

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL

TESIS

PRESENTADA Y SOSTENIDA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA

POR

RODOLFO LEIVA

Ex-Interno del Hospital General en los Servicios Primero de Cirugía (1900), Sala de Maternidad
y Segundo Servicio de Cirugía anexo (1901).

(Con 6 fotograbados tomados del natural en la Clínica de los Doctores Ortega por el autor.)

NOVIEMBRE DE 1902

GUATEMALA

AMERICA CENTRAL

Tipografía Sánchez & de Guise.

Octava Avenida Sur, número 24.— Casa establecida el año 1893.

Teléfono 359.

Histerectomía abdominal total.

Definición é historia.

La histerectomía abdominal total es una operación que tiene por objeto la ablación del útero en totalidad por la cavidad abdominal. También recibe los nombres de *castración abdominal total* ó *operación de Freund*, por haber sido este cirujano quien por primera vez sometió el manual operatorio á reglas precisas en 1878, extrayendo por la cavidad abdominal un útero canceroso. Los resultados que obtenían, tanto él como los partidarios de su operación, fueron malos; pues la laparo-histerectomía daba una mortalidad de 72%, debida, no al manual operatorio preconizado por Freund, sino que por ese tiempo sólo se aplicaba su método á los casos de cáncer del útero, operando muchas veces á mujeres que ya habían llegado al período caquético. Por esto el método de Freund cae en el más profundo descrédito y su operación fué abandonada hasta los trabajos de Bardenheuer en 1881. Este cirujano demuestra los inconvenientes de los métodos llamados intra y extra peritoneales del pedículo y preconiza la ablación total del útero. Apoya su juicio sobre siete observaciones que le dieron seis éxitos y para los cuales había practicado la operación en dos tiempos: un tiempo vaginal y un tiempo abdominal. Péan le sigue y publica algunas observaciones aisladas de ablaciones totales del útero hechas también en dos tiempos, comprendiendo el primero la amputación supracervical del útero y el segundo la extirpación por la vagina del muñón cervical. De esta manera es creada la histerectomía abdómino-vaginal, que muy pronto cayó también en descrédito.

Es necesario llegar al año de 1890, para ver surgir con Martin el método de histerectomía abdominal total propiamente dicho. Este ginecólogo lo estudia en todos sus detalles y lo aplica en los casos de fibro-miomas uterinos, siguiendo el procedimiento de Freund, con vaciamiento conoide del cuello. Los ligamentos anchos eran ligados por trechos para seccionarlos al ras del útero, separando este último de la vagina, después de poner una serie de ligaduras con catgut, destinadas á la vez á hacer la hemostasia y á estrechar el corte cruento peritoneo vaginal.

Doyen (de Reims) publica su primer procedimiento operatorio en 1893, que ya había imaginado el 21 de septiem-

bre de 1891. He aquí á grandes rasgos en qué consistía su primer procedimiento.

Hacia la decorticación sub-serosa del segmento inferior del útero, circunscribiéndolo por una incisión peritoneal en raqueta y desprendiéndolo de arriba á abajo de sus conexiones pélvicas; abría el fondo de saco vaginal posterior sobre una pinza larga y curva introducida en la vagina. Esta abertura del fondo de saco de Douglas se procuraba practicarla, en lo posible, desde el principio de la operación. Un ayudante tomaba el ligamento ancho izquierdo entre sus dedos; en seguida se desprendían del útero de arriba á abajo, con tijeras ó con el bisturí, ligándolo inmediatamente después. A continuación de esta maniobra, se tomaba el cuello uterino con pinzas y se sacaba á través del ojal vaginal, hecho previamente. En seguida el ligamento ancho derecho era seccionado y desprendido del útero, de la misma manera que el izquierdo. La enferma se operaba en el decúbito dorsal, como para la ovariectomía.

La originalidad de este método consistía, 1º: en conservar al rededor del orificio de la vagina la suficiente cantidad de peritoneo para cerrar el vientre; 2º: en desprender los ligamentos anchos sin hemostasia preventiva y tomar los vasos con pinzas hemostáticas, después de seccionados; 3º: en su aplicación metódica, no solamente á las formas más variadas de fibromas uterinos ó ligamentosos, sí que también á la castración abdominal total, en casos particularmente graves de supuración uterina y peri-uterina.

En abril de 1894 hace Doyen la modificación de su primer procedimiento, practicando la decorticación sub-serosa del segmento inferior del útero, ya no en la posición horizontal y de arriba á abajo, sino de abajo á arriba, en la posición de *Trendelenbourg*. Este procedimiento lo describiremos con todos sus detalles al tratar más adelante de los métodos más empleados para la histerectomía abdominal total.

Enrique Delagénière practica en Francia, por primera vez, la castración abdominal total por supuración de los anexos, el 20 de enero de 1894.

En México, el primer caso de histerectomía abdominal total, se debe al Doctor Rafael Lavista, cuya narración, hecha por su autor, se encuentra en las Monografías de Clínica quirúrgica del Doctor Ricardo Suárez Gamboa.

En la historia guatemalteca de la histerectomía abdominal total, como en la historia de todo lo que implique un adelanto en la ciencia quirúrgica, descuellan en primer lugar los Doctores don Juan J. Ortega, don Salvador Ortega y don Juan Ignacio Toledo.

Los Doctores don Juan J. y don Salvador Ortega, practican por primera vez en la Casa de Salud del Hospital General de Guatemala, la oóforo-metro-salpinguectomía abdominal total por oóforo-metro-salpingitis purulenta, el día 6 de julio del presente año.

Indicaciones de la histerectomía abdominal total.

Esta operación se practica generalmente por *tumores fibrosos* del útero, por *tumores malignos* y en los casos de *supuraciones pelvianas*.

1º *Tumores fibrosos*.—La histerectomía abdominal total constituye la operación de elección, siempre que el desarrollo del tumor dificulte su extracción por la vía vaginal. Para esto el cirujano debe tener presente el aforismo: «Por debajo del ombligo, histerectomía vaginal; por encima, histerectomía abdominal.»

2º *Tumores malignos*.—Aunque la histerectomía, en los casos de *malignomas* del útero, no produzca una curación radical, no debe negárseles el derecho de ser operados, siempre que la enferma no haya llegado al período caquético. Suárez Gamboa y Delagénière opinan que la histerectomía abdominal total, es la que debe adoptarse de preferencia en estos casos, por ser la única que permite la ablación metódica de los ganglios pélvicos y del tejido celular peri-uterino é intra-ligamentoso.

3º *Afecciones sépticas del útero y de los anexos*.—En los casos de oóforo-metro-salpingitis, está indicada la oóforo-metro-salpinguectomía. En el Hospital General se han practicado últimamente con muy buen éxito, dos oóforo-metro-salpinguectomías.

Método de histerectomía abdominal total.

Los ginecólogos, lo mismo que los operadores de la cavidad abdominal, están de acuerdo absolutamente en uniformar, siguiendo un conjunto de reglas fijas, los primeros y los últimos tiempos de una histerectomía abdominal. Ya se trate de un fibro-mioma, de un cáncer de la matriz ó de una oóforo-metro-salpingitis, hay que comenzar siempre por abrir la cavidad abdominal, es decir, hay que hacer la *laparotomía*.

Una vez practicada la incisión inicial de la pared y la abertura del vientre, todas las láparo-histerectomías requieren la investigación de las complicaciones peritoneales más comunes y la exploración detenida, juiciosa y escrupulosa de toda la

cavidad pélvica y de todos los órganos contenidos en ella. Todos, también, reclaman el aseo pos-operatorio del peritoneo y la realización de todas las circunstancias que favorezcan la vitalidad anatómica de los órganos irritados ó lesionados y, por último, todas estas láparo-histerectomías, están sometidas á un grupo de preceptos que constituyen una garantía para que al cerrar la cavidad abdominal, la pared del vientre quede tan útil, tan vigorosa y tan resistente, como se encontraba antes de la operación.

Expondremos, pues, este conjunto de reglas comunes á todas las histerectomías abdominales, evitándonos así repeticiones constantes y facilitando el estudio de estas maniobras, que caracterizan el procedimiento en lo general, para analizar después los diversos manuales de técnica aconsejados por los ginecólogos más conocidos.

Dividiremos la laparotomía, para la facilidad de nuestra descripción, en cinco tiempos.

1^{er} TIEMPO. *Incisión abdominal.*—La enferma debe colocarse en la *posición de Trendelenbourg*, forzando un poco esta posición, si el caso así lo requiere, para despejar totalmente la pelvis de las asas intestinales.

Doyen, Delagénière, Fargas y otros ginecólogos, colocan desde luego á su enferma en la posición declive. Otros, y Suárez Gamboa entre éstos, comienzan la incisión de la pared en el plano horizontal, abren la cavidad, reconocen el estado del útero y levantan luego, si es necesario, el plano de la mesa, hasta donde lo exijan las circunstancias del caso.

Las dimensiones de la incisión abdominal varían según los casos. Un fibro-mioma, una oóforo-metro-salpingitis muy adherente, necesitan una abertura mucho mayor que una retro-versión, una metritis gigante, una oóforo-metro-salpingitis sin adherencia ó un fibro-mioma pequeño. Por regla general, deben limitarse las incisiones abdominales á la extensión estrictamente indispensable para las circunstancias presentes: por lo común es suficiente una incisión de 8 á 10 centímetros.

Algunos cirujanos opinan que debe comenzarse la operación con incisiones pequeñas: si con ellas se experimentan algunas dificultades, nada es más fácil que prolongar la abertura del vientre.

He tenido ocasión de observar casos en los cuales el desarrollo enorme del tumor ha puesto al cirujano en la necesidad de llevar su incisión desde el pubis hasta cerca del apéndice xifoides. En estos casos se procura que la incisión rodee el ombligo por la izquierda, á fin de evitar que se halle bajo el bisturí el ligamento redondo del hígado. Hay cirujanos que aconsejan practicar pequeñas incisiones transversales

sobre las inserciones inferiores de los músculos rectos cuando no basta la incisión longitudinal, lo que es muy raro.

Las grandes incisiones tienen el inconveniente de exponer las vísceras abdominales á toda la serie de traumatismos y accidentes operatorios y la masa intestinal á una evisceración violenta.

Cuando las incisiones largas no pueden evitarse y para suprimir sus inconvenientes, Suárez Gamboa disminuye la herida abdominal, desde el momento en que el tumor puede ser extraído del vientre; para esto coloca en el ángulo superior de la herida algunos puntos de sutura en masa, con el cuidado de dejar al vientre la amplitud necesaria para la ejecución de las maniobras subsecuentes: destrucción de adherencias, pediculización del tumor, etc. Una vez terminada toda la operación, se substituyen estos puntos de sutura temporal por la sutura abdominal definitiva.

En la histerectomía, más que en ninguna otra operación, no debe olvidarse la frase del eminente Cirujano de Reims: *El tiempo es la vida.* Por consiguiente, tanto la abertura del vientre como la extracción del útero fuera de la cavidad

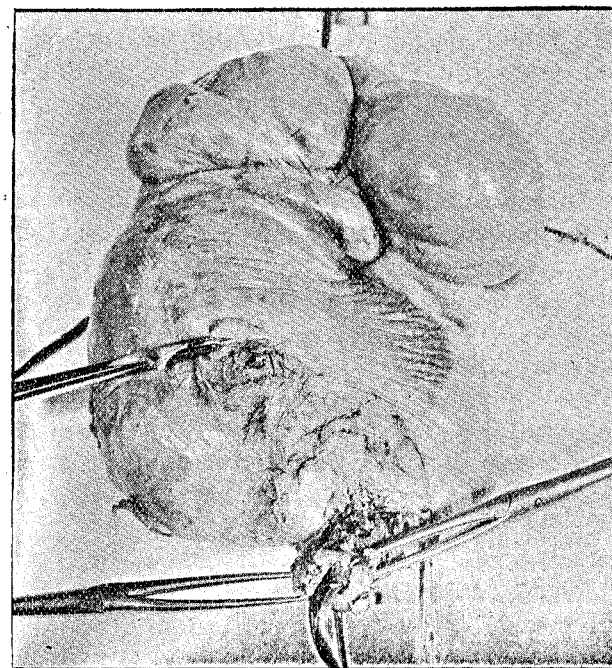


FIGURA NÚMERO 1.

Correspondiente á la observación número 1.

abdominal, deben ser ejecutadas con rapidez. Para la primer maniobra se tiende la pared abdominal con el borde cubital de la mano izquierda, se divide con el bisturí curvo la piel y el tejido celular subcutáneo, exactamente sobre la línea media de la región hipogástrica. Se nos presenta á la vista la aponeurosis de los músculos rectos, la cual se secciona en el espacio que corresponde á la *línea blanca*. Se busca el intersticio de los músculos rectos, se separa el borde interno del músculo, si se descubre éste, y se carga sobre una sonda acanalada y se divide la hoja posterior del lóculo aponeurótico de los mismos músculos: se cae al tejido celular pre-peritoneal, cargado muchas veces de grasa en abundancia. En las mujeres muy gordas, esta capa adiposa puede ser muy gruesa: entonces, por medio de unas pinzas de disección y tijeras curvas, se corta y reseca esta panícula grasosa, hasta descubrir la cara posterior de la serosa peritoneal. Se levanta un pliegue de ésta por medio de pinzas y se practica una pequeña incisión en su parte media. Por el orificio hecho así, se introduce una sonda acanalada, ó mejor aún, el dedo índice de la mano izquierda, destinado á proteger los órganos abdominales y á conducir el bisturí ó tijeras, con lo que se amplía la abertura peritoneal, hacia arriba y hacia abajo, en toda la extensión de la herida de la pared del vientre.

Para la incisión de la pared abdominal, en los casos en que la pared del vientre no es muy gruesa, acostumbra Suárez Gamboa practicar con el bisturí, en algún punto cualquiera de la línea que recorrerá la futura incisión, una pequeña abertura de la pared en unos dos ó tres centímetros de extensión: por ella se introduce un dedo en el abdomen, y sobre este dedo, con unas tijeras curvas fuertes, secciona en masa toda la pared abdominal, en la extensión que se necesita.

Algunos autores acostumbran colocarse entre los muslos separados de la enferma, para ejecutar la incisión abdominal, comenzando en el ombligo para terminar en el pubis.

Me parece que es más cómodo colocarse á la izquierda de la enferma, como lo aconseja la mayoría de los autores, comenzando la incisión en el pubis y terminando en el ombligo ó en otro punto más ó menos próximo á la sínfisis pubiana, según las necesidades del caso.

2º TIEMPO DE LA LAPAROTOMÍA. *Exploración de la pelvis*.—Una vez abierta la cavidad abdominal en la extensión conveniente, se introduce la mano en su cavidad para explorar la masa del tumor, si existe; las relaciones viscerales de los ovarios y de las trompas; el número, dirección y naturaleza de las adherencias; la ausencia ó existencia de ganglios pélvicos infartados; en una palabra, procura obtener el máximo de

datos con que debe terminar su estudio clínico y con los que realizará su juicio definitivo y último sobre el estado de la enferma, sobre el padecimiento que sufre y sobre las verdaderas y más racionales indicaciones que su tratamiento presenta.

Reconocido y estudiado directamente el útero y sus relaciones, el cirujano decide si la intervención debe continuar ó no; si opta por lo primero, tratará desde luego de extraer fuera de la cavidad el útero, y si esto no fuere posible, lo aislará del resto de los órganos abdominales por medio de compresas húmedas y calientes esterilizadas al autoclavo.

Las compresas deben ser colocadas con suma atención, á fin de no comprender entre ellas y los tegumentos abdominales, asas de intestino ó porciones de epiploón, que tienen muchas tendencias á salir.

La extracción del tumor fuera de la pelvis es muy sencilla, cuando es voluminoso y no ofrece adherencias. Pero cuando el tumor es pequeño, ó, si voluminoso, está enclavado en la pelvis, el empleo de ciertos instrumentos se hace indispensable. Numerosos son ya los instrumentos que para este objeto se destinan: Doyen ha hecho construir dos erinas helicoides, grande y pequeño modelo; el grande se emplea para los tumores voluminosos y el pequeño, compuesto de espiras pequeñas y numerosas, se emplea en los casos de tumores pequeños.

Delagénière ha hecho construir un tirabuzón, que se diferencia del primer modelo de Doyen, en que tiene mayor número de espiras.

Raverdin recomienda el empleo de su aparato de extracción fijo á una polea, y susceptible de desarrollar una gran cantidad de fuerza.

El Doctor Suárez Gamboa tiene un aparato de su exclusiva invención, cuya utilidad alaba bastante; está formado por un gancho fuerte, unido á un mango apropiado á la forma de la mano cerrada.

La extremidad del gancho no es aguzada, y permite penetrar al tejido uterino sin temer que la punta, si sale por algún lugar, ocasione accidentes.

El gancho está formado por una lámina curva, que mide un centímetro de anchura, aumentando así la zona de resistencia á los tejidos uterinos, y evitando la producción de desgarraduras.

Está construido con un metal especial, susceptible de sufrir modificaciones en su curvatura y de ofrecer bastante resistencia á las tracciones. Según las necesidades del operador, la erina puede hacerse más ó menos amplia y su extremidad tomar cualquier dirección.

3º TIEMPO DE LA LAPAROTOMÍA. *Adherencias*.—Las adherencias suaves y delgadas se desgarran fácilmente con los dedos.

Cuando estos filamentos son resistentes y organizados y, sobre todo, cuando se fijan sólidamente al intestino, hay que ser muy prudente en las maniobras. No se romperán estas bridas fibrosas, sino con amplia luz y espacio, y por poco que parezcan vasculares y voluminosas, se las cortará en medio de dos ligaduras previas. Cuando las adherencias pélvicas sean peligrosas ó difíciles de destruir, el operador no debe vacilar en ampliar la incisión abdominal, á fin de dar bastante luz á su campo operatorio y bastante comodidad á sus maniobras de disección. Algunos ginecólogos prefieren suspender la operación, cuando el número de las adherencias es muy grande y cuando la naturaleza de ellas es excepcionalmente peligrosa. Pero esto no siempre es posible y el cirujano se ve comprometido á llevar hasta el fin la extracción del tumor, teniendo en estos casos oportunidad de lucir sus facultades quirúrgicas y su habilidad manual.

4.º TIEMPO DE LA LAPAROTOMÍA. *Toilette del peritoneo.*—Una vez extirpado el útero, bien ligados los pedículos y bien suturadas las desgarraduras y secciones peritoneales, como lo aconseja Doyen, se procede siempre al aseo de la serosa: esta maniobra es la que se conoce con el nombre de *toilette del peritoneo*.

En los casos sencillos, esta *toilette* es ordinariamente muy rápida: bastan una ó dos compresas esterilizadas y calientes para obtenerla.

Pero cuando la hemorragia ha sido de importancia y, sobre todo, cuando ha habido derrame de sustancias sépticas en el peritoneo, la *toilette* de éste se vuelve extremadamente importante.

Tapones asépticos ó antisépticos, según las circunstancias, de algodón bien exprimido, se introducen por medio de pinzas largas en los puntos en que ha podido acumularse el derrame peritoneal.

Todos los autores de Ginecología están de acuerdo en canalizar la pelvis, siempre que se sospeche ó sea efectiva la contaminación séptica del peritoneo.

5.º TIEMPO DE LA LAPAROTOMÍA. *Canalización del peritoneo.*—La canalización profiláctica del peritoneo se practica en el Hospital General, con un tubo de caucho aséptico, que tiene la forma de una cruz; su rama transversal más pequeña le sirve de sostén; la parte del tubo que penetra en el peritoneo está perforado en sus paredes para que así el desagüe sea más perfecto. Por medio de la pinza que ha servido de guía para la incisión del fondo de saco de Douglas, se pasa el tubo á través de la herida vaginal consecutiva á la histerectomía.

Algunos autores acostumbran colocar en el interior del tubo una mecha de gasa yodoformada, suavemente comprimida: por la extremidad inferior ó vaginal sale del tubo en una extensión como de un centímetro; y en una extensión de tres centímetros, poco más ó menos, por su extremidad superior ó abdominal. De este modo se obtiene una canalización capilar de corriente constante, y se asegura la protección del peritoneo respecto á los elementos exteriores de contaminación posible.

Doyen ha hecho construir unos tubos de vidrio para el *drenage* aséptico del fondo de saco de Douglas; estos tubos tienen un abombamiento en cada una de sus extremidades, de las cuales la superior presenta además dos pequeñas salidas laterales, con el doble objeto de darle fijeza al tubo en la posición que guarde y de que los agujeros que estas dos pequeñas salidas tienen en sus extremidades, no sean obliteradas por una asa intestinal. En la otra extremidad se coloca una bolsa de caucho, desinfectada previamente con sublimado. En esta bolsa se acumulan los líquidos provenientes del peritoneo. Este artificio ingenioso del Doctor Doyen, permite no sólo hacer el desagüe perfecto de los líquidos que se acumulan en el Douglas, sí que también, debido á la disposición del *drenage* y de la bolsa que lo termina, se oponen á toda contaminación del exterior.

Algunos cirujanos, al ejemplo de Mikulicz, substituyen la canalización por tubo, con un taponamiento particular del peritoneo, que lleva el nombre de este autor.

Hemos visto los conocimientos generales á toda histerec-tomía abdominal; pasemos ahora al procedimiento verdadero de las técnicas operatorias aconsejadas por los ginecólogos de mejor nota.

Técnica de E. Doyen.

El ilustre Cirujano de Reims, divide su técnica de histerectomía abdominal total en cuatro tiempos:

1.º TIEMPO. *Incisión de la pared abdominal y extracción del tumor por encima del pubis.*—Prevía antisepsia de las regiones abdominal y vaginal y anestesia al cloroformo, se coloca á la enferma en la posición de *Trendelenbourg*, el operador á la izquierda y el primer ayudante á la derecha; se practica la laparotomía mediana siguiendo las reglas que indicamos anteriormente.

Después de abierto el peritoneo, se toma éste con el auxilio de seis á ocho pinzas hemostáticas y previa desinserción de adherencias, si las hay, se extrae el tumor del abdomen y se vascula fuertemente contra el pubis, si los ligamentos anchos

lo permiten, tirando de él hacia arriba y adelante; en seguida se desaloja de intestinos la cavidad de la pelvis y se retienen mediante la aplicación de gruesas compresas, que se colocan en el estrecho superior y sobre los flancos para evitar la contaminación del peritoneo con el moco ó líquidos uterinos.

Para facilitar este tiempo, si el tumor es redondeado, liso y no muy voluminoso (de un peso de seis á ocho kilos), se implanta en el fondo del útero una erina especial del autor, ó dos si el caso lo exige, que sirve para extraer y sostener el tumor. En los casos en que el tumor es muy grande y pesa mucho, una vez extraído del abdomen, se sostiene por medio del aparato suspensor de Raverdin, de gran utilidad en estos casos. La cadena elevadora de este aparato debe ser confiada á un ayudante entendido.

2º TIEMPO. *Extirpación del útero y hemostasia de sus conexiones pélvicas.*—El autor del procedimiento recomienda que la extirpación del útero se practique con la mayor presteza posible y sin hemostasia preventiva. Un ayudante introduce por la vagina una pinza larga y curva, llevándola hacia el fondo de saco posterior y comprimiendo fuertemente á modo de hacer relieve en el Douglas; una asa de hilo de seda fuerte se pasa á un centímetro, poco más ó menos, abajo del punto donde la vagina va á ser abierta.

Este hilo llenará un papel muy importante al fin de la operación, sirviendo para tirar hacia arriba los labios del corte vaginal, facilitando de esta manera la colocación de las suturas para cerrar el orificio vaginal.

El fondo de Douglas se corta longitudinalmente sobre el relieve de la pinza, sea con el bisturí ó con el auxilio de tijeras y la extremidad de ésta, impulsada vigorosamente por el ayudante, aparece bien pronto en la cavidad peritoneal. Por el orificio practicado de este modo, el cirujano introduce su índice derecho para reconocer el cuello uterino é introduce por la herida la erina deslizable del Doctor Doyen, con el objeto de prender el cuello uterino. Este instrumento, al par que ingenioso, es muy sencillo: se parece á un amigdalótomo; una parte curva terminada por dos ganchos angulares que va á buscar el cuello en el fondo de la vagina, hacia el pubis, al través de la abertura del fondo de saco, lo engancha, y en seguida, con otra lámina deslizable terminada también en dos puntas y con resorte se acaba la presa apretándola fuertemente contra la primera. El cuello es de esta manera sólidamente agarrado. Se tira entonces hacia arriba y aparece entre los labios del ojal vaginal; se reconocen con el índice izquierdo sus inserciones laterales, que le bridan estrechamente, de las cuales se desprende con un corte de tijeras ó con una sección

del bisturí. Entonces es fácil elevar el cuello bajo las tracciones de la pinza erina, que tira vigorosamente hacia arriba. De esta manera se descubre el fondo de saco vaginal anterior. Se toma el labio anterior del cuello uterino, si es necesario, con una pinza de garfios ordinaria y en seguida se secciona el fondo de saco vaginal anterior con tijeras, al rape del cuello.

Entonces es suficiente tirar enérgicamente con las pinzas, desprendiendo con el índice derecho el cuello uterino de la vejiga para ver saltar ésta enteramente libre.

Después de todas estas maniobras, el útero no nos queda más que con sus conexiones laterales. Para desprenderlo enteramente, es necesario introducir á la derecha y por encima del ligamento ancho, el índice izquierdo, perforar el peritoneo vésico-uterino y acabar con el dedo encorvado en forma de gancho, el desprendimiento del ligamento ancho derecho. Este último se toma por un ayudante, entre el pulgar y el índice y se corta entre los anexos y el útero. El tumor es en seguida vasculado rápidamente hacia la izquierda. Se despoja por movimientos sucesivos de su envoltura serosa

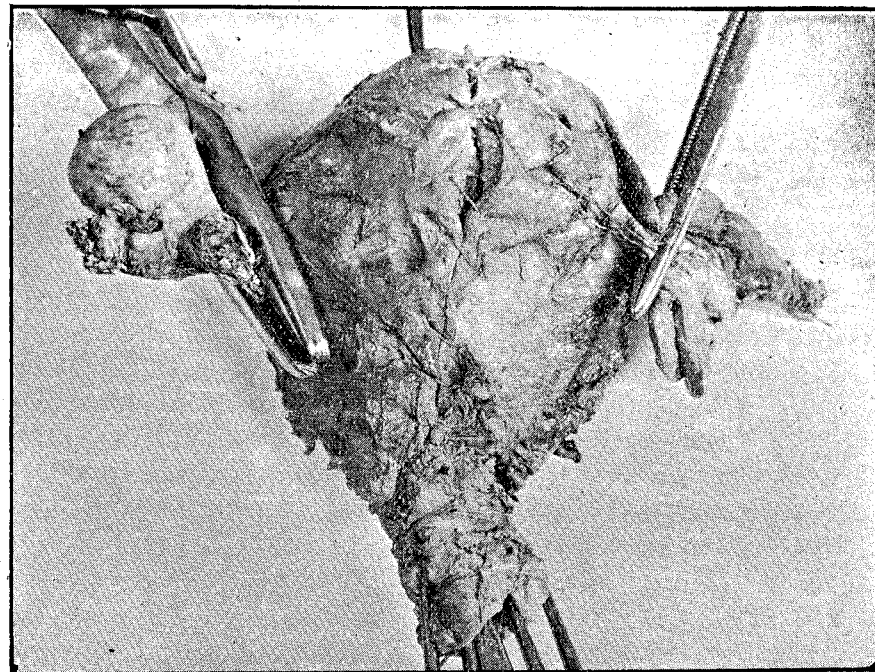


FIGURA NÚMERO 2.

Correspondiente á la observación número 4.

anterior, que es seccionada si ofrece alguna resistencia. En seguida se separa de sus conexiones con el ligamento ancho izquierdo, no quedando adherido más que al borde superior de este último. Un último golpe de tijeras liberta al útero que, exangüe y enteramente desprendido, es recibido por un ayudante.

Hemostasia.—Hasta ahora no se ha hablado de la hemostasia, porque realmente el procedimiento es tan rápido, que no hay necesidad de hacerla: la tirantez en que se tiene á los ligamentos anchos, hace que la hemorragia sea escasa; fuera ya el útero, la pelvis queda despejada y libre y entonces se procede á la hemostasia de la manera siguiente: se aflojan los ligamentos y se ven saltar las útero-ováricas, que se cogen con pinzas hemostáticas y hacia las bases de los ligamentos anchos, las colaterales de la uterina, que también se toman con pinzas hemostáticas para ser ligadas después aisladamente.

Los anexos se pediculizan y resecan á derecha é izquierda.

Los bordes de la sección vaginal se tiran hacia arriba, merced al hilo de seda colocado en el fondo y se reúnen por puntos de sutura.

3^{er} TIEMPO. El tercer tiempo de la técnica del Doctor Doyen lo constituye la sutura del peritoneo pélvico. El corte de esta serosa se reúne por una sutura circular en bolsa, y se fijan sobre él los muñones consecutivos al corte de los anexos. El Doctor Doyen dedica, tanto á la sutura del peritoneo pélvico como á la sutura de la pared abdominal, todo el tiempo necesario; á la inversa de la extracción del útero fuera de la cavidad abdominal, que debe ser practicada con toda la rapidez posible.

Después de la *toilette* del peritoneo, se lleva á la enferma al decúbito horizontal, para practicar la sutura de la pared abdominal. Esta sutura constituye el cuarto tiempo de la técnica del Doctor Doyen y será descrita al tratar de la sutura abdominal, después de la laparotomía.

La técnica que acabo de indicar, no siempre es aplicable con el rigorismo apuntado, sino que hay que modificarla según las circunstancias del caso, referentes á la topografía del tumor.

1^o *Cuando hay acortamiento de los ligamentos anchos.* En este caso la extracción del fibroma fuera de la cavidad abdominal, puede presentar, aun en el caso de que no existan adherencias, ciertas dificultades.

Esta particularidad es debida á una disposición muy especial de la inserción uterina del borde superior de los ligamentos anchos, que en lugar de desembocar muy hacia abajo, sobre las partes laterales del tumor, lo hace por encima

de él, bajo el aspecto de una gruesa cincha musculosa y resistente.

Esta disposición se produce cuando el fondo del útero no ha tenido ninguna participación en el crecimiento del órgano. El tumor, estrechamente bridado, no puede ser sacado fuera del vientre, en cuyo caso se procede de la manera siguiente: el segundo ayudante toma entre sus dedos el borde superior del ligamento ancho derecho, cerca de su inserción uterina, después se secciona y se desprende con los dedos tan bajo como sea posible y se coloca una ligadura en este primer pedículo. Se aplica del lado del útero, si hay sangre, una ó dos pinzas á propósito.

La brida ligamentosa izquierda se corta y liga á su vez, y el tumor, así libre, puede ser ligado sin dificultad, con el auxilio de una segunda erina implantada en el punto culminante del tumor.

En el momento en que el útero se vascula por encima del pubis, se desprende por deslizamiento en una cierta extensión de sus conexiones laterales.

De esta manera se hace accesible el fondo de saco de Douglas, se incinde la vagina, el cuello uterino descubierto se aísla, y después se extirpa el útero como ha sido descrito anteriormente.

2^o *Cuando hay dificultad en el acceso del fondo de saco de Douglas, en los casos de adherencias inflamatorias ó de fibromas posteriores enclavados y sub-peritoneales.* La obliteración del fondo de saco de Douglas, puede ser causada, sea por la coexistencia de salpingitis, á menudo supuradas, sea por la presencia en el fondo del saco de uno ó varios fibromas enclavados intra-serosas ó desarrollados por debajo del peritoneo, en el espesor del tabique recto-vaginal. Estos fibromas se desarrollan en la pared posterior del cuello uterino.

La técnica es modificada de la manera siguiente: se tira el tumor hacia arriba y adelante, todo lo más posible; los tumores anexiales y las adherencias al intestino, si existen, se tratan por los medios habituales. Si hay en la parte posterior fibromas múltiples, si incinden la serosa y el tejido uterino en su punto culminante, si se puede y los tumores son enucleados rápidamente con los dedos ó con el auxilio de una erina helicoidal. De este modo el fondo de Douglas se hace accesible. Si apesar de las maniobras ejecutadas es inaccesible, se lleva la pinza curva al fondo del saco vaginal lateral derecho y perforándolo, se procura que salga lo más cerca posible de las inserciones del cuello y al nivel de la parte inferior del ligamento ancho derecho. Después de agrandar bien este orificio,

se introduce el índice derecho para ponerse en contacto con el hocico de tenca.

Con el índice izquierdo, ayudado del bisturí ó tijeras, se desprende el útero de abajo á arriba, absolutamente como si el cuello ya estuviera liberado. Después se secciona el ligamento ancho derecho hasta su parte superior y se practica la hemostasia de las arterias que sangran, para ser ligadas después.

Se abate el útero hacia la izquierda, se toma el cuello uterino con la pinza del autor del procedimiento, y se tira hacia afuera. Entonces se practica la sección de la mucosa vaginal al nivel de sus fondos de saco anterior, lateral izquierdo y posterior; se desprende el cuello de la vejiga, vasculando el útero como se hace habitualmente.

En los casos en que parezca imposible perforar la vagina por su fondo de saco lateral derecho, se practica el aislamiento del útero de izquierda á derecha, perforando el fondo de saco izquierdo.

Técnica del Doctor Ricardo Suárez Gamboa.

Esta técnica ha sido seguida en algunos casos de histerectomía abdominal total, con muy buen éxito, por los Doctores don Juan J. y don Salvador Ortega, en el Hospital General. Es por esta razón que voy á describir esta operación con todos sus detalles.

Lo primero que se hace desde que la exploración directa de la enferma revela el sacrificio total del útero, es proceder á colocar en la vagina una *sonda acanalada* del autor, procurando que la curvatura de ella abraza el cuello uterino por su cara posterior, ocupando el fondo vaginal posterior.

Se procura reconocer con mucha atención y cuidado los anexos uterinos en su situación pélvica, tratando de exteriorizarlos por medio de tracciones muy suaves, ejercidas sobre ellos, ayudándolas, si es preciso, con movimientos de lateralidad del útero ó tumor uterino.

Libres los anexos de sus adherencias parietales y viscerales, si las hay, y extraídos fuera de la cavidad pélvica, se procede á libertarlos de sus conexiones ligamentosas: sobre el ligamento ancho, á dos centímetros abajo del punto que corresponde al pabellón de la trompa, se coloca, por medio de una aguja de *Raverdin*, una asa de seda gruesa, con extremidades muy largas que salen fuera del campo operatorio y que quedan unidas y fijas por una pinza de presión. El objeto de esta asa de seda es facilitar el encuentro del límite externo de la incisión superior de los ligamentos anchos.

Sostenido de esta manera el ligamento ancho, se procede á seccionar con tijeras los ligamentos del ovario, de la trompa y el ligamento redondo. El ovario y la trompa quedan así completamente desprendidos del borde superior del ligamento ancho, quedando unidas al útero por las inserciones tubarias.

Cuando se cortan los ligamentos anchos, se ven surgir dos ó tres chorritos de sangre, por lo regular solamente dos: se toman con pinzas hemostáticas estos ramúsculos de la arteria útero-ovárica y se ligan inmediatamente. De la misma manera se desprenden los anexos del ligamento ancho opuesto.

Después de todas estas maniobras, nos queda el útero con los ovarios y las trompas colgantes lateralmente. Se procede en seguida á seccionar con tijeras los ligamentos anchos, de arriba á abajo y *exactamente sobre el borde del útero*; un ayudante se encarga de ir tomando con pinzas hemostáticas los vasos uterinos que sangren y las arterias divididas en los ligamentos.

Cuando la hemorragia que se produce en el plano de sección lateral del útero es fuerte, se procede con rapidez al desprendimiento del ligamento ancho, colocando pinzas en las

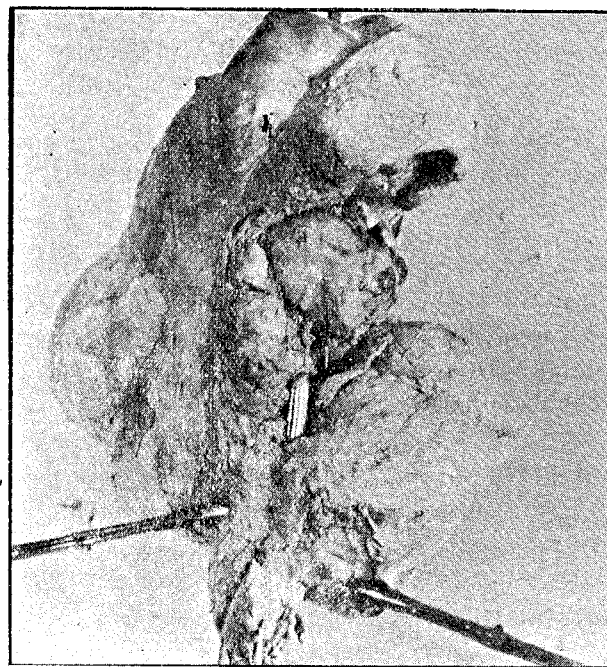


FIGURA NÚMERO 3.

Correspondiente á la observación número 5.

regiones muy sangrantes, hasta descubrir la arteria uterina que se toma y comprime con una pinza. Las pinzas que comprimen las arterias del lado del ligamento ancho, se reemplazan por ligaduras definitivas. Lo mismo se hace con las arterias uterinas, después de haber limpiado convenientemente el campo operatorio. El Doctor Suárez Gamboa, liga siempre el paquete uterino en masa en todas sus operaciones, sin haber observado nunca accidente alguno, al contrario de la opinión de algunos autores de Ginecología, quienes aconsejan la desnudación de la arteria y su ligadura directa.

La desinserción ligamentosa lateral, debe llevarse hasta alcanzar una buena porción de la vagina: la ligadura de las arterias principales se hace por consecuencia, muy abajo.

Nos queda el útero libre por completo en sus regiones superior y lateral: tan sólo nos queda retenido por las inserciones de la vagina, por los ligamentos útero-sacros y útero-cisto-púbicos, y por los pliegues peritoneales vésico-uterinos y recto-uterino ó de Douglas.

Se pone al descubierto el fondo peritoneal útero-vesical y con el bisturí se practica en el peritoneo, que queda en la cara anterior del útero, una incisión ligeramente convexa hacia arriba, que se lleva hasta encontrar el borde de la sección del lado opuesto.

De esta manera se talla un colgajo peritoneal anterior, que se disecciona rápidamente, reforzándolo con pequeños fragmentos de tejido propio del órgano, hasta descubrir los límites de la vejiga: una vez descubierta ésta, se despega suavemente de la vagina, descubriendo este órgano en una extensión como de tres centímetros.

Mediante las erinas que se han implantado previamente en el fondo del útero, se lleva éste hacia adelante para poner al descubierto la cara posterior del órgano: en esta cara se traza otro colgajo sero-muscular, análogo al anterior, procurando bajar la disección de él todo lo posible, para descubrir las inserciones vaginales posteriores.

Se trae el útero á su posición y dirección normales: con la sonda vaginal colocada desde el principio de la operación en el fondo vaginal posterior, se estudian y hacen aclarar la situación y verdadero estado de las inserciones vagino-uterinas. A un centímetro abajo de ellas, en todo el contorno de la vagina y guiándose sobre la ranura externa de la sonda vaginal, se coloca en el conducto una sutura circular, hecha con seda y susceptible de fruncirse y apretar la vagina en un momento dado: es una verdadera *sutura en bolsa ó en jareta*. Las extremidades libres de la seda de esta sutura; que no se anu-

dan inmediatamente, se toman con una pinza y contribuyen al sostenimiento elevado de la vagina.

Ahora, sobre la ranura superior de la sonda vaginal, exactamente sobre las inserciones uterinas de la vagina, es decir, á un centímetro arriba de la sutura en bolsa colocada ya, se perfora con tijeras el fondo vaginal anterior: se descubre la sonda vaginal, se aprovecha su ranura superior para guiar la lámina de las tijeras curvas, y siempre rasando la superficie uterina, se desinserta lateralmente el útero de la vagina, y se extrae el órgano fijo en las erinas, mientras la vagina queda sujeta y tensa por los hilos de su sutura circular. La sonda vaginal se retira por la vulva. Se hace rápidamente la *toilette* del peritoneo pélvico y se decide si hay que canalizar ó no la cavidad abdominal. En este último caso se anudan los hilos vaginales, se aprieta la sutura, y se cierra la vagina frunciéndola. Si hay que canalizar, se coloca el tubo en el eje del corte vaginal, y sobre él se frunce la vagina suavemente. Si la canalización ha de ser muy amplia, se corta y retira la sutura en bolsa y se deja la vagina abierta en toda su amplitud.

Para continuar la descripción tenemos que suponer que no hay necesidad de canalizar la pelvis.

En este caso, como se dijo ya, se anuda la sutura, frunciendo la vagina y se obtiene un pequeño muñón, cuyas dimensiones varían de dos centímetros á dos centímetros y medio. Al formar este muñón, la sutura hace la hemostasia completa del corte vaginal. Se reducen las dimensiones de este muñón de la vagina, suturando sus bordes, uno con otro, con catgut fino.

El colgajo peritoneal anterior se lleva sobre este muñón y se levanta el posterior, cubriendo bien toda su superficie con esta serosa á la *Lembert*. Si es menester, se recortan con tijeras estos colgajos, dejándoles las dimensiones exactamente indispensables para cubrir bien el muñón vaginal «*que debe quedar absolutamente excluido de la cavidad abdominal.*»

Las hojas anterior y posterior de los ligamentos anchos, se reúnen por medio de una sutura fina de *Lembert*.

Si los ligamentos redondos lo permiten, se unen por medio de suturas al muñón vaginal, cubierto ya de serosa.

De esta manera la superficie peritoneal debe quedar enteramente lisa y sin ninguna solución de continuidad.

Se cierra el abdomen convenientemente, después de haber quitado todas las asas de seda que han servido de sostén y guía.

Técnica de Delagénière.

La enferma se coloca en el plano inclinado facultativo, se divide la pared abdominal y los anexos se libentan de sus adherencias si existen.

Una vez libres los anexos, se resecan entre dos pinzas colocadas en ángulo recto, de la manera siguiente: se toman los anexos de un lado entre los dedos y se les mantiene elevados, se introduce con las ramas abiertas, por el borde libre del ligamento ancho y hacia afuera de los anexos, una pinza clamp acodada que toma el ligamento ancho hasta su inserción sobre el borde del útero, á la altura de los futuros colgajos que se tallarán en las caras anterior y posterior de la matriz. Con los anexos elevados, se coloca una segunda pinza recta, verticalmente sobre el ángulo uterino y al rape de este órgano. Esta pinza debe llegar á encontrar la extremidad de la pinza acodada y se procede á la resección por medio de dos incisiones que sigan las ramas de las pinzas horizontal y vertical.

Sobre las caras anterior y posterior de este órgano, se trazan dos incisiones sobre el peritoneo uterino, que unen las extremidades de las pinzas colocadas anteriormente bajo los anexos. Esta incisión debe hacerse hacia adelante, algunos centímetros arriba del fondo peritoneal vésico uterino. Diseccionando el peritoneo hacia adelante y hacia atrás, se obtiene una especie de bolsa serosa, cuyo fondo corresponde á la extremidad superior de la vagina y que por sus bordes se continúa con los pliegues de los ligamentos anchos. Los bordes de esta bolsa peritoneal se fijan por medio de pinzas.

El fondo vaginal posterior se abre, y por esta abertura se desinserta la vagina en todo el contorno del cuello.

Sobre cada arteria uterina se colocan ligaduras; lo mismo el pedículo útero-ovárico se liga abajo de la pinza horizontal. La bolsa peritoneal se cierra por medio de una sutura, salvo indicaciones especiales de canalización.

Omito describir los procedimientos de histerectomía abdominal total de Péan, Terrier, Baer, Kelly, etc., porque ninguno de ellos me parece mejor que el de Doyen, y entre los procedimientos de Suárez Gamboa, Delagénière y Doyen, me parece preferible este último; primero, por no exigir hemostasia previa y facilitar, por lo tanto, la operación; segundo, porque al desprender el cuello de abajo á arriba, da mucha mayor facilidad para cortar la vagina y no herir los uréteres ni la vejiga; tercero, porque se hace la hemostasia con toda holgura y facilidad, sin que haya temor de que se escurran las ligaduras previas, como en las técnicas de Suárez Gamboa y Delagénière;

cuarto, porque no se aplican ligaduras inútiles, como en la técnica de Martín, y sólo se liga lo absolutamente necesario, como en una amputación del seno, y cuantas menos ligaduras, mejor; quinto, porque ligando solamente lo preciso, no quedan tejidos destinados á la mortificación y que pudieran favorecer la infección.

Sutura abdominal después de la laparotomía.

Después de la histerectomía abdominal total, ó en cualquier otra intervención quirúrgica, en que haya necesidad de abrir la pared abdominal, ésta debe suturarse después de terminada la operación, llenando indicaciones inmediatas y tardías de suma importancia.

Tres son los métodos que se emplean habitualmente para la sutura abdominal: primero, sutura en masa; segundo, sutura por planos; y tercero, sutura en 8 de cifra.

El primer método de sutura, consiste en atravesar todos los tejidos de la pared abdominal en conjunto, agregando suturas aisladas de la piel, si fuere necesario. A esta sutura le encuentro el mérito de ser amovible y de poderse ejecutar con rapidez; en cambio expone á una de las consecuencias más frecuentes y más desagradables de la laparotomía, á la *hernia de la línea blanca*. Esta hernia constituye por sí sola una amenaza para la vida ó, por lo menos, imposibilita al paciente para el ejercicio de su labor diaria: de aquí que requiera constantemente la práctica de una operación nueva y la exposición del paciente á nuevos peligros. Muchos son los casos en que hemos visto al cirujano empuñar la cuchilla para curar esta complicación originada por la laparotomía primitiva.

La sutura por planos anatómicos de la pared abdominal, es la segunda variedad de nuestra clasificación; en ella se vigila el afrontamiento cuidadoso y exacto de los diversos planos que constituyen la pared abdominal, y se colocan por lo común tres series de suturas: una en el peritoneo, otra en la aponeurosis y la tercera en la piel.

Este es el procedimiento adoptado por Delagénière, Ricardo Suárez Gamboa y la mayor parte de los ginecólogos.

Delagénière practica las suturas de los diferentes planos anatómicos, en *sorgete*: *sorgete* con catgut, para la serosa; *sorgete* metálico permanente para el plano aponeurótico, y *sorgete* metálico amovible para la piel.

Suárez Gamboa procede de la manera siguiente: con catgut grueso practica un hilván en el peritoneo, procurando suturarlo íntegro en toda su extensión.

Después de la sutura del peritoneo, coloca cinco puntos profundos con crin de Florencia, que comprenden la piel, la aponeurosis y los músculos.

Para la sutura del plano fibroso, hay que atender á lo siguiente: si hay una sola hoja aponeurótica, se sutura en *sorgete* con catgut grueso; si son dos las hojas aponeuróticas, se suturan con puntos entrecortados las hojas posteriores, procurando fijar abajo de esta sutura, el borde grueso que forma el *sorgete* peritoneal.

Los músculos rectos los une por algunos puntos aislados y los bordes de la piel son unidos con crin de Florencia.

Doyen acostumbra suturar la pared abdominal en dos planos: un plano sero-aponeurótico con coaptación exacta de la línea blanca, es suturado con seda y con puntos separados, y la sutura de la piel con crin de Florencia. Aconseja, además, emplear todo el tiempo necesario, á fin de que esta sutura salga bien hecha.

El método de la sutura por planos anatómicos, es el que se había seguido en las laparotomías en el Hospital General hasta principios de este año, en que los Doctores don Juan J. y don Salvador Ortega introdujeron, por primera vez en Guatemala, el método de la sutura en 8 de cifra. Este método ha sido practicado con muy buen éxito en multitud de laparotomías, con especialidad en las láparo-histerectomías, como se verá en las observaciones que publico al fin de este trabajo.

Omito hacer la descripción de este método, porque ya lo hice en todos sus detalles en los números 8 y 9 del periódico «La Escuela de Medicina,» tomo X.



OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN N° 1.

Histerectomía abdominal total por un voluminoso fibro-mioma con degeneración coloidea.

Operación practicada por los Doctores Ortega en la Casa de Salud del Hospital General de Guatemala, siguiendo la técnica del profesor Doyen. Curación.

Doña E. B. de O., de 34 años, originaria de San Juan Sacatepéquez, de oficios domésticos.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Sus padres viven y no han padecido más que de *fríos de la costa*.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Antes de la enfermedad de que adolece actualmente, nunca tuvo necesidad de consultar á ningún médico, porque siempre ha sido muy sana. De su historia sexual nos refiere: que regló á los 13 años, con la particularidad de que un día antes de que le apareciera el flujo menstrual, se le desarrollaban dolores muy fuertes en el bajo vientre, acompañados de micciones frecuentes y asientos diarreicos. Estos síntomas desaparecían al día siguiente, con el establecimiento del flujo menstrual.

De su matrimonio tuvo dos niños. Después del primer parto, que fué asistida por una empírica de las peores, le quedó flujo blanco á pesar del cual tuvo otro parto. En el año de 1894 se le practicó un raspado uterino, con el que se le quitó el flujo de que padecía. A los quince días de operada le vinieron sus reglas y notó que éstas se le prolongaban algunos días más de lo ordinario. Desde entonces los períodos menstruales aumentaban de mes en mes hasta constituir verdaderas metrorragias que la dejaban sumamente debilitada.

En abril de 1895, uno de los muchos facultativos que consultó, le dijo que por debajo del ombligo tenía un tumorcito del tamaño de una naranja y que esa era la causa de las hemorragias que padecía.

Durante todo este tiempo, el tratamiento de la enferma se limitaba á aplicaciones de electrolicis, con lo que sentía un poco de alivio, y á prescripciones de ergotina é hidrastis canadensis, con lo que se lograba suspender un tanto las hemorragias; pero viendo que apesar de todos estos recursos terapéuticos el tumor no disminuía de volumen, sino que

seguía en su marcha de crecimiento, haciéndole la vida muy penosa, decidió ingresar á la Casa de Salud, para que allí el Doctor Ortega (don Juan J.), le hiciera la cura radical de su dolencia, como le había prometido.

EXAMEN DIRECTO.—Encontramos á la enferma en su cama, en el decúbito dorsal y lo primero que nos llamó la atención fué el desarrollo enorme del vientre, que nos pareció un embarazo gemelar á término.

Descubierta la pared del vientre, notamos en la piel un tinte icterico poco pronunciado; esbozos de resquebrajaduras en la región hipogástrica y partes laterales de esta región, debidas á los partos anteriores; el ombligo estaba casi borrado por la distensión del vientre; el tumor estaba dirigido hacia la izquierda, desde la excavación pelviana, la cual llenaba en totalidad hasta las falsas costillas del lado izquierdo. Al nivel del ombligo presentaba una fuerte escotadura, que separaba los dos tumores que á la palpación se notaron. Esta escotadura estaba dirigida de arriba á abajo y de izquierda á derecha.

A la palpación notamos dos tumores: uno inferior, que llegaba al nivel del ombligo, regularmente esférico, poco duro y resistente, sin ninguna fluctuación, indolente á la presión y poco móvil, debido á que estaba enclavado en la pequeña pelvis. El otro tumor estaba separado del primero por la escotadura que mencionamos anteriormente; pero sí se notaba que tenía íntimas relaciones con el primero, porque todo movimiento impreso al tumor inferior se transmitía íntegramente al superior. Este ocupaba toda la zona umbilical izquierda, el vacío del mismo lado y todo el hipocondrio izquierdo, quedando entre la parte más culminante del tumor y el borde inferior de las falsas costillas izquierdas, una zona como de dos dedos atravesadas. El tumor presentaba una superficie muy irregular, con abolladuras poco duras; pero muy movable y desplazable, lo que nos hizo pensar desde luego que no tendría adherencias con los órganos vecinos.

A la percusión, notamos una matidez absoluta en toda la extensión del tumor; á la auscultación del abdomen, ningún ruido normal.

La medición con la cinta métrica nos dió los resultados siguientes: aplicándola horizontalmente al nivel del ombligo, 94 centímetros; del ombligo al pubis, 23 centímetros; oblicuamente, de la espina iliaca antero-superior derecha á las falsas costillas del lado opuesto, 40 centímetros, y de la espina iliaca antero-superior izquierda á las falsas costillas del lado opuesto, 32 centímetros.

Al tacto vaginal practicado con el índice derecho y la enferma en el decúbito dorsal, comprobamos que el cuello

estaba descendido y casi borrado, circunstancias ambas que dificultaron en el momento de la operación la prehensión del cuello con la erina deslizante del profesor Doyen. Los fondos de saco estaban casi borrados.

Combinando el tacto vaginal con la palpación abdominal, se nota que el cuello forma cuerpos con el tumor y que todos los movimientos impresos á éste con la mano izquierda, á través de la pared abdominal, son transmitidos íntegramente al cuello.

El examen al espéculum y la histerometría no se practicaron por no haber obtenido la anuencia de la enferma.

Como síntomas subjetivos del tumor, notamos en la enferma palpitations frecuentes y fatiga con el menor ejercicio (el corazón estaba normal); estreñimiento, que fué acentuándose á medida que el tumor crecía; micciones frecuentes (la orina normal).

En vista del examen anterior, nuestro diagnóstico fué, *fibro-mioma de la matriz*.

Días antes de la operación se hizo tomar á la enferma baños tibios jabonosos, duchas vaginales calientes, con subli-

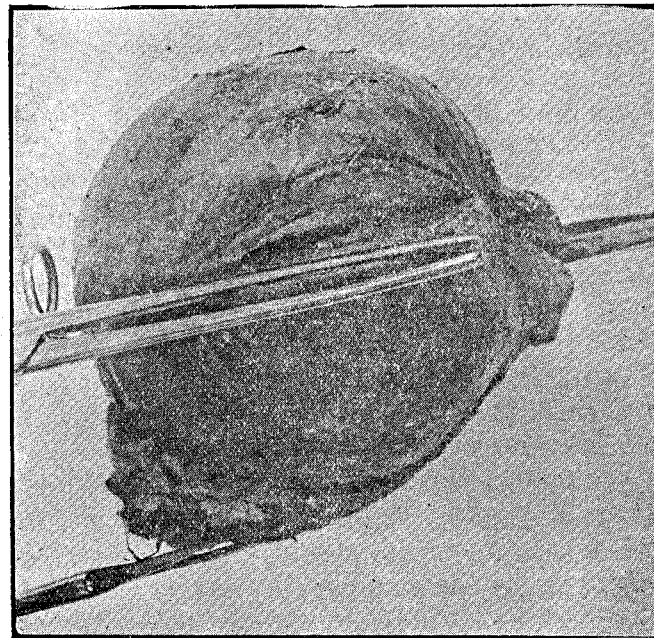


FIGURA NÚMERO 4.

Correspondiente á la observación número 6.

mados al 1 por 2000. Se le prescribió un purgante de aceite de ricino con calomelanos, la víspera de la operación. Este mismo día por la tarde se rasuraron los pelos del pubis y se le puso una curación húmeda boro-sublimada en la región abdominal y se le taponó la vagina con gasa blanca estéril. En la mañana del día de la operación, se repitió la curación húmeda á la región abdominal, después de desengrasarla con alcohol y éter y se le extrajo la orina con una sonda.

OPERACIÓN.—Previa anestesia clorofórmica, se puso á la enferma en la posición de *Trendelenbourg* y el operador, á la izquierda de ésta, practicó en el vientre con el bisturí curvo una incisión mediana, que partiendo un poco por encima de la sínfisis pubiana, llegó á dos traveses de dedo por encima del ombligo, después de rodear á éste por su lado izquierdo. Se dividieron los diferentes planos de la pared abdominal, según es costumbre. Al incindir el peritoneo parietal se vió salir un líquido amarillento, valuado en 100 gramos. Este líquido estaba coleccionado entre la cara anterior del tumor y el peritoneo parietal.

Puesto de manifiesto el tumor, la primera impresión fué la de un enorme quiste del ovario; pero bien pronto cesaron las dudas después de practicar una punción exploratriz, con el trocar de Péan.

Después de explorar la superficie del tumor, con las manos, se vió que no presentaba adherencias con los órganos vecinos. Se implantaron en el fondo del tumor dos érinas helicoides, con lo cual pudo sacarse fuera de la cavidad abdominal y se notó que los ligamentos anchos de ambos lados estaban atrofiados, insertándose muy abajo del tumor, circunstancia que facilitó mucho su vasculamiento, no obstante su enorme desarrollo. Las trompas y los ovarios de ambos lados estaban péndulos á los lados del tumor y sin adherencias de ninguna especie.

Se procedió á libertar los anexos del lado izquierdo, por medio de cortes con tijeras, de sus conexiones ligamentosas. Después se seccionó el ligamento ancho izquierdo, lo más bajo posible y se practicó la hemostasia de las arterias que sangraban, ligándolas inmediatamente después de seccionadas.

Como la superficie cruenta del ligamento ancho en el útero, sangraba demasiado, por la existencia en su parte inferior de un verdadero seno venoso, se practicó también allí la hemostasia con pinzas en T.

Las mismas maniobras fueron practicadas con los anexos y ligamento ancho derecho, seccionando éste entre una pinza *clamp* y el útero.

Con esto se pudo vascular el tumor con más facilidad hacia el pubis y, después de poner al descubierto el fondo de Douglas, fué éste seccionado con tijeras sobre el relieve de una pinza curva, que previamente se colocó por la vagina, en el fondo de saco posterior. Por este ojal practicado, el cirujano introdujo su dedo índice derecho, reconoció el cuello del útero con alguna dificultad, porque se encontraba muy descendido y casi borrado; lo toma con la pinza deslizable del Doctor Doyen y lo saca por el ojal peritoneal, para vascularlo fuertemente hacia arriba; secciona con tijeras sus conexiones laterales, que lo bridan estrechamente. Como la pinza de Doyen no hace presa segura sobre el cuello, se toma por su labio anterior con una pinza de Museux, con la cual puede llevarse el cuello hacia arriba, logrando descubrir de esta manera el fondo de saco vaginal anterior, el cual fué seccionado con tijeras al rape del útero. Se descubre la vejiga y se desprende con los dedos de sus conexiones con el útero.

Libre el tumor de sus medios de unión, se saca definitivamente fuera de la cavidad pélvica. En el fondo de ésta y en su parte lateral, se ve surgir un chorrito de sangre, proveniente de la arteria uterina. Se toma con pinzas hemostáticas esta arteria y se liga con seda fuerte, después de desnudarla. La misma operación se practica con la uterina del lado opuesto.

Después de limpiar la sangre del campo operatorio con compresas, esponjas esterilizadas al autoclavo, se toma con una pinza monogrifa, modelo tirabalas, el labio posterior del corte vaginal. Se sutura éste con seda á puntos separados, dejando de su orificio lo estrictamente necesario para el paso del tubo en forma de cruz, que debe servir para el desagüe pélvico.

Se reconstituyó el piso peritoneal pélvico, practicando una sutura en *sorgete* con seda delgada. La misma sutura se hizo para aproximar los bordes cruentos de los ligamentos anchos.

Después de practicada la *toilette* del peritoneo, se llevó á la enferma á la posición horizontal, para suturar la pared abdominal con puntos en 8 de cifra con crin de Florencia, según técnica de V. Civel.

Se colocó una sonda permanente de Pezzer en la vejiga y se puso una cura aséptica abdómino-vulvo-perineal.

La operación dura hora y cuarto, se emplearon 50 gramos de cloroformo y se le pusieron á la enferma 700 gramos de suero quirúrgico cafeinizado.

Examen de la pieza.—El tumor pesa 15 libras y es de un color blanco nacarado en su superficie, numerosas venas lo surcan, formando por su confluencia verdaderos senos. Uno de éstos fué dividido en el momento de seccionar el ligamento

ancho izquierdo, dando salida á una regular cantidad de sangre venosa.

El tumor está dividido por una escotadura en dos partes: una inferior que tiene la forma de un ovoide del tamaño de la cabeza de un adulto y está formado á expensas de toda la pared uterina; la otra parte es más pequeña y está constituida por un tumor sub-peritoneal que, pediculado, se destaca de la parte superior y lateral izquierda del primero; de forma irregular y su superficie está formada por eminencias redondeadas, constituyendo cada una de éstas verdaderos tumorcitos césiles.

Practicando una incisión longitudinal en el tumor, pudimos observar que su cavidad estaba llena de una substancia de consistencia gelatinosa y algo transparente, dividida por multitud de tabicamientos que, partiendo de la cara interna de la pared del tumor, se entrecruzaban formando verdaderas celdillas, ocupadas por la substancia coloide.

DIARIO DE OBSERVACIÓN.—Día 22 de agosto: la enferma despertó del cloroformo muy adolorida, pero sí se da cuenta de lo que le pasa; se le ponen calentadores, porque las extremidades se le enfrían; temperatura, 36°9; pulso, 102; no hay náusea; morfina por la noche (un centígramo).

Día 23: temperatura de la mañana, 39°; pulso, 88; respiración, 24; temperatura de la tarde, 37°1; pulso, 88; se queja de mucho dolor al nivel del hipocondrio izquierdo; hay timpanismo abdominal; orinó por la sonda; en la tarde tiene muchos deseos de defecar y lo logra con una lavativa; fenacetina para el dolor.

Día 24: temperatura y respiración normales por la mañana y por la tarde; amaneció con saburra gástrica y se queja de dolores paroxísticos en el vientre, que se le quitaron al sacarle la sonda pélvica; se le prescribió por la mañana un purgante de citrato de magnesia.

Día 25: temperatura normal, lo mismo que el pulso y la respiración; se le prescribe una cucharada de leche cada dos horas; no ha habido náusea; orina normalmente.

Día 26: temperatura normal; como se queja de dolor en la herida, se le quita el apósito y se encuentra la herida en perfecto estado; se le pone una lavativa boro-glicerinada por la tarde.

Día 28: temperatura normal, amaneció con lumbago.

Día 29: sigue la mejoría; salió por la vagina un líquido amarillento y fétido; se le puso un lavado vaginal antiséptico y una lavativa por la tarde, con la cual se obtuvo un asiento fétido; leche, caldo y arroz cocido por alimento.

Día 30: temperatura, respiración y pulso normales; se queja de mucho dolor en la herida; lavativa por la noche.

Día 31: se le quitaron todos los puntos de sutura en 8 de cifra y los de la piel, quedando en la pared abdominal una cicatriz lineal perfecta y sólida.

El día primero de septiembre amaneció con deseos frecuentes de orinar; dolor en el hipogastrio y asientos diarreicos; la enferma nos dice que estos trastornos son iguales á los que sentía un día antes de la venida de sus reglas.

Día 2: amaneció en perfecto estado y se levantó de la cama, no quejándose más que del dolor que siente en la pierna del muslo derecho, á consecuencia de una quemadura que se le provocó con un calentador en la tarde del día de la operación. Desde esta fecha se levanta todos los días y solo se espera que la enferma se reconstituya, mediante un tratamiento tónico y alimenticio adecuado, para permitirle la salida, la cual se verificó el día 8 de septiembre del presente año.

OBSERVACIÓN N° 2.

Histerectomía abdominal total con ablación de los anexos por oóforo-metro-salpingitis purulenta quística con degeneración fibromatosa del útero.

Operación practicada en la Casa de Salud de mujeres del Hospital General, el día 6 de julio de 1902, por los Doctores Ortega. (Curación). Observación tomada por Rodolfo Leiva y publicada en «La Escuela de Medicina.»

Felipa G., de 25 años, originaria de Amatitlán y residente en la misma ciudad, múltipara y comerciante de oficio, ingresó á la Casa de Salud el día 30 de junio de 1902, á curarse de una enfermedad de la matriz, de la que viene padeciendo hace algún tiempo.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Su madre murió inmediatamente después de haber dado á luz al último de los hermanos de la enferma, á consecuencia de una hemorragia fulminante; su padre murió en la guerra de la Unión Centro-Americana. Ninguno de ellos padeció de diátesis alguna. De sus hermanos, que eran tres, solo uno ha muerto de *frios y calenturas* complicados con disentería.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Es la penúltima de sus hermanos; en su niñez su enfermedad predominante fué la *diarrea*,

y no recuerda haber padecido de otra cosa; regló á los 15 años, nunca ha tenido trastorno alguno en sus menstruos; ha tenido cinco hijos y todos sus partos han sido felices. Debido á su pobreza, siempre ha tenido necesidad de levantarse á los tres días de dar á luz á sus hijos. Después del segundo parto, que fué en abril de 1893, le quedó un dolor al nivel del hipogastrio, flujo abundante, que manchaba el camisón de amarillo y le producía mucho dolor y escozor *en sus partes* y en la cara interna de los muslos, produciéndole en ese lugar unas manchas negras (intértrigo). Por este tiempo padeció *de frios y calenturas* que se le quitaron al cabo de pocos días y el flujo al cabo de cuatro meses, aunque no del todo. Tuvo tres niños más y después del último, es decir el quinto, en enero de 1901, sintió que la matriz *se le embocaba* y que el flujo le reaparecía en mayor cantidad acompañado de dolor en el hipogastrio con irradiaciones á los lados y á los muslos. No podía hacer ningún oficio porque con cualquier movimiento sentía como que algo se le desgarraba en el vientre. Así estuvo durante veinte días, al cabo de los cuales, se le desarrolló una calentura que le duró quince días, sin quitársele ni un sólo minuto. Esta fiebre vino acompañada de dolores muy fuertes y paroxísticos, que se localizaban profundamente al nivel de las fosas iliacas, principalmente en la izquierda, donde sentía que se le desarrollaba *una bola* que le impedía alargar el muslo, por lo cual siempre lo mantuvo en flexión sobre el tronco, pues así sentía algún alivio. El médico que la asistía le dijo que tenía pus adentro y que por medio de una operación sencilla se lo iba á extraer por la vagina al día siguiente; pero no hubo necesidad porque ese día salió el pus en gran cantidad y sin fetidez por la vagina. Esto le produjo un gran alivio, la fiebre fué cediendo al par que el pus disminuía en cantidad. La *bola* que ella notó que le crecía antes de la salida del pus, desapareció casi por completo con la salida de éste. El dolor llegó á disminuir un tanto; en una palabra, á los quince días de haber hecho cama logró abandonar ésta, quedándole todavía vestigios dolorosos en la región hipogástrica é iliaca izquierda, con flujo procedente de la matriz.

El día 28 de enero de 1902, el Doctor don Eduardo Gálvez, ayudado por el del mismo título don Jorge L. Vides, le practicó una raspa uterina, con la cual sintió algo de alivio. Viendo el Doctor Gálvez que esta operación no fué suficiente para curar á la enferma y que por consiguiente necesitaba otra intervención más seria, le aconsejó que se trasladara á la Casa de Salud del Hospital General de Guatemala, para que allí la asistiera el Doctor don Juan J. Ortega.

ESTADO ACTUAL.—La enferma se nos presenta muy demacrada, por la larga dolencia que viene padeciendo; la cara y todo el cuerpo presentan un tinte amarillo terroso; las conjuntivas oculares de ambos ojos presentan un tinte subictérico poco pronunciado; las conjuntivas palpebrales y la mucosa de los labios y de las encías están muy pálidas.

EXAMEN DE LA REGIÓN ABDOMINAL.—Colocada la enferma en la cama en decúbito dorsal y descubierta la pared abdominal, se notó á la inspección cierta tensión en el hipogastrio, debida al desarrollo de gases en los intestinos y no al desarrollo del útero, porque éste no se notó á la palpación. También se observaron resquebrajaduras de la piel del abdomen y parte superior de los muslos, debidas á los embarazos repetidos que la enferma había tenido. Por la palpación, al nivel del hipogastrio, no se puede comprobar netamente la presencia del fondo del útero, pero sí se provoca un dolor sordo que siempre ha tenido desde que comenzó á padecer del flujo. Por encima de la arcada crural derecha, se nota la existencia de una tumefacción lineal, dolorosa á la presión y, por encima de la izquierda, la de una placa indurada, aun más dolorosa, que parece formar cuerpo con la pared abdominal (plastrón-abdominal); pero que en el curso de la operación se demostró que era debida á una masa que formaba el ovario y la trompa del lado izquierdo con el epiploón, por medio de falsas membranas que unían entre sí á estos órganos. La percusión demostró un sonido timpánico en toda la pared abdominal, con excepción de la fosa iliaca izquierda en donde se notó algo de matitez.

El tacto vaginal practicado con el índice de la mano derecha, nos demostró que la vagina estaba flácida, humedecida por secreciones y más caliente que nuestro dedo, el cual tropezó con el cuello del útero en ligero descenso, grueso, blando, entre abierto y desgarrado. Imprimiéndole movimientos en todos sentidos, se notó que éstos se efectúan sin dificultad y van acompañados de dolor. En el fondo de saco posterior y lateral izquierdo, se aprecia una masa difusa y dolorosa cuando se ejerce presión con el dedo en este punto.

El examen con el espéculum bivalvo de Sims, fué practicado en una mesa de curaciones *ad hoc*, en él confirmamos las nociones que nos dió el tacto, y vimos que el cuello estaba ulcerado por las secreciones uterinas y desgarrado en el sentido transversal. Procedimos al cateterismo uterino, el cual se practicó con el histerómetro ordinario y demostró que la cavidad cérvico-uterina medía ocho centímetros, en lugar de seis á seis y medio.

Por parte del aparato digestivo encontramos que la enferma hace tres días que no obra y tiene la lengua muy saburrosa.

La enferma ha sido siempre muy estreñida y ha necesitado de lavativas. Nos dice que desde que comenzó á padecer del útero, nota que se le desarrollan cólicos frecuentes en los intestinos, muy acentuados al nivel del bajo vientre y que se siente muy embotada después de las comidas, con desarrollo de gases que la atormentan demasiado.

El examen del aparato urinario no nos dió nada de anormal. La orina en perfecto estado, lo mismo que los aparatos circulatorio, respiratorio y sistema nervioso.

En vista del examen anterior y de los antecedentes de la enferma, se diagnosticó *metro-salpingo-ovaritis*.

Se propuso á la enferma como único tratamiento para la curación completa de la enfermedad, la histerectomía abdominal total, con ablación de los anexos (oóforo-metro salpingectomía de Ricardo Suárez Gamboa).

CONDICIONES DE LA OPERACIÓN.—Previo anestesia cloróformica y asepsia de las regiones abdominal y vulvo-vaginal, se colocó á la enferma en la posición de Trendelenbourg, forzándola un poco á fin de despejar totalmente la pelvis de las asas intestinales. Se practicó la abertura de la cavidad abdominal, haciendo una incisión en la piel y panículo adiposo subcutáneo, exactamente sobre la línea media de la región hipogástrica en una extensión comprendida desde un centímetro por debajo del ombligo, hasta dos centímetros por encima del borde superior del pubis; descubierta la aponeurosis de los músculos rectos, se seccionó en el espacio que corresponde á la línea blanca, se separó el borde interno del músculo recto y se dividió la hoja posterior del lóculo aponeurótico de dicho músculo, cayendo al tejido celular pre-peritoneal el cual era poco abundante, la serosa peritoneal fué seccionada con tijeras rectas en toda la extensión de la herida de la pared ventral.

Desde que se abrió la cavidad del vientre, se pudo notar que el útero estaba aumentando de volumen, congestionado, duro al tacto, fibromatoso, infiltrado de pus, lleno de adherencias con los anexos y en retroversión, sostenido en esta posición por algunos tractus fibrosos que lo unían á la S iliaca. Los anexos de ambos lados estaban arruinados, las trompas aumentadas de volumen, principalmente la izquierda; los ovarios también aumentados de volumen, el derecho con degeneración microquística y el izquierdo muy descendido, con adherencias al ligamento ancho del mismo lado y al epiploón; el peritoneo pélvico estaba serpenteado por arterio-

las que irradiaban en forma de arborizaciones en diferentes sentidos.

Después de romper todas las adherencias que unían al útero y anexos, con los órganos vecinos, se procedió á seccionar los ligamentos anchos, comenzando por el izquierdo, previa angiotripsia y ligadura consecutiva y en masa de los paquetes de arterias y venas uterinas y útero-ováricas de ambos lados, procurando respetar en esta sección trompas y ovarios. En seguida, con una pinza erina de Museux, que se implantó en el fondo del útero, se vasculó éste contra el pubis, tirando de él hacia arriba y adelante, con el objeto de dejar al descubierto el fondo de Douglas, que fué seccionado con tijeras rectas previa introducción al fondo de saco posterior de la vagina, de una pinza larga, curva y entreabierta, para que sirviera de punto de mira á la incisión que se debía practicar en dicho fondo. Después con la pinza deslizante del Doctor Doyen, se cogió el labio posterior del cuello uterino, se tiró de él para hacer asequible el labio anterior, sobre el cual se implantó otra pinza de Museux, para tener presa, segura y fuerte, sobre el cuello del útero. A continuación se desprendió

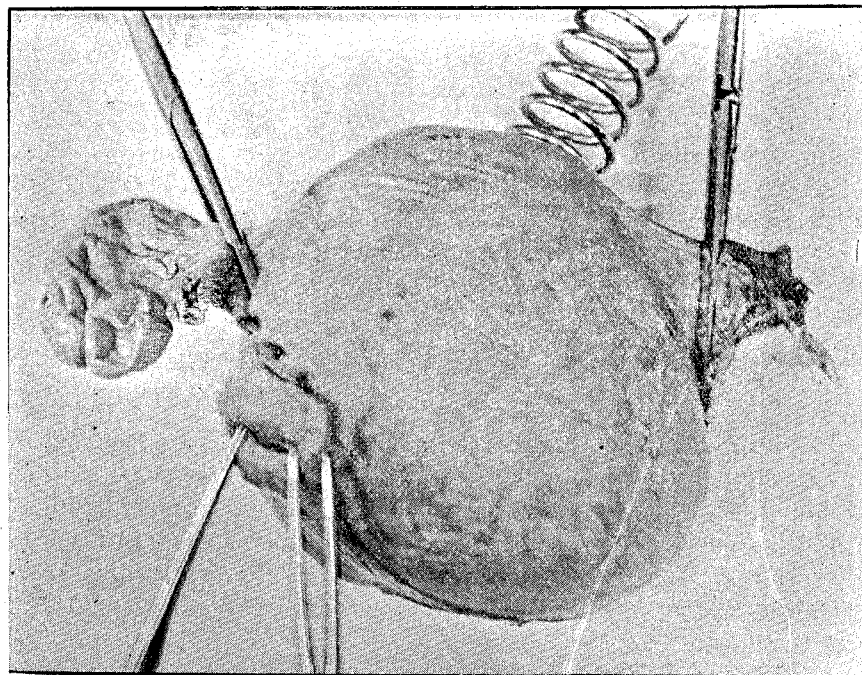


FIGURA NÚMERO 5.

Correspondiente á la observación número 10.

el cuello de las inserciones vaginales y de la vejiga con algunos tijeretazos y con el dedo índice. Con esta maniobra quedaron completamente libres el útero y sus anexos. Se canalizó la pelvis por la vagina con un tubo en T; se saturó con catgut la vagina y el peritoneo pélvico y, después de la *toilette*, se procedió á suturar la pared abdominal con crin de Florencia, siguiendo la técnica de V. Civel para la sutura en 8 de cifra. Se le puso un apósito aséptico.

La operación duró cuarenta minutos, y, durante ella, se necesitaron treinta gramos de cloroformo y se le pusieron á la enferma doscientos gramos de suero cafeinizado.

DIARIO DE OBSERVACIÓN.—Día 6 de julio: Temperatura de la tarde, 37°; pulso, 85. A la 1 p. m. tuvo una fuerte hemorragia por la vagina que se valuó en trescientos gramos; se le pusieron trescientos gramos de suero gelatinizado, con el que se logró cohibir la hemorragia. Como bebida, agua de sifón con pedacitos de hielo. A las 8 de la noche se le puso una inyección con un centígramo de morfina, con la cual se logró aliviar el dolor que la enferma sentía en el vientre. No hubo vómito, solo un poco de náusea.

Día 7: Vómitos biliosos á las 4 a. m.; temperatura de la mañana, 37°; pulso 80; temperatura de la tarde, 38°2; pulso 108. La enferma amaneció con mucha náusea y dolor en el vientre; orinó tres veces; se le puso un enema boro-glicerinado.

Día 8: Temperatura de la mañana, 37°7; pulso, 96; de la tarde, 37°9; pulso, 100. Dolor sub-diafragmático y timpanismo abdominal. Morfina por la noche.

Día 9: Temperatura de la mañana, 37°5; pulso, 108; de la tarde 38°; pulso, 108. Por la mañana se le prescribió un purgante de citrato de magnesia, se le quitó el tubo de desagüe pélvico y se le puso un lavado vaginal antiséptico.

Día 10: Temperatura de la mañana, 37°3; pulso, 80; de la tarde, 37°. Durmió bien la noche anterior.

Día 11: Temperatura de la mañana, 36°5; pulso, 80; de la tarde, 37°; pulso, 80. Como alimentos: leche y sopa caldosa.

Día 12: Temperatura de la mañana, 36°2; pulso, 80; de la tarde, 37°. Amaneció con saburra gástrica y cefalalgia; dolor en la región hipogástrica y fosa iliaca izquierda (cólicos intestinales).

Día 13: Temperatura normal. Se le mudó el apósito, quitándole tres puntos de sutura, de los cuales uno dió una gotita de pus.

Día 14: Temperatura normal. Se le quitó la sutura en *sorgete* de la piel y dos puntos más.

Día 15: Se le quitó el sexto de los puntos, quedando una cicatriz lineal perfectamente sólida. La enferma salió

completamente curada de su dolencia el día 17 de julio, es decir, á los doce días de la operación.

REFLEXIONES.—Es digno de notarse: 1° El acierto que tuvo el Ginecólogo al practicar junto con la ablación de los anexos, la extirpación total del útero, porque si sólo se hubiera limitado á reseca aquellos, beneficiaba á la enferma, es verdad, porque la privaba de un depósito de toxinas que la envenenaban; pero su obra curativa hubiera sido incompleta, porque se le dejaba la infiltración microbiana en la circulación linfática del parametrium y en el parenquima uterino, quedando la enferma incompletamente curada por consiguiente. 2° La cohibición rápida y eficaz de la hemorragia abdominal que se obtuvo con el empleo del suero gelatinizado, sin el cual hubiera habido necesidad de abrir nuevamente el vientre para poder practicar la hemostasia del vaso ó vasos que sangraban; y 3°, La cicatrización pronta é inmediata de la pared abdominal con el empleo de la sutura en 8 de cifra

OBSERVACIÓN N° 3.

Histerectomía abdominal total por un voluminoso fibro-mioma de la matriz, coincidiendo con un embarazo de cuatro meses.

Operación practicada por el Doctor don Francisco Löwenthal en la Casa de Salud del Hospital General, el día 27 de agosto del presente año.

Doña A. X., de 26 años, bien constituida, nulípara, de oficios domésticos.

Su padre murió de tuberculosis pulmonar.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Padeció de sarampión y tos ferina en su infancia y de cloro-anemia á los veinte años de edad.

HISTORIA SEXUAL DE LA ENFERMA.—Regló á los doce años; antes de casarse, sus menstruaciones eran muy dolorosas y le duraban seis y ocho días; nunca ha tenido metrorragias; el tumor que lleva en el vientre hace tres años que comenzó á notarlo (septiembre de 1899). Desde entonces su desarrollo ha sido constante; durante todo este tiempo, sus reglas han sido muy normales; éstas se le suspendieron en mayo del presente año, lo cual me hizo pensar en un embarazo probable, coincidiendo con el tumor.

ALTERACIONES FUNCIONALES GENERALES.—Hace dos años que comenzó á ser estreñida y á padecer de disuria y palpitaciones. El mismo tiempo hace, poco más ó menos, que siente de vez en cuando dolores en el vientre: estos dolores se hicieron muy agudos quince días antes de la operación; desde entonces no tiene tranquilidad un solo instante; pasa las noches sentada en su cama, porque al acostarse le aumenta el dolor y siente que se ahoga. Ultimamente no se han calmado estos dolores ni con la morfina, esto es lo que la decidió á operarse.

EXPLORACIÓN CLÍNICA.—La actitud que toma la enferma al estar de pie es la de una mujer embarazada á término; las mamas están muy abultadas y surcadas por venas azules; la areola del pezón fuertemente pigmentada y los tubérculos de Montgomery muy desarrollados; comprimiendo las mamas pudimos hacer salir por el pezón una gotita de un líquido seroso.

El vientre estaba sumamente distendido; en la línea media se encuentra una franja amarillenta, que parte del pubis y llega á la parte media del abdomen.

A la palpación se nota que el tumor tiene la forma de un gran ovoide, duro é inmóvil, oblicuamente dirigido de abajo á arriba y de izquierda á derecha, hasta dos traveses de dedo de las falsas costillas del lado derecho. Intentamos introducir nuestras manos en la excavación pélvica, pero no pudimos hacerlo por encontrarse completamente lleno por el tumor.

A la auscultación no nos fué posible encontrar ningún foco, no obstante haber un feto de cuatro meses.

MEDICIÓN CON LA CINTA MÉTRICA.—Aplicándola horizontalmente á nivel del ombligo, 47 centímetros; verticalmente, del ombligo al pubis, 20 centímetros; oblicuamente, de la espina iliaca antero-superior izquierda á las falsas costillas derechas, 39 centímetros, y de la espina iliaca antero-superior derecha á las falsas costillas del lado opuesto, 36 centímetros.

El tacto vaginal nos demostró que el cuello estaba blando, dirigido un poco hácia atrás y á la izquierda y su orificio externo muy pequeño; el fondo de saco anterior, libre; los demás, ocupados por el tumor. El examen al espéculum y la hysterometría no su pudo hacer, por la premura de tiempo.

DIAGNÓSTICO: fibro-mioma de la matriz coincidiendo con un embarazo de cuatro meses.

OPERACIÓN.—Después que se abrió el vientre con una incisión mediana, desde el pubis hasta tres traveses de dedo por encima del ombligo, observamos que por la abertura hecha salió un líquido amarillo canario, que estaba coleccionado entre el tumor y el peritoneo parietal: lo valuamos en 100 gramos.

Descubierto el tumor, se notó: 1º Que en su cara anterior tenía ingertado un tumor secundario, con todas las apariencias de un quiste: era la vejiga llena de orina que, adherida al tumor, había sido arrastrada por éste en su marcha de crecimiento; 2º Que los ligamentos anchos atrofiados iban á desembocar muy hacia abajo del tumor. Las trompas y ovarios estaban normales; 3º Porción del colon descendente estaba íntimamente adherida al tumor en su cara lateral izquierda, un poco por encima del ligamento ancho izquierdo. Estas adherencias se desprendieron con mucha dificultad con los dedos. Con esto se pudo extraer el tumor fuera de la cavidad pélvica siguiendo la técnica habitual.

Se puso un desagüe en el canal pelvi-genital, se suturaron la vagina y el peritoneo pélvico y, previa *toilette*, se procedió á suturar la pared abdominal, siguiendo la técnica de V. Civel para la sutura en 8 de cifra.

EXAMEN DE LA PIEZA.—Tiene la forma de un ovoide aplastado en su cara anterior y está formado á expensas del fondo y pared posterior del útero.

Al practicar la hemisección en su pared anterior, descubrimos la cavidad uterina, encontrando un feto como de cuatro meses de edad y de 150 gramos de peso.

El peso del tumor, incluyendo el feto y anexos, es de 15½ libras.

La convalecencia duró 16 días. Hubo vómitos clorofórmicos el primer día. La mayor temperatura la tuvo el cuarto día, 39º2, coincidiendo con saburra gástrica y dolor en el vientre.

A los ocho días se le quitaron definitivamente los puntos en 8 de cifra.

OBSERVACIÓN Nº 4.

Histerectomía abdominal total por fibro-mioma multinodular hemorrágico (siguiendo el método de Doyen).

Operación practicada en la Casa de Salud por el Doctor don Salvador Ortega, con asistencia de los Doctores don Juan J. Ortega, don Francisco Löwenthal y don Antonio Macal. (Observación tomada por Rodolfo Leiva y publicada en «La Escuela de Medicina.»)

J. A., casada, nulípara, de 45 años, originaria de la Antigua, siempre ha vivido en esa ciudad.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Refiere que su madre murió á los 69 años de edad de mal de Bright, según referen-

cia de los médicos, y que después de una hora de haber muerto, notó que las sábanas de su lecho de muerte estaban teñidas de sangre, por una abundante hemorragia que tuvo por la vagina. Su padre murió de pulmonía, á los 45 años. La única hermana que tiene padece frecuentes trastornos menstruales.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Fué reglada á los 11 años y siempre le venían sus reglas cada mes, sin ningún trastorno, hasta los 18 años en que comenzó á padecer de Corea de Sydenham y de reglas sumamente dolorosas (dismenorrea) y poco abundantes. Estas dos enfermedades cesaron espontáneamente después de 24 años de padecimiento, con ligeras interrupciones de salud.

En la mañana del 31 de enero de 1898, después de hacer muchos esfuerzos levantando unos muebles muy pesados, sintió que le salía por la vagina una gran cantidad de sangre, acompañada de coágulos. Esta hemorragia fué tan abundante, que manchó todas las sábanas y pasó el colchón en donde se había acostado, hasta que, merced á un taponamiento que le practicó un cirujano de la población, llegó á ser cohibida dicha metrorragia. A los pocos días de esta hemorragia, comenzó á notar que el vientre aumentaba de volumen, que después de las comidas se le desarrollaban muchos gases en los intestinos y á sufrir de estreñimiento.

Se casó el 6 de agosto de 1901, y al mes de la vida conyugal, notó que el vientre continuaba en su marcha de crecimiento, que sus reglas tornaban á hacerse dolorosas y menorrágicas, quedándole flujo sin fetidez, que se prolongaba por diez ó quince días. En los meses de octubre, noviembre y diciembre, sus reglas le venían dos veces durante el mes, suspendiéndose durante cuatro ó cinco días. El 7 de enero de 1902, tuvo otra metrorragia; el 31 del mismo mes, volvió á repetirse; esta vez tuvo que guardar cama durante algunos días, por quedar muy debilitada después del escurrimiento sanguíneo. En el mes de febrero del presente año, con motivo de una caminata de tres horas, comenzó á sentir dolores en el vientre, muy agudos y con carácter intermitente. Como se creyera en dolores de parto, se mandó llamar á una comadrona, la cual, con el reposo, irrigaciones vaginales calientes y lavativas laudanizadas, logró calmarla un tanto. El día 1.º de mayo tuvo otra metrorragia con coágulos sanguíneos y acompañada de dolores en el bajo vientre, siempre con el carácter de intermitencia. El 27 de mayo volvieron de nuevo los dolores, acompañados de emisión de orina y de salida por la vagina de un líquido aglutinante, como solución de goma. Los dolores eran acompañados esta vez de accesos

coreiformes, que se localizaban en los músculos de la región abdominal. Creyendo llegada la hora de dar á luz un nuevo sér, mandaron llamar á la misma comadrona, quien, vista la gravedad del caso, pidió que se llamara al Doctor don Juan J. Ortega. El Doctor Ortega después de un examen detenido, dispuso operar á la enferma esa misma noche. La operación comenzó á las once de la noche del 27 de mayo de 1902 y terminó á las 12 menos 5 minutos, sin ningún accidente operatorio ni clorofórmico. Después de practicada la laparotomía mediana, se descubrió un voluminoso fibro-mioma subperitoneal, que traspasaba los límites del ombligo y ocupaba la pequeña pelvis. El tumor principal era de forma poliédrica y estaba provisto de otros secundarios, que sobresalían en forma mamelonada en algunas de las caras del tumor principal. Algunos de estos pequeños tumores estaban incluidos en los ligamentos anchos. Se quitaron las adherencias que el tumor tenía con las partes vecinas; después se hizo la enucleación del tumor, incindiendo los ligamentos anchos, con lo que quedó libre el fondo de Douglas.

Hecho esto, se practicó la histerectomía en todos los tiempos descritos por Doyen, se canalizó la pelvis con un tubo de caucho en forma de T. Después de practicada la *toilette* del peritoneo, se procedió á cerrar la cavidad abdominal con puntos de sutura de crin en 8 de cifra, comprendiendo en dicha sutura, todo el espesor de la pared abdominal, inclusive el peritoneo parietal. Estos puntos de sutura se alternaron con otros que se pusieron en el plano superficial. Se le puso una curación seca aséptica para terminar la operación.

DIARIO DE OBSERVACIÓN.—Día 28 de mayo: temperatura de la mañana, 36°6; de la tarde, 37°2; el estado general de la enferma es satisfactorio; hay poco dolor en el vientre, algo de náusea, pero no ha habido vómito; en la noche se le sacó una vez la orina y dos veces en el día, esta última salió teñida de sangre; se le puso una inyección de un centígramo de morfina por la noche.

Día 29: temperatura de la mañana, 36°4; de la tarde, 37°6; amaneció con algo de timpanismo abdominal, tuvo dos deyecciones muy fétidas durante el día, orinó sin dificultad espontáneamente; se le prescribió agua de sifón y tomó un poco de leche con agua de cal medicinal.

Día 30: temperatura de la mañana, 36°8; de la tarde, 37°; la noche anterior durmió muy poco, no obstante la inyección de morfina que se le puso; se le salió el tubo de desagüe pélvico, amaneció con saburra gástrica, por lo que se le prescribieron 40 gramos de citrato de magnesia en agua de sifón; leche como alimento y una inyección de morfina por la noche.

Día 31: temperatura de la mañana, 37°; de la tarde, 37°3; durmió mejor que la noche anterior, desapareció el timpanismo abdominal, el purgante le produjo dos asientos sin dolor; no se le puso morfina.

Día 1° de junio: ninguna novedad.

Día 2: temperatura normal; amaneció con algo de dolor en la herida; se le cambió el apósito y se encontró un punto de sutura infectado, el cual se quitó.

Día 3: temperatura de la mañana, 38°; de la tarde, 38°5; pasó la noche muy desasosegada y amaneció con la lengua llena de muguet; se le prescribió un colutorio boratado y enjuagatorios de agua boricada.

Día 4: temperatura normal; se cambió el apósito y se quitaron algunos puntos en 8 de cifra; continúa el muguet y la salivación; tomó un huevo pasado por agua y leche alternada con atole.

Día 5: ninguna novedad.

Día 6: temperatura de la mañana, 36°2; de la tarde, 38°6; pasó mala noche con cólicos intestinales y dolor en la herida; se le prescribieron antisépticos intestinales; se le mudó el apósito y se le quitaron los últimos puntos de sutura.

Días 7, 8 y 9: ninguna novedad.

Día 10: temperatura de la mañana, 37°6; de la tarde, 38°; desapareció el muguet; la enferma se levanta á pasear por los corredores en silla de ruedas.

Día 11: temperatura normal, continúa la mejoría.

Día 12: temperatura normal; la enferma comienza á andar; la herida está completamente cicatrizada.

El día 14: sale de la Casa de Salud completamente curada.

Ultimamente hemos hecho una visita en su casa á la enferma y con satisfacción hemos observado que se encuentra en perfecto estado de salud y dedicada á sus ocupaciones.

REFLEXIONES: 1ª—Es digno de notarse la supresión de los ataques de corea, que hacían tan penosa la vida de la enferma.

2ª—La cesación del estreñimiento pertinaz, que ocasionaba el tumor uterino por su compresión en el recto.

3ª—Por extraordinario que parezca á primera vista la confusión de un fibro-mioma con un embarazo, es fácil, porque la naturaleza de los dolores que aquel provoca, simula el carácter expulsivo de los dolores de parto.

OBSERVACIÓN N° 5.

Histerectomía abdominal total por fibro-mioma.

Operación practicada por los Doctores Ortega en la Casa de Salud del Hospital General de Guatemala, el día 18 de septiembre del presente año. Muerta.

Doña E. V., de 44 años, obesa, originaria de Guatemala, de oficios domésticos; ingresó á la Casa de Salud á curarse de fatiga y de hemorragias abundantes y periódicas que tenía por la vagina, debidas, según le han dicho los médicos, á un tumor que hace seis años nota que le crece en el vientre.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Su madre murió de cáncer de la matriz y su padre de fiebre.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Hace dos años padeció de reumatismo agudo y uno que comienza á sentir fatiga y cansancio al menor esfuerzo que hace; no puede subir una escalera, porque siente que se ahoga y que el corazón se le sale por la garganta, según su propia expresión.

HISTORIA SEXUAL.—Regló á los 14 años, siempre bien; tuvo dos hijos y para que naciera el último hubo necesidad de aplicar forceps, por impedir la salida espontánea del niño la coexistencia en la cavidad uterina de un gran fibro-mioma. De ese tumor fué operada en abril de 1886 por los Doctores Monteros, Uribe y don Samuel González. De esta operación quedó perfectamente. En marzo del presente año, comenzó á tener, en vez de reglas, hemorragias abundantes que le duran ocho y diez días, lo cual la decide á ingresar á la Casa de Salud á que la opere el Doctor don Juan J. Ortega.

EXAMEN DE LA ENFERMA.—A la palpación, notamos en la región hipogástrica la existencia de un tumor muy irregular, duro, de superficie abollada, mate á la percusión. Este tumor llena la excavación pélvica, se mueve en todos sentidos y llega á la cavidad del ombligo.

El tacto vaginal, practicado con el índice derecho, nos demuestra la existencia de un cuello atrofiado, duro, dirigido hacia adelante y desviado hacia la izquierda.

La histerometría nos demostró que la cavidad uterina tenía 8 y ½ centímetros de longitud. Al sacar el histerómetro de la cavidad uterina, se nota que éste sale teñido de sangre y con un líquido purulento.

ALTERACIONES FUNCIONALES GENERALES.—El aparato excretor de la orina se encuentra en perfecto estado, lo mismo

que el respiratorio y sistema nervioso. Por parte del aparato circulatorio, encontramos al corazón aumentado de volumen y atacado de insuficiencia mitral.

DIAGNÓSTICO.—Fibro-mioma de la matriz.

OPERACIÓN.—Preparada convenientemente la enferma y anestesiada al cloroformo, se principió la operación por la vía vaginal; pero como hubo dificultades en la extracción del tumor por esta vía, debido á su gran desarrollo, se creyó prudente practicar la láparo-histerectomía, la cual se siguió en todos los tiempos descritos por Doyen.

La extracción del tumor fué muy fácil por no existir adherencia de ninguna clase y porque el cuello uterino había sido desprendido de sus inserciones con la vagina al principio de la operación.

En la tarde del día de la operación, la enferma tuvo temperatura muy baja, 36°; pulso, 110, y 32 respiraciones por minuto; está muy quejumbrosa y responde con mucha dificultad á las preguntas que se le hacen.

Todo el día 19 y 20 por la mañana la temperatura se sostiene en 36°5; pero el pulso y la respiración aumentan de frecuencia. El día 20 por la tarde sube la temperatura á 38°3; pulso filiforme, 120; respiración anhelosa, 35, y timpanismo abdominal.

Día 21: temperatura de la mañana, 37°6; pulso, 124; respiración, 36; temperatura de la tarde, 38°6; pulso, 124, respiración, 30. Vómitos frecuentes. Prescripción: hielo al interior, pociones de Rivière y morfina por la noche.

Día 22: temperatura de la mañana, 36°2; pulso, 112; respiración, 30; temperatura de la tarde, 37°5; pulso, 120; respiración, 32. Tiene mucho dolor en el vientre, hipo y náusea.

Día 23: temperatura de la mañana 37°5; pulso, 120; respiración, 32. En la tarde hay tendencia al colapso, enfriamiento de las extremidades, hipo muy tenaz, náusea, dolor abdominal intenso, timpanismo; pulso esencialmente filiforme, 128; respiración, 34. Muere á las 11 y 30 minutos p. m. Examen de la pieza: pesa 11 y ½ libras; está formado á expensas de la matriz por multitud de nódulos fibrosos subperitoneales y sub-mucosos, algunos de los cuales alcanzan el tamaño de un huevo de gallina.

OBSERVACIÓN N° 6.

Fibro-mioma de la matriz.

Histerectomía abdominal total, siguiendo el método del profesor Doyen. Operación practicada por los Doctores don Juan J. y don Salvador Ortega en el Hospital General, el 11 de febrero de 1902. Curación.

A. D., de 36 años, múltipara, lavandera, ingresó al Establecimiento el día 5 de febrero del presente año, á curarse de frecuentes *desvalagos de sangre* y de una *bola* que se le ha desarrollado en el vientre.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Sus padres fueron muy alentados; la madre murió de viruela, el padre de fiebre tifoidea.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Tiene sífilis adquirida.

HISTORIA SEXUAL.—Regló normalmente á los 14 años, ha tenido dos abortos debidos á la sífilis; sólo le vive un hijo que tuvo últimamente.

Hace un año que sus menstruos comenzaron á prolongarse, haciéndose los períodos inter-menstruales cada vez más cortos, al mismo tiempo comienza á notar que el vientre le crece, pero ella sabe que no está embarazada.

ALTERACIONES FUNCIONALES GENERALES.—Por parte del aparato digestivo, padece hace algún tiempo de cólicos frecuentes y de estreñimiento. El aparato orinario funciona bien, la orina es normal. Los aparatos circulatorio, respiratorio y nervioso están en perfecto estado.

EXPLORACIÓN CLÍNICA.—A simple vista no se nota nada en el abdomen. A la percusión y palpación se demuestra la presencia en la región hipogástrica de un tumor regularmente redondeado, duro, poco móvil, que ocupa la excavación pélvica y que llega á cinco traveses de dedo por encima de la sínfisis pubiana.

Al tacto vaginal, se demuestra que el cuello está casi borrado, forma cuerpo con el tumor, duro, desviado hacia la izquierda y muy elevado. Los fondos de saco normales, exceptuando el posterior que está casi borrado, por la presencia del tumor.

La introducción del espéculum de Sims es muy dolorosa, debido á la existencia de vulvo-vaginitis de origen blenorragico. El cuello está desgarrado y ulcerado por la salida por su orificio externo de moco-pus. El histerómetro marca 7½ centímetros.

DIAGNÓSTICO: *fibro-mioma uterino*.

OPERACIÓN.— Se siguió con mucha regularidad la técnica descrita por el profesor Doyen, siendo digno de notarse en la operación, la falta absoluta de adherencias del útero y anexos con los órganos vecinos y la facilidad con que el Doctor don Salvador Ortega toma el cuello uterino, no obstante estar casi borrado.

Después de practicar la canalización y suturar el peritoneo pélvico, como se acostumbra, se llevó á la enferma al decúbito horizontal para suturar la pared abdominal en tres planos: plano seroso, en *sorgete* con seda delgada; plano muscular, con puntos separados, también con seda, y la piel con puntos separados (crin de Florencia).

EXAMEN DE LA PIEZA.— El tumor es un esferoide de superficie abollada, dura, que cruje al corte con el escalpelo, de 5½ libras de peso. Toda la pared de la matriz en espesor y superficie ha contribuido al desarrollo del tumor, pero principalmente el fondo de la matriz, circunstancia por la cual los anexos desembocan muy abajo del tumor.

La convalecencia fué rápida, no hubo vómitos ni temperatura durante los doce días que duró ésta. A los ocho días de operada se le comenzaron á quitar los puntos de sutura de la piel y los últimos á los diez. Después hubo que practicarle una incisión en el vientre, para sacarle tres puntos de sutura infectados en el plano muscular.

Salió definitivamente curada el 31 de marzo de 1902.

OBSERVACIÓN N.º 7.

Oóforo - metro - salpingectomía por oóforo - metro - salpingitis
y fibro - mioma del útero.

Operación practicada en el Hospital General de Guatemala por los Doctores don Francisco Löwenthal y don Ernesto Mencos.

Felipa Ortiz, de 33 años, soltera, nulípara, cocinera de oficio, originaria de Amatitlán, donde siempre ha vivido desde su infancia, hasta hace diez años que se trasladó á vivir á esta capital. Ingresó á la Sala de San Antonio el día 1.º de julio del presente año, á curarse de unos dolores del bajo vientre, que desde hace algunos años viene padeciendo.

Entre sus antecedentes hereditarios nos refiere que su madre padeció de tos durante mucho tiempo y que murió el 18 de abril próximo pasado, á la edad de 60 años, á consecuencia de abundantes *vómitos de sangre por boca y nariz*. Su padre tiene 70 años y padece de los pulmones. Tuvo cuatro hermanos, de los cuales uno murió de bacilosis pulmonar.

HISTORIA SEXUAL DE LA ENFERMA.— Regló á los 14 años, hace 10 años que tuvo un aborto de 3 meses, á consecuencia del cual le quedó flujo blanco.

El trastorno de sus reglas data del año de 1899 para esta parte, consistentes en prolongación de éstas, que le duraban 8 y 10 días sin dolor al principio; pero conforme transcurrían los meses, el escurrimiento sanguíneo se hacía cada vez mayor en cantidad y en tiempo é iba acompañado de expulsión de grandes coágulos y de fuertes dolores, que la enferma compara á los del aborto.

Al año de estos trastornos (1900), le aparecieron otros, consistentes en dolores á los lados de la matriz. Estos dolores afectaban el carácter intermitente y le aumentaban cuando estaba de pie ó andaba, lográndosele aliviar un poco con el descanso en la cama. Algunas veces, sin motivo apreciable alguno, le aparecía durante cierta hora del día en la fosa iliaca derecha, un dolor tan fuerte que parecía, dice la enferma, *como que si un clavo le estuvieran metiendo*. Consultó al Doctor Arton en junio próximo pasado, quien le practicó cuatro sesiones de electrolisis, sin resultado alguno, porque después de la última aplicación eléctrica tuvo hemorragias tan fuertes, que le hicieron perder el conocimiento, logrando quitárselas al cabo de quince días, con ergotina y lavados calientes.

En la Sala 3ª de Cirugía le practicaron un raspado uterino, con el cual logró arreglarse un tanto del flujo blanco; pero como los dolores continuaran, consultó al Doctor Löwenthal, quien le dijo que ingresara al Servicio que tiene á su cargo en el Hospital General y que allí la curaría por medio de una operación.

ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMA.— Esta se nos presenta muy demacrada, anémica y al interrogatorio nos refiere con dificultad, porque el dolor que tiene en el vientre se lo impide, la historia que anteriormente referimos.

EXAMEN DE LA REGIÓN ABDOMINAL.— A la inspección pudimos notar tensa la pared abdominal y algo aumentada de volumen, contribuyendo á este aumento la presencia de cierta cantidad de orina en la vejiga, la cual sacamos con una sonda metálica de mujer. Hecho esto procedimos á la palpación, y notamos que el útero pasaba cuatro traveses de dedo por encima de la sínfisis pubiana, dolorosa á la presión.

Hacia las partes laterales del tumor hipogástrico, el dolor era mayor, principalmente al nivel de la fosa iliaca derecha, á tal grado, que fué imposible practicar á satisfacción el examen de esta región, por la defensa muscular que en ésta se presentaba. Al tacto vaginal notamos que el cuello estaba aumentado de volumen y algo duro; su orificio externo (hocico de tenca) entreabierto, cabía el pulpejo del dedo índice derecho. Imprimiendo un sacudimiento al útero desde su cuello al mismo tiempo que se hacía la palpación hipogástrica con la mano izquierda, pudimos notar que el tumor de que hicimos mención anteriormente formaba cuerpo con el útero. La exploración de los fondos de saco vaginales nos dió más luz: á través del lateral izquierdo, comprobamos la existencia de un cordón duro y sinuoso, era la trompa izquierda; entre el fondo de saco posterior y lateral derecho, se comprobó la presencia de un tumorcito del tamaño de un hueso de durazno, poco móvil y muy doloroso.

Al examen con el espéculum, que fué muy penoso para la enferma, completamos las nociones que adquirimos por el tacto antes de introducirlo al canal vaginal, notamos la salida por la vulva de un líquido amarillo-verdoso que procedía del útero; pues por su orificio externo salía ese mismo líquido. El cateterismo uterino practicado con el histerómetro de Valleix, nos dió un aumento de dos centímetros y medio.

Se hizo el diagnóstico de *metro-salpingo-ovaritis* con desarrollo probable de un *tumor fibro-miomatoso* en el útero.

La operación duró hora y cuarto y se practicó el día 2 de agosto del presente año, en las condiciones siguientes: abierta la cavidad abdominal por medio de una incisión mediana, desde el pubis, dos centímetros por encima de éste, hasta un través de dedo por debajo del ombligo, se fueron dividiendo con bisturí curvo los diferentes planos, hasta llegar al peritoneo parietal. Antes de incindir éste y para evitar que la sangre penetrara á la cavidad abdominal, se hizo la hemostasia de los vasitos que sangraban y se limpió la herida con compresas asépticas. En seguida se seccionó la serosa con tijeras rectas, previa la abertura de un ojal en su tercio superior. Se puso de manifiesto el tumor uterino y sus anexos, los cuales estaban enfermos. La trompa izquierda aumentada de volumen, muy sinuosa, descendida y con adherencias á la pared lateral izquierda del tumor uterino; el ovario del mismo lado presentaba un quistito pediculado; la trompa derecha tenía su situación normal, pero estaba engrosada y se sentía dura al tacto; el ovario derecho estaba caído, voluminoso y adherido por falsas membranas al útero y á los ligamentos anchos. Visto esto se procedió á desprender el útero y sus anexos de las

adherencias que tenían con los órganos vecinos. Se separaron los anexos de sus conexiones con el útero por medio de cortes de tijeras entre ligaduras con seda. Se procedió á hacer la histerectomía total, la que no se dificultó en ninguno de sus tiempos, siendo digno de notarse lo accesible que estaba el cuello para su vasculamiento y la facilidad relativa con que se desprendió éste de sus conexiones con la vagina y vejiga. Una vez extraída la matriz, se practicó la oóforo-salpinguectomía doble; se puso un desagüe en el canal pelvi-genital; se suturó la vagina con puntos separados y el peritoneo pélvico con sutura en bolsa de carretero y después de la *toilette* del peritoneo, se llevó á la enferma al decúbito horizontal, para cerrar la cavidad abdominal con sutura en 8 de cifra.

Antes de ponerle el apósito aséptico á la enferma, se le colocó en la vejiga una sonda de Pezzer para evitar que la orina infectara la curación.

EXAMEN DE LA PIEZA.—El tumor uterino, sin sus anexos, pesa 800 gramos y tiene la forma de una pera grande, cruje al corte con el bisturí, está formado por cuerpos fibrosos intersticiales, pequeños, duros y redondeados; algunos de ellos hacen prominencia en el fondo y cara posterior del útero. Haciendo la hemisección del tumor, pudimos notar que algunos de los núcleos fibromatosos, avanzaban hacia la cavidad uterina, motivo por el cual se producían las metrorragias en la enferma.

La enferma tuvo 15 días de convalecencia y durante ellos no hubo temperatura anormal ni vómitos. Se le comenzaron á quitar los puntos de sutura á los ocho días de operada, quitándole los restantes á los doce días de operada.

La herida abdominal está representada por una cicatriz lineal muy sólida.

Pidió su alta el 20 de junio.

OBSERVACIÓN N° 8.

Histerectomía abdominal total por fibro-mioma de la matriz.

Operación practicada en la clientela civil por los Doctores Ortega, don Manuel Arroyo y Avila Echeverría. (Observación tomada por el Doctor don Manuel Arroyo).

Señora X., de 53 años, vino á consultarme con respecto á un tumor que tenía en el vientre.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS, nulos; personales, nulos respecto á enfermedades. Reglada por primera vez á los catorce

años, siempre regularmente. Entra á la menopausia á los cuarenta y siete años.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL.—A los cuarenta y seis años observa por primera vez que sus reglas se prolongan más que ordinariamente, durando algunas veces hasta quince días, pero nunca en coágulos.

Antes de entrar á la menopausia, comienza á percibir un escurrimiento blanco, pero no cosa que le llame la atención. Desde la edad de cuarenta y siete años comienza á percibir que su vientre le aumenta de volumen, lo que le molesta demasiado á causa de la maledicencia pública, pues todo el mundo la creía en cinta; sin embargo, á pesar de eso, no piensa nunca en consultar á un médico.

Cuando la vi por primera vez, me asombré profundamente, al verla con un vientre tan fenomenal á su edad; la creía en cinta de nueve meses y aventuré á interrogarle á este respecto. Me dijo entonces que se encontraba en ese estado desde hacía ocho años y que su vientre aumentaba de volumen de más en más cada día. Cambiando entonces de opinión le aconsejé viniese al día siguiente á mi consulta para examinarla.

He aquí lo que encontré al examen:

A la inspección, un vientre globuloso, teniendo del todo el aspecto de una mujer en cinta de un grueso niño de nueve meses ó de un embarazo gemelar; el ombligo completamente borrado y al lado derecho de la línea media, al nivel del hipocondrio derecho y del flanco del mismo lado, el vientre más prominente que del izquierdo, como si el útero estuviera lleno de un feto situado en izquierda anterior y cuyas nalgas estuviesen dirigidas á la derecha. A la palpación y percusión, compruebo que el tumor es completamente mate en toda su extensión; que sube á ocho traveses de dedo por encima del ombligo, casi al nivel del apéndice xifoides. Entre este apéndice y el tumor, una pequeña zona de sonoridad, debida á la masa intestinal. Haciendo cambiar de posición á la enferma no hay desplazamiento de la macidez. El tumor parece irregular y se sienten perfectamente abolladuras en algunas partes de su extensión, sobre todo á la derecha. Comprimiendo el vientre con las dos manos, experimento la sensación de que algo duro, de resistente, sin consistencia elástica está por debajo. Queriendo introducir mis manos en la excavación, no pude lograrlo. Cuando meneo el tumor, siento que se desplaza un poco, cosa que me hace pensar inmediatamente en la no existencia de adherencias con los intestinos.

Al tacto, experimento dificultad al introducir dos dedos en la vagina, á causa de la existencia de un himen semi-lunar muy neto, teniendo que contentarme con mi índice. La enferma

experimenta dolor, pero logro llegar hasta el fondo. Al principio no encuentro el cuello y me veo obligado á dirigir mi dedo muy arriba, logrando al fin encontrar el cuello contra la sínfisis pubiana. Los fondos de saco laterales y posterior, están completamente vacíos y casi borrados, el anterior lleno de una masa resistente.

Al tacto combinado con la palpación, he aquí lo que compruebo: el cuello forma cuerpo perfectamente con el tumor y cuando hago descender el tumor con la mano izquierda, aplicada sobre el vientre, mi índice derecho siente muy bien que el cuello desciende y que vuelve á subir cuando el tumor sube, lo que me hace pensar en la existencia de una solidaridad perfecta entre el cuello y el tumor.

A la auscultación, oigo un soplo uterino muy marcado, isócrono, con las pulsaciones arteriales, á la izquierda de la línea media.

Al espéculum, no habiendo podido introducir el de Cusco, por la persistencia del himen, me privé de examinar *de visu* el cuello y hacer la histerometría.

Como síntomas subjetivos de este tumor, la enferma no ha experimentado sino una especie de molestia y una sensación de pesantez, fatigándose por la menor causa; un poco de palpitaciones, algunas veces estreñimiento, pero ligero, y últimamente micciones frecuentes. La orina normal.

DIAGNÓSTICO.—Fibro-mioma de la matriz; y pienso que el fibroma se ha desarrollado en el intersticio de las fibras musculares.

Para confirmar mi diagnóstico, practico tres punciones exploratrices en tres distintos puntos del vientre, el resultado negativo confirma mi opinión. Mi colega y amigo, el Doctor Zúñiga, piensa lo mismo y nuestro maestro, el Doctor Ortega, Juan J., hace lo mismo examinando á la enferma más tarde.

Aconsejamos la operación, la cual se practicó el veintiocho de mayo de 1900 á las diez a. m.

Se toman todas las precauciones necesarias que la Cirugía moderna impone con respecto á la asepsia y antisepsia. La enferma toma baños jabonosos tres días antes de la operación y se le ponen en la vagina inyecciones calientes de sublimado, al dos por mil; se rasuran los pelos del pubis; un purgante suave se le da en la víspera y una lavativa boricada el día mismo de la operación.

Antes de la anestesia, la enferma orina espontáneamente; se lava el campo operatorio con jabón, éter sublimado y se deja una curación húmeda, aguardando el momento de la operación. Esta se principia por mi maestro, el Doctor don Juan J. Ortega, ayudado por mis colegas Avila Echeverría,

Salvador Ortega y yo. Se hace una incisión media, del ombligo á la sínfisis pubiana, cortando piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis de los músculos del abdomen, separando el intersticio de los rectos anteriores y se llega al peritoneo, en el cual se practica un agujero para hacer después la incisión con tijeras rectas. Entonces se presenta á nosotros un enorme tumor de color blanco nacarado, que nos obliga á prolongar la incisión del vientre, contorneando el ombligo á la izquierda, hasta cuatro traveses de dedo por encima de éste, para poderlo sacar. El Doctor Ortega, Juan J., lo tomó entre sus manos y comienza á partearlo, por decir así. Como no presenta adherencias, como lo había pensado muy bien antes de la laparotomía, el trabajo no fué muy difícil. El Doctor Avila lo toma con pinzas de garfios muy fuertes y lo sostiene durante la operación, haciéndolo vascular hacia la derecha é izquierda, según las necesidades y yo me ocupo de la hemostasis y de sostener los intestinos con compresas, esponjas asépticas; mientras que se manobra en el tumor. Este es muy vascular y da hemorragias en *nap*, con la mayor facilidad.

Cuando el tumor se presenta á nuestra vista, antes de sacarlo, el Doctor Salvador Ortega creyó que nos encontraríamos en presencia de un quiste del ovario y lo puncionó con un trócar de Péan, que dió salida á una regular cantidad de sangre, cuyo flujo fué detenido con pinzas hemostáticas. Encontramos muchas dificultades para enuclear el tumor; cuando el Doctor Juan J. Ortega tuvo la idea de meter su dedo índice en la vagina, para buscar el cuello y servirse de él como guía. Este estaba de tal manera alto, que no se le encontraba, ocasionándonos muchas dificultades. Entonces se introdujo una pinza de Richelot en el fondo de saco posterior, la cual fué á hacer eminencia en el Douglas, percibiéndose muy bien á través del peritoneo y de la vagina. Se cortó sobre la pinza con el bisturí, prolongando la incisión hacia arriba del lado del tumor, percibiendo de que lo que se cortaba eran las fibras musculares del útero, considerablemente hipertrofiadas y que en el fondo se encontraba el verdadero fibroma desarrollado en la propia cavidad uterina. Entonces fué muy fácil hacer la decorticación, aplicar clamps en los ligamentos anchos, cortar entre dos clamps, hacer la ligadura con seda fuerte y extraer el tumor.

Al separar el tumor de la vejiga, se creyó en un momento dado haberla cortado, y para convencernos de ello, se introdujo una sonda, se la llenó con agua esterilizada, que la hizo distender, lo que nos convenció de nuestro error y el tumor fué después quitado. Se dejó una pequeña porción de éste, que después fué cortado mediante la hemostasis previa; se

suturó en dedo de guante y se dejó una mecha en la vagina, para dejar salir lo que pudiese quedar en la cavidad abdominal, á la cual se le hizo una *toilette* con agua esterilizada; después se cerró el vientre y se colocó la curación.

La enferma estuvo anestesiada hora y media al cloroformo; se le inyectaron mil gramos de suero Hayem en el tejido celular subcutáneo. El pulso estaba pequeño y tenía noventa pulsaciones por minuto.

A las 4 p. m., cien gramos de suero; la enferma tiene vómitos, no puede retener el champagne ni la limonada; se le da hielo en pedazos. A las 9 p. m. pulso pequeño, ciento veinte pulsaciones por minuto; los vómitos continúan.

Temperatura, 37°; se le ponen botellas calientes para que no se enfríe; á las 9½, 200 gramos de suero; no puede dormir; se le pone una inyección con un centígramo de morfina. Durante la noche está un poco calmada, pero no duerme y los vómitos continúan; la orina es sanguinolenta; temperatura, 37°5.

Día 29: á las 6 a. m., 100 gramos de suero; los vómitos continúan. Pulso filiforme, ciento veinte por minuto; temperatura, 36°8; orina espontáneamente y es de color rojo; vómitos incesantes, incoercibles, resistiendo á todo, se dan pociones de Rivière y de Dieulafoy é inyección de morfina. A las 9½ hicimos con el Doctor Salvador Ortega una inyección tibia de sublimado al cuatro por mil, sacando las mechas vaginales teñidas de rojo por la sangre. Después de la inyección siente fuerte comezón en la vagina y un dolor atroz al nivel de la fosa iliaca izquierda. Desde este momento comienza á quejarse; los vómitos se repiten á intervalos más aproximados. Suero, 100 gramos; temperatura, 37°; pulso, filiforme, ciento veinte por minuto; á la 1½ de la mañana, 37°3; á las 3, 37°7; á las 4 y veinte, 38°5; vómitos de una agua como conteniendo flemas, hasta las 2 a. m., con intervalos de dos á tres minutos y de las 2 á las 4 y veinte, con intervalos de media hora. En este intervalo la enferma está sumergida en una especie de somnolencia; orina tres veces espontáneamente y su color es normal; al principio de cada vómito tiene hipo y se hace con mucho esfuerzo y ruido, como si tuviese mucho viento. La enferma se enfría considerablemente, las extremidades con especialidad; la nariz se pone fría y afilada. Un sudor viscoso cubre el rostro y comienza á tener sub-delirio. A las 9 a. m., 260 gramos de suero. Temperatura, 38°; pulso, esencialmente filiforme; los ojos se excavan y se ponen opacos. A las 10 a. m., 250 gramos de suero, con 2 centígramos de cafeína; á las 2¼ p. m., comienza á ponerse electricidad. Ya no hay pulso; buena respiración; el sudor frío del rostro y extremida-

des aumenta. A las 12 en punto se me llama con toda precisión, y encuentro á mi colega el Doctor Salvador Ortega, haciéndole respiración artificial, inyecciones de suero, de éter y cafeína á un cadáver que no pudimos salvar. Una hora después abro el vientre y compruebo que la herida comenzaba á cerrarse; que las ligaduras estaban en perfecto estado; pero el intestino estaba fuertemente congestionado.

OBSERVACIÓN N° 9.

Histerectomía abdominal total por fibro-mioma de la matriz, con degeneración quística del ovario derecho.

Operación practicada por el Doctor don Francisco Löwenthal, siguiendo el método del profesor Doyen.

A. P., de 27 años, soltera, virgen, desde niña ha vivido con las Hermanas de la Caridad en el Hospital de San José de Costa-Rica. Hace cuatro años que ingresó de costurera de las Hermanas al Hospital General de Guatemala.

Sus padres murieron dejándola muy pequeña: su padre de una enfermedad del hígado, que adquirió en las costas y su madre murió de cólico *miserere*, al poco tiempo de haber muerto su padre.

ANTECEDENTES PERSONALES.— Desde su infancia fué muy raquítica y por ese tiempo padeció de sarampión y tos ferina. Regló á los 14 años, durándole cinco y seis días, pero el flujo sanguíneo era muy poco.

A los 17 años comenzó á padecer de un cólico muy fuerte, este cólico le aparecía periódicamente con intervalos de meses, algunas veces, y años otras. El año de 1900 tuvimos ocasión de observar un *ataque* de éstos que le duró ocho meses, con alternativas de remisiones y exacerbaciones. Este *acceso* que tenía todas las apariencias de un *cólico nefrítico*, le comenzó una tarde del mes de abril, en ocasión que trabajaba en la costurería del Hospital General, por un *dolor* atroz del lado derecho del vientre, con irradiaciones al ombligo, á la vejiga y al miembro inferior. Como estaba de guardia, fuí llamado para verla y la encontré fría y pálida, tenía náuseas y vómitos verdosos; el pulso estaba pequeño y frecuente; el termómetro marcaba 36°5. Tenía deseos imperiosos de orinar y había estreñimiento.

Para aliviar el dolor, se le puso una inyección hipodérmica, con un centígramo de clorhidrato de morfina; ordené

una lavativa purgante para evacuar el recto y le prescribí, para calmar la náusea, las pociones de Rivière.

Por este tiempo (mes de abril), notan que sus reglas se le prolongan más de lo habitual; que éstas van acompañadas algunas veces de coágulos y que conforme transcurren los meses se *va más en sangre*, según su propia expresión. Estas hemorragias la atormentan demasiado y la debilitan, al grado de no poder trabajar.

El Doctor Löwenthal examina á la enferma y nota que la causa de las metrorragias es debida á la presencia en el útero de un tumor fibro-miomatoso.

Examinando la pared del vientre, noto que profundamente se siente en el hipogastrio la presencia de un tumor redondeado, duro, poco móvil y doloroso á la presión. Este tumor pasa tres traveses de dedo por encima del borde superior de la sínfisis pubiana.

Como es virgen, no nos fué posible practicar el tacto vaginal ni la histerometría, por no haber obtenido la anuencia de la enferma.

Examinada la orina, encontramos la presencia de sedimentos fosfáticos y una fuerte proporción de albúmina.

Por parte del aparato digestivo: anorexia y frecuente estreñimiento.

Por parte del aparato respiratorio, encontramos: en el vértice del pulmón izquierdo, sub-macidez y dolor á la percusión; á la auscultación, rudeza en los dos tiempos inspiratorios y prolongación del segundo tiempo.

Se le propuso á la enferma, como única curación posible, la extracción del tumor que le provocaba esas continuas hemorragias y la enferma aceptó la propuesta.

OPERACIÓN.— Cloroformizada la enferma y en la posición de Trendelenbourg, se practicó con un bisturí fuerte y con filo una incisión mediana, que partiendo de la sínfisis pubiana llega al nivel del ombligo. Se divide en toda la extensión de la herida el peritoneo parietal, previa la abertura de un ojal en su parte superior. Se pone de manifiesto el tumor uterino y sus anexos, los cuales guardan su posición normal y no tienen adherencia de ninguna clase, sólo el ovario derecho está con degeneración quística. Se implanta en el fondo del tumor el desenclavador de Delagénière. Se vascula hacia adelante, después de desprender con los dedos las adherencias que el tumor tiene por su cara posterior, con una asa de intestino delgado. Se resecan en masa los anexos de ambos lados, después de colocar pinzas clamp, y se practica con seda la ligadura de las arterias útero-ováricas de ambos lados del tumor. Con esto se vascula con mayor facilidad el útero hacia

el pubis y se descubre el fondo de saco vaginal posterior, el cual se incinde con tijeras rectas sobre el relieve de una pinza curva, que previamente se colocó en el fondo de saco vaginal posterior. Se toma el cuello uterino con la pinza de Doyen y después de sacarlo por el ojal peritoneal, se lleva fuertemente hacia arriba. Se desprende con tijeras de sus inserciones y de sus conexiones ligamentosas inferiores. Con esto puede llevarse el cuello más hacia arriba, descubriendo de este modo el fondo de saco vaginal anterior, desprendiéndolo del útero con cortes de tijeras al ras de éste.

Fuera el tumor de la cavidad abdominal, se desprendieron la trompa y ovario derechos y después la trompa izquierda, conservando el ovario de este lado, para evitar en lo posible los efectos de la menopausia artificial.

Después de la *toilette* del peritoneo, se procedió á la sutura de la vagina y del peritoneo pélvico; se llevó á la enferma á la posición horizontal, para practicar la sutura del vientre con crin de Florencia y en 8 de cifra.

La convalecencia fué rápida; el segundo día de operada hubo vómitos; á los cinco días se le comenzaron á quitar los puntos de sutura. Al sexto día llega la temperatura á 39°; hay saburra gástrica y la enferma no ha obrado; se le prescribe un purgante salino. A los diez días se le quita el resto de los puntos, algunos de ellos se encontraron infectados.

El día 2 de julio la enferma está completamente curada.

Examen del tumor: éste estaba desarrollado á expensas de la matriz; es de un color blanquecino y su tejido cruje al corte con el escalpelo; tiene la forma de un ovoide y pesa tres libras.

OBSERVACIÓN N° 10.

Fibro-mioma de la matriz y degeneración quística de ambos ovarios.

Histerectomía abdominal total. Operación practicada por los Doctores don Juan J. y don Salvador Ortega en la Casa de Salud del Hospital General de Guatemala. Curación. Observación tomada por los Bachilleres José Fernández de León y Mario J. Wunderlich.

Doña A. P., de 38 años, de Bogotá, casada, de oficio cocinera, residente en esta capital desde hace 6 años y últimamente en Retalhuleu, ingresó al Hospital General el día 20 de julio de 1901.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD.—Refiere que hace dos años que sintió aparecerle una pequeña *bola* en el vientre, situada

por detrás y encima del pubis, cuyo volumen ha ido progresando de día en día, siendo además causa de fuertes dolores y de indescriptible molestia: sensación de pesantez en el vientre, acentuándose más durante la marcha y con los más mínimos oficios, viéndose en consecuencia obligada á abandonar sus ocupaciones. Hace un mes que tuvo una fuerte hemorragia uterina que le duró veinte días, habiéndose acentuado los dolores al nivel del ovario derecho, con irradiaciones á los flancos y al muslo del mismo lado. El dolor es tan fuerte que no puede apretar las cintas de sus vestidos en la cintura.

ANTECEDENTES DE FAMILIA.—Son buenos, no habiendo ninguna diátesis que consignar.

ANTECEDENTES PERSONALES.—En su niñez padeció de sarampión y fiebre tifoidea; hace nueve años de tercianas, y hace tres que contrajo chancro blando.

HISTORIA SEXUAL.—Principiaron las reglas á la edad de 14 años, siendo normales y durando cuatro días hasta los veinte años, fecha desde la cual disminuyeron los períodos intermenstruales, sucediéndose las reglas cada quince ó veinte días y durando seis; además hace ocho años, estando en San José de Costa Rica, y sin causa aparente, le sobrevino una hemorragia y consultó con dos cirujanos de ésa, quienes le practicaron un raspado del útero y extrajeron, según cuenta la enferma, varios pólipos. Su menstruación volvió á ser normal desde esa fecha (1893) hasta el 18 de julio de este año, día en que tuvo de nuevo una hemorragia, más abundante que las otras y de quince días de duración, durante los cuales se vió obligada á guardar cama.

De sus relaciones sexuales fué embarazada dos veces, abortando en ambas: la primera á los tres meses, (hace 18 años); y la segunda á los dos meses y medio, (hace 10 años). Estos abortos, (según dice) no tuvieron causa justificable.

ALTERACIONES FUNCIONALES GENERALES.—La vejiga y el útero funcionan bien. Su aparato digestivo se encuentra alterado hace algún tiempo, sufriendo muy á menudo de cólicos y de constipación tenaz; los aparatos circulatorio, respiratorio y el sistema nervioso se encuentran en perfecto buen estado, verificándose sus funciones perfectamente.

EXPLORACIÓN CLÍNICA.—Su aspecto general es bueno: es bien constituída y no tiene deformidad física.

Las mamas son normales. El abdomen no presenta anomalía á simple vista. A la percusión dá en casi toda su extensión sonoridad normal, excepto al nivel del hipogastrio y hacia la fosa iliaca derecha, en que dá un sonido mate, demostrando la presencia de un cuerpo sólido situado inmediatamente por detrás de la pared abdominal, comprobando á la palpación

que es duro, abollado, movable, redondeado, del tamaño de la cabeza de un adulto, formando cuerpo con las paredes del útero, ocupando la excavación pelviana y parte de la fosa iliaca derecha; á la auscultación no dió ningún signo.

Los órganos genitales externos, normales; lo mismo que la vagina; el cuello del útero, duro y desviado hacia la izquierda; el hocico de tenca, bañado de muco-pus; los fondos de saco, libres. La exploración bi-manual (abdomino-vaginal, recto-vaginal, abdomino-vésico-vaginal), demostró la presencia y los caracteres descritos al tumor, notándose que no existían adherencias con los órganos vecinos.

El ovario izquierdo es sumamente doloroso á la presión; el derecho parece normal.

El empleo del espéculum reveló la desviación del cuello uterino de que se ha hecho mención. El histerómetro dió una longitud máxima de ocho centímetros, arrastrando de la cavidad de la matriz muco-pus y sangre.

DIAGNÓSTICO.—Fibro-mioma uterino.

OPERACIÓN.—1º Incisión mediana de las partes blandas, del ombligo al pubis, encontrando al peritoneo bastante engrosado.

2º Extracción del tumor por tracciones hechas sobre un tirabuzón mediano que se implantó en el tumor.

3º Liberación de éste, cortando las adherencias entre ligaduras.

4º Corte circular y disección por medio del bisturí en todo el segmento inferior del tumor, para desprender el peritoneo del neoplasma.

5º Ligadura y sección de los anexos (ligamentos anchos muy delgados y angostos).

6º Extracción del neoplasma.

7º Disección minuciosa con las tijeras, del muñón del útero que quedaba: Esta disección se facilitó introduciendo el dedo en la cavidad de la matriz y haciendo su hemisección para separar sus mitades de sus inyecciones vaginales.

8º *Toilette*, sutura de la vagina dejando un desagüe y de los dos colgajos peritoneales, previa resección de las partes exuberantes.

9º Sutura de las partes blandas en tres planos: *sorgete* peritoneal (con catgut); sutura de los músculos con puntos separados (seda) sutura de la piel (crin de Florencia).

10. Apósito aséptico.

Durante la operación se necesitaron 40 gramos de cloroformo, se inyectaron 300 gramos de suero quirúrgico y su duración fué de hora y cuarto.

EXAMEN DE LA PIEZA.—El tumor está formado á expensas de la matriz; el cuello está permeable; permite la introducción del índice. Al tacto se siente á cuatro centímetros de profundidad la presencia de un tumor en el interior del útero. La forma de toda la pieza, que tiene las dimensiones de una cabeza de adulto, es bastante irregular y sobre ellos encuentran adheridos varios pequeños tumores, de los cuales el más grande tiene diez centímetros de largo por cinco de diámetro. El peso es de seis libras. Degeneración quística de los ovarios. Durante los días que siguieron á la operación nada hubo digno de notarse. Los puntos se quitaron á los doce días; y la enferma salió curada á los quince, presentando una sólida cicatriz lineal.

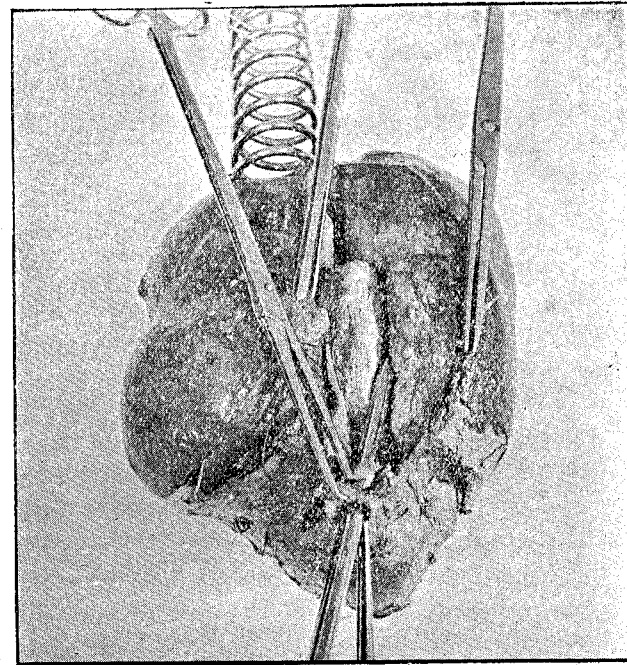


FIGURA NÚMERO 6.

Correspondiente á la observación número 11.

Fibro-mioma de la matriz.

Histerectomía abdominal total por el método Doyen. Curación. Operación practicada por los Doctores Ortega (Juan J. y Salvador). Observación tomada por los Bachilleres José Fernández de León y Mario J. Wunderlich.

Dña D. H., de la Antigua Guatemala, de 48 años de edad, casada, de oficio costurera, residente en ésta desde hace 18 años, entró á la Casa de Salud de señoras el día 21 de abril de 1901. Viene á curarse de un tumor (*bola*) que desde hace 2 años, más ó menos, se ha venido desarrollando en su vientre y que la molesta, causándola sensación de pesantez, sobre todo durante la marcha. Ha producido dolores algunas veces intensos y ha crecido paulatinamente hasta adquirir el volumen de una cabeza de niño de pocos meses. Está situado en el hipogastrio ocupando el lugar del útero y sube hasta cerca del ombligo (á dos traveses de dedo distancia.)

Entre sus antecedentes hereditarios sólo pueden citarse los hechos de haber muerto su madre de tuberculosis pulmonar, y una hermana de cáncer del útero, según referencias de la misma enferma.

La menstruación principió en la enferma á la edad de 15 años y fué siempre regular en cantidad y duración de la regla, hasta hace 2 años, coincidiendo con la aparición del tumor el trastorno de esta función: al principio fué la regla más abundante, durante algunos días más que de ordinario; después se sucedían cada 22 días y duraba la función 8 días; últimamente los intervalos continuaron la disminución, hasta llegar á convertirse en flujo continuo, verdadera metrorragia. Este flujo no tiene olor particular bien marcado. Ha tenido 6 hijos, de los que, el primero que es único que vive, tiene 18 años; el último, tendría 8 años, pero murió como todos los demás. No ha tenido abortos, habiéndose verificado todos sus partos sin dificultad. Ha quedado en perfecto estado de salud después de cada parto y ella misma ha amamantado á sus hijos.

En la vejiga, el recto, músculos y nervios pelvianos, no se nota desorden funcional manifiesto. Es cardiaca y ha padecido palpitaciones y opresión, desde la aparición del tumor. Estos síntomas se exageran durante la marcha hasta llegar á producir accesos de dispnea. El resto del aparato

circulatorio, así como el digestivo, son normales y funcionan bien; en cuanto el aparato excretor de la orina, por los síntomas de que hace mención, parecen ser los *pequeños* accidentes del brightismo. Ha padecido anteriormente de sarampión y paludismo.

EXPLORACIÓN CLÍNICA.—Su estado general no es muy satisfactorio: viene enflaqueciendo desde hace 2 años y tiene una palidez general, que revela profunda anemia.

Las mamas son pequeñas, pero sanas. El abdomen, muy voluminoso, debido á la presencia del tumor, que se dibuja perfectamente bajo las paredes blandas y laxas de la cavidad. Este está situado en el hipogastrio, y á la palpación se comprueban en él los signos siguientes: duro, movable, redondeado, liso, del tamaño de una cabeza de niño, (de un coco); á la percusión nos dió un sonido mate, contrastando con la sonoridad del resto del abdomen; la auscultación no nos dió ningún signo. Las dimensiones del abdomen son: del apéndice xifoides al pubis, 43 centímetros; del ombligo al pliegue inguinal, 25; la circunferencia al nivel del ombligo, 103 centímetros.

Los órganos genitales externos normales. El canal vaginal lo es también. Los fondos de saco, normales. El orificio externo del cuello del útero (hocico de tenca) un tanto dilatado y el tejido del mismo, duro.

La exploración bimanual demostró en todos sentidos la presencia del tumor, duro, liso, movable, mediano en cuanto al lugar que ocupaba; del tamaño de la cabeza de un niño y ocupando el lugar mismo del útero.

Los ovarios desiguales, siendo el derecho más voluminoso, doloroso á la presión y espontáneamente.

El empleo del espéculum, sólo demostró la integridad y buen estado de las paredes vaginales, así como también la dilatación del orificio del cuello. El empleo del histerómetro nos dió, introduciendo el instrumento como de ordinario, 5 centímetros de profundidad, pero imprimiéndole un ligero movimiento rotatorio sobre su eje, á la vez que desviándole lateralmente, penetró 10 centímetros, haciendo percibir un frote, de la extremidad, contra dos planos paralelos.

El diagnóstico se impuso: fibro mioma de la matriz.

Fuó operada, previa asepsia y anestesia al cloroformo, el día 23 del mismo mes (abril) por el método de Doyen. Histerectomía abdominal total en 35 minutos.

Durante la operación se inyectaron á la enferma por la vía hipodérmica, 500 gramos de suero quirúrgico. Por la tarde del mismo día se le puso también una inyección de sulfato de esticnina.

Los días que siguieron á la operación, nada hubo de anormal en la enferma, quien no tuvo elevación de temperatura, disminuyendo ésta por el contrario á 36°7 y á 36°5, para subir después á la normal. El tercer día á contar del 23 se la administró un purgante de citrato de magnesia.

Por haberse colocado una mecha de gasa yodoformada en la vagina en el acto de la operación, y para evitar que se humedeciera de orina, se practicó el cateterismo durante los tres primeros días, dos ó tres veces al día, á efecto de evacuar la cavidad vesical.

El octavo día (30 de abril) se levantó el apósito, encontrándose la cicatriz lineal perfectamente formada. Se quitaron los puntos de sutura, se cubrió de nuevo con gasa, que dos días después se levantó definitivamente y se dió el alta á la paciente el 2 de mayo, saliendo muy mejorada en su aspecto general y sin ningún dolor.

OBSERVACIÓN N.º 12.

Histerectomía abdominal total por fibro-mioma del útero.

Operación practicada en el Hospital General por el Doctor don Francisco Löwenthal, siguiendo la técnica del Doctor Doyen. (Observación tomada por el Bachiller don Manuel G. Zuñiga.)

S. G. de A., de 36 años, ladina, de oficios domésticos, siempre ha vivido en esta capital, de donde es originaria. Ingresó al Hospital General á la Sala de San Antonio el día 5 de mayo del corriente año, cama número 283.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—No hay heredad morbosa.

ANTECEDENTES PERSONALES.—No ha padecido de ninguna enfermedad aguda, siempre ha sido alentada, tanto durante su niñez como en su vida conyugal. Algunas corizas es lo único que suele sufrir.

HISTORIA SEXUAL DE LA ENFERMA.—Regló á los 13 años y siempre fueron normales sus reglas, hasta abril del año de 1900, en que comenzó á notar prolongación de éstas, llegando á constituir verdaderas metrorragias. En los intervalos de cada menstruo le acompañaba un flujo blanco viscoso, algo espeso, mezclado con coágulos sanguíneos y coexistiendo con un dolor sordo, profundo y persistente en la región sacro-

lumbar. Estos dolores se exacerbaban en la época de la menstruación.

De un año para esta parte ha notado que el vientre le aumenta de volumen y siente en el hipogastrio una sensación de peso, de cuerpo duro, redondeado é indoloro cuando se comprime con las manos la región hipogástrica.

EXAMEN DIRECTO.—A la inspección se nota un aumento de volumen en el vientre, simulando un embarazo de seis meses. Palpando á la enferma se siente un cuerpo duro, resistente, apenas movable, redondeado y encerrado en la pelvis; tiene el tamaño de la cabeza de un niño de dos años; al lado derecho y en la unión de los dos tercios inferiores con el superior de este esferoide, nótase un gran tubérculo abollado, duro y fijo, como del tamaño de un limón.

Haciendo el tacto vaginal y palpando el vientre, siento aproximadamente el volumen total de la masa, que se encuentra encastillada en la pelvis.

A la inspección vaginal con el espéculum, se ve el cuello de la matriz oblicuo y desviado hacia el lado izquierdo. Los fondos de saco laterales desiguales, de mayor ángulo el derecho. El histerómetro marca ocho.

A la auscultación del abdomen no se nota ningún ruido anormal.

El examen de la orina nos demostró ser normal. El aparato digestivo funciona bien.

Al examen del corazón, se demostró la existencia de soplos inorgánicos en los cuatro focos de auscultación.

El pulso de la enferma marca 80 latidos.

DIAGNÓSTICO.—Fibro-mioma del útero.

Como la enferma se encuentra debilitada por las hemorragias periódicas que viene padeciendo, se creyó conveniente operarla, después de un tratamiento tónico y reconstituyente, después del cual se le pesó por segunda vez y se vió que aumentó tres libras.

Después de preparar convenientemente á la enferma, fué operada el día 13 de junio del presente año, en las condiciones siguientes: después de cloroformizarla, se la coloca en el plano inclinado de Trendelenbourg; se abre la cavidad abdominal por una incisión practicada en la línea media que, partiendo del pubis, llega hasta un través de dedo por debajo del ombligo; se separaron los músculos y se cortó el peritoneo parietal, en igual extensión; bajo de esta serosa está un tumor liso por delante, con un tubérculo al lado derecho, que tiene el aspecto de un nódulo vegetante; reconócese todo su perímetro con la mano y no se encuentra ninguna adherencia. Al prenderse con el desenclavador de Delagènière, da al cirujano

operador la sensación de resistencia líquida, que opondría una bolsa llena de sangre. Una vez examinada esta fluctuación, se pensó por un momento en que no sería extraño encontrar un foco quístico, de naturaleza sanguínea, en los intersticios del tumor, para cerciorarse, se practicó con un trocar una punción exploratriz.

Después de llevar hacia afuera de la cavidad abdominal el neoplasma, con el auxilio del desenclavador previamente implantado en el fondo de éste, se procedió á destruir los fondos de saco, por una incisión en forma de raqueta; se hizo la angiotripia de los vasos uterinos y se ligaron los ligamentos anchos con nudos de Delagénière, para ser seccionados después al ras del útero.

Después de tomar el cuello con la pinza deslizable del Doctor Doyen, previa abertura del fondo de saco de Douglas, se desprende con tijeras de sus conexiones con la vagina, vejiga y parte inferior de los ligamentos anchos. Con esto fué sacado el tumor fuera de la cavidad abdominal. Se canalizó la pelvis, se suturó el peritoneo pélvico y, previa toilette, se procedió á la sutura en 8 de cifra de la pared abdominal.

EXAMEN DE LA PIEZA. — El tumor pesa 6½ libras. Habiendo hecho una incisión en la cara anterior del tumor, penetré hasta la pared posterior del tumor, en el fondo del cual encuentro coágulos flotantes en un líquido sanguinolento. Esto fué lo que llamó la atención al empezar la operación, creyendo encontrarse en presencia de un quiste sanguíneo. El tumor es intersticial y está formado á expensas del fondo y pared posterior del útero.

La enferma tuvo trece días de convalecencia y durante ella no hubo vómitos ni elevaciones de temperatura. A los diez días se le quitaron definitivamente los puntos de sutura abdominal, quedando una cicatriz lineal perfecta.

Vº Bº

Manuel Arroyo.

Imprimase,

Juan J. Ortega.

PROPOSICIONES

ANATOMÍA. — Utero.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Fibro-mioma de la matriz.

BACTERIOLOGÍA. — Bacilo de la influenza.

BOTÁNICA. — Digitalis purpurea.

CLÍNICA MÉDICA. — Exulceratio simplex.

CLÍNICA QUIRÚRGICA. — Asepsia de las manos con el jabón Schleich.

ENFERMEDADES DE NIÑOS. — Diarrea verde.

FARMACIA. — Tisanas.

FÍSICA. — Forceps.

FISIOLOGÍA. — Menstruación.

GINECOLOGÍA. — Fibro-mioma de la matriz.

HIGIENE. — La de la menstruación.

HISTOLOGÍA. — Tejido muscular.

MEDICINA LEGAL. — Muerte por asfixia.

MEDICINA OPERATORIA. — Histerectomía vaginal (método de Doyen).

OBSTETRICIA. — Aplicación de forceps.

PATOLOGÍA EXTERNA. — Heridas por instrumento cortante.

PATOLOGÍA GENERAL. — Inflamación.

PATOLOGÍA INTERNA. — Paludismo.

QUÍMICA INORGÁNICA. — Mercurio.

QUÍMICA ORGÁNICA. — Cloroformo Schleich.

TERAPÉUTICA. — Digital.

TOXICOLOGÍA. — Envenenamiento por la digital.

ZOOLOGÍA. — Hematozoario de Laveran.

BIBLIOGRAFÍA

E. DOYEN.—Técnica Quirúrgica.

RICARDO SUÁREZ GAMBOA.—Monografías de Clínica Quirúrgica.

H. DELAGÉNIERE.—Cirugía del útero.

J. PÉAN.—Tumores del abdomen.

FORGUE Y RECLUS.—Tratado de Terapéutica Quirúrgica.

DUPLAY, ETC., RECLUS.—Tratado de Cirugía.

D. MIGUEL A. FARGAS.—El mejor procedimiento de Histerectomía abdominal total en los casos de miomas uterinos.

SAMUEL POZZI.—Tratado de Ginecología.

A. ANVARD.—Tratado de Ginecología.

G. BULLY.—Patología Externa, tomo IV.

E. DOYEN.—Archivos Provinciales de Cirugía, 1896, N° X, p. 638.

«GACETA MÉDICA,» de Méjico, 1902, números 12 y 13.

DR. DON MANUEL ARROYO.—Observación inédita.

DR. DON ANTONIO LÓPEZ VILLA.—Tesis de Guatemala, 1896.

DR. DON LUIS FELIPE OBREGÓN.—Tesis de Guatemala, 1900.

BRS. DON JOSÉ FERNÁNDEZ DE LEÓN Y MARIO J. WUNDERLICH:

Observaciones publicadas en *La Escuela de Medicina*.

BR. DON MANUEL G. ZÚÑIGA.—Observación inédita.