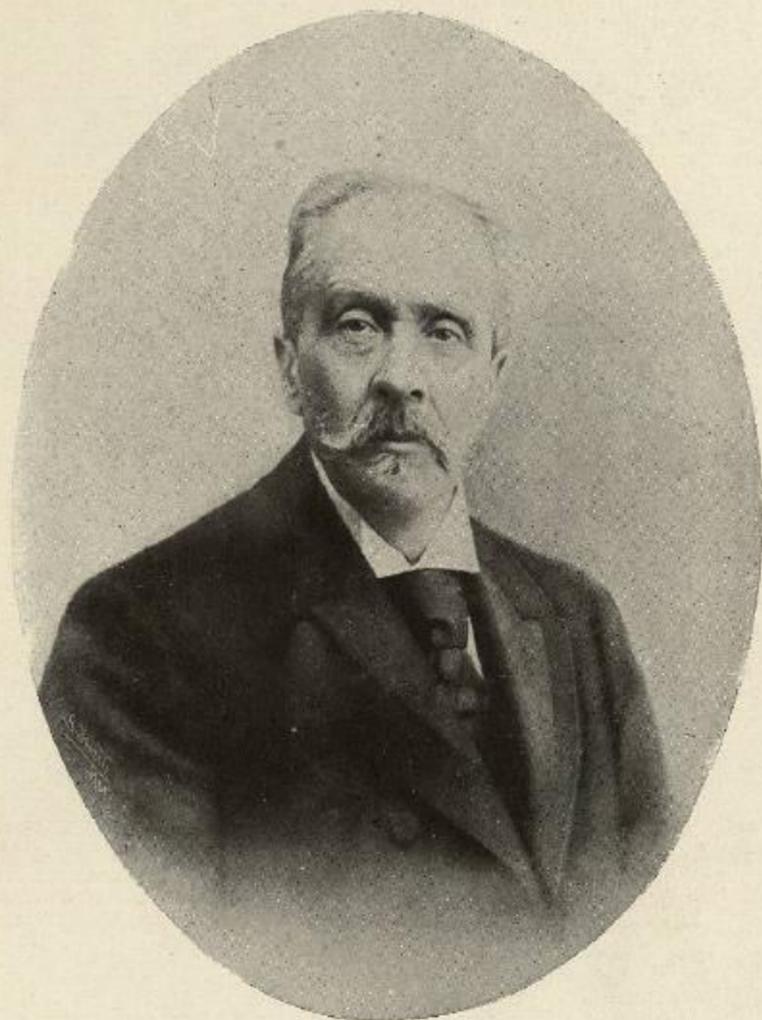


CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)



Tip. y Foto. «La Europea»

DR. SUAREZ GAMBOA

Fig. 1.—Dr. Rafael Lavista, Sub-Director de la Escuela N. de Medicina de México.

HISTORIA

La histerectomía, operación que tanto preocupa actualmente á los cirujanos más ilustrados, durante algunos siglos fué practicada por manos de empíricos ó de audaces charlatanes.

Llama verdaderamente la atención que, no obstante la frecuencia con que se la ejecutaba, se concediera tan poco aprecio á esta operación que, pasando desapercibida en aquellas épocas remotas, constituye hoy una de las más brillantes conquistas de la Ginecología.

G. BAUHIN, traduciendo la obra de ROUSSET, sobre la operación cesárea, allá por el año 1601, señala en su apéndice diez y nueve operaciones de amputaciones del útero.

SCHENK de Grafenberg, en su obra "Historia de los hechos curiosos en la Medicina," reúne un número mayor de casos.

V. F. PLEMPIUS asegura con insistencia haber visto practicar, y practicado él personalmente, extirpaciones de la matriz, seguidas de preñeces felices. Demasiado fuerte paréceme esta aseveración, que da lugar á que se tomen prolapsus vaginales, pólipos uterinos ó tumores de otro género, por las matrices á que alude PLEMPIUS.

No bien se hubo establecido en 1731, bajo los esfuerzos de LAPERONIE, la Academia Real de Cirugía de París, vióse asediada por un sinnúmero de observaciones referentes á extirpaciones del útero, de las cuales se decía que se habían efectuado con éxito magnífico. Debido á estas observaciones, consideradas en su mayoría como falsas y erróneas, tanto por carecer de historia clínica completa, cuanto por las dificultades de diagnóstico que

en aquella época sufrían las enfermedades uterinas, se cayó en la incredulidad más absoluta, y negó la Academia que fuese posible la amputación del útero.

Es indudable, sin embargo, que esta operación se practicó varias veces en aquel tiempo, y si en muchas ocasiones los operadores tenían conciencia de lo que hacían, en otras, sin tenerla, y por el mismo error que los inducía á considerar el útero como extirpado—cuando amputaban tumores—hacían verdaderas histerectomías que sólo el análisis post-operatorio de la pieza amputada les revelaba.

SLEVOGT, habiendo operado á una mujer por prolapsus de la vagina, encontró en lo que él creía ser la pared vaginal, el útero sano, que había sido cortado juntamente con una parte de las trompas. La enferma curó.

Algunas otras observaciones análogas podría citar; mas para no alargar la serie de tan perniciosos errores, básteme señalar las de CLARKE y CH. JOHNSON, quienes tomaron el útero en prolapsus, por un pólipo, y lo cortaron; la de PALETTA, quien practicó la extirpación del útero tomándolo por un tumor sarcomatoso del cuello de la matriz, y la que M. PETIT refiere, alusiva á un distinguido cirujano francés, que incurrió en la misma falta.

Las afecciones en las cuales se intervenía amputando el útero, eran: el *prolapsus*, la *inversión* y el *cáncer uterinos*.

La tendencia de aquellos cirujanos á extirpar la matriz en prolapsus se justifica, considerando que no desconocían los desprendimientos naturales del útero gangrenado, acompañados de curaciones espontáneas.¹

La observación siguiente, que se debe á ROUSSET, médico muy honorable y dotado de un espíritu investigador poco común en su época, corrobora estas ideas.

“Petra Boucher, doméstica, de avanzada edad, sufría á consecuencia de varios partos laboriosos, un prolapsus de la matriz que había llegado á ser irreducible. Un día la gangrena atacó al útero, el cual cayó espontáneamente bajo los esfuerzos de una micción enérgica, sin que la Boucher se viese obligada á guardar cama después de este accidente. Esta mujer continuó disfrutando de perfecta salud por espacio de tres años, al cabo de los cuales sucumbió á una fiebre. Habiendo ROUSSET obtenido permiso para practicar la autopsia, no encontró útero en el cadáver.”

¹ Siendo estudiante aún nuestro maestro el Sr. Dr. FRANCISCO DE P. CHACON, observó un caso de desprendimiento espontáneo del útero en una enferma del servicio del Dr. LUIS MUÑOZ, en el Hospital de San Andrés.

No es menos instructiva la siguiente de PLATER: “Una mujer afectada de un descenso del útero, consultó á una curandera, quien le aconsejó se introdujese en la vagina, después de haber reducido el prolapsus, ceniza tan caliente como pudiese soportarla, haciéndose en seguida lavatorios con agua muy fría. Este consejo fué acatado. A la infeliz mujer le resultó una inflamación muy intensa que no le impidió repetir tan cruel operación. Esta vez los dolores se hicieron intolerables; el útero ennegrecido, despedía un olor repugnante, y por fin quedó en las manos de un cirujano que pretendía bajarlo. No obstante que se declaró una supuración abundante y larga, esta mujer curó por completo, viviendo aún muchos años. La menstruación continuó haciéndose en ella con regularidad, por el ano.”

El procedimiento usado más comunmente para esta clase de operaciones, consistía en ligar el órgano caído y cortar abajo de la ligadura. La herida consecutiva, ó bien era cauterizada con el hierro rojo, ó bien tratada con lociones astringentes.

Aplicaban la ligadura arriba del fondo del útero. Bien puede suponerse lo que sucedería en tales casos, meditando en que al caer la matriz, en casos de prolapsus completo, arrastra consigo porciones de la vejiga y del recto.

Cuéntase que VAN HEER, médico sensato, presencié un día la tarea de cierto curandero charlatán, quien pretendía hacer la extirpación de un prolapsus uterino completo, poniendo una ligadura inmediatamente abajo de la vulva y preparándose á cortar. Indignado VAN HEER por semejante atrocidad, intentó oponerse á su ejecución y fué despedido por la misma enferma, sugestionada por las protestas y serenidad del audaz charlatán. No había salido aún de la casa cuando comenzó á escuchar los gritos y lamentos de la infortunada víctima, que le obligaron á regresar, conmovido ante semejante suplicio.

Junto con la matriz hábale sido arrancada á la infeliz mujer una larga porción del intestino grueso. Ese mismo día murió la operada.

Por fortuna no todos los casos eran análogos á éste. Es muy probable que un gran número de estas amputaciones se hayan hecho únicamente sobre el cuello uterino, muy hipertrofiado en la mayor parte de estos prolapsus.

Mucho se ha discutido la prioridad de la histerectomía para los tumores malignos uterinos.

OSLANDER y URISBERG merecen el honor de considerarse como los primeros médicos que formalizaron la amputación de la matriz

y que expidieron las primeras reglas para su técnica operatoria.

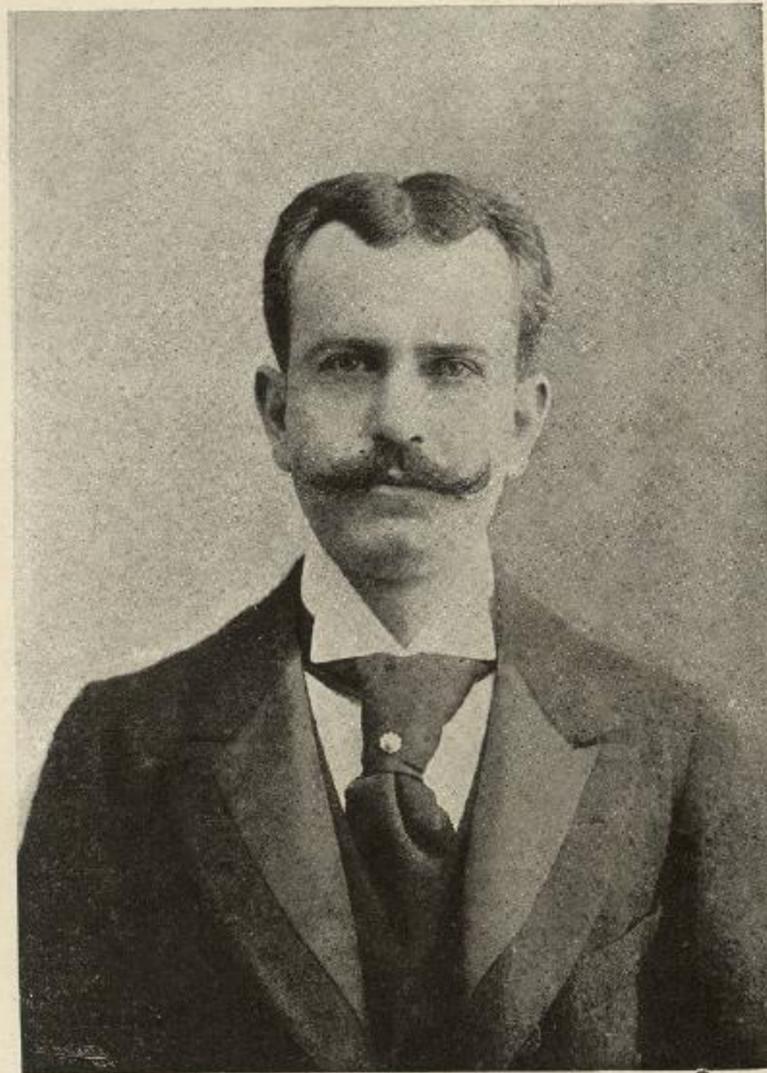
La primera operación detallada de éstas, que he logrado encontrar, fué practicada por el Dr. SAUTER. Su ejemplo fué seguido dos veces por el profesor ELIE de SIEBOLD, una vez por el Dr. HALSCHER, y dos veces por el profesor LANGENBECK.

He aquí algunos de estos casos notables.

OPERACIÓN DEL DOCTOR SAUTER.—“La enferma, sobre la cual este médico intentó por primera vez la extirpación total del útero, tenía cincuenta años de edad y padecía un verdadero carcinoma que comprendía toda la matriz. El operador trató de abatir el órgano por medio de sus dedos doblados en forma de gancho, mas como no realizara su intento, introdujo sus dedos índice y medio de la mano izquierda, debajo del púbis, hasta el lugar en que la vagina envuelve el útero; en seguida dirigiendo el bisturí entre sus dedos, cortó lentamente la vagina sobre el útero. Trató entonces de cortar las conexiones laterales, tan alto como le fuese posible. Al efecto abatió la matriz con una pinza, pero ésta se escapó. La pared posterior de la vejiga había sido herida. Habiéndose perdido media hora en estas tentativas, el operador resolvió no disecar el peritoneo al rededor de la matriz, como había pensado al principio, sino reseca ésta en su posición natural. Volvió á introducir los dedos de la mano izquierda, en la vagina, y obtenida su abertura y cogido el tejido celular por partes, fué dividido contra el órgano y abierta por completo la cavidad abdominal. Separadas las conexiones laterales de la matriz, fué tomada ésta con cuatro dedos para operar la inversión; pero al tratar de hacer esta operación, escaparon los intestinos, haciendo irrupción en la vagina. Una vez que fueron reducidos los intestinos, se operó la inversión, y el útero fué atraído hacia los labios de la vulva. Habiendo seguido los intestinos á la matriz, fué necesario que los retuviese un ayudante, hasta lograr la completa separación de las conexiones posteriores del útero. Hecho esto, se les hizo entrar á la cavidad abdominal y se aplicó un aparato conveniente. Al cabo de dos meses podía considerarse la herida como curada, no quedaba mas que una fístula urinaria, consecutiva á la lesión de la vejiga. M. SAUTER creía que la enferma se había salvado, cuando ésta, después de haber luchado con diversos accidentes, como náuseas, vómitos, diarreas, dolores en el bajo vientre, etc., sucumbió á los cuatro meses de hecha la operación, á una parálisis del pulmón, causada tal vez por la caquexia que había determinado la afección cancerosa, ya muy avanzada.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)



Tip. y Foto. «La Europea»

Dr. RICARDO SUAREZ GAMBOA.

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)



Tip. y Foto. «La Europea»

DR. SUAREZ GAMBOA

Fig. 2.—Dr. Nicolás San Juan, Profesor de la Escuela N. de Medicina de México.

Al abrir el cadáver se encontraron los pulmones hinchados, pálidos hacia sus bordes, con tinte blanquiceo y manchas de color moreno subido. Todos los vasos aéreos estaban llenos de espuma gris blanquiza; la substancia pulmonar estaba sana. En la cavidad abdominal no había de irregular, mas que una pequeña adherencia del fleon con el peritoneo hacia el medio de la pelvis; y otra posterior á ésta, de la extensión de un escudo, hacia el recto.¹

Poco tiempo después de esta operación, practicó el ELIE DE SIEBOLD otra semejante, sucumbiendo su enferma á una peritonitis que le sobrevino sesenta y cinco horas después de operada.

No fué más feliz el Dr. HALSCHER en la suya: extirpó un útero carcinomatoso por el método de SAUTER, y perdió á su operada veinticuatro horas después, sin haber logrado contener la hemorragia.

Hacia esta época, el ilustre profesor de Goetingue, el Dr. LANGENBECK, practicó su primera operación por el método nuevo de GUTBERLET. Este cirujano comenzó su operación abriendo el abdomen sobre la línea media, desde la sínfisis del púbis hasta un poco abajo de la cicatriz umbilical. Con la mano izquierda introducida en la vagina, levantó la matriz, mientras con la derecha, armada de tijeras curvas, seccionó todas las conexiones del útero. Un ayudante cuidó de la vejiga y de las asas intestinales.

Una vez extraído el órgano, cerró el vientre con vendotes aglutinativos, colocando una esponja en la vagina, para evitar la salida de los intestinos.

La enferma sucumbió treinta y dos horas después de la operación, con signos de hemorragia interna.

Poco tiempo después hizo otra extirpación de la matriz en condiciones análogas á las de la observación anterior, perdiendo también á su operada.¹

Se ven ya constituidos los dos métodos principales: el abdominal fundado por GUTBERLET y LANGENBECK, y el vaginal por SAUTER y DE SIEBOLD.

Desde 1828 hasta 1851, se registran veinticinco ó treinta observaciones con mortalidad espantosa. Entre todos los casos de LIZARS, de DIEFFENBACH, de GRANVILLE, RECAMIER, DELPECH y otros muchos, con trabajo se encuentra algún resultado favorable.

Como sucede siempre en esas circunstancias, la operación cayó en el mayor descrédito, y hasta llegó á formarse una escuela que

¹ Véase *Le Journal des Sciences Médicales*, AÑO 1827, páginas 90, 92, 95.

declaró temeridad ó ligereza quirúrgicas, la práctica de tan desastrosa intervención.

Afortunadamente G. KEIMBALL en 1855, y KOEBERLÉ en 1863, hicieron entrar la técnica de esta operación en una nueva vía de progreso que formalizó PEAN en 1869.

La modificación oportunísima de KOEBERLÉ funda una doctrina nueva, y llama vigorosamente la atención sobre la importancia del tratamiento del pedículo, instituyendo la ligadura metálica en vez de los hilos antiguos, y permitiendo así á su discípulo CATERNALT publicar una estadística con éxito brillante.

Los notables trabajos de PEAN se destacan con asombrosa fortuna. Este cirujano ilustre obtenía éxito tras éxito, y conquistaba rápidamente todos los adelantos que en esta materia habían de conocerse más tarde. Pronto comenzó á publicar sus trabajos, y sustituyendo los métodos antiguos con el suyo de forcipresión constante, inició la destrucción *insitu* de los neoplasmas voluminosos, para facilitar su extracción; y asentando reglas claras y precisas para tratar el pedículo, exteriormente sostenido por largas agujas de acero, imprimió con su tenaz labor la huella luminosa de su personalidad en el porvenir de tan importante operación.

PEAN y KOEBERLÉ son los polos en que gira la histerectomía actual.

En este período es cuando las doctrinas de PASTEUR y los trabajos de GUERIN y de LISTER se manifiestan con sus nuevas enseñanzas; y la histerectomía, como todos los procedimientos quirúrgicos, mejora extraordinariamente en sus resultados.

La antisepsia quirúrgica, escalón primero de la asepsia, fué la resurrección de mil métodos adormecidos; y las intervenciones uterinas fueron tal vez aquellas donde el nuevo sistema causó mayores ventajas.

Establecidas sólidamente las bases del método antiséptico, y conocidos bien los resultados de la medicación microbicida, las estadísticas operatorias aumentaron á medida que la mortalidad menguaba. La histerectomía comenzó á vulgarizarse.

El 8 de Julio de 1876, B. G. KLEBERG, de Odessa, practicó por primera vez una histerectomía, aplicando al pedículo una ligadura elástica; en el Congreso de Naturalistas Alemanes de Casel en 1878, MARTIN declaró erigida en método la ligadura elástica, como medio de hemostásis provisional ó definitiva.

En 1881 SCHRÖDER, durante las sesiones del Congreso de Salzbouurg, describió sus métodos y su técnica operatoria definiti-

va; mientras que SPENCER WELLS, en el Congreso de la Asociación Británica de Cambridge, expuso su tratamiento de ligadura definitiva del pedículo.

Las escuelas se dividieron: HEGAR patrocinó el tratamiento sistemático extra-peritoneal del pedículo, y SCHRÖDER apoyó el intra-peritoneal.

En este último se distingue OLSHAUSEN, atrevidísimo ginecólogo alemán, quien recomienda el abandono en el vientre, de la ligadura elástica, la cual practicó por primera vez en 1884, siendo secundado por MARTINETTI en Italia en 1889, y por RICHELLOT en Francia en 1890. SCHWARZ modificó el método de OLSHAUSEN en 1891, cubriendo la ligadura perdida con una sutura peritoneal; y en 1892, ALBERT talló dos colgajos peritoneales en el pedículo, uno anterior y otro posterior, los cuales suturó cuidadosamente á modo de cubrir con exactitud la ligadura. La aplicación de ésta se facilita singularmente por aparatos ingeniosos, llamados *ligadores*. COLLIN, POZZI, TERILLON, SEGOND, etc., idearon ó modificaron otros tantos que llevan sus nombres.

ZWEILL, en 1894, describió un método que llamó *ligaduras parciales sobrepuestas*; y en 1895, durante la sesión del día 3 de Julio, el Dr. DELAGENIÈRE presentó diez casos de histerectomías totales con diez curaciones.

Después fueron multiplicándose los casos, la técnica operatoria se modificó, y comenzó á marcarse una corriente de ideas y tendencias hacia el método intra-peritoneal total, que es quizás el del porvenir.

Los nombres de LAWSON TAIT, CHROBAK, HEGAR, SCHRÖDER, TAUFFER, FRITSCH, TERILLON, TERRIER, RICHELLOT, DOYEN, LEBEC, JORMESCO, MONTPROFIT, POZZI y otros, deben anotarse como los creadores de la historia de la histerectomía en Europa.

La historia de la histerectomía en México se caracteriza por los oscuros períodos que recorre y por la escasez de datos para constituirse.

Lamentable costumbre es entre nosotros la que nos induce á encerrarnos, durante nuestro ejercicio profesional, en el aislamiento más absoluto, y la que nos aleja casi con horror de la intención de escribir y publicar nuestras impresiones profesionales ó nuestras adquisiciones de experiencia.

La prensa médica comienza á iniciarse en el país hasta la épo-

ca actual, debido al enérgico esfuerzo de un pequeño grupo de médicos progresistas. Pero todos los tiempos pasados han quedado en el olvido, y excepcionalmente conocemos algún episodio antiguo, por la tradición particular.

Los trabajos de nuestras eminencias médicas, había que buscarlos en los Boletines ó Revistas extranjeras.

Este modo de ser, peculiar á nuestra organización médica, hace que la información histórica sea laboriosísima, si no infructuosa.

Mis esfuerzos de investigación se pierden en el misterioso caos de nuestras tradiciones: con dificultad he logrado obtener datos sobre nuestras primeras histerectomías, y mi narración histórica de la histerectomía en México, se limitará más á la época actual que á la época pasada.

Si prescindo de mencionar algún autor; si omito engalanar esta modesta monografía con el nombre de algún cirujano creador de nuestras histerectomías, discúlpeame en atención á la carencia de fuentes de información.

En la historia mexicana de la histerectomía, como en la historia de todo lo que implique un progreso médico ó un adelanto de nuestra ciencia quirúrgica, se destacan vigorosamente los nombres de los Sres. RAFAEL LAVISTA, NICOLÁS SAN JUAN y FRANCISCO DE P. CHACÓN.

El primero introduce entre nosotros, el día 22 de Marzo de 1878, la histerectomía abdominal; el segundo realiza por primera vez, el 13 de Febrero de 1878, la histerectomía vaginal; y el tercero perfecciona de tal modo los procedimientos y los eleva á un grado tal de sencillez, que constituye hoy entre sus manos la histerectomía, una operación de suma benignidad.

Las grandes operaciones abdominales fueron iniciadas en México durante el año de 1865, por el eminente cirujano Sr. JULIO CLEMENT, que realizó *la primera ovariectomía*.

Su ejemplo fué seguido poco tiempo después por los Sres. JUAN F. FENELÓN, 1865, y RAFAEL LAVISTA, 1869. Este notable cirujano verificó durante ese año, dos ovariectomías, una en Puebla y otra en la ciudad de México.

Pero el primer caso de histerectomía, débese incuestionablemente al Sr. LAVISTA. He aquí la narración de esa histerectomía, hecha por su mismo autor, cuyo conocimiento debo á la bondad de mi buen maestro Dr. JOAQUÍN VÉRTIZ:

“Aceptada la operación por la enferma y su familia, era necesario disponerla. En general es de buena regla, para el buen éxi-

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)



Tip. y Foto. «La Europea»

DR. SUAREZ GAMBOA

Fig. 3.—Dr. Francisco de P. Chacón, Profesor de la Escuela N. de Medicina de México.

to de las operaciones, concertar con los ayudantes el programa respectivo; mas tratándose de la terrible operación que íbamos á practicar, el precepto era ineludible. La simple lectura de los trabajos de PEAN, hace ver cómo este distinguido cirujano opera siempre con un personal educado que secunde sus miras con rapidez y exactitud. ¡Tal vez sea ésta la razón de sus fabulosos éxitos! Era, en suma, necesario el concierto uniforme del personal que debía ayudarme, y para obtenerlo, reuní á algunos de mis estimables colegas, y estudié con ellos el procedimiento del ginecólogo mencionado, con las modificaciones que le ha hecho sufrir en estos últimos años. A este estudio teórico, que tenía por objeto adiestrarnos en nuestros respectivos papeles, añadimos el práctico en los cadáveres que tuvimos á nuestra disposición, y en ellos hicimos el facsímile de la operación, procurando, sobre todo, fijarnos en las relaciones que afectan entre sí los órganos pelvianos.

“Profundamente preocupados con las dificultades que podían surgir, buscamos el modo de conjurarlas, y al efecto mandamos construir las agujas y cierra-nudos de Cintrat, que son tan recomendados por el Dr. PEAN; nos proveímos de hilos de hierro y plata de diversos gruesos; acumulamos con profusión todos los instrumentos propios para la ovariectomía; dispusimos cauterios Paquellin y comunes, y para que nada hiciera falta, arreglamos un pulverizador de Lister, que nos pusiera en condiciones atmosféricas adecuadas; en suma, nada absolutamente hacía falta para realizar nuestra operación, tan satisfactoriamente como fuera posible.”

“A la vez que el arsenal, casi lujoso, estaba preparado, se hacían preparativos semejantes en la casa de la enferma: se mandó construir mesa adecuada, se dispusieron esponjas y toallas limpias y finas, en número suficiente, y se arregló el vestido que debía servir á la enferma, durante la operación, para evitar su enfriamiento. Por último, ligaduras, algodón, todo absolutamente lo que podía ofrecerse.

“Perdonadme, señores, los detalles con que tal vez os canso; pero reflexionad que es preciso hacerlos constar, para que al juzgar el resultado de nuestra empresa, tengais los buenos elementos de nuestro juicio, y no os quede la sospecha, bien fundada en algunos casos, de omisiones capaces de hacer fracasar la más inocente de nuestras operaciones.”

“No faltaba para proceder sino dar á la enferma los cuidados

preparatorios, que, como sabéis, se reducen¹ á ministrarle purgantes ó lavativas aceitosas, para disminuir el meteorismo y favorecer la retracción intestinal, que es tan favorable cuando el vientre se ha abierto. Hecho esto, señalamos las once de la mañana del 22 del presente, y á esa hora nos reunimos con el distinguido personal que voy á mencionaros. Los Doctores ORTEGA D. FRANCISCO, LICEAGA, ANDRADE, MARTÍNEZ DEL RÍO, BANDERA, SAN JUAN, MARTÍNEZ DEL VILLAR, DOMÍNGUEZ, EGEA, MEJÍA, CHÁVEZ y varios jóvenes estudiantes muy adelantados: Sres. GAMA, OTERO, REYES, CASTILLO, LÓPEZ, TELLO y SÁNCHEZ. Séame permitido hacer á estos estimables é ilustrados colegas un homenaje público y sincero de gratitud, por el brillante é inteligente comportamiento que desplegaron cada uno en su respectivo papel, pues á porfía, y con sagacidad y destreza secundaron mis esfuerzos para terminar la árdua empresa que acometíamos.

“Antes de proceder hicimos la distribución de los encargos respectivos, quedando en el orden siguiente:

“El Sr. LICEAGA cuidaría de impedir la hernia intestinal, y como pudiera este importante trabajo fatigarlo, debía ser auxiliado por el Sr. SAN JUAN. Los Sres. ANDRADE y MARTÍNEZ DEL RÍO, colocados al lado de la enferma, se encargarían de mantener separados los bordes de la herida, conteniendo la sangre que de ella escurriera, ya sirviéndose de pinzas PEAN ó VERNEUIL, ya ligando como pudiera suceder, si al dividir el peritoneo se encontrara algún vaso grueso de los que se hallan en el tejido celular, flojo, de su hoja parietal. Los Sres. ORTEGA y MARTÍNEZ DEL VILLAR, debían esponjear continuamente la herida, y en su oportunidad, auxiliarme en el fraccionamiento del tumor, por el procedimiento de MAISSONNEUVE (*morcelement*). El Sr. EGEA, quedaba exclusivamente encargado de cambiar las esponjas y lienzos sucios por limpios, auxiliado en esta ocupación por los Sres. SÁNCHEZ y CASTILLO; pues es preciso recordar que estos útiles debían estar calientes á la temperatura del cuerpo. El Sr. BANDERA, empleado en mantener la anestesia, no debía ocuparse de ninguna otra cosa.² De justicia me parece tributarle un merecido elogio, pues durante las seis horas que la cloróformización duró, supo conducirla con tal tino, que ni por un momento tuvimos que interrumpir

¹ La administración de la estricnina para evitar la distensión intestinal post-operatoria, data de muy pocos años.—(*Suárez Gamboa*).

² Si en la actualidad nos parecería excesivo el número de ayudantes que eligió el Sr. Lavista, basta considerar que su operación la realizaba durante el año de 1877, para comprender sus ideas á este respecto.—(*Suárez Gamboa*).

la operación, por alguno de los accidentes que aquella ocasiona. El Sr. MEJÍA, debía mantener los cauterios en estado de servirse de ellos á la menor indicación; y el Sr. CHÁVEZ estaba encargado de cuidar que el aparato Lister funcionara constantemente. Las piernas de la enferma fueron encargadas á los Sres. GAMA y OTERO. Mi buen amigo DOMÍNGUEZ estaba listo en la colección de ligaduras metálicas y de seda, para que cuando debieran emplearse no hubiera vacilación ni pérdida de tiempo. Por último, se encargó al Sr. REYES el cuidado de ministrar instrumentos que fueron previamente ordenados, según las necesidades de la operación. El que esto os refiere, se colocaría convenientemente para operar con comodidad.

“Ibamos ya á proceder á la operación, previa anestesia, cuando me pareció conveniente consultar á mis ilustrados compañeros, si deberíamos ajustarnos al consejo de PEAN, relativo á la extensión que debiera darse á la incisión abdominal. Como sabéis, el cirujano francés insiste mucho en el peligro de las grandes incisiones y previene que siempre que sea posible, se limiten éstas al ombligo. Le parece temerario extenderlas á cuatro centímetros encima de este punto, y juzga que las maniobras del segundo tiempo, bien practicadas, son suficientes para vencer las dificultades que pudiera oponer un gran tumor para salir por una abertura relativamente pequeña: esta es su última manera de ver las cosas. Pues bien, como en nuestro caso difícilmente hubiéramos desalojado el neoplasma, conformándonos con este precepto, y como de conformarnos pudieran resultar complicaciones graves, quise presentar á la ilustración de mis compañeras mi modo de ver las cosas.

“Exagerado me parecía el precepto que me propuse infringir, pues que si para extraer el tumor hubiera que contusionar los bordes peritoneales, á la vez que prolongar la maniobra, los accidentes que naturalmente debían sobrevenir, excedían sin duda á los que pudiera ocasionar la herida algo más extensa. Pero lo que es capital á mi modo de ver, es que, bien proporcionada la extensión de la herida á las dimensiones del neoplasma, pudiera evitarse el segundo tiempo de la operación, y esto solo autorizaba, en mi concepto, la infracción que mencionamos. Después veremos como tuvimos razón para proceder así. En apoyo de mis ideas vinieron los Sres. ORTEGA y LICEAGA, aceptándolas uná-

¹ El claro juicio del Sr. Lavista, le hacía prever desde entonces los preceptos modernos, relativos á las dimensiones de la herida abdominal en la coeliotomía.—(*Suárez Gamboa*).

nimemente los otros compañeros. Se nos avisó que la hora había llegado, y en el instante cada uno tomó su puesto. Eran las doce en punto cuando se comenzó lo que el Dr. PEAN llama el primer tiempo de la operación.

“Previa evacuación de la orina, hicimos la primera incisión extendida de casi tres centímetros encima del ombligo, costeando su parte izquierda hasta abajo de él; y siguiendo la línea media descendimos hasta un centímetro del púbis; dividimos cuidadosamente todas las partes blandas que forman la pared, con exclusión del peritoneo, que no debía interesarse sino cuando hubiera cesado hasta la última gota de sangre de la herida: obsequiada con esmerpulosidad esta regla, procedimos á la sección peritoneal, haciendo una pequeña incisión en la parte inferior de la herida, capaz de permitirnos la introducción de nuestro índice para cortar sobre él de fuera hacia dentro, pues el temor de cortar un vasito que diese sangre que pudiera escurrir al peritoneo, nos obligaba á esta exageración de precauciones.

“Felizmente pudimos concluir este primer tiempo sin dificultad, obsequiando lo prevenido.

“Descubierto el tumor, notamos que la incisión que habíamos practicado era aún relativamente pequeña, no obstante medir 0.22 centímetros de longitud. La cara anterior, de aspecto rojizo bastante vascular, era bien lisa, y quedaba en el plano profundo de la herida, sin tendencia alguna á herniarse.

“Segundo tiempo. Pasamos en dos puntos equidistantes del borde del tumor, y tan arriba como fué posible, dos asas de hilo de hierro, que nos iban á permitir juzgar de las dificultades que nos opondría el tumor para su salida. Estas debían referirse, ó bien á su tamaño, ó bien á la existencia de adherencias.

“En el momento en que la aguja de *Cintrat* atravesó la parte correspondiente del tumor, éste dió sangre, que mis ayudantes cuidaron de contener, evitando su entrada al peritoneo.

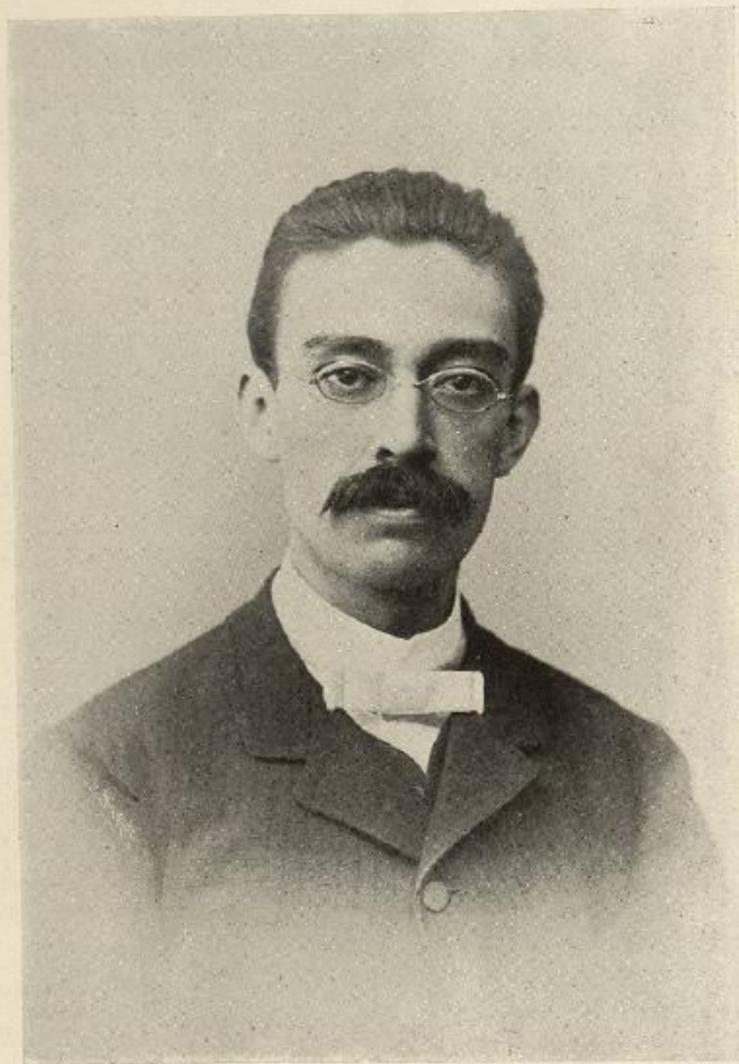
“Tomado el tumor con las asas metálicas, y hecha la prudente tentativa de desalojamiento de la cavidad abdominal, encontramos que su extracción no era posible, y que debíamos proceder al *morcellement*. Ante todo, y con la mayor precaución, habíamos explorado la superficie posterior en lo que nos era permitido, asegurándonos por esta exploración de la falta de adherencias.”

1 Yo siempre he creído más cómodo y más útil hacer la resección completa del ombligo, pues sus pliegues, poco aptos á sufrir la antisepsia, son un gran peligro de contaminación peritoneal.—(Suárez Gamboa).

2 Actualmente la extracción de los tumores fuera de la cavidad, se facilita extraor-

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)



Tip. y Foto «La Europea»

DR. SUAREZ GAMBOA

Fig. 4.—Dr. Francisco Hurtado, Profesor de la Escuela N. de Medicina de México.

“La dificultad que íbamos á vencer se refería sólo al volumen, y era necesario disminuir éste para triunfar de ella.

“En aquel momento alguno de mis ayudantes creyó sentir fluctuación en el tumor; y como de esta sensación participaran algunos otros compañeros, y por último, como en el caso de ser cierta la colección, íbamos desde luego á disminuir el neoplasma evacuando su contenido, no tuve inconveniente, por una punción con un trócar DIEULAFOY, y el correspondiente aspirador, en cerciorarme del hecho; verificado esto, vimos con pena que sólo quedaba el fraccionamiento intra-abdominal del tumor, como recurso único para su extracción.

“Resuelto este punto, procedimos, conformándonos en todo con los preceptos de PEAN, y allí mismo encontramos la explicación de las modificaciones que este ilustre cirujano ha hecho de su procedimiento primitivo.

“Para que se entienda en qué consisten éstas, y se aprecien las dificultades que presentan, daremos una idea de los preceptos de PEAN.

“Dice el mencionado práctico, que una vez que se ha fijado el tumor en las asas metálicas, que al nuestro habíamos pasado, se le debe atravesar de adelante hacia atrás con la aguja de CINTRAT, armada de su correspondiente asa de hilo de hierro, y hecho esto en dos puntos convenientemente elegidos y cortadas las asas, se aplicarán los extremos de los cuatro hilos metálicos á aprieta-nudos correspondientes, prefiriendo servirse de los que inventó CINTRAT; después se aprietan á satisfacción y se corta impunemente toda la porción del tumor situada arriba de las ligaduras.

“Esto se lee en su Memoria de 73. En su clínica, y como modificación que aparentemente simplifica el procedimiento, se dice, que después de levantado el tumor con las asas que lo sostienen, se pasan las hebras constrictoras tan abajo como sea posible, más ó menos oblicuamente al eje del tumor, pues el objeto es quitar lo que se pueda, sin precipitación; esta maniobra se hace repetir hasta obtener la reducción conveniente para la fácil salida del tumor.

“A primera vista se nota la dificultad que envuelve la práctica del segundo tiempo de la operación, si se observan los consejos que se encuentran en la Memoria del Sr. PEAN, y se nota que ha de haberle acontecido á su autor no poderlos realizar, cuando

ordinariamente, y más aún cuando como en este caso, no existen adherencias, con la maniobra del maestro CHACÓN, ó con las crignas de TAIR, de DOREN ó con la nña.—*Sudrez Gamboa.*

desiste de ellos, y nos previene hacer lo que se pueda. Reflexionando un poco, se advierte luego, que casi nunca tendrá aplicación la regla primitiva, pues que esta maniobra es ciega, difícil y peligrosa. Para hacerla práctica, casi es preciso poder dirigir la punta de la aguja, y esto necesita la introducción de las manos en una cavidad completamente llena por el tumor; y por último, si sucede lo que en nuestro caso, que las picaduras de entrada y salida de la aguja sangran abundantemente, sería imposible evitar que de la picadura posterior se escurra la sangre á la cavidad peritoneal.¹ Pero hay más todavía: no se comprende cómo con cuatro hilos, dispuestos como queda indicado, se puedan hacer tres ligaduras y, en consecuencia, tampoco se pueda tener seguridad de estrangular la porción intermedia del tumor, exponiéndose el cirujano á provocar hemorragias en el momento del corte.

“Es casi seguro que estos tropiezos dieron origen á la modificación, que fué inventada, probablemente, para vencer estas dificultades, y ella no lo consigue satisfactoriamente. En nuestro caso pudimos apreciarlo. Una vez que, con algún trabajo, hubimos pasado dos hebras metálicas, atamos las correspondientes entre sí; los bordes del neoplasma quedaron bien estrangulados, pero en los intermedios, era verdaderamente imposible asegurar la estrangulación de la parte correspondiente. En este tiempo de la operación tuvimos alguna contrariedad, que es necesario señalar: los hilos metálicos de hierro no soportaban la tirantez, y se rompían, y la aguja de CINTRAT no respondió á nuestras esperanzas, pues, en un esfuerzo, saltó su ojo, siendo necesario apelar á las agujas casi rectas y largas, que se usan para pediculizar los quistes ováricos, y á hilos de cobre, gruesos; sin esto, difícilmente se hubiera podido estrangular la gran porción del tumor que extirpamos.

“Pues bien, no queriendo perder el beneficio obtenido de la estrangulación parcial de los bordes del tumor, quisimos, después de apretar bien los cierra-nudos, reducir el tumor cortando las partes estranguladas, y pronto nos persuadimos de la lentitud con que se obtendría el resultado ambicionado, pues relativamente son insignificantes las porciones del tumor que pueden quitarse por este procedimiento. Este beneficio se compra á un precio enorme, pues prolonga el traumatismo de un modo alarmante. Por nuestra fortuna, la maniobra, inútil para su objeto princi-

¹ Durante la época en que el maestro Lavista escribía esto, los cirujanos tenían invencible horror al escurrimiento de sangre en la cavidad peritoneal. Hoy sabemos á qué atenemos respecto á esto.—Súñez Gamboa.

pal, nos permitió fijar el tumor de un modo seguro, y ejercer tracciones suaves y prudentes, que con algún movimiento de báscula, de derecha á izquierda, que se imprimió al tumor, le hizo salir de la cavidad abdominal, tan gradual y lentamente, que no sólo no se produjeron desgarros graves, sino que les fué posible á los encargados de evitar la hernia intestinal, cumplir satisfactoriamente su encargo.

“En resumen, este tiempo de la operación no se puede realizar fácilmente, ni aun con la modificación que el autor ha indicado: siendo, en consecuencia, más natural dar á la incisión un tamaño proporcionado al del tumor, si no se quiere prolongar la maniobra, con grande peligro para los enfermos.

“Si el *morcellement* intra-abdominal es fatigoso, difícil, y alguna vez casi imposible, no es así el que se puede practicar cuando el tumor se ha desalojado, y se tiene, por decirlo así, en la mano. Entonces es, á la vez que fácil, relativamente necesario para pediculizar el neoplasma y completar su extirpación. En efecto, nosotros pudimos hacerlo, una vez extraído el tumor, y para ello nos servimos del gran trocar de CHASAIGNAC, pues ya nos inspiraba desconfianza la sola aguja CINTRAT de que podíamos disponer. El empleo de este instrumento es molesto é inseguro, porque su gran curvatura y longitud, no permiten la precisión que es de desearse en estos casos; sin embargo, nos prestó un servicio inestimable, pues pudimos atravesar el tumor de adelante hacia atrás, y ligeramente arriba, cuidando con esmero la vejiga, en la que no faltaba la sonda; mientras se hacía esta maniobra, los intestinos estaban convenientemente protegidos. Cuando por la cánula del trocar pudimos pasar los alambres de cobre, retiramos la cánula, y hechas dos asas, que se sujetaron á sus correspondientes cierra-nudos, apretamos el tumor lo suficiente para extirpar, sin pérdida de sangre, los cuatro quintos del neoplasma, quedando aún una porción única, cuya base casi ocupaba la excavación pelviana. Aquí debemos hacer justicia á una buena invención del Dr. PEAN: ha imaginado felizmente el empleo de toallas finísimas que impiden el escurrimiento de sangre en la cavidad del vientre, y favorecen la separación de los bordes de la herida, sin dejar salir el intestino y el gran epiplón. Su utilidad es tan notoria, que no nos parece pueda prescindirse de su empleo. En el tercer tiempo de la operación, debíamos extirpar el resto del tumor y pediculizarlo, si fuese posible.

“Debemos recordar que, en nuestra enferma, el tumor ocupaba la cavidad del cuello, y sus límites inferiores eran los bordes co-

rrespondientes desus labios. No podíamos, en consecuencia, pensar en la amputación supra-vaginal del útero, y debimos conformarnos con lo aconsejado en estos casos, es decir, debíamos renunciar á practicar pedículo, como está mandado; comprender entre dos ligaduras la porción del cuello uterino con el neoplasma correspondiente, abandonándolo en el fondo de la herida, sujeto por los cierra-nudos, con los hilos constrictores convenientemente preparados.

“Las ligaduras debimos ponerlas, la una en el límite superior de la vagina, y la otra al nivel ó límite mínimo del fondo del saco útero-vesical. Al atravesar el resto del tumor en su límite marcado, me vino la idea de estrangularle en masa, y esto, por temor de no haber despegado lo bastante el fondo vesical de la parte correspondiente del útero, y exponerme á maltratar la vejiga. Aceptada la idea, la realizamos; pero inadvertidamente descuidamos ligar previamente las arterias útero-ovarianas que teníamos á la vista, sucediendo, lo que era natural, que siendo mucho menos resistentes los ligamentos anchos en su inserción pelviana, que el tumor que estrangulábamos, aquellos cedieran primero, quedando abiertas las mencionadas arterias, que dieron sangre en cantidad poco considerable, aunque siempre bastante para ensuciar el peritoneo. Por fortuna tenía en aquel momento á mi lado al Sr. SAN JUAN, quien, con habilidad y sangre fría, se apoderó de los vasos, que con el auxilio del Dr. ANDRADE, fueron ligados inmediatamente.

“Entretanto, había quedado separada la última porción del tumor, y hecho un pedículo que no esperábamos; de modo que, en este caso nos felicitamos del accidente, relativamente insignificante, á trueque de sacar de la cavidad pelviana todo el tumor. Basta reflexionar que este debe descomponerse y podrirse en la cavidad, para comprender los inconvenientes á que dará necesariamente lugar, mientras que la hemorragia, bien insignificante, puede evitarse con la doble ligadura previa de las arterias y su sección intermedia; cuando ella no pudiere prevenirse, lo único temible sería abandonar ligaduras finísimas en la cavidad pelviana, que nunca producirían accidentes comparables á los que se deben ocasionar siguiendo el otro procedimiento.

“Una vez que, en el fondo de la herida quedaba la porción del cuello con su parte de tumor y la vagina alargada, todo bien comprendido en las asas metálicas con sus cierra-nudos bien apropiados, se procuró levantarla con las agujas de PEAN, que habían sido colocadas previamente, siguiendo sus consejos, encima y de-

CLINICA QUIRURGICA.

(LA HISTERECTOMIA.)



Tip. y Foto. «La Europa»

DR. SUAREZ GAMBOA

Fig. 5.—Dr. Pagenstecher.

bajo de las en que se habían colocado las ligaduras para hacer pedículo. En toda esta maniobra fué siempre respetada la vejiga y el intestino, de tal modo, que este último se encontró perfectamente sano cuando se quitaron las toallas para hacer, lo que llama PEAN, la *toilette* del peritoneo.

“De esta importante tarea se encargó el Sr. LICEAGA, con sus ayudantes respectivos, logrando hacerla con una perfección admirable. En vista de la posibilidad de semejante resultado, ocurre preguntar, si no es exagerado el consejo del Dr. PEAN, de impedir absolutamente la abertura del peritoneo antes de contener la última gota de sangre, pues que si es verdad que de un modo general convenga obsequiarlo, nunca, en mi concepto, es racional prolongar el traumatismo, gastando el tiempo en detalles que pueden evitarse: ya lo hemos dicho, puede el peritoneo limpiarse á satisfacción, y á la vez abreviarse una operación que se hace tanto más funesta, cuanto más se prolonga. Terminada la limpieza, se procedió á la sutura profunda, comprendiendo en ella el peritoneo y empleando hilos de plata, y después, en la superficial, alfileres adecuados.

“Para facilitarla nos servimos de la aguja de MATHIEU, y como por precaución, cuidamos de dejar fuera del vientre toda la porción de epiplón que me pareció ligeramente maltratado. Para no omitir detalles, cuidamos al hacer la sutura, de practicarla con la aplicación de la toalla protectora, que tanto recomienda el Dr. PEAN.

“Terminada esta última labor, hicimos cesar la anestesia. Empacamos cuidadosamente la herida, no sin dejar libres los cierranudos y agujas que sujetaban el pedículo. Cuidamos de mandar calentar la cama de la enferma, y la condujimos á ella con la mayor precaución.

“Esta pobre señora nos indicó al despertar, que tenía un hueco en el estómago y que sentía frío: dispusimos se le diera un té de naranjo, caliente, y un poco de vino Jerez. Seis horas y media habíamos empleado para realizar nuestra empresa, y en todas ellas, todos y cada uno de los operadores habíamos trabajado sin vacilación ni tregua; las fuerzas nos faltaban casi; júzguese cuál sería el estado de la enferma.

“Prescripción en esa noche:

“Poción aromática y opiada por cucharada cada hora; trozos de hielo y cucharaditas de leche de tiempo en tiempo; abrigo y reposo absoluto.

“A las diez de la misma noche volví al lado de mi enferma, en-