección y extirpación del apéndice, continué paso a paso haciendo el desprendimiento y ligando los vasos conforme avanzaba la operación; al hacer la sección de la matriz al nivel del istmo del cuello pude estirpar la bolsa quística; pero fué muy difícil separarla de los ligamentos anchos y de la vejiga misma; después de una labor muy grande pude conseguir hacer la extirpación del tumor, quedando la vejiga y la mayor parte de la pélvis descubierta de peritoneo. Se me ocurrió entonces fijar el cuello uterino con el peritoneo del fondo de Douglas sobre la sínfisis púbica y con el peritoneo parietal de esta

región haciendo una sutura con hilo temporalmente perdido; sacando los cabos de uno y otro lado del hilo por el orificio inguinal. Como las maniobras habían sido muy prolongadas y pudo haberse ensuciado el peritoneo, puse un tubo, pero antes hice la reparación de la gran eventración, haciendo la resección del tejido fibroso que cubría los músculos rectos anteriores y practicando la sutura por planos: primero el peritoneal, después el muscular y luego el aponeurótico y por último el tejido celular y piel. La operación fué larga pero se soportó bien y he tenido empeño en referirla para que puedan apreciarse los inconvenientes de la aplicación de los Rayos X sobre los quistes del ovario, que sólo sirven para comprometer la salud de los enfermos, sin reportarles ninguna utilidad.

II

RESECCION DE LA ARTERIA AXILAR,—ANESTESIA POR INFILTRACION

Doctor Julián Villarral.—En una de las sesiones anteriores nos ocupamos de las anestias que cada uno prefiere y hablaba yo entonces del alcance que se ha ido dando por varios médicos, **yo en particular**, a la anestesia por infiltración de novocaina en soluciones al 1%; ahora referiré el caso de un individuo que tuvo una embolia en la **humeral derecha** que le produjo un dolor intenso, impotencia del miembro superior e inminencia de gangrena sobre todo desde el codo hasta la extremidad de los dedos y a quien le hice la resección de la **arteria enferma** en toda su extensión, del borde inferior del gran pectoral hasta la bifurcación de la arteria en el pliegue del codo, practicando la intervención con anestesia local en virtud de que este individuo estaba en muy malas condiciones por los grandes sufrimientos que había tenido, pudiendo hacer la intervención con menos de 20 centigramos de solución. (Muestra la arteria extirpada y sigue diciendo) procuré llevar con la arteria el tejido celular que la rodeaba a fin de hacer al mismo tiempo la simpatectomía para detener el progreso de la gangrena y ver si era posible salvar el brazo y aun la mano. Después de la intervención se aplacaron los dolores y el brazo y la mano que estaban enjutos, casi momificados, sufrieron un estado edematoso considerable y se fué viendo que en el

antebrazo, la piel volvía a recobrar la coloración normal; desapareció el estado de lividez y de gangrena, el dedo medio también recuperó algo su coloración, pero no así el pulgar y los otros dedos; las perturbaciones dolorosas continuaban, el individuo estaba bajo la influencia del sedol y su temperatura era de 37°5 a 38°, su estado psíquico no permitía se le dejara solo y fué preciso una vigilancia muy grande durante tres o cuatro semanas.

Tuve la mala suerte de caer enfermo y la familia estuvo urgiendome para que se hiciera algo al paciente, induciendome a que suplicara a un discipulo y amigo muy estimado, el Dr. Diaz Inzante, que hiciera la amputación de la mano, habiendome advertido que la hiciera lo mas bajo posible aunque hubiera el peligro de hacer una reamputacion; la hizo este señor en guillotina un poco mas abajo del puño y casi no nubo sangre habiendome tenudo que sacar coaguios que oobstruian las arterias, tanto la radial como la cubital y uejo el muñon completamente abierto. En cuanto se hizo la amputacion, el individuo entró en un período de tranquilidad, descendió la temperatura, vino la cicatrización y dos semanas después, como la amputación habia sido en guillotina se le hizo una sección más alta de los huesos y pude ver que no obstante que se hizo la amputación que se llama en manga, hubo bastante sangre y se veían con mucha vitalidad los tendones. Esta historia me parece muy particular y pido se examine el enfermo, desde luego, para que pueda retirarse. Puede verse la herida de la operación que se hizo con anestesia local que sirvió para la extirpación de la arteria, puede apreciarse también el aspecto de la piel del muñón y advierto que este señor conserva sus movimientos y está en condiciones de dedicarse a su trabajo.

(El Presidente comisiona a los Doctores Soberón y Gama para que examinen al enfermo).

El Doctor Julián Villarreal.—Continúa hablando y dice: Este enfermo estaba empleado en una escuela granja y tenía a su cuidado un gran toro semental, un toro muy apreciado y muy manso que pesaba una tonelada; un día el animal retozando seguramente, se le echó encima y le dió una terrible cornada en el vientre, levantándolo,

pasando, primeramente, el cuerno entre la piel y la aponeurosis, reventando la piel, levantándola como un delantal para arriba y rosando de tal manera la aponeurosis, que sufrió, días después, una necrosis completa; recibió, además, otra cornada al nivel de la parte externa del músculo recto anterior izquierdo, debajo del ombligo, que ensartó el plano muscular aponeurótico, saliendo la punta del cuerno cerca de la fosa iliaca. Ví a este individuo 7 horas después del suceso, estaba todo sucio, lleno de estiércol; cuando hice el aseo temía que las asas intestinales estuvieran perforadas, pero como el peritoneo estaba intacto, hice la canalización correspondiente con tubos gruesos de hule y gaza yodoformada y todo quedó limpiado y tocado con tintura de yodo y alcohol y el apósito fue de gaza yodoformada y algodón estéril. Se hizo la inyección correspondiente de suero antitetánico durante tres días consecutivos y después de varios perances, la aponeurosis anterior del vientre se necrosó y se fué eliminando, siendo reemplazada por yemas carnosas y empezó el tejido francamente cicatricial. Se abatió la piel del vientre que se había retraído y se hizo una autoplastia y como se podrá ver, sus heridas son poco deformes y él salvó. Hace tres meses tuvo una gripa muy fuerte, su temperatura no fué mayor de 38°5 y un día al levantarse, tuvo un dolor en el pie izquierdo, un dolor tan intenso que le hizo llorar, no obstante ser un hombre fuerte; pero con algún ejercicio se lo quitó, anduvo ocho kilómetros a pié, pero le quedaron un poco hinchados el pie y la pierna izquierdos. Dos días después, al levantarse, perdió el conocimiento, sus familiares creyeron que se moría, pero volvió de aquel ataque con un dolor terrible en la mano del lado derecho, continuó con aquel dolor y creyó que se le pasaría como el de la pierna, pero pasaron hasta tres días y cuando ví al enfermo ya tenía amenazas de gangrena en los dedos y en el antebrazo, el pulso de la arteria humeral se sentía a la mitad de la región interna del brazo, le apliqué la arterocolina a ver si se disipaba la amenaza de gangrena, pero fué inútil y en 36 horas ya no se sentía el pulso, sino cerca del límite inferior del tendón del gran pectoral; entonces me resolví a hacer la arteriectomía, quitar el embolio habría sido fácil pero ya con los días transcurridos, la íntima de la arteria estaba enferma y podrían venir fenómenos de trombosis ya que no de embolio, supuesto que no obstante haber sentido 36 horas antes los latidos de la arteria después ya no se sentían, sino casi cerca de la inserción del pectoral,

entonces se hizo la operación con anestesia local y se obtuvo el resultado que acabo de mostrar. Estamos lejos de aquellos días en que se creía que la ligadura de la arteria axilar traía la gangrena del miembro, hoy vemos que no sólo se puede ligar, sino hasta quitarla y se evita la gangrena.

III

ANESTESIA POR INFILTRACION PARA EXTIRPAR UN GRAN TUMOR DE LA REGION GLUTEA

Dr. Julián Villarreal.—Refiriéndome a otro caso, la pieza que he traído y presento a la Academia es para demostrar una operación de un tumor que estaba debajo del gran glúteo del lado izquierdo; también se hizo con anestesia local por infiltración al 1% y no se emplearon arriba de 35 centímetros cúbicos.

(El Presidente pide al Dr. Rivero y Borell, que estudie la pieza juntamente con la enferma que también está presente).

Dr. Gama.—Una vez verificado el exámen respectivo me permito informar que la mujer operada presenta un caso muy notable, es un tumor perfectamente extirpado, hecho con anestesia local por infiltración y perfectamente suturado; la mujer está perfectamente bien y no tiene dolor de ninguna especie, la operación estuvo bien indicada y muy bien hecha.

Dr. Miguel R. Soberón.—Voy a referirme a la lesión en las paredes del vientre y que fué de mucha importancia, la cicatriz se parece a las que deja regularmente, la incisión transversa en las laparatomías, naturalmente que ésta es mucho más extensa, pero fué de tal naturaleza que llegó a gangrenarse la aponeurosis y sin embargo conserva la vitalidad de la piel y tiene la sensibilidad completa en la parte anterior.

Dr. Luis Rivero y Borell.—Aunque el Dr. Gama ya hizo referencia al caso que observé, sin embargo diré la impresión que me causó el examen de esta enferma: la extirpación del tumor no tiene más de particular que ser muy grande y haberse hecho con verdadera pericia al respetar el nervio ciático; la enferma todavía se queja de dolores atribuibles a este nervio por la manera como está distribuido;

lo importante es haber podido extirpar un tumor tan grande con anestesia local, pero lo que más me impresionó y me llamó la atención fué que se usaron 35 centímetros de solución y la incisión tenía 25 centímetros, y aun suponiendo que fuera uno inyectando nada más en el trayecto de la piel, solamente para la incisión se necesitarían unos 20 centímetros cúbicos y quedarían como unos 15 para todo lo demás y no puedo comprender cómo se logró con tan poca solución.

Dr. Julián Villarreal.—Tengo la costumbre de hacer la solución al 1% e inyectar muy pequeña cantidad, la principal en la piel, término medio 4 o 5 cms. de piel por centígrado de solución, de manera que para la piel se usaron 16 a 18 cms. y lo demás, a paso y a medida que se iba haciendo la disección se iba poniendo la menor cantidad posible; la cuestión de la cantidad de todas maneras indica que no hay la menor perturbación, haciendo la inyección de esta manera, es como si se inyectara suero, no tiene ninguna perturbación ni en el pulso ni en la fisionomía. Ordinariamente uso frascos de los cuales el que más tiene llega a 50 cms. y queda algo de solución, aunque naturalmente no se fija uno con exactitud en la cantidad, pero de todos modos, los americanos usan hasta 150 cms., pero usando jeringas pequeñas, a ir inyectando siempre se tiene noción de la cantidad que inyecta, no desperdiciándola porque si se tira algo y se sale la jeringa no se sabe ya la cantidad que se desperdició.

Dr. Tomás G. Perrin.—Aparte de las características clínicas importantes del caso, me parece notable la característica histopatológica de que era un lipo-pabolomioma, pues así como los leiomiomas son frecuentes, los neoplasmas constituídos por tejido muscular de fibra estriada son raros y ésto da una importancia muy grande. Juzgo que sería de gran interés la presentación de las preparaciones.

Dr. Julián Villarreal.—Ofrezco mandar un fragmento de tumor al Dr. Perrin, pues el diagnóstico es clínico, los haces del gran gluteo estaban mezclados con lóbulos del tumor y tenían un aspecto rojizo que no es ordinariamente el de los lipomas.

Dr. Miguel R. Soberón.—He visto usar, bien usada la cocaína cuando en 24 fuí a la clínica de Pauchet y bajo la dirección de Becard ví hacer las inyecciones con la novocaína en diferentes casos, por ejemplo para extraer todos los dientes y muelas del maxilar inferior usándose solo 2 cms. se sacaron todos los dientes sin el más mínimo

dolor; pero en las hernias gigantes, por ejemplo inguinales, los autores recomiendan esta cifra al $\frac{1}{2}\%$, cuya toxicidad es mínima; nunca he visto ningún trastorno en los enfermos, no obstante inyectarles hasta un gramo de novocaína.

Dr. Julián Villarreal.—Me he referido a las inyecciones intersticiales porque es una costumbre que he introducido en mi servicio, para hernias he operado con 6 cms. cúbicos y los médicos jóvenes, mis alumnos, lo hacen de la misma manera. Referí ya la extirpación del maxilar izquierdo por un epiteloma ya operado y reproducido, haciéndola con anestesia por infiltración, lo mismo que he extirpado tumores del cuello con esta anestesia, pero, agregaré, que los que practican la cirugía, al mismo tiempo que obtienen tal o cual resultado, están obligados a enseñar procedimientos menos peligrosos. Las inyecciones tronculares con una buena técnica aséptica resultan inocentes; si la solución no es estéril y se hace una inyección en el nervio pueden quedar perturbaciones que son un grave mal para el enfermo y para el cirujano que hace la intervención; reconozco que la ciencia va adelantando, pero a la vez juzgo que es necesario emplear procedimientos que tengan menos peligros en su uso y es la enseñanza que debe darse a los jóvenes que se dedican al noble arte de la medicina.
