

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

LA REDACCIÓN DE "LA CRÓNICA MÉDICA"

dejando á cada cual emitir libremente sus ideas científicas, no patrocina, ni es responsable de las que contengan los artículos firmados.

AÑO XIII }
—

LIMA, ENERO 15 DE 1896.

} N.º 169
—

EDITORIAL

HIGIENE DE LIMA

Sistema actual de limpieza de las calles de la ciudad

Si con el descubrimiento del agente patógeno de la tuberculosis no se ha adelantado gran cosa respecto á la terapéutica de esta mortífera y universal enfermedad, en cambio su profilaxis ha avanzado muchísimo. Conocido el bacilo de Koch, estudiado en sus condiciones de existencia fuera del organismo humano y seguido en todas las alteraciones que produce y determina la enfermedad una vez penetrado en el cuerpo del hombre, es natural que hoy se pueda evitar, con más seguridad que antes, la infección tuberculosa; y es á este fin que se dirigen los esfuerzos de la mayor parte de las asociaciones médicas del mundo.

Desgraciadamente, entre nosotros, la cuestión de la profilaxis de la tuberculosis se halla totalmente descuidada. Nada se hace, por ejemplo, por examinar las car-

nes de consumo é impedir el espendio de las que contienen materias tuberculosas; la leche se vende por todas partes sin que se sepa si proviene ó no de vacas enfermas; en las escuelas, colegios, hoteles, etc., existe la más lamentable desentendencia respecto de los esputos de las personas que frecuentan esos establecimientos; y en el hogar doméstico no se toma la menor precaución con los productos de excreción de los enfermos, que son la fuente más segura y más frecuente de la propagación de la tuberculosis.

Dejando á parte, por el momento, esas diversas causas, nos concretaremos á tratar de un defecto capital que existe en la higiene de la población de Lima, defecto ya mencionado por el Sr. Combe, Regidor Municipal, y que favorece notablemente la propagación de la tuberculosis; nos referimos á la manera como se hace el barrido de las calles.

Antes de las doce de la noche, es decir, cuando todavía hay gran número de personas que transitan por las calles, una partida de chinos provistos de grandes escobas ba-

rren las calzadas á seco, levantando verdaderas nubes de polvo que obscurecen por completo la atmósfera, á tal punto que apenas se distinguen los barrenderos en medio de tan densa cantidad de tierra.

Se sabe que la manera más vulgar, más común de adquirir la tuberculosis pulmonar consiste en respirar aire que tenga en suspensión el polvillo proveniente de los esputos secos de los enfermos de tisis. Esto es axiomático en patología y no necesita en su apoyo de citas de autores. Pues bien, en una población como Lima, donde la tuberculosis pulmonar es tan generalizada, y por cuyas calles transitan á diario algunos centenares de tuberculosos es seguro que el pavimento contiene millones de bacilos de Koch, arrojados con los esputos de los enfermos.

Si á este peligro, completamente inevitable, puesto que depende de las costumbres y de la educación de los pobladores, se agrega la diseminación de los esputos,

que se verifica todos los días por el barrido á seco, y la debilidad del organismo de la generalidad de los habitantes de Lima, se comprenderá que se llenan así todas las condiciones apetecibles para la propagación de la tuberculosis. Y el peligro no sólo está reducido á que los transeuntes puedan contraer la enfermedad, sino que ese polvo penetra en las habitaciones y va á infectar á los que tal vez están sumidos en el sueño más tranquilo.

“El tradicional polvo de las 11 $\frac{1}{2}$ de la noche en Lima” á que se refería el literato peruano Paz Soldán y Unánue, para hacer comprender que nada podrá estar limpio en esta ciudad, es, pues, no sólo causa de desaseo, sino *medio activo de propagación de la tisis pulmonar.*

Por estas consideraciones, apoyamos el pedido que hizo el señor Combe, para que la Municipalidad modifique el sistema de limpieza de las calles de Lima.

DR. DAVID MATTO.

CLINICA GINECOLOGICA

del Doctor Néstor J. Corpancho

ELECCIÓN DE LOS MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS, EN RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO, SIMPLE Y DIFERENCIAL, DE LOS TUMORES ABDOMINALES, RADICADOS EN EL ÚTERO Ó SUS ANEXOS.—NOTAS CLÍNICAS.

I

Las íntimas relaciones que, naturalmente, existen entre el *diagnóstico* de las enfermedades y su *tratamiento*, sea este médico ó quirúrgico, obligan al práctico á explorar prolijamente sus enfermos para fundar, de la manera más sólida, segura y exacta, el diagnóstico de la dolencia que tiene que combatir.

Ciertos los anteriores conceptos, mirados en tesis general, lo son aún de más trascendental importancia tratándose de operaciones graves que pudieran comprometer la vida de las pacientes; por eso en Ginecología, más que en cualquiera otro ramo de Cirugía, precisa diagnosticar bien; y no como quiera, haciendo un diagnóstico simple, sino el diferencial, más aproximado posible, de las lesiones que se intenta remediar.

Sólo un buen diagnóstico puede sostener el valor moral para intentar ciertas operaciones y excusar los malos resultados que pudieran sobrevenir.

Por fortuna la práctica diaria de la Cirugía abdominal ha ido suministrando datos precisos al diagnóstico, poniendo de manifiesto relaciones estrechas entre las lesiones que el acto operatorio permite ver y los síntomas despertados por la enfermedad; y el gran vuelo que ha tomado la Ginecología, en estos últimos tiempos, débese á todas estas circunstancias: *diagnóstico preciso; técnica operatoria*, rápida, asegurando la hemostasis; *asepsis* y *antisepsis*, impidiendo las infecciones secundarias; y finalmente *anestesia*, vigilada y socorrida en sus accidentes más terribles.

No pretendo fatigar la atención haciendo repeticiones inútiles respecto de reglas que, cuando son bien observadas, permiten fundar el diagnóstico de las enfermedades propias de la mujer.

La mayor parte de las operaciones que llevo hechas han sido ovariectomías é hysterectomías, estas últimas, tanto abdominales como vaginales: su número total asciende á 30 hasta este momento; la notable diferencia de uno á otros casos me ha permitido establecer relaciones, más ó menos estrechas, entre el diagnóstico de la enfermedad y la operación que he practicado.

Concretándome, pues, á mi práctica, y sin salir de ella, puedo resolver el punto en cuestión.

En los comienzos de la Ginecología quirúrgica los casos que se presentan son los más fáciles de diagnosticar al práctico incipiente, pues generalmente se trata de grandes quistes, fluctuantes; enormes fibromas ó fibro-miomas, completamente desarrollados y manifiestos á los procedimientos más elementales de la exploración clínica; y es lo más natural, pues se trata de enfermedades descuidadas que han tenido el tiempo suficiente para evolucionar ampliamente. Debo advertir que si estos casos son de fácil diagnóstico, en cambio su pronóstico es muy grave por las mismas consideraciones anteriormente apuntadas. No habiendo más que seis defunciones, he considerado muy halagador el éxito de mis operaciones.

Pero, á medida que la Ginecología se acredita en un país los casos que se presentan en la Clínica son más numerosos y su tratamiento quirúrgico es más eficaz; porque se llega con más oportunidad para operar, aunque el diagnóstico ofrezca grandísimas dificultades.

Prueba la verdad de este aserto el caso de la señora J. L. de C., distinguida matrona que vino de Arequipa para operarse de un mioma

uterino. Durante varios días, y á diversas horas, tuve que examinarla hasta llegar á tener la certidumbre de la localización y naturaleza del tumor; tanto se ocultaba este á la palpación directa, tan leves accidentes de compresión y reflejos producía que, más de una vez, la enferma dudó de la existencia de su mal. Por fin triunfó mi obstinación: la palpación bi-manual; las medidas marcadas en el histerómetro; la tracción del útero; el tacto rectal ó vaginal, concomitante, siguiendo el procedimiento de Hégar, arrojaron luz suficiente para precisar el diagnóstico. Operada el 10 de noviembre último, por laparotomía, extirpé el mioma uterino que figura en la lámina II bajo el número 3.

Compréndese, sin mayor esfuerzo, que tratándose de tumores más pequeños contenidos en la cavidad pelviana, inaccesibles á la palpación, y aun de aquellos que, pasando por encima de la arcada pubiana, se encuentren cubiertos por paredes gruesas, la grandísima dificultad que ofrecerán al diagnóstico, máxime cuando se trate de establecer el diferencial entre los estados anormales de la gestación y alteraciones patológicas del útero ó de sus anexos.

Los quistes ováricos ó para-ováricos, los hematoceles intraligamentarios, las celulitis pelvianas, la peritonitis pelviana, la hidrosalpingitis y la pio-salpingitis, los embarazos extra-uterinos, las ectopias uterinas serán, en muchas ocasiones, de una distinción imposible, tanto que en los casos en que sea necesaria una intervención quirúrgica hay que comenzar por una laparotomía simplemente exploradora; operación que si con este carácter es generalmente empleada, en Inglaterra y en otros países, no creo que los progresos actuales entre nosotros permitan su adopción, sin prudentísimas reservas. Sin que esto quiera decir que el diagnóstico de los tumores grandes, que pueden percibirse y palparse, no puedan dar origen á serias dificultades y muy deplorables errores. Los embarazos, quistes ováricos, hidro-amnios, los tumores fibro-quísticos, la ascitis enquistada, el engrosamiento del epiploon, con adherencias intestinales, los tumores epiploicos, los tumores hidáticos, los tumores renales y aun las dilataciones de la vejiga pueden confundirse y no permitir un diagnóstico exacto, apesar de tomarse bastantes precauciones.

Las estadísticas publicadas por los ginecólogos nos informan de los errores de diagnóstico cometidos por las más encumbradas notabilidades en esta especialidad.

Cierto es que los errores que se cometen no son sino excepcionales; tanto ha avanzado la semeiótica en estos últimos tiempos que el práctico que examina, uno y otro día, á sus enfermas y no descuida ninguno de los procedimientos aconsejados en la exploración clínica, tales como la percusión, en la posición supina y en los decúbitos laterales; las medidas tomadas, en el vientre, de una y otro espina iliaca anteriores, hacia el ombligo; la auscultación para percibir soplos uterinos ó latidos cardiacos fetales; los tactos rectales, vesicales y vaginales; y otros medios más que no enumero para evitar ser prolijo, son otras tantas

fuentes de informaciones útiles que permitirán en la inmensa mayoría de los casos, ya que no en todos, acertar con el diagnóstico buscado.

Paciencia, sagacidad y constancia son las cualidades que deben distinguir al ginecólogo moderno; debiéndose los errores que se cometen, no tanto á la ignorancia como á la precipitación y descuido en el examen de las enfermas.

II

El diagnóstico de los tumores abdominales y, especialmente de los que tienen por asiento los órganos genitales internos de la mujer, permaneció obscuro y nada ilustrado hasta principios de nuestro siglo.

Los trabajos de Astruc, Lieutand, Hunter, Assalini, Sæmmering y otros, muy notables y llenos de novedad, en lo que se refiere á la propagación de las inflamaciones del útero, á las trompas ó los ovarios, poco ó casi nada enseñan tocante á la distinción y diagnóstico diferencial de las diferentes clases de tumores á que estas mismas afecciones pueden dar origen.

Gasc, Laë nec, Breschet, Davis, Guthrie, Dance, Lee, se contrajeron especialmente al estudio de la flebitis y, justo es reconocerlo, hicieron dar á la ciencia un paso de gran trascendencia esclareciendo la anatomía patológica de esta afección y designando la verdadera naturaleza de la *flegmatia alba-dolens*.

Más tarde los trabajos de Cruveillier, Baudelocque, Chassaignac, Duplay, Bouchut, Virchow enriquecían, con sus observaciones sobre la flebitis y la linfangitis puerperales, el estudio de la patogenia de estas afecciones, tan fecundas en enseñanza para los ginecólogos modernos.

Pero el diagnóstico diferencial de los diferentes quistes que tienen su origen en las perversiones de nutrición del ovario y en las afecciones inflamatorias de estos órganos; el de los diferentes tumores sólidos que tienen por asiento el útero; los fibromas y fibro-miomas uterinos; y el de los que tienen por punto de partida las inflamaciones de las trompas, quedaba, como queda dicho, envuelto en una gran obscuridad.

Velpeau en su extenso y magistral artículo sobre tumores del abdomen, del "Diccionario de Medicina", omite entrar en detalles y consideraciones en lo que toca á la sintomatología y diagnóstico de los neoplasmas de origen genital. Este eminente maestro, anticipándose á su época, se pronuncia con bastante claridad en favor de la intervención quirúrgica, cuando habla del tratamiento de los quistes ováricos.

Rostan parece ser el primero que ha llamado la atención sobre la importancia de la *percusión* y de los preciosos datos que ella puede suministrar en el diagnóstico de los quistes del ovario. Velpeau daba, también, gran valor á este medio de exploración.

Recamier inventando el *speculum* é instituyendo el *tacto recto-vaginal*, ya solo, ya combinado con la palpación abdominal, aportó, al estudio de las enfermedades de los órganos internos de la generación, un

fecundo manantial de conocimientos y preciosos elementos de diagnóstico.

Pero, á pesar de los progresos que estos estudios y los de Dance, Huguiet, Lisfranc, Mad. Boivin y Dugés, Graaf, Logger, Wepfer, Sexymour, Davis y otros habían, incuestionablemente, realizado la filiación y diagnóstico positivo y diferencial de las diversas clases de tumores abdominales, de origen pelviano, dejaba mucho que desear.

Son los contemporáneos los que han dado á la exploración y diagnóstico de las graves afecciones que constituyen, hoy, la moderna Ginecología, el sello de estudio positivo y el carácter altamente práctico que tiene.

Greig-Smith, precisando y delimitando con claridad la forma y extensión de la *zona de macisez*, en los casos de quistes del ovario y en los derrames peritoneales, simplificó notablemente la distinción de las ascitis y quistes ováricos.

Wyder indica, con mucho acierto, que las *metrorragias*, en los casos de tumor fibroso del útero, están ligadas á la lesión metritis-intersticial que acompaña siempre á los cuerpos fibrosos poco lejanos de la mucosa.

Pozzi establece que el síntoma hemorragia es tanto más acentuado, cuanto más próximo á la cavidad uterina se halla el neoplasma, llegando á su máximum en los pólipos. Que el síntoma *leucorrea* es de regla, y que tanto este flujo como la *hydrorrea*, (pérdidas serosas abundantes) que se presentan en este caso, se distinguen de los flujos cancerosos por la falta de olor y por su intermitencia.

Kidd, (1872) señalando la intermitencia de los *dolores ciáticos*, por compresión del plexo sacro y su exacerbación en la época menstrual, y y Jude Hue haciendo cesar estos dolores con la aplicación metódica de un pesario de aluminio, de una forma particular, destinado á levantar el tumor, concurren á facilitar el problema del diagnóstico.

West refiriendo muy atinadamente los fenómenos de *disuria*, á la compresión ejercida por el tumor sobre la vejiga, é indicando que estos transtornos llegan, por la compresión periódica que la fluxión menstrual trae consigo, á tomar el carácter de verdaderas cistitis, nos proporciona una importante enseñanza.

Murphy, el primero, y después Hanot, Milliot, Fourestié, Lee y Skene, de Nueva York; Porak, Pozzi y especialmente Salin y Wallis, de Estocolmo, señalando con insistencia la gravedad de las *lesiones renales*, por la prolongada *compresión de los uréteres* ó del cuello de la vejiga en los tumores pelvianos, y, comprobando, además, con autopsias que muchos insucesos atribuidos á las histerectomias y castraciones, tenían por causa lesiones renales á veces ignoradas, y á las que la intervención quirúrgica, y la prolongada inhalación de los anestésicos había dado brusca gravedad, han proyectado mucha luz sobre este importante lado de la sintomatología de los tumores del abdomen, y fijado con más claridad la indicación de la intervención quirúrgica precoz.

Por lo que toca á las indicaciones de intervención ó abstención que

suministra el *estado del corazón*, Hofmeier en un luminoso artículo presentado á la "Sociedad ginecológica de Berlín", en 1886, insiste en la frecuencia de los trastornos cardíacos en los casos de tumores abdominales, especialmente en los de grandes fibromas uterinos. El aumento de la presión vascular, por la compresión que el tumor produce, la degeneración grasosa ó bruna del miocardio, la muerte súbita, por síncope, después de una operación ó sin ella, son tratados allí con mucha erudición y tino.

Fheling, en Alemania; Dower, en Nueva York; Fenwick, en Inglaterra; Sebilleau, en Francia, han publicado observaciones notables sobre este importante punto.

Pozzi estima que estos trastornos refuerzan la indicación de intervenir, sin desconocer que agravan el pronóstico.

La *histerometría*, la dilatación metódica del cuello del útero ó el desbridamiento de sus comisuras, y aún el *curetage*, de exploración, son otros tantos medios preciosos de diagnóstico que debemos á Hégar, Schultz, Lawson-Tait, Pean y otros.

El *tacto vesical*, franqueando con el dedo todo el canal de la uretra; el *cateterismo de los uréteres* instituido por Pauliski son, también, nuevos medios de exploración á que el ginecólogo puede recurrir para facilitar el diagnóstico.

III

Con el objeto de poner de manifiesto el espíritu dominante de esta breve exposición, quiero suponer hallarme en presencia de un *mioma uterino*.

Este tumor puede ser operado tanto por la vía abdominal como por la vaginal, dependiendo únicamente la elección del procedimiento de las dimensiones del tumor; si este es pequeño y excede poco la arcada pubiana deberá ser atacado, de preferencia, por la vía vaginal, como lo hice con la enferma J. R. (Obs. 9.^a)

De la misma manera, esto es por la vía vaginal, deben ser operados todos los miomas cavitarios, sean sesiles ó pediculados; exteriores, en parte, ó completamente encerrados en la cavidad uterina, (pólipos). La extirpación de estos miomas no ofrece, por lo general, grandes dificultades; toda la técnica operatoria se reduce: á ensanchar el cuello del útero por el empleo de los dilatadores ó del desbridamiento del mismo órgano, hasta su orificio interno, y aun más allá, si el volumen del tumor lo reclamase; tirar, en seguida, con el tira-balas, lo bastante para poder atacar el pedículo, cisionándolo con una tijera, ó desprendiéndolo con espátulas y, si las adherencias no son fuertes, con los dedos.

Tal procedimiento he empleado en muchísimas enfermas, que no figuran en mi estadística, por considerarlo de escasa importancia.

Generalmente concluyo estas operaciones con un *curetage* para

combatir la endometritis que acompaña á este género de neoplasias, seguido de un taponamiento con gasa yodoformada.

No siempre estos miomas son tan fáciles de operar, particularmente si se complican con una inversión del útero, porque, entonces, no sólo hay que hacer la extirpación del tumor sino, también, restituir el útero á su posición normal.

En la estadística que vá adjunta figuran dos casos (Obs. 18.^a y 19.^a) de alguna importancia, por la magnitud de los tumores: una de las enfermas fué proporcionada por el doctor Acuña, quien asistió á la operación; la otra por el doctor Ibarra, que también concurrió al acto operatorio. No siendo posible, en uno y otro caso, la extracción de los tumores íntegros fué necesario despedazarlos (morcellement); así pude dar término feliz á las operaciones. No dejaré de consignar una circunstancia algo notable: una de las enfermas se negó, resueltamente, á ser cloroformizada, manifestando tener valor y energía suficientes para soportar la operación, sin recurrir á medio alguno anestésico, por lo que se procedió conforme á su deseo mostrando, durante el acto, una resignación inaudita.

Cuando los miomas son más grandes la histerectomía que se practica puede hacerse por muy diversos procedimientos, de los cuales los más conocidos y acreditados son los de Pean, Segond y Doyen. La crítica de estos procedimientos es sumamente extensa y de alto interés quirúrgico, motivo por el que reservo su estudio para un trabajo especial, cuyos materiales voy acopiando con esmero; estudio que daré á luz, en una próxima publicación, acompañando la estadística de las nuevas operaciones que practique por esos procedimientos. No obstante, puedo, desde ahora, manifestar mi preferencia por el método de Pean, modificado por Segond.

Hay ocasiones en que los miomas son intersticiales y, por consiguiente, su extracción por despedazamiento no es practicable; en estos tumores hay que recurrir á la castración uterina que concilia la necesidad de extirpar el órgano enfermo, con la conservación de los anexos sanos. Si el tumor estuviera simplemente encapsulado se puede, y se debe, respetar el órgano de la gestación, enucleando solo el tumor como lo he visto hacer, muchas ocasiones, al tantas veces citado profesor Pean.

Creo del caso indicar en este sitio que la histerectomía puede estar aconsejada, y yo la he practicado en varias ocasiones, (Obs. 14.^a, 15.^a y 21.^a), tratándose solamente de pio-salpingitis; y aún cuando, en dos de las operadas, el útero estaba sano fué preciso comprenderlo, también, en la extirpación, no siendo posible respetarlo. Con mayor razón, hay que practicar la castración uterina, cuando el cáncer se ha manifestado en este órgano y no hay propagación á los ganglios linfáticos, se hallan indemnes los ligamentos anchos y el útero conserva su movilidad. Si la degeneración está más avanzada la histerectomía se encuentra contra-indicada formalmente.

No hace muchos meses que solicitado para operar de cáncer uterino á la señora E. M. de R. me limité, solo, á hacerle inyecciones de *alcohol absoluto*, según el procedimiento del profesor Vulliet, de Ginebra. Con solo una curación por este medio se atajó la degeneración cancerosa; la enferma se halla tan bien que cree estar completamente curada. Otros casos más, así en el Hospital como en mi clientela privada, me autorizan á recomendar, aunque esté fuera de oportunidad, el importante descubrimiento de Vulliet.

No desconozco los experimentos del doctor Fafices, de Moscow, con las inyecciones parenquimatosas de una solución de ácido salicílico al 60 p. %; pero el número de casos, tratados por él, es tan reducido para emplear este antiséptico con preferencia al alcohol absoluto. Por lo demás, la técnica en uno y otro procedimiento es sumamente sencilla y rápida: se pone el cuello uterino al descubierto, mediante la introducción de las cucharas del espéculum de Sims ó las valvas del de Fritch; se hace un lavado antiséptico para desinfectar completamente la vagina; hago después un curetage eliminador de las excrescencias cancerosas; vienen después las inyecciones que pueden practicarse con una jeringuita de Pravaz, si no se posee otro aparato más adecuado al objeto. La aguja será introducida hasta una profundidad de dos tercios de centímetro, y aún más, si fuera necesario, hasta atravesar la zona del tejido enfermo. Después se hace el taponamiento con gasa yodoformada; pudiendo repetirse estas operaciones hasta encontrar el provecho que se busca.

Si, por el contrario, el tumor fuese de mayores dimensiones ya no sería cómodo, ni aun practicable, en ciertos casos, la extirpación por la vía vaginal; debiendo recurrirse á la laparotomía que presentará, sobre aquella, indiscutibles ventajas.

Una vez acordada la abertura de las paredes del vientre, cabe preguntarse si, la longitud de la incisión será corta ó si deberá ser larga.

El ilustre ginecólogo francés doctor Pean, tratándose de la extirpación de miomas uterinos, cuando presentan grandes dimensiones, usa, indistintamente, de uno ú otro procedimiento; habiéndole visto practicar grandes incisiones, extendidas desde el pubis hasta el apéndice xifoides, por cuya ancha vía salen al exterior, fácilmente, los tumores y, también, más pequeñas sacando el tumor á pedazos (*morcellement*.)

En una enferma del Hospital de Santa Ana (Observación 30.^a) el fibro-mioma era tan grande que pesaba 15 libras: hubo necesidad de practicar una enorme incisión y, aún así, el tumor ofreció grandes resistencias para ser extraído. La enferma murió á las 48 horas, por peritonitis traumática. Si tuviese, en adelante, que operar un mioma uterino tan grande, resuelto estoy á intentar el otro procedimiento, el de despedazamiento (*morcellement*), que tal vez produzca menos gasto de fuerza nerviosa y un traumatismo menos peligroso.

Tan pronto como desprendo el tumor y lo pongo fuera de las paredes del vientre, mi primer empeño es ligar las arterias útero-ováricas,

ya sea temporal ó definitivamente, con arreglo á la técnica del caso, y aplico una ligadura elástica en el pedículo ó base del tumor, como medio hemostático; extirpo, después, con un fuerte bisturí, la mayor parte del tumor para darle luz y facilitar la continuación del acto operatorio. Es en este momento cuando aprecio las circunstancias locales, las relaciones del muñón con los órganos vecinos, principalmente con la vejiga y el recto; y cuando me preocupo, también, del procedimiento definitivo que ha de completar la operación. Abandono el pedículo siempre que lo encuentro poco desarrollado; por el contrario, lo conservo y fijo al exterior si es de base gruesa y carnosa. La falta de pedículo, en estos casos, no es un inconveniente para la adopción del procedimiento, porque puede formarse por la construcción hecha con la ligadura elástica, que cuido de aplicar, inmediatamente, por encima del istmo uterino.

He abandonado el pedículo en los casos á que se refieren las observaciones 12.^a, 20.^a, 22.^a y 25.^a; todos terminados favorablemente.

Debo advertir que el abandono del pedículo ha sido, siempre, para mí, motivo de grande inquietud, ora por las hemorragias que puedan producirse, ora por los focos de infección que pudieran presentarse, á favor de la comunicación de la superficie cruenta con el canal cervical; y sin estas circunstancias, por sólo defectos de antisepsis, posible de cometer. En previsión de los anteriores peligros establezco un drenaje, al exterior, mediante el empleo de una mecha de gasa yodorformada, siguiendo el procedimiento aconsejado por Mikulicz.

Simpatizo mucho con la formación del pedículo externo y abogo por su adopción en nuestra práctica hospitalaria, en la que los defectos de asepsis y antisepsis son muy de temerse; por eso he dejado pedículo extra-peritoneal en los casos de que se ocupan las observaciones 3.^a, 4.^a, 5.^a, 6.^a, 10.^a, 17.^a, 27.^a, 28.^a, 29.^a y 30.^a; sin más defecto que la prolongación del tratamiento.

Trato el pedículo externo como generalmente lo hacen todos los cirujanos que adoptan este procedimiento, es decir, lo atravieso con un par de grandes agujas, y corto las extremidades agudas por medio del alicate.

En la enferma de la observación 2.^a me limité, solo, á poner cabezuelas en las extremidades agudas; pero la paciente tuvo la mala suerte de atravesarse con una de ellas, felizmente sin accidente grave; desde entonces las corto, dejándoles suficiente longitud para que la tracción de los tejidos no las lleve al interior.

La ligadura elástica, que ha de quedar hasta la caída del muñón, la aplico inmediatamente debajo de las agujas, construyendo bien con el ligador elástico de Pozzi y mantengo su fijeza con una pequeña pinza de Pean; ato los cabos con un cordonete de seda, si no quiero fiarme solo en la pieza movable del mismo instrumento.

Inútil es agregar que, como es de práctica usual, cauterizo con el termo-cauterio ó con el cloruro de zinc, sin descuidar la aplicación de

polvos de yodoformo y tanino, los que modificando el muñón se oponen, en lo posible, á toda descomposición.

IV

Si el tumor diagnosticado resultase ser un *quiste ovárico*, caso de que fuere pequeño y pelviano, cabe, en teoría, la elección entre los procedimientos vaginal y abdominal.

Thomas, de Nueva York; Goodell, de Filadelfia; Gil More, Hamilton y otras celebridades refieren algunos casos curados por el procedimiento vaginal; pero lo cierto es que, actualmente, los ginecólogos de todo el mundo optan por la laparotomía, ya se trate de quistes grandes ó pequeños.

Momento es este de declarar que no doy importancia alguna á un punto que ha sido algo controvertido en Ginecología: me refiero á la época más favorable para operar los tumores ováricos.

Cualesquiera que sea la magnitud de un quiste, concepto peligroso el aplazamiento de la operación hasta que el tumor haya tomado suficiente desarrollo. Con la evolución que se espera, para que el tumor adquiera las proporciones deseables, según el parecer de algunos pocos prácticos, pueden también nacer adherencias, torcerse el pedículo y sufrir accidentes de compresión ó de carácter reflejo que gasten las fuerzas de la enferma, dificulten la operación, exponiéndola á peligros que pudieron prevenirse, acometiendo el mal desde que el diagnóstico hizo evidente su existencia.

No me detendré en detalles de la técnica operatoria que vosotros conocéis perfectamente; en este supuesto, doy por comenzada la operación y me encuentro con adherencias numerosas, las mismas que cuido de desprender con mucho tiento, sobre todo si están situadas en la región de la sincondrosis sacro-iliaca, para evitar la ruptura posible de un tronco venoso ó de un ureter. Si son largas las adherencias las ligo en dos puntos, cerca del quiste, y corto entre ambas ligaduras.

Las adherencias de la vejiga son también del mayor interés, por lo que procuro desprenderlas sin desgarrar este órgano. No me ha ocurrido este accidente, pero si tal cosa sucediese en adelante, haría una sutura con seda ó catgut y pondría á la enferma una sonda permanente durante algunos días.

Podrá ocurrirme alguna vez, como á tantos otros ginecólogos, no poder efectuar el desprendimiento por ser invencibles las adherencias; para entonces, estoy resuelto á ligar, en masa, toda la porción prendida del quiste y cortar más allá de ellas, cuidando de cauterizar los bordes.

Si el tumor fuese papilomatoso (observación 8.^a) el procedimiento que sigo es el llamado de *marzupialización*: hago la punción del tumor, tiro de él, hacia fuera, cuanto puedo; divido su cubierta peritoneal, de modo que comprenda en la incisión una porción elíptica; lo separo de

su cápsula, valiéndome del dedo y haciendo firmes tracciones; y contengo con pinzas ó ligaduras la hemorragia que se produzca:

Terminada la enucleación queda, naturalmente, una extensa superficie cruenta, extra-peritoneal, cuyos bordes deben unirse por medio de suturas á la incisión abdominal, aislándola de la cavidad del peritoneo y dejando espacio para colocar un drenaje constituido por un tubo de vidrio ó de gasa yodoformada, siguiendo la práctica de Mikulicz.

Inútil es agregar que en la ovariectomía, como en la extirpación de los fibromas, puede ser abandonado el pedículo (como lo hice con las enfermas á que se refieren las observaciones 1.^a, 16.^a, 23.^a y 24.^a) y puede, también, fijarse al exterior. Poco hay que temer de los pedículos delgados, porque los exsudados, á que puedan dar lugar, son fácilmente reabsorbidos por el peritoneo, circunstancia que evita la formación de focos sépticos en la cavidad abdominal.

El diagnóstico diferencial de los quistes del ovario, en cuanto se refiere á su anatomía patológica, no tiene influencia directa acerca del procedimiento particular que deba seguirse en su extirpación. En tal virtud, sea que se trate de quistes prolígeros ó prolíferos glandulares, de los quistes prolígeros ó prolíferos papilares, de los simples dermoideos ó de los llamados mixtos; trátese de los quistes parovarianos en sus diversas especies: hialinos, papilares y dermoideos, el procedimiento siempre será el mismo, y dependiente sólo de las condiciones de nutrición del pedículo el abandono ó su fijeza al exterior.

En cuanto á los quistes rudimentarios (los del cuerpo amarillo, los foliculares y los residuarios) para cuyo tratamiento quirúrgico se siguiera, en otro tiempo, el de la castración; hoy, particularmente, después de la publicación de la excelente tesis de mi amigo el Dr. Delaunay (Asistente de Pean y ex-interno del Hospital de Pozzi), se ha proscrito dicha operación que, aparte de los riesgos que hace correr á las enfermas, las esteriliza, si comprende ambos ovarios. Hoy se hace otra operación, mucho más sencilla y de una técnica operatoria que está al alcance de cualquier cirujano; quiero hablar de la ignipuntura, sea con el termo-cauterio de Paquelin ó con el galvano-cauterio de Trouvé; así se destruyen los quistes, cuidando, además, de suturar las soluciones de continuidad que resulten para prevenir la producción de exsudados capaces de perjudicar la asepsis del órgano enfermo.

Se comprenderá que esta operación sólo puede tener lugar en los casos complejos, es decir, cuando se trate de tumores ováricos completamente desarrollados, causa determinante de la intervención quirúrgica, y de tumores rudimentarios, que complican la dolencia; porque indudablemente, no pudiendo ser diagnosticados, con precisión, los quistes rudimentarios tampoco podrán autorizar una intervención quirúrgica. La observación 6.^a refiérese á un fibro-mioma, complicado con quiste purulento, intraligamentario. La operación fué dirigida exclusivamente contra el tumor; por un descuido, involuntario, no examiné los anexos y pudo pasar desapercibido el foco purulento alojado en el ligamento ancho. La enferma murió por peritonitis séptica,

revelando la autopsia la existencia del quiste supurado, causa eficiente de la muerte.

Poca ó ninguna importancia doy al contenido de los quistes, en cuanto á los procedimientos que deben seguirse; ya sean ellos serosos, coloideos, purulentos, hialinos, hemáticos, etc., la operación es la misma; el éxito es el que difiere. La observación 8.^a trata de un fibroquiste, papilomatoso, de contenido coloideo. Operada con el mayor cuidado y asistida con grandísimo esmero, la enferma sucumbió, sin embargo, por la mala índole de su tumor.

No terminaré este capítulo sin hablaros de la *torsión del pedículo* en los tumores del ovario; complicación que, sin la menor duda, produce accidentes de gran trascendencia, si no próximos, remotos y siempre graves; complicación que ha sido bien y debidamente estudiada por Rokitansky —el célebre profesor vienense— cuyo trabajo de conjunto es el más notable que se haya presentado hasta el día. No ha mucho sólo podía comprobarse su presencia por la autopsia; hoy es posible, casi con certidumbre, precisar su diagnóstico mediante la sintomatología que debemos á Spencer-Wells, Keberlé, Duplay, Freund, Olshausen y otros.

Sin entrar en extensas consideraciones sobre la etiología de este accidente no puedo menos que señalar, de momento, entre las causas más activas de su producción los movimientos bruscos, las manipulaciones violentas, sobre todo en sus primeras épocas. Encuentro muy plausible la explicación que á este accidente da el distinguido ginecólogo español doctor Fabregas, quien la atribuye á la longitud del pedículo y al poco volumen del quiste, como también á las punciones que, sobre ser siempre inútiles, pueden llevarnos, por la libertad en que dejan al quiste, á una de estas torsiones fatales ó cuando menos muy nocivas; el parto también puede producirla en algunas ocasiones. Todas estas causas, como lo hace notar el ginecólogo español, explican mejor y más satisfactoriamente la torsión del pedículo que la teoría de Lawson-Tait, quien la atribuye, sin razón suficiente, á la emigración de los bolos fecales por el recto.

Siendo de suma gravedad la torsión del pedículo debe procederse, sin pérdida de tiempo, á practicar la ovariectomía tan pronto como el diagnóstico del accidente haya sido hecho con precisión. Como este accidente no es muy conocido, permítaseme entrar en algunos detalles referentes á su sintomatología.

Se presentan casos en que los trastornos de esta complicación son muy leves, al parecer inofensivos, como que se refieren sólo á un ligero edema del pedículo y de las paredes del quiste, mayor desarroyo en la red venosa, sin marcar alteraciones en sus paredes, si bien lo suficiente para que el exudado fibrinoso de las mismas se organice al contacto de los demás órganos abdominales, con formación de adherencias tan íntimas como sólidas y todo esto, con ó sin hemorragia intra-quística. En estas condiciones el diagnóstico es obscuro y el accidente sólo puede comprobarse en el acto de la operación, como me aconteció con la

enferma de que se ocupa la observación 16.^a; que tengo la buena suerte de haber salvado. No sucede siempre lo mismo, pues en otros casos la torsión del pedículo viene acompañada de accidentes más manifiestos y alarmantes desde el principio: puede la torsión tener lugar en dos y tres vueltas y despertar excitación fuerte de los filetes nerviosos, que del plexo solar inervan el ovario, provocando fuertes neuralgias. Agréguese á esto que la circulación queda abolida, casi por completo; de allí se derivan éxtasis venosos, dando lugar á hemorragias intra-quisticas que aumentan su crecimiento, de un modo brusco, y pueden comprometer la vida en un momento dado y hasta ocasionar la muerte. Estos accidentes, también, pueden provocar peritonitis, más ó menos agudas, que arrebatan á las enfermas en breve tiempo.

Debo advertir, todavía, que hay formas más graves y fulminantes cuya sintomatología alcanza notable precisión. Esto ocurre cuando se efectúa la separación completa del quiste con su pedículo; en estas circunstancias dos pueden ser las fases del fenómeno: 1.^a de una manera brusca y repentina se presenta un dolor, de intensidad variable, en el lado donde reside el tumor, pero que puede irradiar hacia el muslo correspondiente, y á la región lumbar; con intolerancia gástrica más ó menos pronunciada, pulso frecuente, pequeño, sudores, hipo, dificultad respiratoria, metiorismo y malestar general; 2.^a en otras ocasiones se producen exsudaciones fibrinosas y flebitis que determinan peritonitis parciales, las que sostienen un estado febril, más ó menos intenso, con dolor de otro carácter, formando un síndrome inflamatorio muy distinto del lipotímico anteriormente expuesto.

Y aun cuando es verdad que la torsión del pedículo se relaciona más bien con el pronóstico de la enfermedad que con el tratamiento operatorio, debo recordar el consejo dado por el eminente cirujano francés, doctor Pean, de ligar con cuidado el pedículo para evitar se corten los vasos con la ligadura; pues aun cuando este accidente no produzca hemorragias, en vasos que están obliterados, puede dar lugar á exsudados nocivos, que conviene evitar á todo trance; con esta precaución operé á la enferma de que se ocupa la observación 16.^a

(Concluirá)

CLIMATOLOGIA DE LIMA

AÑO 1895

Las observaciones climatológicas hechas durante el año 1895 no presentan nada muy notable, como veremos en la siguiente exposición.

Temperatura. Como por ley natural, la temperatura más alta tuvo lugar el 15 de febrero, que también fué el mes más caluroso en su promedio, alcanzando una máxima

maximorum de 30°2 y una media mensual de 25°0.

La mínima llegó á 11°4, efectuada el 10 de junio, que iba con el mes de media más baja (16°6). Notándose entre estas dos observaciones una oscilación de 18°8, habiendo sido la oscilación máxima diurna de 14°0 y la media del año de 8°0.

La temperatura media de este año, que es de 19°4, tiene sólo una diferencia de 0.4 con el anterior.

La temperatura del agua ha marcado una media de 21°3, sien-

do su máxima de 24°9 y la mínima de 17°0.

Presión. Este año la presión ha alcanzado una media relativamente baja, de 747.87, llegando el minimum á 743.20 el 24 de diciembre, el maximum á 751.70 el 20 de agosto, teniendo así una oscilación de 85 mm. La oscilación diurna alcanza un máximo de 3.4, teniendo una oscilación media de 2.2.

Humedad. La humedad relativa media ha sido 74.8. Su maximum, como siempre, ha alcanzado 99 por 100, bajando hasta 40, verificada el 23 de enero.

La tensión del vapor de agua con gran regularidad llega á una media de 13.15.

Evaporación. Igual á los otros años. Ha sido de 2.5 mm. como media mensual, no llegando más que á una altura máxima de 5.8 mm., sumando un total de 862 mm. 7.

Lluvia. Este año la lluvia ha sido considerablemente menor que en los tres últimos años. La altura total de lluvia es de 31mm. 2. El 26 de agosto fué el día de lluvia más abundante; el fluviómetro marcó 1.4.

Han llovido en el año 179 días, de los cuales en 87 la lluvia ha podido ser medida.

Nebulosidad. Las cifras señalan que en Lima los días cubiertos son los más abundantes; así para 153 días enteramente cubiertos sólo hay 79 días completamente despejados, quedando 133 días variados.

Vientos. La dirección de los vientos es perfectamente regular de S. SW; pero es de notar la gran mayoría de días que en los meses de agosto, noviembre y diciembre ha soplado viento SE y S. SE. Como muy excepcional no pasaremos sin mencionar los 6 días en que ha soplado viento N. sumando un total solamente de 10 k 25 m.

En el mes de enero el día 13 des-

de las 6 a. m. sopló viento N. hasta las 9.30 a. m. El 29 del mismo mes á las 8 y 30 a. m. sólo por diez minutos. En el mes de febrero el día 20 también por diez minutos á las 9 ½ de la mañana. El 13 de mayo á las 6 y 30 a. m. por una hora veinte minutos, y por último dos días en el mes de diciembre, el día 3 á las 8 y 45 a. m. por 50 minutos y el 9 desde las 6 a. m. por 4 k. 20 m. Los días de viento más fuerte durante las 24 horas han sido el 6 de enero, en mayo el 24 y el 28, en junio el 26 y 28, en julio el 2, en agosto el 3, 4, 18 y 30, en setiembre el 4, 5, 6, 13, 14, 20, 24, 25 y 26; y el 14 de diciembre, teniendo una máxima media de 6 m. 15 por segundo.

Arco iris. Con gran regularidad en estos tres últimos años pasados y en el mes de enero, no falta este hermoso fenómeno, habiéndose dejado de ver por tres veces en este mes, después una vez en los meses de febrero, marzo, abril y octubre.

Temblores. Han sido poco abundantes, pues sólo 6 se han dejado sentir; todos ellos en relación con los movimientos de luna y todos en una sola época; así se han efectuado en los meses de mayo, junio, julio, agosto y setiembre, correspondiéndole á junio 2 temblores. En los otros siete meses seguidos no se ha sentido el menor movimiento seismográfico, habiendo sido estos temblores de poca duración y suaves.

DR. FEDERICO REMIG.

FORMULARIO

Mixtura contra la epilepsia

E. TIMMERMAN

Sulfato de atropina 0 gr. 06 cent.
 Alcohol rectificado 16 „
 Solución alcohólica
 de trinitrina al 1
 por ciento, 4 „

M.—Para tomar tres á cinco gotas, tres veces al día, después de las comidas, en un poco de agua. Estas dosis, calculadas para el adulto, pueden aumentarse progresivamente y con precaución, según la tolerancia del enfermo, hasta diez y aun doce gotas repetidas igualmente tres veces al día.

Según Timmerman (de Batesville), la atropina asociada á la trinitrina convendría más especialmente en el tratamiento de la epilepsia de individuos de constitución delicada, mientras que los epilépticos vigorosos y que presentan un estado pletórico más ó menos pronunciado serían más sensibles al tratamiento bromurado clásico.

Píldoras contra la dispepsia flatulenta

STEPHEN MACKENZIE

Acido fénico.... 0 gr. 72 centíg.

Valerianato de zín..... 1 ,, 20 ,,
 Extracto de n. vómica..... 0 ,, 015 milíg.
 Extracto de aloes 0 ,, 36 centíg.
 Tintura de cápsico..... 1 gota.

M. y dividase en doce píldoras.— Para tomar una píldora mañana y noche.

Mixtura contra la faringitis seca

M. DANET

Glicerina... ..30 gr.
 Tintura de iodo... 0 ,, 30 centíg.
 Acido fénico..... 0 ,, 25 ,,
 Tintura de aloes... 0 ,, 50 ,,
 Laudano de Sydenham..... X gotas.

M.—Para embadurnar la garganta con esta mixtura noche y mañana.

Publicaciones recibidas,

CUYA REMISIÓN AGRADECEMOS A SUS AUTORES Ó EDITORES

Gazette des Hopitaux de Toulouse.— Publicación semanal, dirigida por el Dr. DUPIN, *Toulouse* (Francia).

Traitement de la neurasthénie, por la acción combinada de la electricidad y de la Medicación hipodérmica, por el Dr. IMBERT DE LA TOUCHE. Un folleto de 20 páginas. *Paris* (Francia); Lib. J. B. Bailliere et Fils., 19, rue Hautefeuille. Año 1895.

Technique de l'Exploration oculaire, Introducción al estudio de la Oftalmología, por L. VIGNES, miembro de la Sociedad de Oftalmología de Paris. Un volumen de 420 páginas con 213 láminas. *Paris* (Francia). A. Maloine, editor, 21, Place de l'Ecole de Médecine. Año 1896. Precio, 8 francos.

Peut-on tirer de la forme du crâne des conclusions sur les dispositions anatomiques rendant plus ou moins dangereuses les opérations sur le rocher? por el Dr. P. GARNAULT (de Paris). Ex-jefe de los trabajos de Anatomía y de Histología comparadas en la Facultad de Ciencias de Burdeos. Un folleto de 36 páginas. *Paris* (Francia), A. Maloine, editor, 21, Place de l'Ecole de Médecine. Año 1896.

Programa de los cursos de la Facultad de Medicina y Farmacia de Cochabamba, por el profesor Dr. JOSÉ E. MERCADO. Un folleto de 13 páginas. *Cochabamba* (Bolivia), Imprenta de *El Comercio*. Año 1895.

Del tratamiento quirúrgico de los fibromiomas uterinos. Tesis para optar el grado de Doctor en la Facultad de Medicina de Lima, por D. JUVENAL DENEGRI, Médico-Cirujano. Un folleto de 52 páginas. *Lima* (Perú). Imprenta Liberal, calle de la Unión, 317. Año 1895.