

miento pleno y exacto de este punto de ginecología. Al contrario, solo pretendo ofrecer al público médico un rudo bosquejo de la materia, y llamar la atención sobre un positivo progreso de la ciencia. Por mi parte, cuento seguir este interesantísimo estudio con el mismo celo que hasta aquí, y cumpliré á su tiempo con el grato deber de comunicar á mis compañeros el resultado de mis observaciones.

México, Setiembre 18 de 1874.

DR. MARTINEZ DEL RIO.

CIRUGIA UTERINA,

Por el Señor Don Mauricio Flores.

FIBROIDES INTRA-UTERINOS.

(CONTINUA.)

Caso 6.º El 13 de Diciembre de 1873, el Dr. James O. Smith, de New York, mandó á Catarina Hogan al Hospital de Mujeres. Estaba aquella anémica y muy debilitada, tenia 45 años y era viuda hacia seis. En su juventud menstruaba penosamente y fué estéril. Durante los últimos cuatro ó cinco años habia perdido grandes cantidades de sangre, pero la hemorragia habia cesado á fines de Junio, y desde entónces tenia un flujo abundante de mucus muy líquido por la vagina, el que al fin se hizo extremadamente fétido. Estaba enteramente pálida, y anémica en último grado. Su útero, muy dilatado, llegaba arriba del ombligo. Ocupaba toda la vagina un tumor fibro-cístico del tamaño de una cabeza de feto.

El cuello del útero estaba dilatado en su mayor capacidad, como en un parto y como cuando la cabeza ha pasado la vagina y descansa en el perineo. La porcion del tumor que se veía en la vagina, tenia un color gris abigarrado, y evidentemente comenzaba á gangrenarse produciendo una secrecion descompuesta, purulenta y de muy mal olor.

Se operó el 15 de Diciembre. La porcion vaginal del tumor fué despedazada con *scoop and fingers* (cuchara y dedos?) hasta reducirla á pedazos pequeños. Se introdujo entónces la mano, y con el auxilio del enucleador y de las tijeras, se extrajo en quince ó veinte minutos toda la masa, que abultaba tanto como un niño de siete meses. Al operar, creí haber atravesado con el enucleador las paredes del útero, hasta la cavidad del perineo; pero examinando con la mano por arriba de la ca-

vidad del útero, me cercioré de que solo había roto y penetrado un enorme quiste. Después de la extracción de toda la parte sólida del tumor, corté con unas largas tijeras los girones fibrosos sueltos, por los cuales el tumor estaba tan adherido á las porciones lateral y anterior de las paredes del útero: hubo una fuerte hemorragia, y fué necesario darse mucha prisa y cubrir prontamente la cavidad uterina con un tapon de iron cotton. Dos incidentes peligrosos se presentaron durante la operacion: 1.º la hemorragia de los grandes senos venosos abiertos, circunstancia inevitable y consiguiente á la operacion; 2.º el envenenamiento séptico por los líquidos descompuestos, retenidos después en la cavidad uterina. Para evitar el primero, se hizo la operacion con mucha rapidez y se estancó la sangre como se necesitaba, esto es, con prontitud y buen éxito. Para prevenir el segundo, fué preciso destapar la cavidad uterina, luego que se pudo hacer esto sin riesgo, y cuando la sangre estaba completamente estancada, é inmediatamente después se lavó muy bien la cavidad del útero. Todo el tapon vaginal fué retirado 18 horas después de la operacion, y á las seis horas siguientes, lo fué el tapon uterino. Antes de la remocion, el pulso latía 132 veces, y la temperatura era de $103\frac{1}{2}^{\circ}$, y después de dicha remocion y de haber regado copiosamente la cavidad uterina con agua caliente carbolizada y haciendo uso de una jeringa de Davidson (que se adaptó á un cateter de goma elástica colocada hasta el fondo) la temperatura descendió á $102\frac{1}{2}^{\circ}$ y el pulso á 120 pulsaciones, con notable consuelo y alivio de la paciente. Este caso estuvo á cargo del Dr. Baker, cirujano del Hospital de mujeres. Lavó el útero con agua carbolizada cada dos horas, durante las 24 subsecuentes; al fin de las que el pulso descendió á 96 pulsaciones y la temperatura á $99\frac{1}{2}^{\circ}$. El dia siguiente hizo inyecciones en el útero cada cuatro horas, y el sexto cada seis. En este dia el flujo se hizo purulento y se *lavaba* cerca de dos onzas de pus benigno en cada curacion.

Dia 17. El útero tiene solamente $3\frac{1}{2}$ pulgadas de profundidad.

Dia 19. Ha marchado bien desde el tiempo de la operacion hasta la fecha. Se queja de malestar desde la cabeza á los piés, y tuvo en la tarde calofríos seguidos de una fiebre intensa. Por seis horas su pulso se mantuvo á 160 pulsaciones y la temperatura á 106° . Como nunca habia padecido fiebres intermitentes, se supuso que sufría un ataque pyémico. Se le administró la quinina (24 granos diarios), y al lavar el útero, se encontró lleno de una materia extremadamente fétida. Como no volvieron los calofríos, supongo, ó más bien aseguro, que esta materia en retencion era la única causa del trastorno de su

constitucion. El Dr. Baker descubrió felizmente que el *os internum* estaba contraído y que no habia evacuacion espontánea alguna de secreciones viciadas por el útero. Consiguió acomodarle un trozo de tubo de hoja de lata, de unas tres pulgadas de largo, que fijó permanentemente en el canal del cuello, y por donde se hizo el constante desahogo de la cavidad. Desde entónces no volvió á tener accidente alguno, y al cabo de diez dias retiró el Dr. Baker el tubo de desagüe, por haber cesado la salida del pus. Su paciente fué dada de alta en un estado próspero, y desde entónces ha seguido bien.

Puedo asegurar que esta pobre mujer debe enteramente su vida á la incansable atencion y hábil manejo del Dr. Baker.

Pero permitaseme hacer observar que no todos los fibroides intra-uterinos se pueden curar operándolos, ni todos los procedimientos operatorios dejan de ser peligrosos. Creo de mi deber el demostrar el reverso de la medalla que acabo de presentar, y en la que he descrito enumerando una bonita lista de casos felices.

1.º A fines de Agosto practiqué una operacion en un caso que fué en todas sus partes parecido al que acabo de describir. El tamaño y carácter del tumor, su union con las paredes del útero, la dilatacion del cuello, lo colgante de la vagina, la descomposicion incipiente y flujo que la acompañó, el método de operar reventando el tumor y despedazándolo con la mano y el modo de contener la hemorragia subsecuente, fueron precisamente los mismos que en el caso descrito; y con todo, mi paciente sucumbió el cuarto dia despues de la operacion.

La inspeccion manifestó que el tumor habia sido extraido con limpieza y propiedad, pero se encontró precisamente en el lugar en donde estaba adherido á las paredes del útero, un quiste que contenia de 6 á 8 onzas de sero-pus descompuesto, cuya absorcion fué sin duda la causa séptica de la muerte. Si se hubiera descubierto á tiempo este quiste aplastado, y se hubiera abierto cuando se practicaba la operacion, tendria probablemente el gusto de hacer de este caso una relacion muy diferente.

2.º A fines de Mayo vino de Brooklyn á verme una señora que habia tenido una hemorragia durante 5 ó 6 años. Tenia 42 de edad, y era madre de tres niños, dos de ellos grandes, y de seis años el más jóven. El hocico de tenca era dilatado, así como el cuello que admitia fácilmente la introduccion del dedo en el *os internum*, el que estaba muy contraído y de una dureza cartilaginosa. La profundidad del útero era de $7\frac{1}{2}$ pulgadas. Una esponja preparada revelaba la presencia de un

fibroide del tamaño de la cabeza de un feto, adherido á toda la superficie anterior del cuerpo del útero. Estuve mucho tiempo observando á la paciente ántes de resolverme á ejecutar algo radical para su curacion. Era muy difícil contener ó modificar sus hemorragias, que la debilitaban mucho y no le permitian conservarse en un estado propio para hacer la operacion, sino hasta la vuelta de sus flujos, é iba de este modo pasando los calientes meses de verano. En Octubre, le puse esponjas preparadas, pues me proponía abrir la cápsula y hacer un esfuerzo para enuclear parcialmente el tumor, y arrimarlo contra el os internum. No esperaba poder hacer más. Se me pasaba decir que la paciente era una mujer corpulenta, muy anémica y algo hidrópica y con edema en sus extremidades inferiores. Respecto á esta última circunstancia, tengo el sentimiento de decir que descuidé el analizar la orina, suponiendo que el edema procedia de la pérdida de sangre. El 15 de Octubre se le aplicó el éter, habiéndose dilatado el canal cervical con esponjas preparadas: quitadas éstas, hice en la cápsula del tumor, precisamente encima del os internum, incisiones longitudinales y transversales, pero la hemorragia fué tan abundante, que no pude hacer más, y tuve para detenerla, que rellenar la cavidad del útero con *iron cotton*. Frecuentemente me han alarmado los peligrosos efectos del cloroformo, pero ántes de este caso, jamás los del éter; el coma fué más profunda que lo regular, más grave el estertor, y tan marcadas la palidez de la cara y cabeza, como cuando se aplica el gas óxido nitroso. La paciente no volvió á reponerse de los efectos del éter; estuvo algo divagada durante la noche, y la mañana siguiente, á las diez, le atacaron convulsiones, que no cesaron hasta que sucumbió, á las seis de la tarde, con todos los síntomas de un envenenamiento urémico. No murió pues del fibroide ni de la hemorragia, sino simplemente de la uremia provocada, ó más bien, acarreada por la accion de los efectos de la eterizacion.

3.º, y otro caso fatal. Se introdujo á una enferma una esponja preparada en el estrecho canal del cuello, para explorar la cavidad del útero, en el que se encontraba un fibroide del tamaño de una cabeza de feto, y al dia siguiente los calofríos que la atacaron, anunciaron el peligro en que se hallaba. La paciente murió el sétimo dia. La inspeccion dió á conocer un absceso que habia reventado en la cavidad peritoneal, produciendo peritonitis.

4.º El Dr. E. H. Parker, de Poughkeepsic, me mandó en Octubre de 1872, una enferma que habia tenido un fibroide enorme. El hocico era muy pequeño, así como el cuello que estaba endurecido. Se le introdu-

jo una esponja preparada, que á las pocas horas tuvo que retirarse; pues fué acometida la enferma de uno de los más violentos desarreglos en su constitucion. Estuvo muy mala durante seis semanas y á punto de sucumbir; pero las hemorragias abundantes cesaron, y se encuentra ahora gozando de una brillante salud.

Haré notar, que así como mi primera serie de ejemplos demuestra concluyentemente los resultados que pueden obtenerse bajo circunstancias favorables, la segunda prueba tambien los peligros que se presentan á cada paso. Creo, sin embargo, que se han hecho muy buenos progresos en la materia, y considero que la enucleacion y extraccion de los fibroides intra-uterinos, son una de las grandes hazañas de la cirugia moderna.

Cuando la naturaleza intenta la expulsion de un cuerpo extraño del útero, ya sea éste un feto ó un fibroide, su primer paso para cumplir su objeto, es dilatar suficientemente el hocico. Procurando imitarla en la remocion de los fibroides intra-uterinos por medios artificiales, debemos pues, para obtener un buen éxito, guiarnos por los siguientes principios fijos: 1.º Debe abrirse libremente el canal cervical. 2.º Debemos despojar el tumor de la cápsula que lo envuelve.

Cuando se corta la cápsula, es conveniente que el tumor salga con lentitud y dilate gradualmente el cuello. No debe procederse á su enucleacion sino hasta estar bien seguros de que el cuello está suficientemente dilatado para darle paso, y hasta cuando su extremidad redonda se presenta á nivel del hocico dilatado. Si intentamos la enucleacion cuando la parte baja del tumor (siendo éste grande), se halla sobre el *os internum*, fallarémos indudablemente sin conseguir nuestro objeto. Estas reglas son inaplicables cuando el tumor es pequeño (del tamaño de una nuez ó de un huevo), y debe entónces procederse como en el caso 5.º

Para ilustrar el procedimiento de enucleacion, pondrémos un ejemplo: Supongamos que se trata de un fibroide del tamaño del puño ó de una naranja adherido á las paredes lateral y posterior del útero; que la pared anterior no está adherida al tumor; que el hocico está dilatado hasta tener $2\frac{1}{2}$ ó 3 pulgadas de diámetro; que el tumor es un myoma sólido, y que puede verse y sentirse al nivel de los bordes del hocico de tenca extendido. Deberán entónces introducirse 4, 5 ó 6 esponjas preparadas medianas, 6, 8 ó más horas ántes de la operacion. Con esto se ablandará la cerviz y se dilatará aun más el canal, facilitándose así la operacion.

(CONTINUARA.)