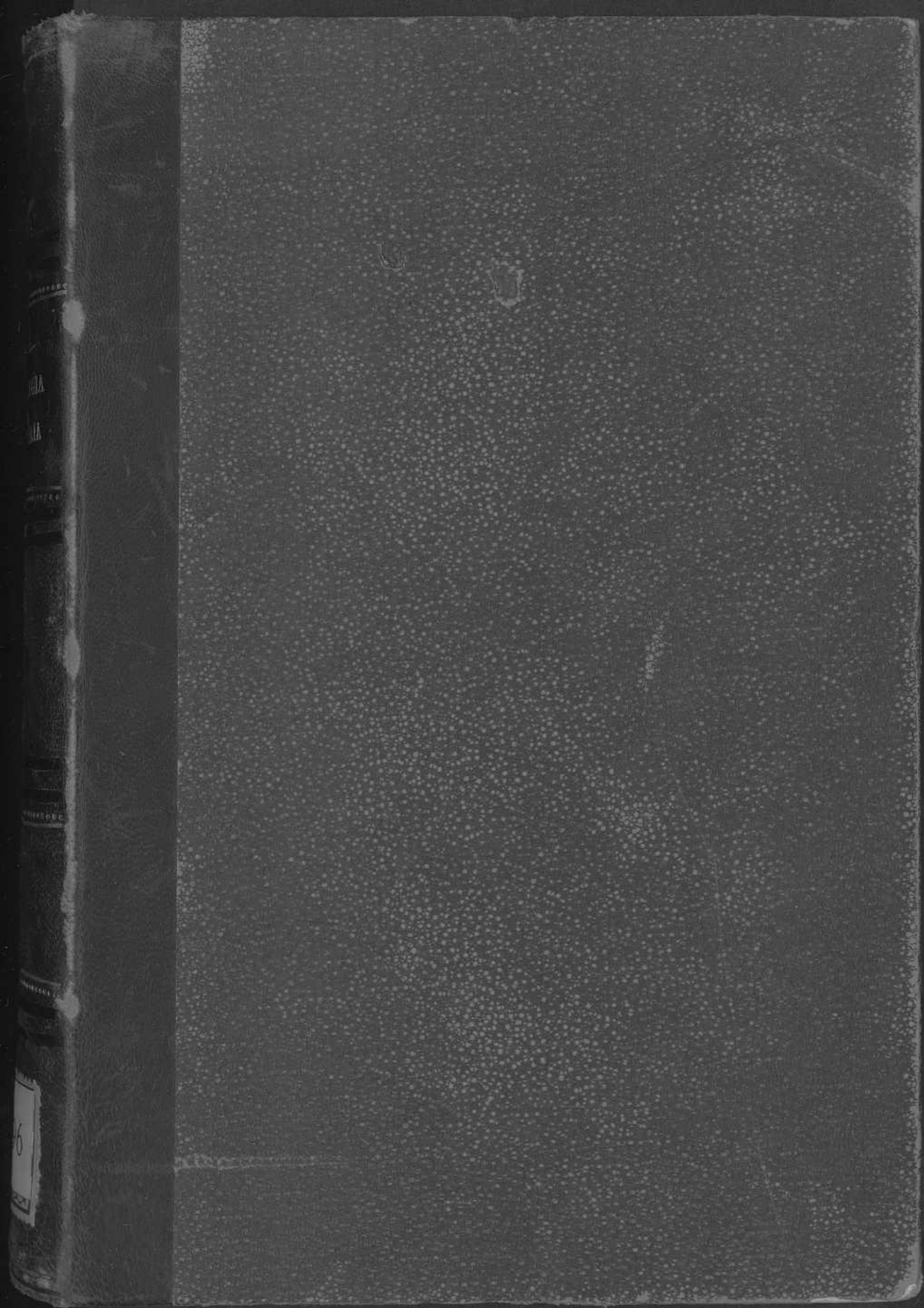
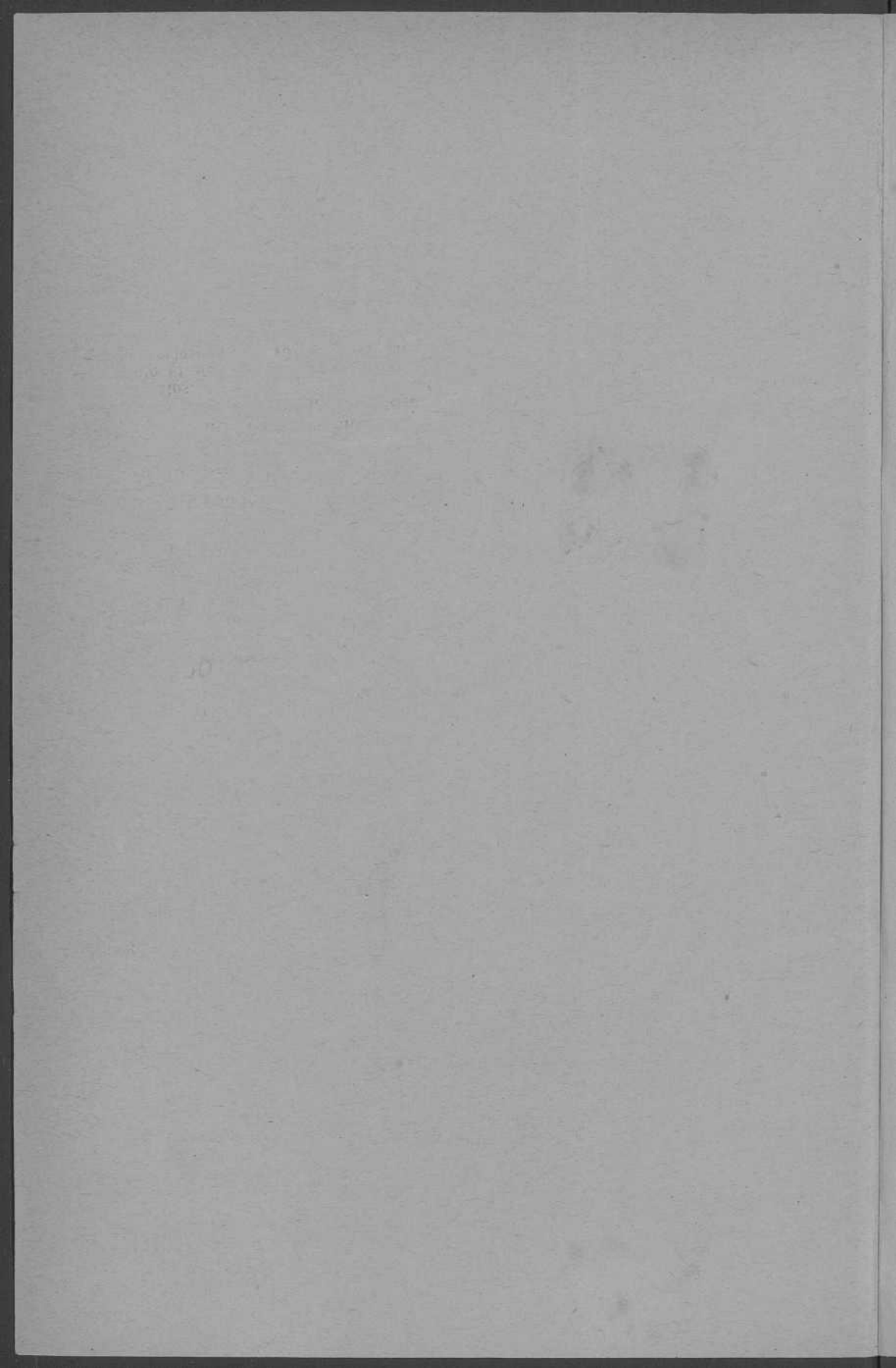






16023

$$\begin{array}{r} 93 \\ \hline - 50 \\ \hline \end{array}$$



TRATADO
DE
GINECOLOGÍA OPERATORIA

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO



BIBLIOTECA ESCOGIDA DE EL SIGLO MÉDICO

TRATADO

DE

GINECOLOGÍA OPERATORIA

CON LA EXPOSICION DE

LOS PROCEDIMIENTOS EXPLORATORIOS EN GINECOLOGÍA

POR

A. HEGAR

Director de la Clínica ginecológica

y

R. KALTENBACH

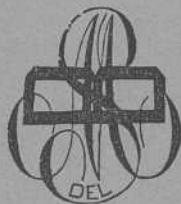
Profesor extraordinario de Ginecología
en la Universidad de Friburgo

VERTIDO AL CASTELLANO, ADICIONADO Y ANOTADO.

POR EL

DOCTOR MARIO GONZALEZ DE SEGOVIA

Profesor de la Maternidad de Madrid

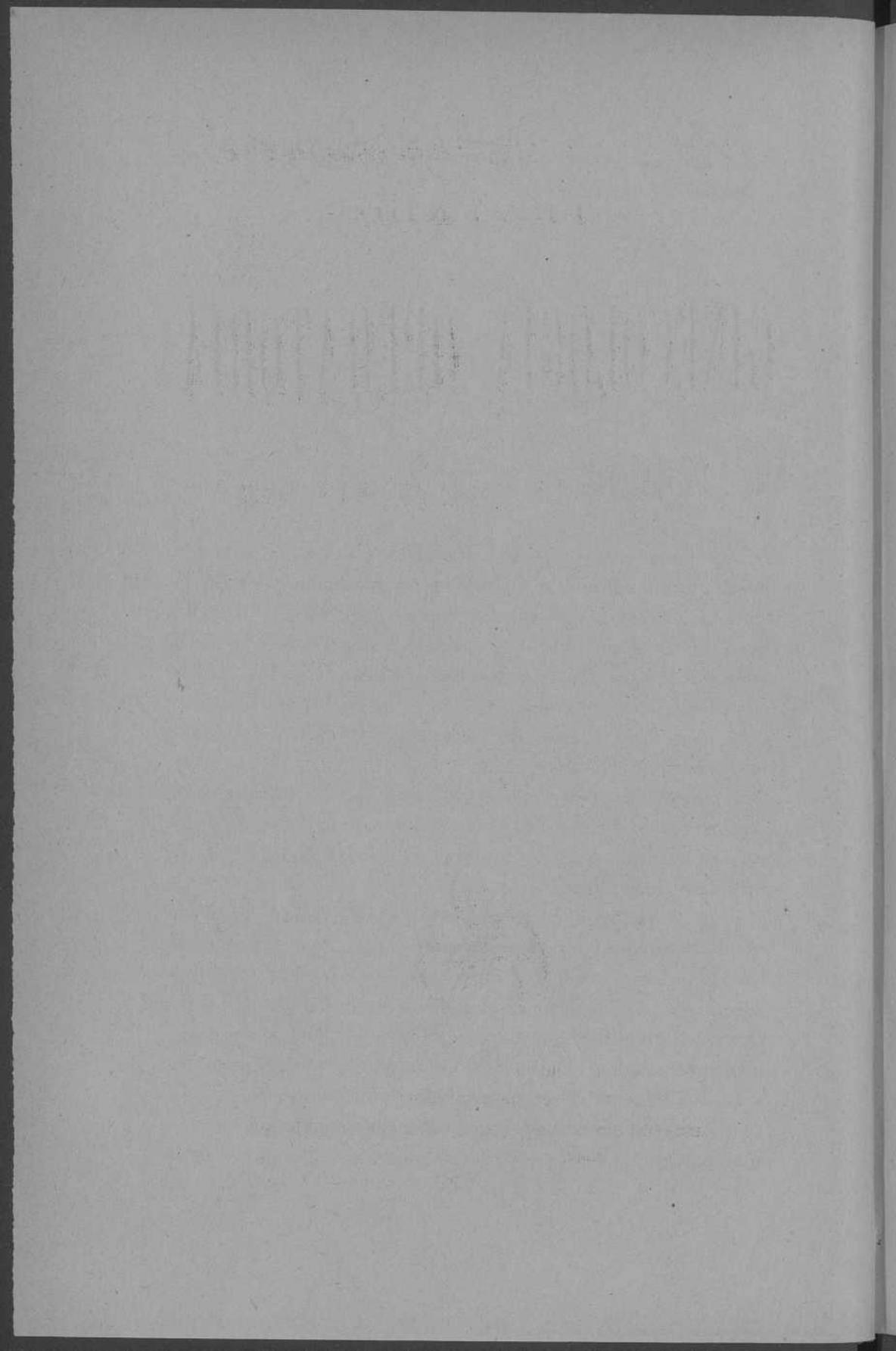


MADRID — 1887

ESTABLECIMIENTO TIPOGRÁFICO DE ENRIQUE TEODORO

Amparo, 102, y Ronda de Valencia, 8

Teléfono 552



Costo 25 pts (en valor 27)



PREFACIO

No ha permanecido ni indiferente ni estacionaria la Ginecología á los grandes progresos realizados en el campo de la Cirugía general por el atrevimiento de eminentes y distinguidos profesores que, dueños de armas tan poderosas como la anestesia y los métodos antisépticos, se han lanzado á luchar contra terribles enfermedades y lesiones orgánicas, en el terreno operatorio, obteniendo victorias inconcebibles y glorias hasta muy poco há no soñadas.

Antes bien, pudiéramos decir que nuestra especialidad ha caminado á la vanguardia, y que, sin tregua ni descanso, cosecha triunfos que han de caracterizar nuestra época en su ya brillante y larga historia.

La ovariectomía en manos de Kœberlé, Péan, Spencer-Wells, Schröder y otros, adquiriendo carta de naturaleza entre las operaciones usuales y corrientes; la castración ó extirpación de los ovarios, conocida tambien con el nombre de operación de Battey, llegando hasta á proponerse para corregir simplemente estados neuropáticos de la mujer que no ponen su vida en inminente riesgo, por la relativa inocuidad que tal operación ha adquirido con el gran perfeccionamiento que en estos últimos tiempos ha logrado; la extirpación total ó parcial de la

matriz, ya por la vía abdominal, ya por la vagina, estando á la órden del día, discutiéndose sólo cuál de estas dos ofrece mayor suma de ventajas y ménos riesgos; la dilatacion del útero y la raspadura de su cara interna para la extirpacion de pequeñas excrecencias ó para modificar el estado de la mucosa, practicándose con extraordinaria frecuencia; el grado de perfeccion, en fin, que han alcanzado las operaciones que exigen diversos estados patológicos de que son asiento el cuello de la matriz, la vagina, la vejiga, el periné, etc., son argumentos bastantes para justificar en los actuales momentos la publicacion de un TRATADO DE GINECOLOGÍA OPERATORIA donde, prescindiendo por una parte de todo cuanto no se refiera á la terapéutica quirúrgica en las enfermedades de la mujer, y sin olvidar, por otra, que es una rama del frondoso árbol de la Cirugía general, se traten *in extenso* y con el especial criterio que debe imprimir á toda obra de Ginecología el estudio de las funciones sexuales, todos los problemas que puede abarcar la intervencion quirúrgica en el tratamiento de las enfermedades propias y peculiares del sexo femenino.

¿Cómo han realizado fin de tal entidad los distinguidos alemanes Hegar y Kalténbach? Nunca como ahora lamentaremos carecer de autoridad para que las impresiones por nosotros sentidas al traducir esta obra, y que hubiéramos de transmitir á nuestros lectores, llevaran á su ánimo el convencimiento que nosotros abrigamos de que lo han realizado de la mejor manera posible y en la forma más adecuada y más conveniente á los intereses de la Ciencia, que tantos desvelos debe á tan ilustres autores.

Cierto es que nuestra falta de autoridad ha de ser subsanada por el buen criterio del lector, que en cuanto recorra las primeras páginas de esta obra afirmará y ratificará nuestro juicio, porque, á no dudarlo, ha de sorprenderle agradablemente el espíritu eminentemente clínico en que están inspirados todos sus párrafos.

No se trata, en efecto, de uno de esos libros eminentemente teóricos en que se discuten opiniones ajenas y se razona, con más ó ménos lucidez, acerca de la mayor ó menor verosimilitud de una doctrina ó acerca de la más recta interpretacion de un hecho por varios observado; no se desarrollan en esta obra teorías más ó ménos atrevidas, ni elevadas concepciones del espíritu; no: Hegar y Kaltenbach sólo se ocupan de hechos por ellos observados y comprobados y de las lógicas deducciones que de ellos deben obtenerse para traducirlas en reglas de conducta que sirvan de guía al profesor en la práctica.

Esto lo revela de una manera elocuentísima esa riqueza en el detalle que se observa, así en la exposicion de los procedimientos exploratorios para llegar al diagnóstico, como en la descripcion del manual operatorio en una operacion tan elemental como la aplicacion del vendaje abdominal ó como la práctica de las inyecciones vaginales, etc.

Tal vez por esta circunstancia parezca monótona y pesada la obra á aquellos que no buscan en los libros sino vastos y atrevidos problemas cuya solucion se pierde en las regiones del infinito; pero la naturaleza, la índole peculiar de un Tratado de este género, sólo escrito para el médico práctico, para llenar una necesidad de procedimiento científico, exige imperiosamente el carácter eminentemente clínico que revela la GINECOLOGÍA OPERATORIA de Hegar y Kaltenbach, de la cual dice el eminente Tarnier en su prólogo á la edicion francesa: «Escrito este libro con muy buena fe es, por decirlo así vivo, porque á pesar de su forma teórica, es ante todo una obra de clínica personal, tanto más notable cuanto que el talento de observacion de los dos autores no ha sido controvertido por nadie, y que la habilidad operatoria del profesor de la Clínica ginecológica de Friburgo está universalmente reconocida.»

Merced á estas dotes que adornan á los autores, se observa en la obra que, decididos partidarios del progreso científico, aceptan cuantas novedades se les presentan, pero no sin some-

terlas previamente al crisol de la clínica personal, y juzgando con prudencia y severidad no muy comunes, no se dejan guiar de impresionables circunstancias.

Esta línea de conducta queda demostrada leyendo los capítulos relativos á la operacion llamada de Battey y á la operacion de Freund.

Cirujanos experimentados como Hegar y Kaltenbach, habituados á ejecutar las que han dado en llamarse operaciones de alta Cirugía, siendo aquél el primero quizá que llevó á cabo la extirpacion de los ovarios, dicen hablando de la operacion de Freund: «Ninguna de las enfermas que han sobrevivido, han quedado radicalmente curadas.» Esto demuestra la buena fe que Tarnier les reconoce y el juicio maduro y reflexivo que les merecen cuestiones tan arduas.

Otro tanto podíamos decir de la opinion que les merece la operacion de Emmet, á la cual, sin perjuicio de elogiarla como se merece, colocan en un rango algo inferior al en que la habían colocado entusiastas é irreflexivos espíritus.

En suma: se trata de una obra que, si teórica en su forma, es esencial y genuinamente práctica en su fondo, obra de consulta provechosa para el profesor y para el alumno, á quienes ha de prestar muy útiles servicios, así en lo que se refiere á la parte principal, *Operaciones que se practican en el aparato genital de la mujer*, como en las que á primera vista parecen secundarias, *Del diagnóstico en Ginecología y Operaciones elementales*, y aún, si cabe, de más general aplicacion éstas que aquélla, cuyas tres son las partes que constituyen la obra.

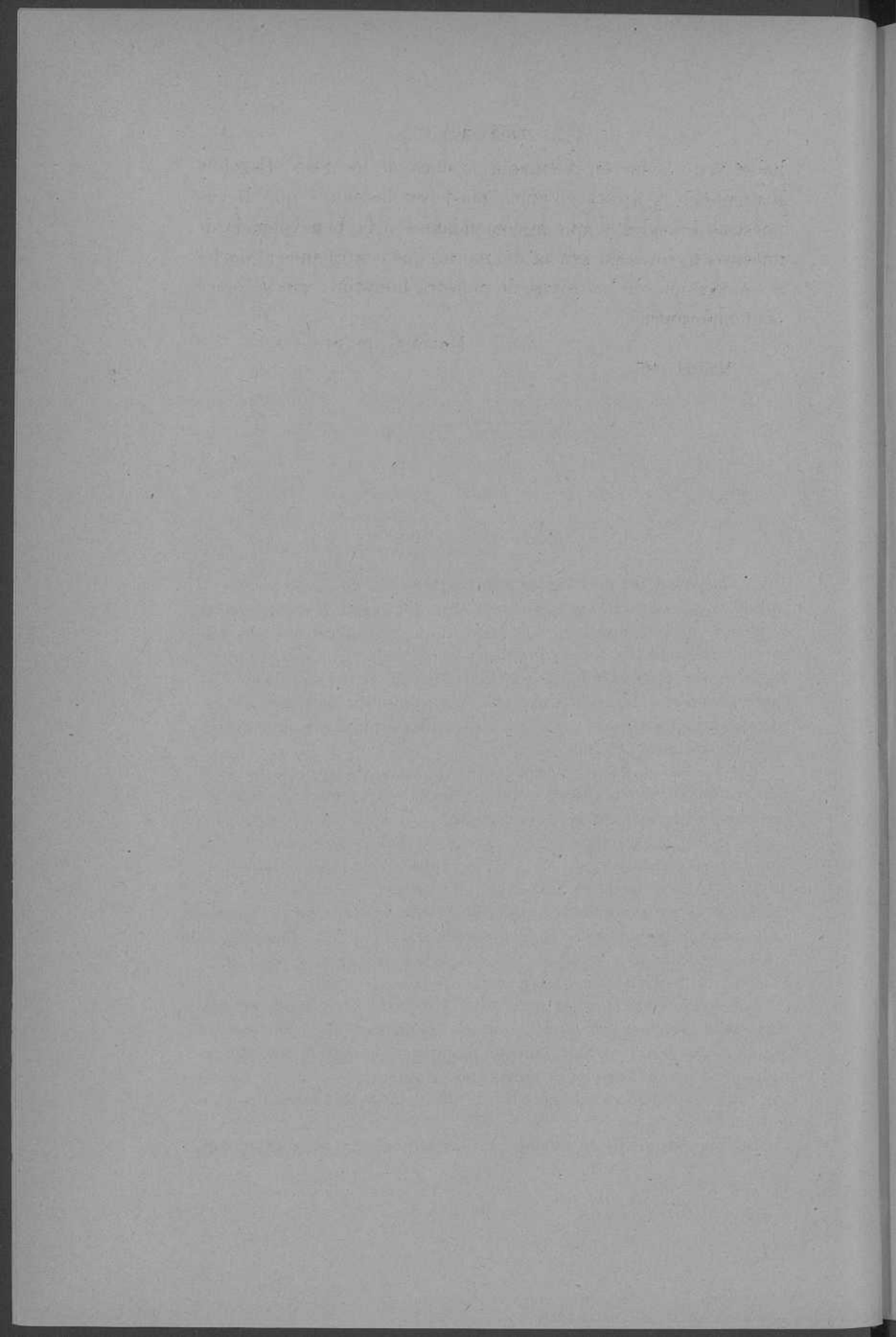
Ademas, como verán nuestros lectores, siguiendo una costumbre muy generalizada en Alemania, cada artículo va seguido de una nota bibliográfica, por lo común muy extensa.

Hemos creído que el rápido movimiento científico actual y la vertiginosidad con que aparecen nuevos trabajos nos obligaban á dar á conocer á nuestros lectores todo aquello que de notable se ha hecho en Ginecología operatoria, despues de

haber visto la luz en Alemania la obra de los Sres. Hegar y Kaltenbach, y á esta creencia obedecen las notas que llevan nuestras iniciales y que recomendamos á la benevolencia de nuestros lectores en gracia del mérito que contraemos al darles á conocer una de las joyas de nuestra literatura ginecológica contemporánea.

MARIO G. DE SEGOVIA.

Madrid, 1887.



TRATADO

DE

GINECOLOGÍA OPERATORIA

INTRODUCCION

CONSIDERACIONES GENERALES

La mujer *con sus propiedades físicas y psíquicas*; tal ha de ser el objeto de nuestro estudio en la presente obra. La estatura de la mujer es en general ménos elevada que la del hombre; sus huesos son más delgados, y sus relieves musculares desaparecen bajo una espesa capa de tejido celulo-adiposo. Sobre la pared abdominal, al rededor de los órganos genitales externos y á nivel de las regiones ilíacas y crurales, se encuentra una gran cantidad de tejido celular surcado por gran número de dilataciones venosas.

Los *órganos genitales* son más voluminosos en la mujer que en el hombre, más ricos en vasos y nervios, porque *sus funciones son más importantes*, sobre todo durante el embarazo.

En la mujer los órganos de la generacion están en general *situados más profundamente* (véase, por ejemplo, la diferencia entre la situacion de los ovarios y la de los testículos). Es preciso, por tanto, para examinarlos seguir una técnica especial frecuentemente delicada, que se hace más compleja cuando se trata de operar. En efecto; en alguno de estos casos, cuando se trata de la extirpacion de tumores, es preciso abrirse camino previamente por medio de la laparotomía.

Los órganos sexuales están en su mayor parte *directamente en relacion con el peritoneo y el tejido subseroso, tan laxo y tan rico en vasos, en plexos venosos y en linfáticos*. Por esta circunstancia se propagan tan rápidamente las inflamaciones provocando síntomas febriles tan intensos. Esta disposicion anatómica favorece ademas la formacion de trombosis.

Los órganos genitales son ademas *vecinos*, en una gran extension,

de las vías urinarias, de la vejiga y del recto, y las inflamaciones de que aquéllos son asiento, á consecuencia de las operaciones, por ejemplo, se extienden fácilmente á la vejiga, provocando una cistitis que puede comenzar desde luego ó seguir á un cateterismo practicado para combatir la iscuria. Una inflamacion diftérica puede propagarse desde la vagina ó desde los órganos genitales externos á la vejiga, ó bien ser trasportada por la sonda. Por último, las inflamaciones catarrales ó diftéricas de la vejiga se extienden frecuentemente á los órganos alojados en la pelvis menor.

Para apreciar con exactitud las anomalías de posicion y de forma del útero es preciso tener en cuenta los diversos grados de plenitud de la vejiga y del recto. No obstante, el estado de estos últimos órganos ejerce ménos influencia de la que pudiera creerse en la curacion de las heridas operatorias. La miccion y el paso de la orina por las heridas, sobre todo en las operaciones plásticas, presenta pocos inconvenientes; no ocurre lo mismo con el paso de los materiales procedentes de la defecacion, que despues de una perineoplastia puede ocasionar accidentes.

[A pesar de la respetable autoridad de Hegar y Kalténbach, como el paso de las orinas por las heridas es fácil de evitar en la mayoría de los casos mediante la aplicacion de la sonda permanente, opinamos que no debe nunca descuidarse este detalle, cuya aplicacion determina una mayor rapidez en la cicatrizacion de las heridas operatorias de estas regiones. — *M. G. de S.*]

Los órganos — vagina y útero — objeto de nuestro exámen y de nuestras intervenciones operatorias ofrecen una *gran movilidad* muy marcada, principalmente durante los movimientos respiratorios y cuando se ejerce una presion sobre la pared abdominal, pudiendo ser esta circunstancia una causa de error de diagnóstico para un médico poco habituado á las exploraciones ginecológicas. Además, merced á la falta de consistencia, á la laxitud de los tejidos que constituyen el conducto vaginal y á los pliegues que forma la mucosa que reviste las paredes de este órgano, es frecuentemente difícil incindirla ó descubrir en ella una lesion.

Por otra parte, cuando nos propongamos intervenir en el aparato genital de la mujer, ya sea con un fin diagnóstico, ó ya con un propósito terapéutico, debemos tener en cuenta *el estado de su sistema nervioso*, cuya gran irritabilidad está singular y comunmente acrecentada en las enfermedades de los órganos sexuales, siendo muy fácil que aparezcan fenómenos del choque traumático, sobre todo si se hacen soportar á la enferma vivos dolores. Frecuentemente el médico olvida este peligro y le provoca él mismo, repitiendo maniobras que, aun cuando sencillas en sí mismas, irritan los órganos genitales; tales son, por

ejemplo, el exámen manual ó instrumental, las cauterizaciones, las escarificaciones, etc., practicadas diariamente ó frecuentemente repetidas. Las enfermas dotadas de una gran sensibilidad pueden llegar á un grado de excitacion nerviosa vecina del delirio.

La mujer, no debemos olvidarlo jamás, *varia extremadamente segun su edad y segun el estado de sus funciones genitales*. Los ginecólogos rara vez son llamados á examinar la mujer ó á prestarla asistencia durante su infancia, áun cuando en ella existan anomalías de su aparato genital, porque estas anomalías no ocasionan por lo comun trastorno alguno miéntras se hallan en reposo las funciones sexuales. En esta edad generalmente se trata, ó de afecciones catarrales, ó de vicios de conformacion. En el período de la adolescencia de la mujer se desarrolla una funcion sexual de las más importantes; la menstruacion, que, segun la mayor parte de los autores, está íntimamente ligada á la ovulacion.

[Algunos hechos recientemente observados originan justificadas dudas acerca de la correlacion que, al parecer, existe en efecto entre las dos funciones ovulacion y menstruacion. De aquéllos, unos se refieren á la existencia de la primera sin la segunda, siendo el más notable el observado por Gubler en una jóven, de veintitres años, bien constituida y robusta, que jamás tuvo la menstruacion, y muerta á dicha edad á consecuencia de una enfermedad aguda, sin ninguna relacion con el aparato genital, pudo apreciarse en la autopsia clara y distintamente la existencia de cicatrices en ambos ovarios que nada de anormal ofrecian. Este hecho, apoyado por otro más comun y que todos los días tenemos ocasion de observar, la fecundacion en mujeres que se hallan criando y en las cuales no existe la funcion menstrual, demuestra sin duda alguna que puede no existir ésta y verificarse no obstante la ovulacion.

El hecho inverso no parece hallarse tan justificado. Sin embargo, Emmet ha dado cuenta á la Sociedad de Obstetricia de Nueva York en Diciembre de 1885 de dos casos de septuagenarias que gozando de buena salud se hallaban menstruando aún regularmente; y como no ha observado el embarazo más allá de los cincuenta y cinco años, supone, con algun fundamento á nuestro juicio, que en dichas mujeres no se verificaba ya la ovulacion. Además, Sinéty ha observado otros dos casos que, al parecer, atestiguan el hecho de no existir esta última funcion y persistir, sin embargo, las reglas. Uno de ellos fué una enferma operada por Terrier de ovariectomía doble, la cual, despues de curada de la operacion, vió aparecer sus reglas, no habiendo encontrado en el pedículo resto alguno de los ovarios. En el otro caso se trataba de una jóven histérica muerta en la Salpêtrière. En la autopsia se encontraron que el estado de la mucosa uterina indicaba la próxima aparicion del flujo menstrual, que ya habia existido en vida, y, no obstante,

no existían ni aun vestigios de los cuerpos amarillos en los ovarios.

Forzoso es, pues, esperar á que nuevos y más numerosos hechos de uno y otro género vengan á esclarecer esta cuestión importante, así bajo el punto de vista teórico, como por las consecuencias que de ella pudieran deducirse para la práctica. — *M. G. de S.*]

Desde el momento en que aparece por vez primera la función menstrual en la mujer, las anomalías y las lesiones que pudieran existir anteriormente en su aparato sexual adquirirían una gran importancia. El establecimiento de esta nueva función, el rápido desarrollo de los órganos genitales, pueden fácilmente provocar accidentes. Con frecuencia observamos en la pubertad presentarse enfermedades que duran toda la vida. Si en estas condiciones somos llamados á examinar una enferma, ó si tenemos necesidad de disponer un tratamiento local, no debemos olvidar que por cierto orden de consideraciones morales que creemos innecesario exponer será preciso limitar y modificar nuestro examen (exploración por el recto, anestesia de la paciente, etc.), y, en cuanto sea posible, evitar el empleo de medios terapéuticos que, obrando localmente, puedan dejar signos indelebles de haber sido empleados.

Antiguamente se creía que en la época de las reglas estaban contraindicados todo examen de los órganos profundos y toda tentativa operatoria, y se sostenía que no debía apelarse al examen del útero en dicha época, sino cuando fundadamente se suponía la presencia en este órgano de producciones neoplásicas, y entónces porque el dedo podía franquear más fácilmente el orificio del cuello, á la sazón entreabierto, y porque durante este período ofrecen los tumores cierta tendencia á ser impelidos hácia la vagina. Hoy poseemos métodos de examen más perfeccionados que nos permiten llegar al diagnóstico con más seguridad.

Numerosas observaciones demuestran que las maniobras practicadas durante el período menstrual con un fin diagnóstico ó como medio terapéutico no ocasionan los peligros que antiguamente se suponía. Hoy se llega hasta suponer que de las operaciones plásticas ejecutadas inmediatamente despues de hemorragias abundantes se obtienen mejores resultados.

[Kehrer, en el núm. 12 de *Der praktische Argt.*, 1885, ha publicado un artículo, en el cual sostiene que el examen de los órganos genitales durante una hemorragia facilita datos preciosos para el diagnóstico. Cita al efecto, como ejemplo, que la extremidad de muchos pólipos no puede ser apreciada por el tacto sino durante la hemorragia, siendo inútil á este fin el resultado de todo examen que se practique ántes ó despues de aquélla. — *M. G. de S.*]

Sin embargo, la antigua regla debe en general ser respetada, y du-

rante ó inmediatamente ántes del período menstrual no debe emprenderse operacion alguna que no sea urgente.

Llegada la mujer á la edad adulta, aparecen dos nuevas funciones de su aparato genital: *el coito y el embarazo*, seguido éste del parto. El coito, sea porque de él se abuse, sea porque se practique en un momento desfavorable — período catamenial — es frecuentemente origen de enfermedades. Además pueden originarlas la irritacion y la hipere-mia que normalmente ocasiona dicho acto, que es por otra parte, con bastante frecuencia, medio de propagacion de ciertas enfermedades infecciosas (venéreo, sífilis).

El embarazo, el parto y el puerperio juegan un papel muy importante en la génesis de las enfermedades propias de la mujer. Por espacio de mucho tiempo ha venido creyéndose que estos estados contraindicaban toda maniobra, sobre todo las grandes operaciones, que serían entónces extremadamente peligrosas. También se han modificado las ideas á este respecto. Durante el embarazo se han acometido con favorable resultado operaciones tan graves como la ovariectomía, y se han practicado con éxito durante el parto y el puerperio amputaciones supravaginales del útero. Sin embargo, en las mujeres en cinta no se practicarán operaciones de tal importancia sino cuando no puedan ser diferidas ó si están precisamente indicadas por el estado de embarazo. Se deberá, por ejemplo, acometer una ovariectomía cuando sea necesario proporcionar al útero grávido lugar para su desarrollo sucesivo. Durante el embarazo se ha visto frecuentemente sobrevenir el aborto, la peritonitis, la septicemia, la extenuacion y hemorragias mortales despues de operaciones practicadas, no sólo en la zona genital, sino aún en regiones distintas del organismo. La frecuencia de los casos de muerte por septicemia demuestra que esta fatal terminacion no es debida solamente á la operacion y al momento en que se practica. Es cierto, sin embargo, que el estado de la sangre en las mujeres embarazadas, y particularmente la disposicion de los vasos en las cercanías del aparato genital, favorecen la absorcion de sustancias sépticas y facilitan su difusion por la economía. Al aborto están ligados además ciertos peligros y ciertas complicaciones.

Es preciso, en cuanto sea posible, evitar toda operacion durante el puerperio. El estado general, que frecuentemente está todavía debilitado; la considerable distension de las venas, la gran tendencia á la formacion de trombosis, la facilidad con que son absorbidas las materias sépticas, el interes que merece la rápida involucion de los órganos sexuales, que por nada se debe trastornar, todo induce á la abstencion operatoria. Seis ó siete semanas despues del parto puede operarse, debiendo entónces cesar la lactancia porque rara vez es posible y oportuno continuarla.

Durante el período que sigue á la menopausia se observan aún numerosas enfermedades del aparato genital, y especialmente las neoplasias y los prolapsos. Cuando la edad de la enferma sea muy avanzada debemos guardar cierta reserva en nuestras intervenciones operatorias.

Simon ha sido el primero que se ha pronunciado contra la antigua doctrina, con arreglo á la cual no debía operarse durante el período de la menstruacion. — *Sur la guérison de la fistule vesico-vaginale*. Giessen, 1854, pág. 57.

Véase ademas:

Cohnstein. *Sur les operations chirurgicales pendant la grossesse*. *Volkmann's klin. Vorträge*, núm. 59. *Gynäkologie*, 21.

PARTE PRIMERA

CAPÍTULO PRIMERO

DEL DIAGNÓSTICO EN GINECOLOGÍA

Artículo 1.º — Manera de proceder al exámen de la enferma. Anamnesia.

Al examinar una enferma se propone el médico ante todo *establecer el diagnóstico*. El ginecólogo se ocupa de un número limitado de órganos; se trata para él de *diagnosticar una enfermedad del aparato sexual*; sin embargo, nada habría más absurdo que se limitara al exámen de los órganos que constituyen aquél y olvidara que tenía ante sí, no un órgano enfermo, sino un organismo que padece. Acaso en otras ciencias puedan limitarse á especializar de una manera absoluta; en Ginecología este método no podría prosperar.

Frecuentemente las enfermedades de los órganos genitales son secundarias y acompañan á otras afecciones generales ó locales; asimismo otras veces son primitivas y en muchas ocasiones acarrean trastornos en el estado general ó en otros aparatos, trastornos de importancia bastante para que el médico fije en ellos toda su atencion. Todo olvido, toda apreciacion insuficiente respecto á estos trastornos puede ser de fatales consecuencias, ó al ménos puede no conducir á otro fin que á fatigar y molestar inútilmente á la enferma. Por otra parte, no se obtienen funestos resultados si en una enfermedad grave del aparato genital se cesa en el tratamiento local, limitándose solamente á modificar el estado general del organismo y á luchar contra los síntomas dolorosos y molestos que puedan existir. Muchas mujeres se presentan á los ginecólogos creyendo que se hallan afectadas de padecimientos uterinos, y sin embargo no existe enfermedad manifiesta de este órgano. En estos casos, aunque exista dolor, del exámen directo no se obtiene ningun dato para el diagnóstico, y es preciso entónces investigar

más lejos y no dejar pasar desapercibida, sin diagnosticarla, una afección que acaso esté muy marcada, pero que tenga su asiento en otro aparato que el genital. Es cierto que puede el médico caer en el error, si encuentra realmente una importante afección de los órganos sexuales y si además los síntomas observados ofrecen grandes analogías con los que en estas enfermedades suelen presentarse. Existe, en efecto, marcada tendencia á atribuirlo todo en la mujer á las enfermedades de su aparato genital y no es infrecuente dejar que pase desapercibida una afección que tiene su asiento en órganos de otro aparato.

El examen de la enferma debe practicarse segun el método que se sigue en todos los enfermos en general. Procede primero informarse de los antecedentes, examinar despues el estado actual y en último término proceder á la exploracion fisica, que es la mision principal del ginecólogo. Es, sin embargo, muy importante estudiar los dos primeros puntos.

ANTECEDENTES. — La herencia no juega por lo comun ningun papel importante en la mayor parte de las enfermedades sexuales; sin embargo, puede importar mucho esclarecer esta cuestion si se trata de un tumor, de escrofulismo ó de hemofilia (1). Es preciso investigar cuáles son las enfermedades padecidas en la infancia, sobre todo si han existido lesiones inflamatorias en el abdómen, fenómenos escrofulosos ó flujos blancos. Es necesario conocer desde el principio la evolucion, los caracteres de la primera menstruacion y la manera como se ha desarrollado la pubertad. Fijará el ginecólogo su atencion especialmente sobre si han existido fenómenos de clorosis ó enfermedades graves desde la época de la pubertad, y en la influencia que éstos hayan ejercido sobre las funciones menstruales. Si la mujer es casada, se informará tambien de la influencia del matrimonio sobre las funciones genitales y particularmente sobre la menstruacion. Si hubiese tenido hijos será preciso conocer las particularidades que hayan podido ofrecer los embarazos, los partos y los puerperios, y singularmente las enfermedades que hayan podido complicar estos estados, peritonitis, septicemia, etc., estudiando finalmente la influencia de los partos sobre la menstruacion.

Si la enferma hubiese pasado la edad crítica, será preciso estudiar los fenómenos de la menopausia. Este examen puede hacerse rápidamente, y sin embargo tocarse todos los puntos importantes.

ESTADO ACTUAL. — Es importante apreciarle con exactitud, por-

(1) Kehler. *Die Hämophilie beim weiblichen Geschlecht. Archiv. für Gynäkolog.*, t. X.

Boerner. *Die Hämophilie in ihrer Bedeutung für die Gynäkolog. Wiener med. Wochenschrift*, 1878, núm. 37.

que es preciso establecer una relacion directa entre los sufrimientos aquejados por la enferma y los datos que nos suministra la exploracion fisica. Obrando de esta suerte se evita el ginecólogo acusar al útero de padecimientos en cuya génesis se halla inocente. Muy frecuentemente acuden las enfermas á consultar al médico porque experimentan algun sintoma molesto, vivos dolores en la region lumbar, disuria por ejemplo, del cual desean verse libres. El médico debe investigar detenidamente cuál sea la causa origen del sintoma aquejado y cómo se ha desarrollado, á fin de poder hacerlo desaparecer por un tratamiento curativo ó sintomático.

La menstruacion cuando está modificada en su regularidad, en su duracion, en su esencia, provoca frecuentemente dolores y actúa sobre el organismo provocando molestas sensaciones. Ademas, en el intervalo de las épocas menstruales pueden observarse flujos sanguineos ó de otra naturaleza.

Las enfermas se quejan principalmente de sensaciones dolorosas desagradables que tienen asiento á nivel de los órganos genitales ó en las regiones vecinas, ó que, nacidos en la zona genital, se extienden á puntos más ó ménos distantes. Experimentan dolor á la presion, pesantez en el hipogastrio, dolores en las regiones inguinales á nivel del ombligo, ó una sensacion parecida á la que produjera una cosa que cayese y se escapase de sus órganos genitales. Otras veces son dolores en la region lumbar, ó que partiendo de ella se extienden á las ingles, á las caderas, parte superior de los muslos ú órganos genitales externos; ó bien dolores que partiendo de las ingles se propagan á los hipocondrios, á las mamas, las espaldas, etc. Finalmente, otras veces aquejan coxodinia, prurito vulvar, etc., etc.

El dolor llamado intercalar (*Mittels Schmerz*) es muy característico. Llamamos así esas sensaciones dolorosas que, teniendo su asiento en la zona genital ó sus inmediaciones, se presentan exclusivamente ó con preferencia en medio del periodo intercalar. Frecuentemente van acompañados de otros sintomas; flujo blanco, ligera menorragia, etc.

Otros sintomas son debidos á la influencia ejercida por los órganos enfermos sobre las partes vecinas, principalmente sobre la vejiga, el recto y el peritoneo. Las enfermas se quejan entónces de trastornos en la secrecion y excrecion urinarias, disuria, constipacion, vivos dolores al defecar, etc.

Señalemos, en fin, los sintomas extremadamente variables que tienen su origen en órganos más ó ménos alejados del aparato sexual, sintomas que nosotros consideramos como de origen reflejo y que se producen únicamente por intermedio de los nervios ó de los centros nerviosos. Pueden tambien observarse neurósis del estómago (*cardialgia*, vómitos), neurósis vesicales (*pujos*, *iscuria*), neurósis laringeas (*afo-*

nia, tos), convulsiones tónicas y clónicas, neuralgias sobre diversos puntos (espacios intercostales, nervio trigémino), hemiplegias, sobre todo en los miembros inferiores, vaginismo ó una enorme hiperestesia vulvar debida, por ejemplo, á un nódulo de parametritis (1).

No es raro que las enfermedades del aparato genital determinen la produccion de trastornos intelectuales.

Art. 2.º — Cama de exploracion. — Mesa de operaciones.

Cuando se trate de practicar una exploracion es necesario adoptar algunas precauciones.

Desde luégo hay que buscar para la enferma una posicion conveniente.

Para esto un sillón, un sofá ó una cama ordinaria bastan; pero si el diagnóstico es difícil, sobre todo si hay necesidad de emplear algun

(1) Los ginecólogos y los neurópatas se ocupan frecuentemente de neurósis que reconocen como punto de partida el aparato genital de la mujer: desgraciadamente están léjos de hallarse de acuerdo. El ginecólogo no posee los conocimientos necesarios para apreciar con exactitud y reconocer con precision una enfermedad del sistema nervioso, y los neurópatas carecen de habilidad para establecer el diagnóstico en los casos de afecciones del aparato genital.

Tan es así, que uno de los neurópatas más eminentes cree que es posible palpar con exactitud á través de la pared abdominal un ovario del tamaño de una aceituna ó todavia más pequeño, y, por supuesto, sin practicar simultáneamente el tacto vaginal. El médico que cultivara al propio tiempo estas dos ramas de la Ciencia, obtendria resultados muy importantes bajo el punto de vista práctico.

Entre las obras más recientes que se refieren á este asunto, podemos citar las que siguen:

Louis Maier. *Die Bezielungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexualorganen des Welbes zu Geistesstoerungen*. Berlin, 1869.

Charcot. *Maladies du système nerveux*.

Erb. *Krankheiten des Nervensystems*, t. II. Hälfte, pág. 372.

Leyden. *Ueber Reflexlähmungen*. Wolkmann's Sammlung Klinik Vorträge, 1870.

Baumeister. *Sur quelques maladies des yeux en rapport avec la gynecologie. Über einige zur Gynäkolog in Beziehung stehende Augenkrankheiten*. Berlin. *Klinik Wochenschrift*, 1876, núms. 48 y 49.

Tripier. *Lésions de forme et de structure de l'utérus; leur rapports avec les affections nerveuses*. Paris, 1871.

Bricquet. *Traité de l'hystérie*. Paris, 1859.

H. Jonel. *Studies on functional nervous disorders*. Lóndres, 1870, pág. 721.

Berthier. *Les nevroses menstruelles*. Paris. 1874.

Hegar. *Castration der Frauen*. Volkman's Klin. Vorträge, núms. 136, 138, 1.878, pág. 1.011.

Hegar. *Extirpation des Uterus un der Eierstocke durch die Laparotomie Anteflexio Uteri und Oophoritis chron. heftige. Menorrhagieen und Schmerzen Reflexneurose*. *Wiener med. Presse*, núms. 14 á 17.

instrumento de exploracion, los muebles citados son poco convenientes ó es preciso modificarlos de tal suerte que es más sencillo hacer otra cosa. En efecto; si se desea practicar el tacto, la palpacion, y practicar un exámen simultáneo por la vagina, el recto y á través de la pared abdominal cuando la mujer está echada en la cama, es preciso levantar y trasportar esta última y colocarla á la luz si el caso es un poco difícil, del mismo modo que si se quieren determinar las relaciones de un tumor abdominal con la pelvis ó si se trata de examinar los ovarios ó simplemente de aplicar el espéculo. Todos estos preparativos son de tal modo complicados, que para una exploracion delicada

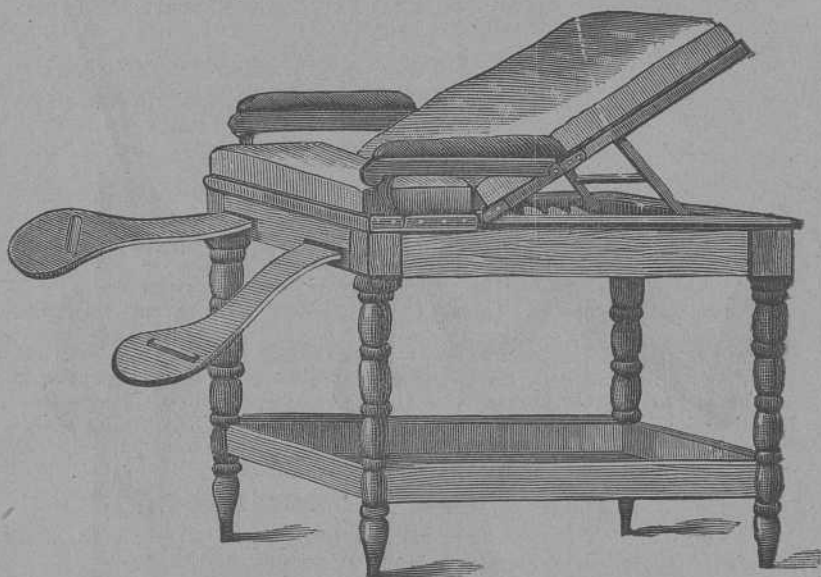


Fig. 1.

no se deberá colocar á la mujer en la cama sino cuando sea absolutamente necesario, por ejemplo si se trata de una mujer tímida ó si no se dispone de una mesa apropiada.

Una mesa rectangular de 70 á 80 centímetros de alta permite colocar á la enferma en una buena posicion para el exámen y puede servir en casi todas las operaciones. Basta cubrirla con un trozo de tela, colocando debajo un colchonete, y poner una silla á su disposicion para subir, pudiendo entónces colocar á la paciente en las diversas posiciones que convengan.

Se han ideado y construido gran número de sillones y camas para el examen con el espéculo y para operaciones. Estos aparatos, por lo

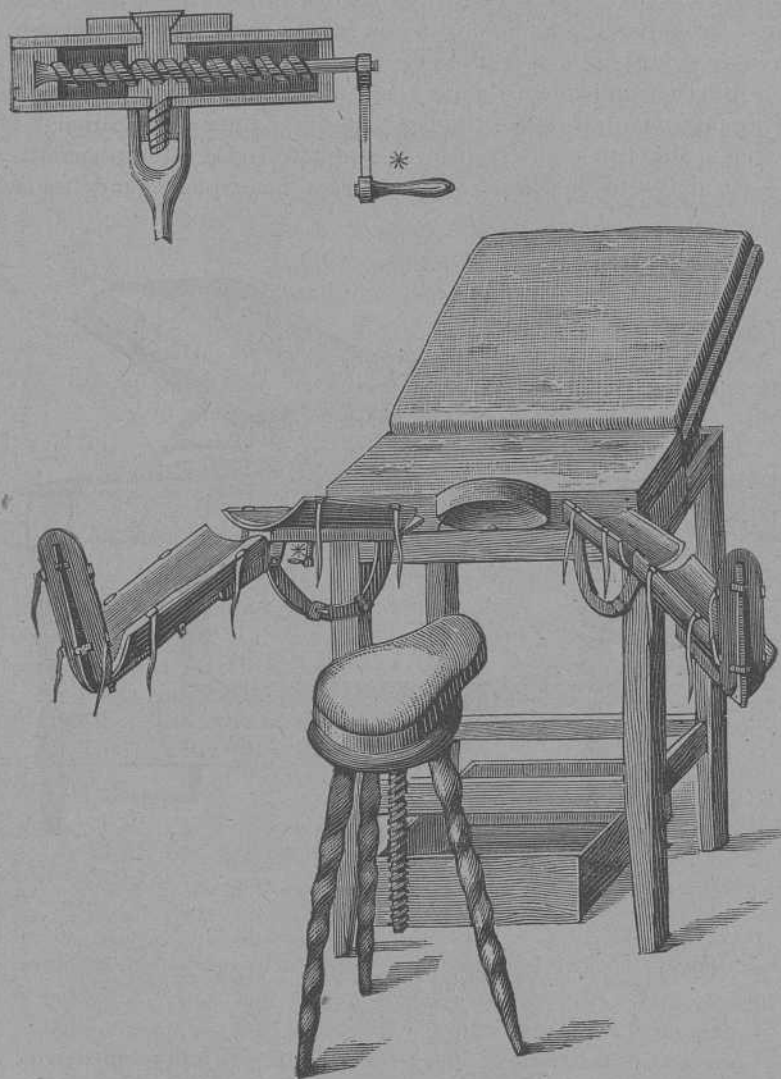


Fig. 2.

comun muy complicados, á los cuales se les ha dado la forma de un sillón, de un diván, etc., simulan frecuentemente un mueble usual;

pero cuando es preciso servirse de ellos para practicar un examen su empleo exige tantos preparativos que ocasionan un verdadero tormento á las pacientes y determinan una pérdida de tiempo y un embarazo para el médico que tiene que montarlos.

Se pueden obtener fácilmente los resultados apetecibles con una mesa de 60 á 65 centímetros de ancha provista de un plano inclinado que pueda ser levantado á la altura que se necesite y de dos brazos y dos estribos, destinados los últimos á sostener los piés, estribos que puedan ser alargados ó acortados á voluntad. La parte de la mesa sobre la cual ha de reposar la region glútea no debe ser muy ancha, y el espacio que separe el borde anterior de la mesa del plano inclinado no habrá de pasar de 30 á 35 centímetros. Si esta distancia fuera mayor se cuidará de advertir á la enferma que debe colocarse sobre el borde y permanecer en esta situacion.

Esta mesa basta para todas las pequeñas operaciones y para las que se practican en la vulva, en la vagina, así como para las extirpaciones de pólipos, amputacion del cuello del útero, etc.

Para la laparotomía convendrá emplear una mesa sencilla, rectangular, sólida y un poco alta, al lado de la cual se coloca el operador.

La mesa de Péan es bastanté cómoda para practicar la incision de la pared abdominal.

Las piernas de la enferma se colocan en dos gotieras que giran en todas direcciones, y el operador se sienta en un taburete entre los miembros de la paciente. Nosotros hemos mandado construir una mesa con arreglo á este modelo, y hemos quedado satisfechos.

Holmes. *Sins Klinik der Gebärmütter chirurg.* Segunda edicion, pág 20.

Baungartner. *Wiener Med. Wochenschrift*, 1863, núm. 37.

Hanke. *Monatschr. f. Geb.*, t. XXVI, pág. 208.

Bresgen. *Berlin Klinik Wochenschrift*, 1873, núm. 37.

En la obra de Leblond, *Traité elementaire de chirurgie gynécologique*, París, 1878, pág. 22 y siguientes, se encuentran muchos grabados relativos á sillones y mesas de espéculo, complicados, abiertos y cerrados.

Art. 3.º — Posicion del cuerpo. — Estacion.

Los ginecólogos hacen adoptar determinadas posiciones á las enfermas que han de ser objeto de sus exploraciones, posiciones que varían en los diferentes paises. Así, los ingleses prefieren practicar el examen y operar estando la mujer en decúbito lateral. En Francia, en Alemania [y en España] se hace tomar á la mujer la posicion de la talla. En América se prefiere que la enferma esté echada sobre el abdomen ó sobre el lado y el abdomen á la vez. No se puede frecuente-

mente practicar un detenido exámen sino colocando á la mujer en una posicion conveniente; ciertas posiciones facilitan singularmente el diagnóstico de determinadas enfermedades. Es preciso conocer la influencia de cada posicion sobre la situacion de los órganos, los tumores, el dolor, etc. Nosotros vamos á estudiar estas posiciones bajo el punto de vista anatómico y fisiológico, porque el médico debe ser capaz de utilizarlas todas.

Posicion de pié (1). — En la posicion de pié, si la enferma está bien constituida y es bien conformada, y si no experimenta ningun sufrimiento, la pared abdominal es ligeramente convexa hacia adelante, el dorso, á nivel de la region lumbar, es, por el contrario, moderadamente cóncavo, y convexo á nivel del pecho. La cara posterior del sacro forma solamente un pequeño ángulo con el eje vertical. Colocado un hilo á plomo sobre el punto más prominente de las apófisis espinosas de las vértebras dorsales, viene á caer sobre la parte más saliente del sacro ó un poco por detras. Una regla colocada á nivel del borde anterior de los trocánteres vendría á cortar el mango del esternon si éste se prolongara, ó pasaría un poco por detras de él. Un hilo á plomo colocado sobre la mitad de la pared lateral del tórax vendría á caer un poco por detras del borde posterior del trocánter. Examinando la pelvis se encuentra que la pared posterior de la sínfisis pubiana está dirigida en el sentido de un plano equidistante del horizontal y del vertical, formando así un ángulo de 45° con el horizonte. Las espinas ilíacas antero-superiores y los tubérculos de los pubis están casi situados en un mismo plano vertical. La extremidad del coxis está un poco más elevada que el borde inferior de la sínfisis pubiana, al contrario de lo que ocurre en las demas posiciones que puede adoptar la mujer.

Cuando la mujer se halla de pié la pared del abdómen se extiende, y aumenta la presion intraabdominal.

Segun Küstner (2) en esta posicion el fondo del útero se inclina hacia abajo, en tanto que la porcion vaginal se dirige hacia arriba y

(1) Estas descripciones se apoyan en observaciones numerosas de Hegar, inéditas aún. Nosotros hemos utilizado los conocidos trabajos de Hermann, Meyer, Nägele, Duchenne, Schultz y Schatz.

Para los grabados hemos utilizado un corte sagital de la pelvis, que debemos á la amabilidad de nuestro colega Freund, de Strasburgo. Esta pieza anatómica habia sido presentada en union de otras al Congreso de Baden. La coleccion de figuras se publicará en una Memoria de Freund.

En las figuras que siguen, la vejiga aparece vacia; sin embargo, tiene aún un volumen bastante considerable. La parte más inferior del repliegue de Douglas contiene falsas membranas.

(2) Küstner. *Recherches sur l'influence des positions du corps sur la situation de l'uterus gravide et non gravide.* (Arch. für Gynäkolog., t. XV.)

hacia atrás, se encuentra situado un poco por debajo y hacia atrás de una línea que pasara por las dos espinas ilíacas. En las púerperas, en las cuales está flácida la pared abdominal, el órgano entero se inclina ligeramente hacia atrás; en las jóvenes este movimiento es muy poco marcado. Si la vejiga está bastante distendida para impedir que el fondo del útero se dirija hacia adelante, la porción vaginal descende

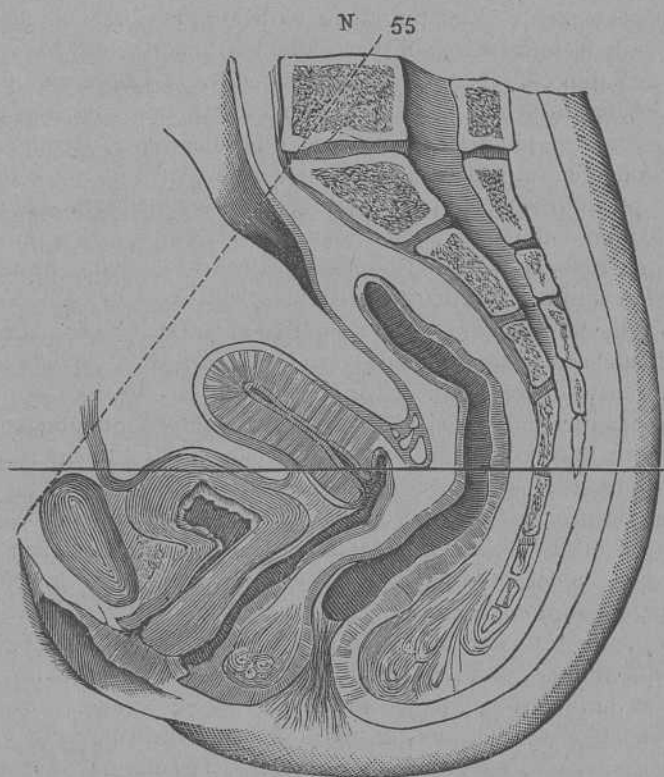


Fig. 3.—Situación de los órganos pelvianos estando la enferma en pie: *N*, plano del estrecho superior, que forma un ángulo de 55° con el horizonte.

simplemente. Cuando están relajados los ligamentos, estando el útero generalmente situado á plomo, este órgano descende, y si el cuello está fijo se exagera la ante flexión.

Los caracteres que acabamos de analizar ofrecen numerosas diferencias individuales sin salir del estado normal. Si estas diferencias son marcadas y constantes es preciso fijar su importancia. Tales son en particular una prominente salida del abdomen, una pared abdominal en forma de alforja, una curvatura de la región lumbar, una

dislocacion del tronco hácia adelante ó hácia atras, aumento ó disminucion en la inclinacion de la pelvis caracterizada por el aplastamiento de la cara posterior del sacro, por la mayor elevacion de la extremidad del coxis, por la desviacion hácia adelante de las espinas iliacas anteriores superiores, que vienen á hacerse anteriores á un plano vertical que pasara por los tubérculos de los pubis, por la situacion de la sínfisis que se aproxima á la horizontal, etc.

Por pequeña que sea una anomalía del esqueleto, de las articulaciones ó de los músculos, por ligera que sea una peritonitis parcial ó una hinchazon del vientre y cualquiera que sea su causa, cada uno de estos estados imprime á la posicion vertical un sello que le es propio y característico, que permite reconocer estas afecciones, dependan ó no del aparato genital. Haciendo que la enferma se coloque en esta posicion se puede reconocer que tal síntoma, habitualmente producido por una afeccion del aparato sexual, debe ser atribuido á otra causa; tal es, por ejemplo, el dolor de riñones, que á veces es debido al estado de relajacion en que se encuentran los músculos abdominales.

Ciertamente que rara vez es asequible la enferma á ser examinada completamente desnuda, como sería preciso para practicar debidamente este género de exploracion. Pero levantando los vestidos se pueden obtener ciertas indicaciones sobre la situacion y configuracion de la pelvis y de la columna vertebral, y haciendo andar á la enferma pueden esclarecerse los puntos dudosos.

Esta posicion vertical presta señalados servicios cuando se quiere hacer constar la existencia ó el grado de un descenso, de un prolapso de la vagina ó del útero. Si se trata de una version ó de una flexion uterina, el exámen practicado en esta posicion reporta gran utilidad, ya porque no se observa ningun cambio, ya porque la version se acentúe ó disminuya y se produzca el prolapso. Puede verse cómo se transforma en anteversion, al explorar la enferma en posicion vertical, la retroversion observada en el decúbito dorsal. Asimismo la movilidad del útero, su peso, sus dislocaciones cuando la enferma pasa de este decúbito á aquella posicion, permiten reconocer á veces la existencia de tumores en la vecindad, de la matriz.

¿Se debe practicar la palpacion hallándose la enferma en pié? Para ello es preciso que la pared abdominal esté tan relajada como sea posible, á cuyo fin ordenaremos á la enferma que se encorve hácia adelante, apoyándose sobre una tercera persona.

Art. 4.º — Posicion del cuerpo. — Decúbito dorsal.

En Ginecología se emplea pocas veces el decúbito dorsal hallándose los miembros inferiores extendidos; si hablamos aquí de él es porque

puede considerarse como el punto de partida de todas las posiciones de que hemos de ocuparnos más adelante, que son las más frecuentemente empleadas.

Cuando una persona está acostada sobre un lecho horizontal y en decúbito supino, los puntos de apoyo del tronco están constituidos por la parte inferior de la pared posterior del sacro, la porción saliente de la región dorsal y los puntos vecinos. La curvatura lumbar es bastante pronunciada.

El abdomen forma una mediana eminencia, pero puede ser plano

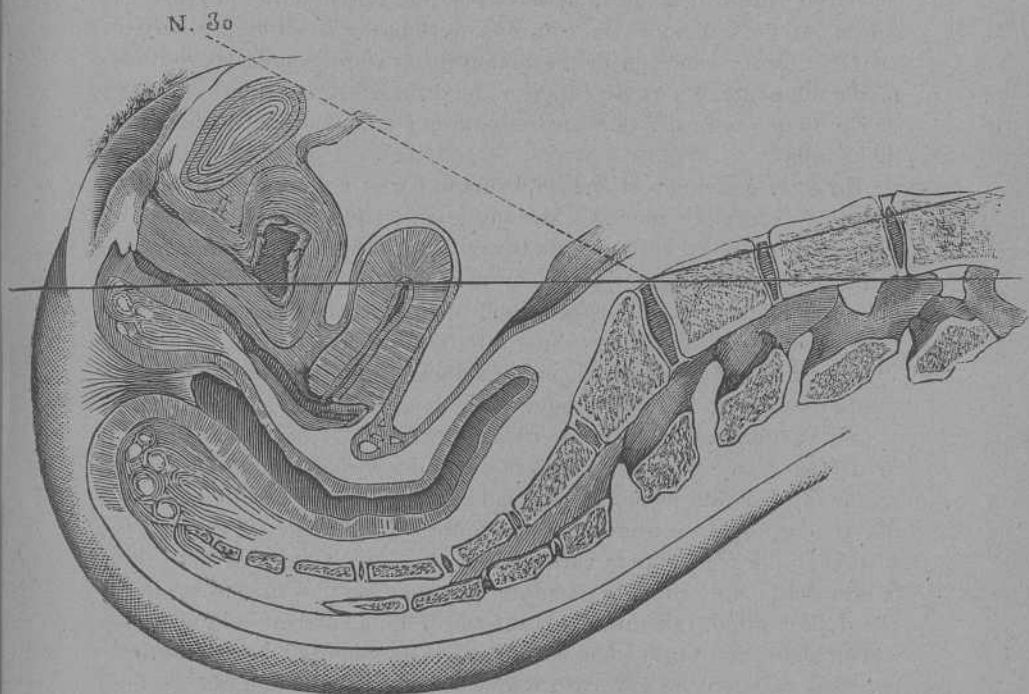


Fig. 4. — Decúbito dorsal. El plano *N* del estrecho superior forma un ángulo de 30° con el horizonte.

ó cóncavo, pudiendo asegurarse que si se observa esto último hay en él algo de anormal. El estrecho superior está limitado hacia arriba por el borde superior de la sínfisis pubiana, hacia abajo por el promontorio, dirigiéndose de arriba abajo y de delante á atrás.

La pared posterior de la sínfisis pubiana forma, como en la posición vertical, un ángulo de 45° con el horizonte, pero este ángulo tiene la abertura hacia atrás. La porción vaginal corresponde á una línea que pasase por las dos espinas isquiáticas. Las vértebras lumbares forman

con el diámetro conjugado un ángulo de 135° : el centro del cuerpo de la tercera vértebra lumbar está separado del borde superior del pubis por una distancia de 20 centímetros; al contrario de lo que acaece en la posición vertical, la pared del abdomen está poco tensa y la presión intraabdominal está manifestamente disminuida.

Los ginecólogos utilizan el decúbito dorsal modificándole de dos maneras: 1.^a La enferma dobla las rodillas y coloca sus muslos en fuerte flexión sobre el abdomen. Cuando este movimiento es poco acentuado se produce solamente una flexión de los muslos sobre el tronco. Si, por el contrario, se lleva al *máximo* este movimiento, la pelvis se coloca en flexión sobre la columna vertebral (*decúbito dorso-sacro*). 2.^a La enferma coloca en ligera flexión los muslos y dobla las rodillas moderadamente. La parte superior del tronco está un poco elevada, de suerte que la mujer está medio sentada y medio acostada (posición de la talla).

En estas posiciones el ángulo formado por la columna vertebral y la pelvis disminuye gracias á los movimientos que se producen en los cartílagos intervertebrales y que tienen lugar así en la región lumbar, como en la parte superior de la columna, según el grado de elevación de uno ó de otro punto. Las relaciones de los órganos pelvianos y abdominales se modifican, así como la tensión de la pared del abdomen y la presión intraabdominal, circunstancia muy importante bajo el punto de vista de la exploración.

Si la enferma está en el decúbito dorso-sacro (1) la parte superior del tronco reposa sobre un plano horizontal y la cabeza está sostenida solamente por una pequeña almohada. Las rodillas están dobladas y dos ayudantes pasan una mano por fuera y por debajo del muslo, viniendo á aplicarla sobre la cara interna de este último, en tanto que la otra mano, aplicada á la garganta del pié, dirige los muslos hácia la pared abdominal. Los miembros inferiores de la enferma están colocados en abducción tanto como sea necesario para poner la vulva al descubierto. Se puede en este caso emplear una mesa rectangular, sobre la cual se coloca á la mujer de manera que la vulva sobresalga un poco del borde de la mesa.

Se han ideado aparatos especiales para sujetar las extremidades; por ejemplo, se aplican al borde de la mesa dos gotieras, en las cuales se colocan las extremidades. Pero es preferible disponer de dos ayudantes que modifiquen la posición según los deseos y necesidades del operador; si se fatigasen ó si tuvieren que desempeñar otras funciones

(1) Esta posición, que Simon llama decúbito dorso-sacro, ha sido recomendada y descrita por primera vez por Dieffenbach para las operaciones de fístula vesico-vaginal. (*Operative chirurgie*, t. I, pág. 555.)

en el acto operatorio, siempre se está á tiempo de utilizar las gotieras. En esta posición la vulva está bastante elevada sobre el nivel de la mesa. El cuerpo reposa, no sobre la parte inferior de la pelvis, sino sobre la parte superior y posterior de la cresta iliaca y sobre puntos situados aún más arriba. La inclinación de la pelvis está muy acentuada, si bien el ángulo formado por el plano del estrecho superior no mide más que 50 ó 60° y aún todavía ménos.

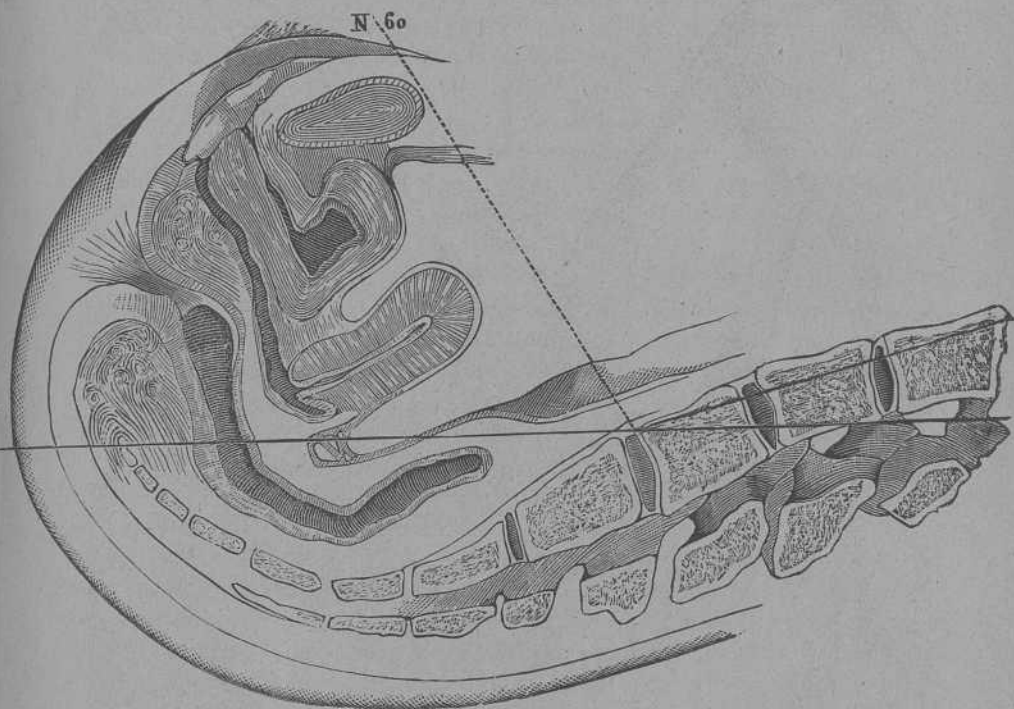


Fig. 5.—Decúbito dorso-sacro. El plano *N* del estrecho superior forma un ángulo de 60° con el horizonte.

El ángulo formado por el diámetro conjugado y las vértebras lumbares puede descender á 110°, midiendo ya 25° ménos que en el decúbito dorsal simple. La distancia que separa el pubis y la tercera vértebra lumbar está disminuida en 1 ó 2 centímetros. Hacia adelante, á consecuencia de la compresión de los cartílagos intervertebrales, la altura de la columna lumbar se halla un poco disminuida, como lo está manifestamente la capacidad de la parte huesosa de la cavidad abdominal. La vagina se dirige de arriba abajo oblicuamente; la pared abdominal está ménos tensa y la presión intracavitaria está notablemente disminuida.

Si se exagera la flexion de los muslos sobre el abdómen la palpacion se hace difícil; pero se lleva á cabo fácilmente esta maniobra si se colocan los muslos en posicion vertical. Si la pelvis está muy elevada, si está en fuerte flexion sobre la columna vertebral, la extension de la parte ósea disminuye y la presion abdominal aumenta un poco.

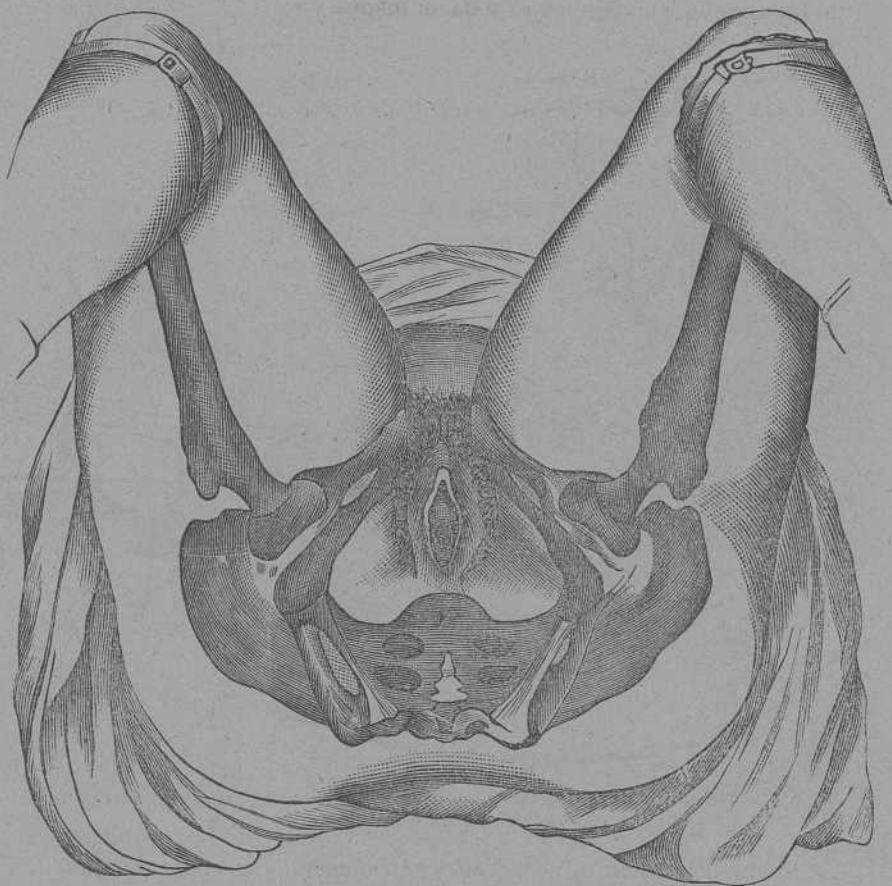


Fig. 6. — Decúbito dorso-sacro.

Esta posicion es excelente cuando se trata de medir directamente el diámetro conjugado, lo que se hace introduciendo un vástago graduado desde el borde de la sínfisis hasta el promontorio. Si se deja caer un hilo á plomo desde la extremidad de este tallo se puede medir el ángulo que forma este diámetro con la vertical. Esta posicion es igualmente ventajosa cuando se practica el tacto, cuando se trata de practicar el

examen combinado por la vagina, el recto y la pared abdominal, y cuando se quiere ejecutar la medicion de los diámetros diagonales.

Este decúbito, más ó ménos acentuado, basta frecuentemente para casi todas las necesidades de la práctica. Para adoptarle la mujer debe estar tendida horizontalmente, con los muslos doblados fuertemente sobre el abdómen y con los piés sobre la mesa.

La segunda modificacion del decúbito dorsal, que designaremos en pocas palabras con el nombre de posicion de la talla, difiere notablemente de la anterior. Hallándose tendida horizontalmente la mujer con la parte superior del cuerpo levantada, la pelvis así como el tronco

N. 20

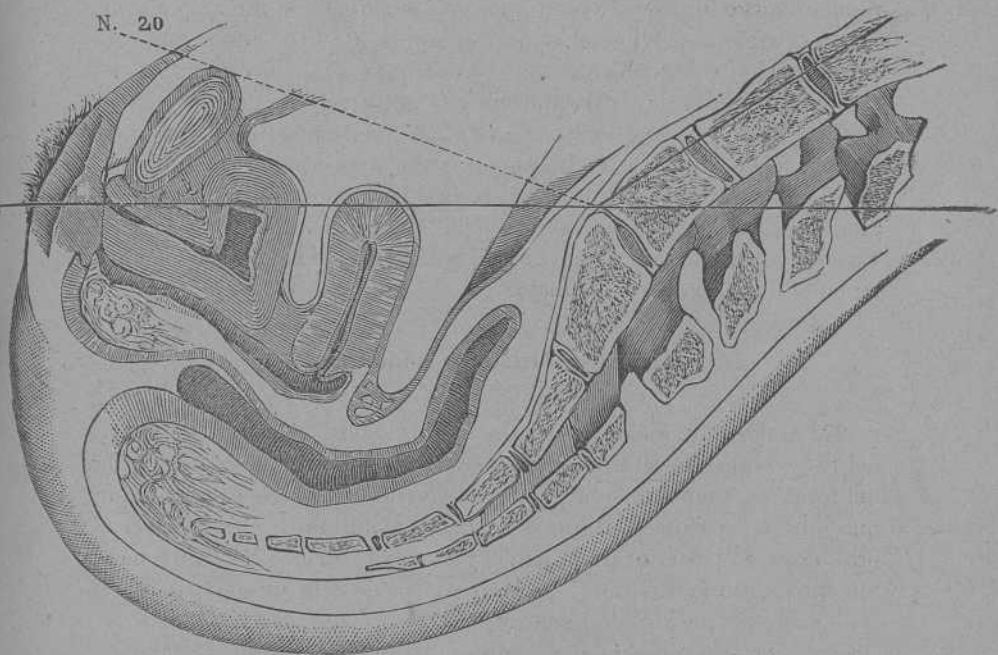


Fig. 7.—Posicion de la talla (Steinschnittlage), situacion de los órganos pelvianos. El plano *N* del estrecho superior forma con el horizonte un ángulo de 20°.

reposan sobre la parte superior y posterior de los muslos. La inclinacion de la pelvis está disminuida á consecuencia del descenso del plano del estrecho superior; la situacion de la columna vertebral en relacion con la pelvis se halla modificada. El ángulo formado por el diámetro conjugado verdadero y la columna lumbar va disminuyendo, así como la distancia que separa los pubis de las vértebras lumbares,

A consecuencia de este movimiento, y principalmente bajo la influencia del peso del tórax, peso que es tanto mayor cuanto más se eleva el tronco, la presión intraabdominal aumenta. Esta posición no es tan útil como la precedente tratándose de una exploración, sobre todo si hay necesidad de practicar la palpación abdominal.

La posición de la talla, posición en la cual la parte superior de los muslos está en flexión sobre el tronco, las rodillas dobladas y los pies elevados y en abducción, difiere mucho según el grado de elevación del tronco, el de flexión de los muslos, etc.

En la descripción de la *fig. 7* la parte superior del cuerpo reposa sobre un plano inclinado de 20° próximamente, los muslos están ligeramente aproximados al vientre, las piernas en flexión moderada y los pies, así como la pelvis y el sacro, reposan sobre un plano horizontal: esta situación es cómoda para la enferma, y, con algunas modificaciones, de uso frecuente en Obstetricia y Ginecología.

La pelvis tiene una inclinación de 20° próximamente; la columna lumbar forma con el estrecho superior un ángulo de 125°; la distancia que separa los pubis de las vértebras lumbares es inferior en un grado a la que ofrece el decúbito dorsal. La sínfisis se halla en sentido vertical y la vagina se dirige casi directamente de delante atrás y solamente un poco de arriba abajo.

Art. 5.º— Decúbito abdominal.

En el decúbito abdominal propiamente dicho, el punto de apoyo del tronco está constituido por la pared anterior del abdomen y por la del tórax, que reposan sobre el lecho. No se recurre a esta posición más que en los casos en que se trata de examinar la columna vertebral, la pared posterior de la pelvis y el dorso; pero se coloca frecuentemente a la mujer en una postura semejante en la que el tronco reposa sobre las rodillas dobladas y sobre los codos, los hombros ó la cabeza. Este decúbito ofrece algunas diferencias según el grado de flexión de los muslos y la situación de los brazos. No hablaremos más que de los casos en los cuales los muslos, dirigidos vertical ó casi verticalmente, reposan sobre un lecho horizontal. Aun en este caso se pueden describir numerosas variedades, según que el tronco descansa sobre los codos (decúbito genu-braquial propiamente dicho), según que los brazos estén perpendiculares a la mesa ó cama, ó según estén en abducción. En el primer caso la pelvis está más elevada que el tórax, acentuándose esta diferencia en el segundo caso, porque en éste toma el tórax como punto de apoyo la cabeza y está situado mucho más bajo que aquélla.

Nosotros tomaremos como tipo, tipo que cada uno puede modificar à su gusto, una posición en la cual el tórax está situado más bajo que la pelvis, pero sin exageración. La extremidad inferior de la cara posterior del sacro está dirigida hacia arriba, así como la parte posterior del periné; el ano, la parte anterior del periné y la vulva están casi en dirección vertical. El estrecho superior mira hacia el plano de la cama ó de la mesa y forma con él un ángulo de 10 á 20 grados, hallán-

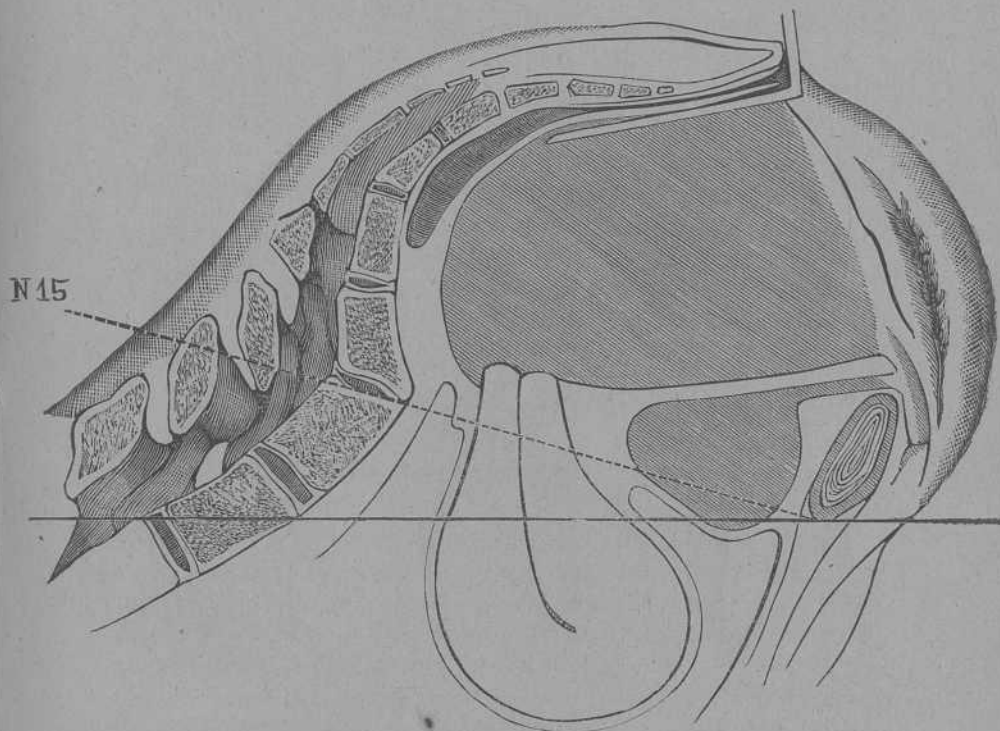


Fig. 8.—Decúbito genu-pectoral. (Esta figura es esquemática. Para figurar el útero y la vagina se ha tomado modelo de una mujer en estado puerperal, y de aquí el gran volumen del primero de estos órganos.)

dose el promontorio hacia el pubis, que está casi vertical y dirigido de arriba abajo.

El ángulo formado por las vértebras lumbares y el diámetro conjugado está notablemente disminuido; si el tórax está muy bajo, puede no ser más que de 110 grados. En esta situación los órganos situados en la base del tórax, los tegumentos abdominales y los intestinos pueden moverse por la acción de la pesantez y ejercer, si no están convenientemente sostenidos, una tracción sobre los órganos más elevados.

Si la pared abdominal no está extremadamente distendida, la presión intraabdominal desciende mucho y llega á ser comunmente inferior á la presión atmosférica; la vagina se llena entonces de aire si el orificio vulvar no es muy estrecho y no están adaptados los unos contra los otros los pliegues vaginales. Si el esfínter anal está relajado ó desgarrado, el aire penetra igualmente en el recto. Si se introduce un ca-

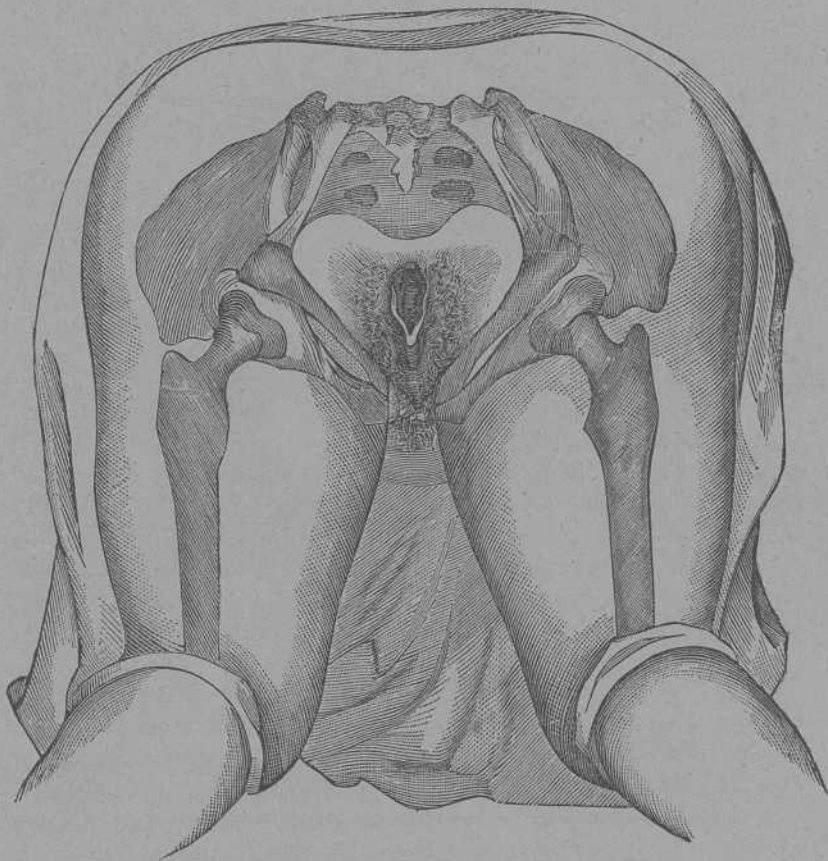


Fig. 9.— Decúbito genu-pectoral.

téter en la vejiga, el aire se precipita también en este reservorio con un ruido especial perceptible, no saliendo ni una gota de líquido si aquél está lleno de orina. El cuerpo del útero es acarreado en la cavidad abdominal, viniendo á colocarse la porción vaginal cerca del promontorio y avanzando frecuentemente fuera de la pelvis menor. Levantado el periné con un espéculo univalvo, se ve que la pared vaginal anterior

es horizontal, mejor dicho, ligeramente oblicua hacia abajo, en tanto que la porcion vaginal del útero se aproxima á la base del sacro. Es preciso tener en cuenta en este decúbito los movimientos respiratorios y el grado de tension de la pared abdominal.

Esta posicion no conviene indiferentemente en todos los casos. Acaso por hallarse disminuida la presion intraabdominal, la palpacion es difícil porque la mano tiene que levantar la pared y los órganos abdominales. En ciertos casos, sin embargo, esta posicion es excelente. Gracias á ella puede apreciarse un tumor situado profundamente en el abdómen, porque su propio peso le obliga á dislocarse y se hace de esta suerte más accesible. Pueden obtenerse datos muy instructivos estudiando la manera de dislocarse un órgano ó un tumor cuando la paciente adopta el decúbito genu-pectoral.

El útero, por ejemplo, cuando se halla fuertemente enclavado en un tumor, puede quedar más libre, móvil y accesible descendiendo este último. Esta posicion hace más fácil á veces la exploracion de los fondos de saco vaginales y se obtienen de ella excelentes resultados cuando es difícil rellenar de líquido la vejiga y el recto. Cuando se quiere reducir una retroversion ó una retroflexion, es conveniente y á veces necesario colocar á la enferma en decúbito genu-pectoral, haciendo éste más fácil la operacion por poderse llenar de aire los dos receptáculos, vagina y recto. Campbell ha llamado recientemente la atencion sobre este punto, como tambien otros autores, recomendando el decúbito genu-pectoral y la dilatacion de la vagina y del útero por el aire como el único método, como el solo método que asegura la reposicion ántes de la aplicacion de pesarios y que mantiene el órgano en su situacion normal cuando se han empleado otros métodos de reduccion. Aunque el pesario esté colocado es frecuentemente ventajoso hacer tomar momentáneamente esta posicion y dilatar la vagina por medio del aire. En los casos ligeros basta por sí sola esta posicion, siendo útil en los casos graves en los cuales las circunstancias no permiten recurrir al empleo de pesarios. Campbell ha hecho construir un instrumento que tiene la forma de un espéculo y que las enfermas, despues de haber adoptado la posicion genu-pectoral, pueden introducir ellas mismas en su vagina, pudiendo de esta suerte penetrar el aire en este canal.

Las enfermas deben practicar esta maniobra por la noche, en la cama, al tiempo de acostarse, y así podrán pasar la noche más tranquila.

Campbell. *Resume of a Report on Position Pncumatic Pressure and Mechanical appliance in Uterine displacements.* — *Atlanta med. and Sur Journal*, Junio, 1875. — *Transact of the american Gynec. Society*, t. I, 1877, pág. 198.

Treuholme. *The Value of the Viodge Pessary in Retroflexion, etc.* — *The obst. Journal of great. Brit. and Ireland*, 1879, núm. 81 dec., pág. 545.

Art. 6.º — Decúbito lateral y latero-abdominal.

Para estas posiciones basta que la enferma esté tendida sobre un plano horizontal suficientemente elevado.

En el decúbito lateral el tronco reposa sobre las crestas ilíacas y los hombros. La cabeza puede estar elevada por una almohada, pero que no debe elevar el tórax. El orificio vulvar, colocado al borde de la tabla, aparece cuando la mujer dobla los muslos contra la pared abdominal; las piernas también deben estar en semiflexión. Esta posición es generalmente incómoda para la mujer si se prolonga mucho tiempo; las enfermas intentan levantar la pelvis del borde de la mesa á fin de apoyar sobre ellas sus piernas, disminuyendo el grado de flexión de éstas. Para obviar este inconveniente se colocan las extremidades inferiores sobre una silla, un taburete, ó mejor, se hace cargo de ellas un ayudante para sostenerlas. Es una precaución necesaria si la operación ha de durar mucho tiempo. Si el tronco está en dirección perpendicular al borde de la mesa y frente á la ventana, la vulva no está colocada en dirección á la luz; debe colocarse el tronco oblicuamente con relación al borde de la mesa, ó colocar ésta en dirección oblicua con relación al hueco por donde penetre la luz.

En el decúbito lateral el plano del estrecho superior está casi vertical. Una de las caras laterales de la excavación está dirigida hacia arriba, la otra hacia abajo, y las vértebras en gran flexión sobre la pelvis. La presión intraabdominal está disminuida y puede ser inferior á la presión atmosférica.

El decúbito lateral presta excelentes servicios cuando se trata de aplicar un espéculo univalvo. La enferma puede echarse sobre el lado derecho ó sobre el izquierdo. Fuera de este caso, semejante decúbito ofrece muy pocas ventajas. Cuando se practican la palpación ó la percusión abdominales es, sin embargo, necesario obligar á la enferma á que se eche de uno y de otro lado para poder apreciar mejor las modificaciones del sonido, de la fluctuación y de la movilidad de los tumores. En esta posición puede practicarse con facilidad suma la palpación de la región lumbar y de los hipocondrios. Lo más frecuentemente la enferma se echa del lado que el profesor se propone examinar, y así, el tumor ó el órgano hipertrofiado viene á caer por su propio peso en la mano del explorador.

El decúbito latero-abdominal ó posición de Sims (fig. 10) es una posición intermedia entre el decúbito abdominal y el lateral.

La cama, el cuerpo y las extremidades inferiores se disponen y colocan como en el decúbito lateral; pero la enferma, colocando su brazo inferior contra el pecho y haciendo descender todo lo posible el

hombro superior, describe una curva con el tronco siguiendo su propio eje, y la cara anterior del tórax, así como la del abdómen, vienen a colocarse mirando hacia abajo. La pelvis sigue este movimiento. El estrecho superior no está en un plano vertical, pero forma con el horizonte un ángulo considerable. Mira un poco hacia abajo, en tanto que la cara posterior del sacro está dirigida hacia arriba; por consecuencia, la pared posterior de la vagina mira hacia arriba, en tanto que la anterior, atraída por la pared abdominal y por las vísceras, se dirige hacia abajo. A veces este resultado no es tan marcado como en el

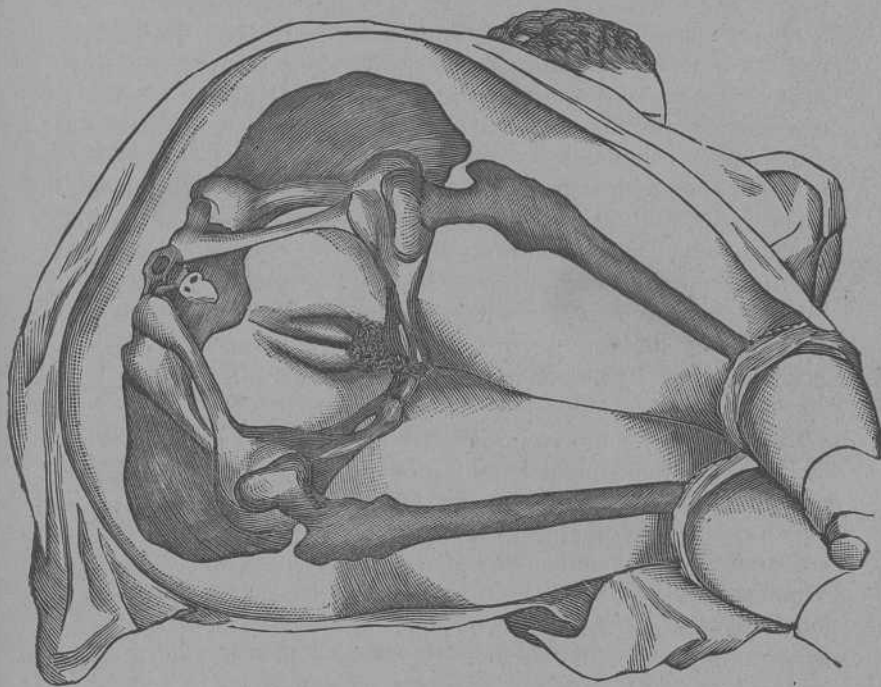


Fig. 10.—Decúbito latero-abdominal ó posicion de Sims.

decúbito genu-braquial ó en las posiciones análogas, porque aquí el tórax está situado á la misma altura que la pelvis ó un poco menos elevado.

La presion abdominal es ménos considerable que en los decúbitos dorsal ó lateral, pero es mayor que en el abdominal propiamente dicho, aunque frecuentemente es inferior á la presion atmosférica. Tambien la vagina se llena espontáneamente de aire, y si se separan las paredes vaginales el aire penetra en mayor cantidad que lo que permite la simple dilatacion de este canal. En este decúbito, si la en-

ferma está agitada ó inquieta, se ve á la pared vaginal anterior levantarse y descender á cada movimiento respiratorio, cuyo ascenso y descenso pueden trastornar la exploracion.

Se recomienda principalmente recurrir á la posicion de Sims cuando se trata de hacer un exámen ocular con espéculo univalvo, en cuyo caso es excelente, no ofreciendo ninguna ventaja en los demas.

Art. 7.º — De la anestesia.

Indicaciones de la anestesia. — Frecuentemente hay necesidad de practicar la anestesia aun para una simple exploracion. Ciertas afecciones de los órganos genitales externos, del meato urinario, del ano, tales como las fisuras, los papilomas, el vaginismo, el espasmo del esfínter, pueden impedir ó dificultar notablemente toda exploracion si no se anestesia previamente á la enferma. Algunas veces hasta la palpacion abdominal puede hacerse difícil y aun impracticable, á consecuencia del dolor provocado, si existe una hiperestesia ó un estado de irritacion peritoneal.

Ciertos procedimientos exploratorios, tales como el exámen manual de la vejiga y del recto, son por sí mismos muy dolorosos; bien es cierto que estos métodos son muy rara vez empleados, ó no se emplean jamás.

En las jóvenes la sensibilidad es tal que debemos casi siempre recurrir á la anestesia, que por otra parte nos ofrece la ventaja de ofender ménos el pudor de la paciente. Además la anestesia nos proporciona la relajacion completa de los músculos y sobre todo la de los que constituyen la pared abdominal. Hay enfermas muy impresionables, irritables, otras poco inteligentes é incapaces de seguir la recomendacion del profesor, que no saben ó no pueden suspender su respiracion. En otras mujeres, en fin, la pared del abdómen es dura, gruesa, resistente, y si se quiere practicar una exploracion y obtener de ella algun resultado práctico, es preciso que dicha pared esté blanda y fácilmente depresible. En todos estos casos debemos recurrir á la anestesia.

Asimismo se apelará al empleo de los anestésicos en las mujeres nerviosas y sobreexcitadas cuando se haya de practicar alguna operacion aunque sea poco ó nada dolorosa. La anestesia proporciona el reposo necesario para poner al descubierto el campo operatorio y operar. Tambien debemos recurrir á ella cuando se trate de practicar alguna operacion sobre el cuello uterino si existe una fisura por pequeña que sea ó un punto doloroso á nivel de los órganos genitales externos.

Pero lo más frecuente es que esté indicada la anestesia porque la operacion sea dolorosa por sí misma. En todas las operaciones que

se practiquen sobre los órganos genitales externos, sobre la vulva, el meato urinario ó sus inmediaciones, el ano, en todas las laparotomías, etcétera, si no se practica la anestesia, la operacion puede hacerse imposible ó peligrosa. La enferma puede, en efecto, sucumbir á los fenómenos del choque traumático ó sufrir trastornos nerviosos, delirio ó una excitacion cerebral muy intensa, cuando tiene que soportar dolores muy vivos.

Contraindicaciones de la anestesia. — Las contraindicaciones absolutas de la anestesia son muy raras; podemos algunas veces considerar como tales la degeneracion grasosa del corazon; las lesiones valvulares de este órgano parece, por el contrario de lo que se creia tiempos atras, que tienen ménos importancia á este respecto; el estado del músculo cardíaco domina la situacion. La presencia ó la ausencia de lesiones valvulares sólo tiene una importancia secundaria; pero nosotros debemos llamar la atencion acerca de la que tienen las modificaciones patológicas que pudieran existir en las paredes arteriales, de tal suerte que el ateroma arterial avanzado aumenta por lo ménos el peligro de la anestesia. Las afecciones de los órganos respiratorios (derrames pleuríticos, catarro crónico con enfisema, tumores ganglionares que compriman las vías aéreas, etc.) pueden contraindicar tambien la anestesia. En estos casos es frecuentemente inútil plantear el problema porque estas afecciones y todas las que les son análogas pueden por sí solas, cuando son graves, contraindicar la operacion. Pero si no tuviesen gravedad bastante para contraindicar la operacion, se obraría muy cuerdamente consultando la opinion de un especialista en las enfermedades del aparato circulatorio.

Nosotros hemos obtenido de esta suerte consejos importantes y de mucha estima dirigiéndonos á nuestro sabio colega Batimier.

A estas contraindicaciones podemos añadir la anemia grave ocasionada por hemorragias, trastornos de la digestion ó por la enfermedad misma que provoque nuestra intervencion, etc. Decididamente el problema es muy delicado: en este caso, en efecto, si dejamos de operar, la mujer morirá fatalmente cuando pudiera curarse mediante la intervencion operatoria. Deberemos, pues, ántes de decidirnos, examinar atentamente: 1.º, el grado de debilidad de la enferma; 2.º, la influencia desventajosa que pudieran tener la anestesia y la operacion (duracion, hemorragia, traumatismo), porque es preciso tener en cuenta, no solamente los efectos de la anestesia, sino tambien los de la intervencion quirúrgica: obrando de esta suerte nos será posible orientarnos y adoptar una resolucion con conocimiento de causa. Debemos mostrarnos muy prudentes cuando exista una marcada tendencia á los síncope, sobre todo si este accidente parece no ser de origen nervioso.

Recientemente se han referido casos en los cuales algun tiempo

después de la anestesia por el éter ó por el cloroformo ha sobrevenido la muerte en un estado de anuria completa. Las enfermas á quienes se refieren estaban afectadas de degeneracion de los riñones. Esta es una circunstancia que no debemos olvidar.

Eleccion de los anestésicos y manual operatorio.—La eleccion del agente anestésico es muy importante. Nosotros no estudiaremos aquí más que el cloroformo y el éter. Pero en este estudio debemos examinar, no solamente la accion fisiológica de cada uno de estos cuerpos, sino tambien la técnica de la anestesia, que varía segun el agente que se emplea. Con respecto al primer punto no debe olvidarse, cuando se trate de decidir la eleccion, que el cloroformo disminuye la energia cardíaca y disminuye la presion sanguínea, efectos que no provoca el éter. Empleando este agente se observa á veces aumento de presion sanguínea, sobre todo si la anestesia no se prolonga demasiado. Se puede seguir paso á paso la accion del éter sobre el corazon, en tanto que los fenómenos que en este aparato determina el cloroformo se presentan súbita y bruscamente, sin haber podido sospecharlo: la muerte por síncope es bastante frecuente cuando se emplea el último. En cuanto á los accidentes asfíxicos — que son bastante ménos peligrosos — no hay diferencia de ningun género en la frecuencia con que uno y otro los determinan. El éter produce un efecto que se presenta muy marcado en algunos individuos: nos referimos á la secrecion profusa y casi siempre desagradable de las glándulas salivares y de la mucosa bronquial.

Por lo que respecta á los accidentes consecutivos, vómitos, cefalalgia y depresion de fuerzas, son en general ménos pronunciados empleando el éter que haciendo uso del cloroformo. Hemos experimentado durante largo tiempo el cloruro de metileno, sin que hayamos podido encontrar en él ninguna ventaja. Nosotros, pues, preferimos el éter en las operaciones de larga duracion, sobre todo cuando las mujeres son débiles ó están exangües. En apoyo de nuestra opinion citaremos, entre otros, los hechos siguientes: hemos visto enfermas afectadas de síncope debido al cloroformo é independiente de la operacion, porque pudimos continuarla más tarde sin accidente alguno valiéndonos del éter para la anestesia; en ciertos casos nos ha bastado sustituir el cloroformo por el éter para poder terminar la operacion. No hemos experimentado jamás el empleo combinado de ambos agentes. Sin embargo, debemos hacer constar que si se emplean alternativamente debe comenzarse por el cloroformo para poder continuar por el éter; si se siguiera un órden inverso, hallándose aniquilado por el cloroformo el poder reflejo que provocan los movimientos respiratorios, nos expondríamos á ver aparecer síntomas graves de asfíxia debidos á la hipersecrecion bronquial determinada por el éter.

¿Hasta qué grado debe llegar la anestesia? — Los autores opinan de diversa manera á este respecto. Unos pretenden que la anestesia debe ser bastante profunda para que todos los movimientos reflejos desaparezcan casi completamente; otros, por el contrario, no van tan léjos. Todo depende, en efecto, de las circunstancias del caso particular de que se trate. A veces cierta sensibilidad refleja puede ser útil, en ocasiones puede ser peligrosa para la marcha de la operacion y aún para la vida de la enferma. Recordemos solamente, cuando durante la laparotomía la anestesia es incompleta, cuán perjudicial es la aparicion de esfuerzos ó de espasmos de la glótis que tan fácilmente sobrevienen cuando se toca á órganos muy sensibles. Recordemos, por otra parte, los peligros á que puede dar lugar la ausencia completa de poder reflejo cuando el *mucus* ó un cuerpo extraño penetran en las vías aéreas. En general nosotros preferimos obtener la anestesia completa, sin perder de vista la última consideracion expuesta.

En cuanto á los cuidados, al manual operatorio y á los socorros que deben prestarse cuando sobrevienen accidentes por la anestesia, no haremos más que algunas consideraciones generales porque no es éste el lugar oportuno de tratar á fondo esta cuestion.

Si se emplea el éter, la cabeza de la enferma debe estar elevada; si se hace uso del cloroformo, por el contrario, ó sobre el mismo plano que el tronco ó más baja.

Un ayudante ejercitado deberá encargarse de practicar la anestesia y esta operacion será su único cometido. Tendrá á su alcance un depresor lingual, una pinza para la lengua, un porta-esponjas y una esponjita fija en la extremidad de éste, con ayuda de la cual pueda limpiar la cámara posterior de la boca. Si se hace uso del éter es indispensable esta precaucion. El ayudante tendrá ademas á su disposicion una jeringuilla de Pravaz y tintura de almizcle.

Para administrar el cloroformo se emplea algunas veces el nuevo aparato de Junker, que en su origen fué construido para administrar el cloruro de metileno. Consiste en un tubo cilindrico de cristal, graduado, en el cual se coloca el líquido.

Mediante un gancho de que va provisto en su parte superior, el ayudante le fija á un boton de su levita. A cada inspiracion de la enferma el ayudante oprime una pera de cautchue, en la cual termina un tubo que se halla en comunicacion con el vaso de cristal, dejando inmediatamente despues que la cavidad de la pera vuelva á llenarse del aire que penetra en su interior por una abertura de que va provista. De esta suerte el aire que penetra en el cilindro lleno del líquido anestésico se mezcla con éste, y ambos, atravesando otro tubo de goma tambien en comunicacion con el interior del vaso de cristal, van á parar á una careta que cubre la nariz y la boca de la enferma. Esta careta

presenta además una abertura por la cual pueden escaparse el aire espirado y la mezcla gaseosa. Se regula la operación oprimiendo más ó ménos la pera de cautehuc y separando de tiempo en tiempo la careta. Con este aparato se obtiene la anestesia gastando muy poco líquido.

Para administrar el cloroformo nos parece suficiente el aparato ordinario formado por un soporte de alambre cubierto de tela, á la cual se fija un poco de algodón en rama.

Para administrar el éter el aparato debe ser más complicado; nosotros nos servimos del de Clover. Su manejo es fácil y su autor no ha exagerado al afirmar que bastan cuatro ó cinco minutos para que se efectúe la anestesia. Ésta se obtiene difícilmente cuando las enfermas no son inteligentes ó faltas de buena voluntad. Pero aún en estos casos este método es el mejor. Según nuestra experiencia, ya larga en este asunto, cuando se emplea el éter podemos recomendar los aparatos más sencillos, tales como un cuerno hecho de fieltro cubierto con una tela

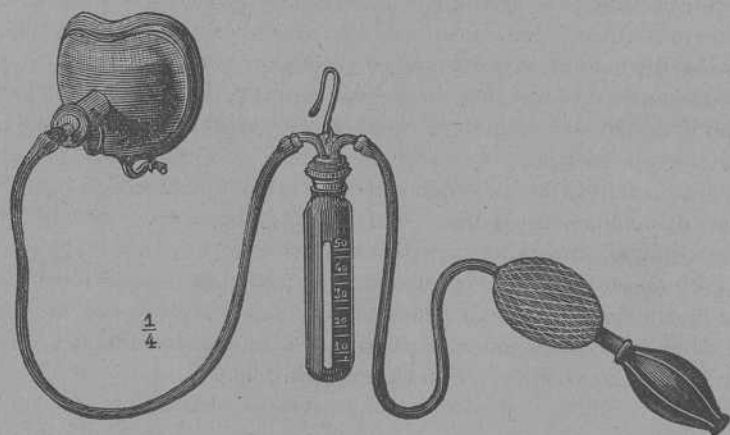


Fig. 11.

impermeable, etc. Por este procedimiento se emplea una gran cantidad de éter, y la evaporación es tal, que profesor, ayudantes y asistentes á la operación sufren los efectos del anestésico; así, pues, es preciso que cuando se haga uso de él sea espacioso y bien ventilado el local donde se opera. El éter debe ser puro, completamente anhidro, sin cuyo requisito la anestesia se produce más lentamente.

[La anestesia en Ginecología, especialmente como medio auxiliar de diagnóstico y aún en su aplicación á operaciones no muy cruentas, ha tomado un nuevo aspecto desde que se ha generalizado el empleo de la cocaína como anestésico local]

Ya en 1884 dió cuenta el Dr. Polk, de New-York, de dos observaciones en las cuales había empleado la cocaína como anestésico local para practicar la sutura del cuello uterino (*New-York Medical Record*, 1.º de Noviembre de 1884). Casi al mismo tiempo Fränkel, de Breslau, publica en el *Centralblatt für Gynäkologie* un curioso trabajo, titulado: *De la cocaína como medio de anestesia de la mucosa de los órganos genitales en la mujer*; trabajo que contiene varias observaciones, de las cuales deduce que el clorhidrato de cocaína puede emplearse para obtener la anestesia local con el fin de practicar la cauterización de la mucosa vulvo-vaginal, así como para las extirpaciones de pequeñas neoplasias que tengan su asiento en el canal genital ó en la uretra.

Más tarde, Thomas, también de New-York, preconiza los efectos de este medicamento como anestésico local en la exploración de las enfermedades sexuales de la mujer y en todas aquellas operaciones en que no hay necesidad de lesionar muy profundamente los tejidos, toda vez que la anestesia que provoca es casi superficial. Desde entónces se ha generalizado el procedimiento, y bien puede asegurarse que hoy para el exámen ginecológico no se emplean los anestésicos generales, sino la anestesia local obtenida por sencillas aplicaciones de cocaína.

El medio de emplearla es sencillo en demasía: lavadas perfectamente la vagina y la porción vaginal del cuello, se practican embrocaciones en estos órganos mediante un pincel empapado en una disolución de clorhidrato de cocaína al 4 por 100, repitiendo esta operación cada tres ó cuatro minutos, y á la tercera ó cuarta se ha obtenido una anestesia local suficiente para practicar un reconocimiento detenido sin experimentar la enferma un solo dolor y para practicar pequeñas aunque delicadas operaciones, pudiendo también emplearse en inyección hipodérmica, inyectando un gramo de la expresada solución en un sitio inmediato al en que se haya de reconocer ú operar. — *M. G. de S.*

Véase un buen estudio sobre la acción del cloroformo y del éter. — Krapeler. *Anesthetica*. Stuttgart, 1880.

Art. 8.º — Método de exámen. — Division.

Un exámen clínico puede hacerse con y sin instrumentos. La inspección de las partes superficiales, el tacto vaginal, el rectal y el exámen combinado, palpación por la pared del abdomen, la vagina y el recto, se practican sin instrumentos.

Entre los casos que pueden necesitarse éstos citaremos el exámen de la uretra, de la vagina, del recto y de la vejiga y el trozo de la porción vaginal del cuello uterino.

CAPÍTULO II

EXÁMEN CLÍNICO SIN INSTRUMENTOS

Artículo 1.º—Inspeccion.

De la inspeccion se obtienen datos muy importantes cuando se examina á la enferma completamente desnuda, ya se halle en pié ó ya echada. Se reconocen á simple vista las deformaciones del esqueleto, principalmente las de la columna vertebral, las de la pelvis, las de las extremidades inferiores, las modificaciones que ofrezca en el modo de andar y en la estacion, la pigmentacion de la piel, los cambios experimentados en los pechos (aumento de volúmen, desarrollo de la red venosa, turgencia de los pezones, grado de pigmentacion de la aréola, prominencia de las glándulas sebáceas). Se aprecia la convexidad ó concavidad de la pared abdominal y su mayor ó menor simetría. Se observa el estado del ombligo, la pigmentacion de la línea alba, las cicatrices, el desarrollo de las venas. Se aprecia si la pared abdominal presenta alguna eminencia, el influjo que sobre ella ejercen los movimientos respiratorios en las diferentes posiciones que la enferma adopte, si la expresada pared ofrece movimientos de elevacion y depresion isócronos con los latidos cardiacos. Se observan las contracciones de los músculos abdominales, se reconoce la presencia de partes fetales, la existencia de los movimientos del nuevo sér y se distinguen los movimientos intestinales. Finalmente, por la simple inspeccion se aprecia el estado de flacidez ó de tension de la pared abdominal.

Si se pretende examinar los órganos genitales externos ó las regiones vecinas, basta obligar á la enferma á que adopte la posicion de la talla. Pueden observarse tambien las lesiones de los miembros inferiores (deformacion, várices, edema), la coloracion, las heridas de las ingles, el estado del ano (prolapso rectal, pliegues de la mucosa, nudo-

sidades hemorroidales, fisuras, condilomas), el estado del periné, el del monte de Venus. Puede apreciarse el estado de la vulva, el volúmen, la falta de consistencia ó la turgencia de los labios, sus diferencias de magnitud, el edema ó las várices de que pueden ser asiento. Separando los grandes labios con dos dedos de cada mano puede observarse el estado de su cara interna (coloracion, fisuras, abscesos), el del clitoris, meato urinario, fosa navicular, hímen ó carúnculas mirtiformes. En las mujeres que han tenido hijos la vulva es ancha, los labios están separados, y puede examinarse el estado de la parte inferior de la vagina, su cara anterior. La parte de la pared posterior que confina con el periné forma frecuentemente una ligera prominencia.

Explorando de esta suerte pueden reconocerse á simple vista las inflamaciones de los órganos genitales externos, de las glándulas de Bartholin, los abscesos, los tumores de estas regiones, las deformidades y aún las dislocaciones del útero y de la vagina.

Art. 2.º — Medicion.

La medicion permite al ginecólogo precisar el volúmen, la forma y el crecimiento de un tumor abdominal, pudiendo con una cinta graduada determinar la longitud de su circunferencia. Si se quiere conocer su diámetro es preciso servirse de un compás de espesor, pudiendo emplear tambien un cirtómetro ó un tallo metálico flexible. Con ayuda de estos dos últimos aparatos se mide la longitud de la circunferencia; despues, colocando el instrumento sobre el papel, se dibuja la forma de la pared externa del tumor, y se mide la cuerda del fragmento de circunferencia así obtenido.

Generalmente se mide la circunferencia del abdómen, primero á nivel del ombligo y despues por encima y por debajo, viendo así en qué punto es más considerable el volúmen del abdómen, pudiendo de esta suerte diagnosticarse que un tumor tenga su asiento en la parte superior ó en la inferior de esta cavidad.

Midiendo las distancias que separan el ombligo del pubis y el ombligo de la extremidad inferior del esternon, puede reconocerse que un tumor tiene asiento ó ha comenzado á desarrollarse en la parte inferior ó en la superior de la cavidad abdominal.

Si se observa, por ejemplo, que la distancia que separa el ombligo del apéndice xifoides es menor que en el estado normal y que es igual ó inferior á la que separa el ombligo del pubis, lo probable es que el tumor tenga asiento ó se esté desarrollando en la parte inferior de la cavidad abdominal.

Del mismo modo, debe admitirse que existe un tumor en una de las partes laterales de dicha cavidad si la espina iliaca anterior de un lado ó el centro de la rama horizontal del pubis están más alejados del ombligo que los respectivos del lado opuesto.

Pueden igualmente tomarse como puntos de relacion la apófisis espinosa de una vértebra y un punto determinado de la línea *alba*.

Por la medicion se puede determinar el volúmen absoluto de un tumor y seguir la marcha de su desarrollo, si se repite la medicion en épocas diferentes. Existen, sin embargo, casos de error que es preciso evitar; tales son: el estado de distension más ó ménos considerable del intestino por los gases y las materias fecales, y la variable abundancia de tejido célula adiposo. Es preciso tener en cuenta la posicion en que está colocada la enferma; así, por ejemplo, la circunferencia del abdomen varia segun el sujeto esté acostado en decúbito dorsal, con los miembros inferiores extendidos ó en la posicion de la talla.

Art. 3.º — Percusion. — Auscultacion.

Se puede auscultar el abdomen estando la enferma en decúbito dorsal. Generalmente debe preferirse la auscultacion con el estetoscopio á la auscultacion directa. Este método de investigacion tiene una gran importancia para establecer el diagnóstico diferencial entre el embarazo, los tumores y la ascítis.

La percusion se practica como en el tórax, no siendo absolutamente preciso el plexímetro. Es necesario no percutir con gran fuerza porque de esta suerte, percutiendo sobre masas sólidas, pudiera obtenerse un sonido timpánico merced á la vecindad más ó ménos próxima de órganos llenos de aire, como el intestino por ejemplo.

Por la percusion pueden limitarse los contornos de un tumor, completando así los datos obtenidos por la palpacion. La percusion permite frecuentemente determinar que un tumor es independiente de un órgano vecino, porque mediante su empleo puede apreciarse entre ellos una zona timpánica.

Gracias á la percusion evitaremos el error de creer en la existencia de un tumor cuando existe solamente tímpanismo total ó parcial. Este método de exploracion permite reconocer la existencia de un asa intestinal cuando ésta se ha deslizado entre un tumor y la pared abdominal. Si la sonoridad se modifica cuando la enferma cambia de posicion, debe suponerse la existencia de un líquido que se mueve en la cavidad peritoneal (1). Supongamos que la enferma se halla en decúbi-

(1) Esta regla no es absoluta. Cuando el intestino está distendido por materiales líquidos ó sólidos, se disloca siguiendo las leyes de la pesantez. Si

to dorsal, en cuyo caso las paredes del abdómen estarán distendidas á nivel de los hipocondrios y de las regiones lumbares, sobre cuyos puntos el sonido es macizo. Se la coloca alternativamente en los dos decúbitos laterales á fin de observar si el sonido macizo persiste ó desaparece en el lado opuesto al del decúbito adoptado, y despues se eleva la pelvis haciendo que el tronco descienda, con el propósito de observar si en la region subumbilical del abdómen persiste dicho sonido. Segun el grado de presion que se ejerza con el plexímetro, puede observarse una sonoridad variable; oprimiendo fuertemente éste contra la pared abdominal se percute en ciertos casos sobre un asa intestinal que se ha deslizado por delante de un tumor, y en lugar de la sonoridad primitivamente observada, se aprecia un sonido á macizo. Si se trata de una ascitis considerable, tambien las asas intestinales rellenas de gases pueden ganar las capas superficiales de liquido cuando el mesenterio es laxo. En este caso se percibe la sonoridad cuando el plexímetro se apoya suavemente, y el sonido á macizo cuando se apoya con fuerza sobre la pared abdominal. Pero si los intestinos están retenidos por un mesenterio corto y resistente, aunque no haya más que una pequeña cantidad de liquido ascítico, es fácil que no puedan colocarse inmediatamente detras de la pared anterior del abdómen. En este caso el sonido producido será timpánico desde que el plexímetro, fuertemente apoyado contra la pared abdominal, haya desviado el liquido.

La percusion de los órganos sexuales está indicada muy rara vez. No se practica sino para investigar la presencia del intestino en un prolapso del útero ó de la vagina.

Por la auscultacion, no sólo se perciben los ruidos del corazon del feto, sino tambien los ruidos vasculares y el de frote producido por las rugosidades peritoneales. El ruido de soplo existe en casos muy diversos, en el embarazo, en los tumores uterinos, y segun Winckel existe en la mitad de casos próximamente de tumores del ovario, y, lo que es más raro, le ha observado dos veces en tumores del bazo y una en un caso de tumor retroperitoneal. Finalmente, Leopold ha hecho constar la presencia del soplo vascular en un caso de cáncer del hígado.

Cuando se percibe un ruido de soplo es preciso investigar el punto de su origen, averiguar si proviene de un tumor ó de una gruesa arteria abdominal ó de una arteria pelviana comprimida. Hé aquí los signos que permiten establecer esta distincion: el ruido de soplo pro-

está lleno de liquido, éste penetra profundamente, y cuando la enferma cambia de posicion, el mesenterio limita los movimientos de las asas intestinales: éste es el único caso en que puede hacerse el diagnóstico de un liquido que se mueva libremente en el abdómen.

cedente de gruesas arterias abdominales, solamente puede ser percibido en ciertos puntos precisos que corresponden al trayecto de dichos vasos; en la línea media del vientre y en las dos ingles (aorta, arterias ilíacas). La presión del estetoscopio no disminuye su intensidad si se cuida de no dislocar el tumor que ocasiona la compresión. El oído percibe en algunos casos un choque manifiesto, porque el tumor puede ser elevado á cada movimiento de sístole. La compresión se revela algunas veces por la disminución en la intensidad de los latidos de una arteria crural. Si el ruido de soplo, aunque esto sea raro, tiene su asiento en la arteria epigástrica, se percibe en toda la longitud de este vaso, y en este trayecto se aprecia con el dedo una sensación de temblor. Ejerciendo una compresión fuerte entónces se hace desaparecer el ruido de soplo.

Los ruidos de soplo que proceden de un tumor se irradian generalmente á una gran distancia. A veces se dislocan del tumor y otras siguen los movimientos de éste cuando la enferma varía de posición. Desaparecen frecuentemente bajo la presión del estetoscopio. Pernice atribuye la producción de este ruido á la presencia de una arteria en el tumor. Se ha observado que su intensidad disminuye cuando se ejerce una compresión sobre el tumor por la vagina. Durante el embarazo se puede encontrar en el útero, por la palpación ó por el tacto en uno de los lados del cuello uterino, una arteria temblorosa que basta comprimirla para que no dé lugar al ruido de soplo.

La percusión es sobre todo importante cuando se trata de establecer el diagnóstico diferencial entre la presencia de un líquido libre y la de un líquido enquistado en la cavidad peritoneal. La auscultación ¿permite por sí sola diagnosticar un embarazo, un tumor del hipogastrio ó la presencia simultánea de estas dos afecciones? En estos casos la existencia de los ruidos del corazón fetal es patognomónica. Los ruidos de soplo vasculares son ménos importantes, porque se les encuentra en estados muy variados.

Lange. *Zur Geburtsh Semiotik*, t. XXIX, págs. 276 y siguientes.

Pernice. *M. F. G.*, t. XV, pág. 179.

Rotter. *Fühlbares Uteringeräusch*. *Archiv. für Gynäkologie*, t. V, página 539.

Winckel. *Berichte un Stud. aus dem Königl. — Sächs. Entbindungsanstalt in Dresden*. Leipzig, 1874.

Leopold. *Sur le bruit de souffle, étude spécialement dans un cancer du foie*. *Arch. f. Heilkunde*, t. XVII, pág. 394.

Art. 4.º — Exploración manual del abdómen y de la pelvis en general.

Si queremos emplear el sentido del tacto en la exploración de los órganos abdominales, podemos utilizar cuatro vías: 1.ª, la pared abdo-

minal; 2.^a, el canal genital; 3.^a, el intestino recto, y 4.^a, las vías urinarias. Cuando solamente se recurre á uno de estos cuatro caminos se dice que se practica *la palpacion*, si se trata de las paredes del abdómen, y el *tacto simple* cuando la exploracion se practica por el recto y la vagina. Utilizando á la vez varias de estas vías se practica el *examen combinado*, que ofrece muchas variedades, porque pueden utilizarse á la vez dos ó tres de aquéllas. Es muy raro utilizar simultáneamente las cuatro. Hé aquí las combinaciones á que puede dar lugar el examen combinado:

- 1.^a Pared abdominal y canal genital.
- 2.^a Pared abdominal é intestino recto.
- 3.^a Canal genital y recto.
- 4.^a Pared abdominal y vejiga.
- 5.^a Canal genital y vejiga.
- 6.^a Recto y vejiga.
- 7.^a Pared abdominal, canal genital y recto.
- 8.^a Pared abdominal, vejiga y canal genital.
- 9.^a Pared abdominal, vejiga y recto.
10. Vejiga, canal genital y recto.

De estas combinaciones sólo las primeras son siempre practicables, las demas rara vez son utilizadas; no obstante, es preciso conocerlas, porque en ocasiones excepcionales pueden prestar útiles servicios.

Para practicar estas maniobras es no sólo conveniente, sino hasta necesario, que, salvo raras excepciones, la presion abdominal y la tension de las paredes del vientre estén disminuidas en cuanto sea posible.

Es preciso desde luégo colocar á la enferma en una buena posicion para que sea debidamente explorada. Generalmente se la obliga á adoptar un decúbito horizontal sobre una mesa de operaciones ó de exploracion, siendo esta posicion más cómoda que si la enferma estuviera en una cama comun. Lo más frecuentemente se la coloca en la posicion de la talla, estando moderadamente elevada la parte superior del tronco y los miembros inferiores doblados por la rodilla y en ligera abduccion. Si la enferma se hallare en la cama es preciso que la pelvis esté ligeramente elevada y descansa sobre un plano resistente. El decúbito dorso-sacro es muy apropiado para esta exploracion. Es preciso evitar que la mujer haga esfuerzos musculares que determinarían la contraccion de la pared abdominal. Debe tambien evitarse que la mujer tenga necesidad de contraer sus músculos para mantener las extremidades inferiores en la posicion indicada, valiéndose al efecto de dos ayudantes cuando sea preciso.

Rara vez se recurre, para llevar á cabo la exploracion de que nos ocupamos, al decúbito abdominal, porque si bien es cierto que en esta

posicion está reducida á su mínimum la presion intraabdominal, no lo es ménos que las vísceras reposan sobre la pared anterior del abdómen, y la mano del profesor tiene que soportar el peso de las mismas, constituyendo este peso un obstáculo á la investigacion que aquél se propone. Sin embargo, estas dificultades no son siempre muy grandes, y el exámen en esta posicion puede prestar en algunas ocasiones muy buenos servicios.

Puede ser importante estudiar las dislocaciones que un órgano experimenta al pasar la enferma de una á otra posicion; en el decúbito genu-pectoral, por ejemplo, puede el útero desprenderse de un tumor en el cual estaba enclavado y ser posible en aquella postura limitar con más precision su forma, sus dimensiones, su movilidad, etc.

Es conveniente que las enfermas orinen y defequen ántes de practicar una exploracion, porque de esta suerte, no sólo se facilita el exámen, sino que se evita una de las causas de error. Antes de la exploracion las enfermas deben comer poco y mejor aún abstenerse completamente de tomar alimento.

Es sabido cuán fácil es la exploracion en las recién paridas, asi como en las personas en quienes las paredes abdominales han sufrido una gran distension y ha sobrevenido una rápida deplecion del abdómen. En condiciones análogas puede colocarse á la mujer que haya de ser objeto de nuestra exploracion si se la ordena que beba grandes cantidades de líquido ántes de la exploracion y que permanezca sin orinar hasta momentos ántes de practicar aquélla; pero es preferible llenar de la mayor cantidad posible de líquido la vejiga y el recto, y que permanezca sin evacuarlos hasta el momento de practicarse el exámen. Tambien puede practicarse el taponamiento completo de la vagina; éste es un medio del que nos ocuparemos más adelante, porque es interesante bajo otros puntos de vista.

La excitacion nerviosa, el temor y el pudor de la mujer provocan la contraccion de los músculos abdominales, las enfermas retienen su respiracion, respiran irregularmente y el esfuerzo es tal que la palpacion no da ningun resultado aunque se invite á la enferma á respirar con la boca abierta, profunda y tranquilamente, ó se trate de distraerla con una conversacion cualquiera. Es frecuente que cuando esto acaece en un primer exámen del cual no se obtienen resultados se llegue fácilmente á ellos en ulteriores exploraciones. Si la enferma está intimidada, otorgándola todo género de consideraciones se aplazará la exploracion para otra época. La enferma se familiarizará entre tanto con el profesor, sus temores disminuirán, se penetrará la enferma de la importancia de la exploracion y podrá obedecer las órdenes del médico la misma á quien, á pesar de una buena voluntad, le era imposible acatarlas.

Si las enfermas sollozan ó lloran puede frecuentemente utilizarse este estado, porque durante los movimientos espiratorios la mano puede hundirse profundamente en la pared abdominal sin encontrar ninguna resistencia.

Para descubrir un tumor situado profundamente en la region hipogástrica, Roederer y Spiegelberg (1) recomiendan que se haga respirar con fuerza á las enfermas y seguir con la mano la pared abdominal, que se dirige hácia arriba durante la espiracion. La mano debe deprimir con fuerza la pared abdominal despues de la primera espiracion, y entónces puede hundirse más profundamente á cada una de ellas, sin perder jamás el terreno ganado. Las enfermas comprenden muy difícilmente que deben hacer espiraciones profundas y completas. En muchos casos la maniobra es completamente imposible porque las enfermas no obedecen á las indicaciones del profesor, ya por falta de fuerza, ya por falta de voluntad.

También el médico se ve frecuentemente obligado á recurrir á la anestesia si la exploracion á que debe recurrir es un poco delicada; si se trata, por ejemplo, de una afeccion que pueda exigir una intervencion quirúrgica. El exámen exploratorio es algunas veces difícil ó imposible en los casos de hiperestesia de la pared abdominal, de la vulva, del recto, ó á consecuencia de la abundancia de tejido celulo-adiposo en los tegumentos abdominales ó de la tension excesiva de éstos. Cuando el profesor se proponga introducir el dedo en la uretra ó en la vejiga, salvo raras excepciones, se debe anestesiar previamente á la enferma (2).

Art. 5.º—De la palpacion abdominal.

En los capítulos precedentes nos hemos ocupado, dando detalles que nos parecen suficientes, de la posicion que conviene hacer adoptar á la enferma y de los preparativos que son necesarios para practicar la palpacion abdominal. Haremos constar solamente que este medio de exploracion puede practicarse estando la enferma echada en un lecho ordinario, para lo cual basta que coloque en flexion los muslos sobre el abdómen, dejando que se posen las piernas sobre una almohada colocada debajo de la articulacion de la rodillas hallándose éstas en semiflexion.

La mano del explorador debe tener la temperatura ordinaria del cuerpo.

(1) *Volkmann's Vorträge*, núm. 55 *Gynäkolog.*, t. XVIII, pág. 432.

(2) En estos casos es donde presta más útiles servicios la anestesia local por la cocaína, de que hemos hablado en el capítulo correspondiente.

El manual operatorio es el siguiente: la cara palmar de las manos se aplica completa ó parcialmente sobre la pared del abdómen sin ejercer ninguna presion, porque solamente debe palpase con la extremidad de los dedos. De esta manera se reconoce el espesor, la consistencia, la tension y la sensibilidad de la pared abdominal, se exploran sucesivamente, sin ejercer una gran presion, todas las regiones, cuidando de comparar cada una de ellas á su simétrica que se encuentra al otro lado de la línea alba. Es preciso no olvidarse jamás de examinar las regiones inguinales, asiento frecuente de hernias y de adenitis ó infartos. Si existe una hiperestesia es necesario determinar su causa, investigar si es de origen nervioso ó si es debida á un estado inflamatorio. En el primer caso una palpacion superficial es muy dolorosa, en tanto que es tolerable una palpacion profunda. En el segundo caso, por el contrario, sobre todo si se trata de una peritonitis, es preciso palpar con la mayor suavidad; pues de otra suerte se agravaria la peritonitis y no se podría probablemente practicar la palpacion porque se vería aparecer en seguida una fuerte tension de la pared abdominal que lo impediría, en tanto que practicada con suavidad se podría fácilmente limitar un tumor ó un derrame de liquido circunscrito que tuvieran su asiento en el peritoneo.

Si se trata de un tumor, la palpacion, cuando la inspeccion no haya bastado, permitirá determinar desde luego su forma y su volumen, y despues su consistencia, su sensibilidad, y sobre todo sus limites, así como si está ó no adherido á los órganos vecinos. Para llegar á este resultado es preciso intentar que la extremidad de los dedos se deslice lo más lejos posible entre el tumor y los órganos vecinos, tratando de imprimir movimientos al tumor, ya sea con la mano, ó ya modificando la posicion de la enferma, ó ya dislocando algun órgano ú otro tumor que pudiera existir y fueran fácilmente accesibles; entónces se reconoce el grado de movilidad de cada una de estas masas y la independencia de los movimientos que se les imprimen. Si el tumor se halla profundamente situado es fácil que pueda cogerse entre las dos manos.

Cuando se quiera explorar la region lumbar se colocan los dedos de una mano á nivel de los riñones, y se oprimen de atras adelante, en tanto que la otra mano aplicada al hipocondrio rechaza la pared abdominal de delante atras, pudiendo así descubrirse con facilidad gruesos tumores que tengan su asiento en esta region.

Si el tumor es superficial se puede, cuando la pared abdominal es flexible, cogerle entre las dos manos, como se haría con la cabeza de un feto, ó cogerle en su mayor parte con una mano y hacer constar con precision las particularidades que pueda presentar.

Para reconocer si un tumor está adherido á la pared abdominal es

preciso intentar que se disloque ó resbale la pared sobre el tumor. Si cogiendo un pliegue de la pared del abdómen se levanta el tumor al propio tiempo, puede asegurarse que existen adherencias entre ambos.

Friccionando ligeramente la pared abdominal puede percibirse la crepitacion cuando el peritoneo presenta rugosidades.

El *peloteo* permite reconocer la existencia de un cuerpo sólido flotando en un líquido. Una mano, por un movimiento rápido, lanza el cuerpo contra la extremidad de los dedos de la otra mano aplicada á cierta distancia; el tumor que tiene su asiento profundamente se hace superficial y cae despues lentamente sobre la extremidad de los dedos que le habían lanzado.

Para encontrar la *fluctuacion* se aplica suavemente una mano sobre la pared abdominal, y con la extremidad de los dedos se produce un choque que se trasmite á la otra mano, aplicada en un punto más ó ménos distante de aquélla. Tambien pueden aplicarse las dos manos sobre la pared del abdómen, y con la extremidad de los dedos empujar rápidamente el contenido de la cavidad abdominal de una á otra mano. Puédese, finalmente, oprimir rápidamente el contenido con algunos dedos extendidos de la mano, y se observa la oleada de retorno. Practicando esta maniobra pueden existir numerosas causas de error. Se debe principalmente evitar el confundir con la fluctuacion los movimientos oscilatorios impresos á la pared abdominal.

Art. 6.º — Del tacto vaginal y del tacto rectal.

El exámen de los órganos pelvianos por estos procedimientos debe preceder siempre, esta es una regla general, á la exploracion combinada, sobre todo cuando se trata de determinar la posicion del útero. Por el exámen combinado, en efecto, se modifica fácilmente la situacion de los órganos, y, por tanto, para obtener resultados precisos es necesario poder comparar los datos obtenidos por la exploracion simple y por el exámen combinado.

Tacto vaginal. — Manual operatorio. — Cuando se trata de practicar el tacto vaginal se siguen las reglas generales (posicion de la enferma, preparativos, etc.) que hemos reseñado al ocuparnos de otros procedimientos de exploracion. En ciertos casos, cuando se sospecha, por ejemplo, un descenso, un prolapso de los órganos genitales, debe practicarse el tacto vaginal, hallándose la enferma en pié, pudiendo tambien ser conveniente esta posicion cuando se trate de estudiar la influencia de esta última sobre un órgano dislocado, sobre la posicion del útero ó cuando existe un tumor. La enferma se apoya entónces sobre la pared ó sobre un plano resistente, mientras que el médico, de

rodilla ó sentado en una silla baja delante de ella, practica el examen. En algunas mujeres la vagina es corta y muy rígida, y estas circunstancias ocasionan grandes dificultades para practicar el tacto vaginal, y hay que apelar al rectal. Puede, sin embargo, hacerse factible el tacto vaginal en éste y en casos análogos distendiendo una ó varias veces la vagina, segun los casos, ya con tapones de algodón, ya con una pera de cautchuc; de esta suerte, en poco tiempo puede trasformarse en ancha y explorable una vagina ántes estrecha, corta é inextensible.

Para practicar el *tacto vaginal* se procede de la manera siguiente: untado el dedo índice con una sustancia grasa (vaselina, cold-cream ó aceite, etc.), se dirige preferentemente desde el ano hácia la comisura posterior, la cual se deprime hácia abajo deslizándose el dedo en la vagina; el dedo pulgar se coloca en abduccion completa, y los dedos restantes se colocan en fuerte flexion sobre la mano, ó bien extendidos se les aplica á la region perineal. El tacto, en general, no debe practicarse con dos dedos; no obstante, puede ser necesario para explorar puntos muy elevados; si el profesor tiene los dedos cortos debe emplear este último proceder. Es necesario ejercitar las dos manos en el tacto vaginal, porque colocándose al lado derecho de la enferma se practica más fácilmente con la mano derecha, mientras que estando colocado á la izquierda de la paciente es más facil ejecutarlo con la mano izquierda.

Mientras el dedo penetra en la vagina se reconoce la situacion del orificio vaginal, su grado de sensibilidad, su diámetro, el grado de tension ó de flexibilidad de los tejidos, la turgencia de la vulva y de la vagina y la naturaleza de los productos de secrecion. Introducido más profundamente el dedo aprecia la temperatura, la existencia de pulsaciones á nivel de la porcion vaginal del cuello uterino, pudiendo reconocer la posicion desde que se llega á tocar este órgano. Aqui se toma como punto de partida la linea de Holst, linea que une las dos espinas isquiáticas, y es generalmente fácil de alcanzar una de éstas. Cuando la porcion vaginal se separa manifiestamente de esta linea hácia arriba, hácia abajo, adelante ó atras, se debe pensar en una anomalia siempre que no exista una excesiva distension de la vejiga ó del recto. Es preciso igualmente tener en cuenta las desviaciones laterales por poco marcadas que sean. Despues se examinan la longitud, la latitud, el espesor y la forma de la porcion vaginal, el calibre, la forma y la direccion del orificio externo y el estado de los labios de este orificio.

Tambien se investiga por este procedimiento la movilidad y el peso del útero, tratando de levantar éste con la extremidad de los dedos, llevando el cuello hácia los lados, atras y adelante, y percibiendo el movimiento en sentido inverso ejecutado por el cuerpo de este ór-

gano. Por último, se puede apreciar también la sensibilidad de éste.

Después se procede á la exploración de los fondos de saco útero-vaginales. Observado el estado de las partes vecinas del cuello uterino (espesor, consistencia y dureza), se examinan sucesivamente los cuatro fondos de saco, comenzando preferentemente por el anterior y el posterior y terminando por los laterales, se determinan su profundidad y sus dimensiones, comparando estos dos últimos entre sí y reconociendo el estado de la mucosa y su sensibilidad. Se intenta, en fin, seguir, tan lejos como sea posible, la pared uterina en sus caras anterior, posterior y laterales, investigando en ella su consistencia, su forma y su sensibilidad. Hacia delante se examina también el bajo fondo de la vejiga, no olvidándose de examinar si la pared vesico-vaginal y la extremidad de los uréteres están engrosadas y si la sensibilidad no se halla aumentada en estos puntos.

La inspección de la pelvis se completa por el examen combinado. Al salir de la vagina, el dedo retiene partículas de las secreciones útero-vaginales, cuyo aspecto y cuyo olor es preciso examinar.

Cuando se practica un examen con un fin obstétrico es preciso no olvidarse de apreciar el estado del esqueleto de la pelvis, principalmente bajo el punto de vista de sus anomalías ó deformidades.

Tacto rectal. — El simple tacto rectal puede hasta cierto punto sustituir al tacto vaginal. Permite apreciar la posición del cuello, la del cuerpo, si el útero se dirige hacia arriba ó si se inclina hacia atrás. Sin embargo, el tacto rectal rara vez se emplea aisladamente; por lo común sólo se apela á él en el examen combinado.

Art. 7.º — Examen combinado. — Palpación del abdomen combinada con la exploración del canal genital.

Generalmente se exploran al propio tiempo la pared abdominal y la vagina, más rara vez la pared abdominal y la cavidad uterina, hecha previamente accesible por una dilatación artificial. Si por fortuna el cuello del útero estuviera suficientemente dilatado para dejar pasar el dedo, ó si fuere necesario practicar la dilatación artificial con otro objeto, no deberá descuidarse este procedimiento, porque el examen del interior de la cavidad uterina, combinado con la palpación abdominal, permite determinar con gran precisión el estado de las paredes de aquel órgano.

El fin que puede alcanzarse con la exploración combinada varía mucho según los casos.

Casi siempre se trata de determinar la posición, el volumen, la forma del útero, las relaciones de este órgano con sus anejos, especial-

mente con los ovarios, y, finalmente, los caracteres de los tumores que pueden desarrollarse en la cavidad de la pelvis.

Indicaremos los medios para alcanzar estos fines, y los detalles que siguen permitirán al médico orientarse fácilmente cuando se trate de casos excepcionales. Desde luego hablaremos del útero.

Determinada la posición del hocico de tenca por el índice introducido en la vagina, aplica el profesor la otra mano sobre la pared abdominal, dirigiendo la extremidad de los dedos hacia atrás en dirección de la tercera ó cuarta vértebra lumbar, después abajo hacia el estrecho superior. En el momento que esta mano percibe la sensación de un cuerpo duro, el dedo de la otra, introducido en la vagina, eleva el cuello uterino, pudiendo de esta suerte asegurarse con facilidad suma de que la masa abarcada entre el dedo y la mano está constituida por el útero.

La mano que reposa sobre la pared abdominal se lleva entonces hacia atrás y hacia adelante sin ejercer una presión muy brusca, y de esta suerte se puede formar buena idea de la posición del útero sin dislocar este órgano del sitio que ocupe. Deben compararse también estos datos con los obtenidos por el tacto simple mediante el cual hemos podido reconocer las paredes uterinas, sobre todo si son accesibles por delante y por detrás. Ejerciendo en seguida una presión más fuerte se lleva la extremidad de los dedos, ya sea hacia atrás, entre el promontorio y el cuerpo del útero, ya sea hacia adelante, entre este órgano y la sínfisis, y entonces se reconoce claramente que en el primer caso se lleva hacia adelante y hacia abajo, en tanto que en el segundo caso se le disloca hacia atrás y hacia arriba, ó, lo que es lo mismo, se coloca el útero en anteversión, en ante flexión, en retroversión ó en posición relativamente recta. Estas dislocaciones artificiales pueden ser provocadas por el dedo introducido en la vagina empujando el cuello hacia atrás ó hacia adelante.

Es preciso no olvidar estas particularidades, porque exagerando el grado de anteversión ó de ante flexión podríamos equivocarnos respecto á la apreciación del grado de una anomalía de forma ó de posición del útero, y aún podría suceder que, por efecto de estas maniobras, pudiera ser dislocado un útero que estuviese en posición normal.

Si existe realmente una anomalía es en todo caso fácil de valuar su grado con alguna exageración, porque al verificar la exploración le aumentamos artificialmente para percibirlo mejor y esclarecer al propio tiempo algunas bases del diagnóstico. Este hecho tiene lugar principalmente cuando, introducido el dedo en la vagina, viene á colocarse en el fondo de saco anterior, en tanto que la mano colocada en la pared abdominal reposa por debajo en la cara posterior del útero; este órgano está entonces cogido entre los dedos y pueden apreciarse fácil-

mente su volúmen, su forma, su movilidad, su sensibilidad y su modo de union con el cuello.

Si el dedo se lleva al fondo de saco posterior y la mano que practica la palpacion se apoya en la cara anterior del útero hácia atras y abajo, se puede tambien examinar el cuerpo de la matriz.

De la misma suerte se obrará si se trata de apreciar las desviaciones laterales de este órgano.

Practicado el tacto de esta manera nos da á conocer el estado de los fondos de saco anterior y posterior y las anomalias de que pueden ser asiento: infiltraciones de la pared vesico vaginal, del tejido celular situado entre la vejiga y el cuello, cuerpos extraños en la vejiga, un asa intestinal atravesada en el repliegue vesico-uterino, etc. Por detras se puede diagnosticar la presencia de afecciones variadas: exudados, derrames sanguíneos, tumores, etc.

En cuanto á la inspeccion de los anejos del útero, ligamentos anchos, ligamentos redondos y ovarios, el tacto rectal da en general mejores resultados. Pero si los ovarios están situados en la parte anterior de la excavacion (y pueden estar fijos inmediatamente detras de la rama horizontal de los pubis) la exploracion vaginal es preferible. Es preciso, en general, dirigirse á buscar estos órganos en esta última posicion si el cuerpo del útero se encuentra en anteversion ó en ante flexion. No obstante, esta regla tiene excepciones. El dedo que introducido en la vagina sigue los bordes del útero, mientras que la mano que palpa se dirige de arriba abajo y de atras adelante, empuja hácia abajo y adelante los órganos contenidos en la pelvis, quedando asidas entre los dedos las vísceras de la parte anterior y lateral de la pelvis, y así pueden reconocerse los tumores que en ellos pudieran existir, se percibe ademas el ligamento redondo sobre el ligamento ancho y se puede seguir el ligamento del ovario manifestamente hasta el nivel de este órgano.

Si la pared vaginal es laxa se puede en general alcanzar fácilmente el ovario, cuya posicion es normal (un poco por detras del plano trasverso medio de la pelvis). Si el ovario se encuentra más atras, como sucede en los casos de retroversion y retroflexion, será preciso investigar si se encuentra situado más profundamente y más á la parte interna de la pelvis. En este caso suele encontrarse al lado del útero en retroflexion ó cerca de la pared posterior de la pelvis y de la sínfisis sacroiliaca.

Algunas veces basta introducir el dedo en la vagina para explorar la pared de la pelvis contra la cual descansan las partes blandas. Se puede tambien bastante frecuentemente hacer rodar de cierta manera por debajo del dedo el ovario y reconocer de esta suerte el estado de esta glándula. Pero es extremadamente difícil percibir el ovario cuan-

do se encuentra situado muy arriba y muy atras por dentro de la articulacion sacro-iliaca y por encima del estrecho superior. Es preciso en este caso ejercer una fuerte presion, y entónces es preferible el tacto rectal.

El ovario derecho se encuentra en general situado más atras que el izquierdo y en la prolongacion del eje de las vias genitales.

El exámen de las paredes laterales de la pelvis debe hacerse cambiando de mano segun el lado que se explore. Debe explorarse el lado derecho con la mano derecha, y con la izquierda la pared izquierda.

Si se encuentra un tumor implantado en la pelvis ó en la cavidad abdominal, pero que envia prolongaciones hácia la excavacion, accesibles por el tacto vaginal, es preciso investigar con sumo cuidado su origen. Para ello se trata de tactar el útero, los ligamentos anchos, los ovarios y las paredes de la pelvis; si existen adherencias el dedo es detenido en su exploracion, pudiendo practicarse ésta completa cuando aquéllas no existen.

El manual operatorio varia mucho segun los casos; asi es que nosotros no podemos dar sino reglas generales.

Se ha reconocido, por ejemplo, mediante la palpacion la existencia de un tumor, se ha determinado su situacion, su forma, su consistencia; falta limitarle, aislarle en cuanto sea posible. Para verificar esta maniobra, el dedo introducido en la vagina se desliza entre el útero, la pared de la excavacion y el tumor, ejercitando la misma operacion simultáneamente con la mano que palpa la pared abdominal. Limitado de esta suerte el tumor, en cuanto es posible, se examinan los bordes del útero, los ovarios y la pared pelviana hasta donde se pueda, y de esta suerte se reconocen fácilmente las adherencias.

Es preciso, sin embargo, evitar el creer sin fundamento en la existencia de adherencias cuando la proximidad del tumor y de los órganos pelvianos es tal que parecen existir aquéllas. A veces estas diferentes partes están de tal modo enclavadas en la pelvis que es imposible que el dedo penetre entre ellas. En este caso es frecuentemente útil modificar la posición de la enferma, colocarla, por ejemplo, en el decúbito abdominal total ó parcial, y tratar entónces de imprimir movimientos al tumor ó al útero, siendo muy conveniente tambien dislocar fuertemente el útero y sobre todo hacerle que descienda. Con este objeto se coge con una pinza de anillo un labio del cuello uterino, segun propone Hegar, y se atrae el órgano hácia abajo ó bien se le desvía á uno ó á otro lado.

Si se trata de un tumor voluminoso que ocupa la totalidad ó una gran parte de la cavidad abdominal, está á veces tan íntimamente unido y fijo al estrecho superior que los dedos encuentran una gran

resistencia; se debe entónces, segun propone Schultze (1), hacer elevar el tumor por un ayudante, cuyas manos se aplican á la pared abdominal, despues de haber hecho deslizarse á ésta tan abajo como ha sido posible, atrayendo el tumor hácia el diafragma. Desgraciadamente opinamos que esta maniobra presenta grandes dificultades en la práctica. Elevando el tumor se distiende necesariamente la pared abdominal y apénas se puede coger aquél.

Parece preferible, para cerciorarse de si hay ó no adherencias entre el tumor y el útero, introducir con fuerza la extremidad de los dedos entre uno y otro y hacer que descienda el útero por el procedimiento de Hegar.

Si obrando de esta suerte no se llega á obtener ningun resultado, se deberá apelar á practicar simultáneamente el tacto vaginal y el rectal, pudiendo ser ventajoso en este caso, como Schultze propone, hacer ascender y descender al tumor por medio de un ayudante, á fin de que el dedo explorador pueda más fácilmente, en estas alternativas de tension y de relajamiento, reconocer la presencia y caractéres de las adherencias. En los casos difíciles aconseja Freund hacer acostar á la enferma, dirigiendo hácia abajo la cabeza y la parte superior del cuerpo. Se coge y se atrae entónces la porcion vaginal, sirviéndose de una pinza, y se aprecian las adherencias que pueden existir, haciéndose más tensas y más claras.

Art. 8.º—Exámen combinado.—Palpacion abdominal con exploracion simultánea por el recto ó por el recto y la vagina.

En muchos casos el tacto vaginal es imposible ó no debe apelarse á él, como, por ejemplo, cuando se trata de estenosis, de atresia de la vagina ó cuando la enferma es una jóven vírgen. Es preciso entónces apelar al tacto rectal. Este procedimiento, empleado solo ó combinado con otros métodos, ofrece frecuentemente tales ventajas que no debe omitirse, tratándose de casos de dudoso diagnóstico, ya para comprobar los resultados obtenidos por el tacto vaginal, ya para reemplazar este medio de exploracion cuando es impracticable. La pared del recto es delgada, blanda y nos permite explorar la pared posterior del útero, sus ángulos laterales, todos los contornos del fondo de este órgano, así como sus anejos, ligamentos anchos, ovarios y las paredes de la pelvis, mejor que podríamos hacerlo por el tacto vaginal, pudiendo ademas ser interesante por sí mismo conocer el estado de las paredes del último tramo intestinal.

(1) *Sur le diagnostic des grosses tumeurs de l'ovaire.* (Centralb. f. Gynäkolog., 1876. núm. 6.)

La técnica es la siguiente: sirviéndose de un dedo, porque casi siempre basta uno y es muy raro que sea necesario servirse de más de dos, se penetra lentamente á través del ano, se aprecia el grado de sensibilidad y de resistencia del esfínter y se llega á un saco más ó ménos espacioso de paredes blandas, relleno de materias fecales. A través de la pared se nota hácia arriba y adelante el cuello del útero, que aparece duro y relativamente muy voluminoso. Todas estas sensaciones parecen frecuentemente muy oscuras á los principiantes, que al tocar el cuello creen haber encontrado el cuerpo del útero ó una producción patológica. Es muy fácil orientarse si al propio tiempo se introduce el pulgar en la vagina y se aplica contra la porción de cuello que penetra en la cavidad de aquélla; los ligamentos útero-sacros que de cada lado vienen á converger en la cara posterior del istmo uterino bajo la forma de cordones elásticos del grueso de una pluma de ave ó de un lapicero, y que se reúnen generalmente el uno al otro, formando una arista viva y cortante, constituyen también buenos puntos de orientación. Se reconocen fácilmente sus anomalías, su sensibilidad exagerada, su aumento de volumen. Se puede por el tacto rectal no llevar el dedo por encima de estos ligamentos y examinar solamente el espacio que se encuentra situado por debajo del esfínter superior. La pared rectal es de tal manera blanda que puede con facilidad reconocerse una lesión á su través. Sin embargo, se debe llevar el dedo por encima del repliegue formado por el esfínter superior del ano, porque los datos de esta suerte obtenidos son más claros y se corren menores riesgos de cometer errores de diagnóstico. Esta maniobra es á veces difícil; en efecto, el orificio por el cual la porción superior del recto se abre en la porción inferior es frecuentemente, estrecho y se dirige á veces á la derecha, á veces á la izquierda y en ocasiones hácia atrás. La pared anterior del intestino desciende de tal suerte hácia la ampolla rectal, que este orificio se encuentra muy estrechado y es muy difícil alcanzarle. A veces se observa una disposición análoga en la pared posterior, y en ocasiones la pared rectal toda entera desciende hácia la ampolla como en el primer grado de intus-suscepción y es sobre la extremidad de esta masa carnosa, que se dirige hácia abajo, sobre la cual hay que buscar el orificio.

Cuando se ha penetrado de esta manera en la parte superior del recto, los dedos doblados en forma de gancho separan el uno del otro los pliegues del esfínter anal superior y los ligamentos útero-sacros, y el dedo puede de esta suerte crearse un camino á derecha é izquierda hácia las partes más elevadas del canal rectal. Basta por regla general deprimir ligeramente la pared anterior del abdomen para tacter completamente la cara posterior del útero y todos los contornos de este órgano. Cuando la matriz está en ante flexión ó en anteversión

sólo es preciso, para obtener resultado haciendo desaparecer esta anomalía, servirse de la mano aplicada á la pared abdominal para hacer accesible la matriz. Si esta maniobra no bastara habria necesidad de dislocar moderadamente la porcion vaginal con una pinza.

En los casos favorables á esta exploracion puede cogerse tambien todo el espesor del útero entre el pulgar introducido en la vagina (fondo de saco anterior) y el índice introducido en el recto.

Inmediatamente despues del útero deben ser objeto de nuestro exámen los anejos y los ligamentos. Si no existe ninguna anomalía, los ligamentos útero-sacros, los pliegues del esfínter anal y los ligamentos anchos son de tal suerte depresibles que el dedo puede avanzar tanto hácia adelante que se alcance la arteria iliaca á nivel de su bifurcacion, que se perciban los latidos de la iliaca externa y se tacten todos los tumores que pueden implantarse en la rama horizontal del pubis. Combinando este exámen con presiones ejercidas por la mano que se haya aplicado á la pared abdominal se percibe el cordon formado por los ligamentos anchos, por las trompas de Falopio, se reconocen los ligamentos del ovario, y, en fin, el ovario, del cual pueden apreciarse su volúmen, forma, grado de movilidad y medios de union.

Los anejos pueden ofrecer cierto grado de movilidad aunque existan ya modificaciones anatómicas evidentes, tales como nódulos circunscritos de parametritis, pequeños quistes, pequeños fibromas implantados en el útero, callosidades procedentes de viejos nódulos inflamatorios de mediano volúmen y arrugados. Puede tambien observarse una trompa de Falopio afectada de piosalpingitis adherirse á las partes laterales y posteriores del útero, miéntras que en el resto de su extension es perfectamente depresible el ligamento. Un ovario aumentado de volúmen, un quiste de la trompa, pueden hallarse implantados en la parte posterior de la excavacion, en las inmediaciones del estrecho superior, delante de la articulacion sacroiliaca, y no obstante, los ligamentos anchos están apénas alterados y todavia depresibles hasta cierto grado.

Cuando los ligamentos anchos están indurados en una gran extension, el dedo encuentra hácia adelante una resistencia más ó ménos grande. Segun la extension de la lesion citada, la resistencia puede solamente afectar las partes superiores ó las partes inferiores de estos órganos, ya un solo ligamento ó ya entrambos.

En este caso, á partir de los ligamentos útero-sacros se encuentra una pared dura, inextensible, elevándose como un muro rígido hasta el nivel del estrecho superior. Esta pared puede ser de tal modo estrecha que el borde del útero corresponde á la pared lateral de la pelvis; á veces, no obstante, es más ancha que en el estado normal.

En ciertos casos el dedo se detiene inmediatamente y la pared del

recto parece confundirse con la masa indurada, fenómeno que se observa cuando existen adherencias extensas entre la pared posterior de los ligamentos anchos y el peritoneo pelviano. En esta pared dura puede reconocerse la presencia de una masa circunscrita, de volumen variable, más ó menos inmóvil y más ó menos elevada, ya adaptada al borde del útero, ya situada sobre la pared de la pelvis; es el ovario, cuya forma es irregular, y que rodeado de masas de exudado está aumentado de volumen y á veces arrugado.

Algunas veces se puede llevar el dedo hasta el nivel y aún por encima del borde superior del ligamento ancho y reconocer la presencia de nódulos duros, voluminosos, situados sobre este borde, que parece fijo sobre las partes laterales de la excavación y también hacia atrás cerca de la articulación sacro-iliaca. Es muy raro engañarse en lo que respecta á los ovarios aún en los casos difíciles, porque cuando hay un engrosamiento ó un tumor circunscrito es imposible pensar en otra cosa.

Además, los caracteres del tumor en sí mismos, con sus contornos arrugados formando pequeñas crestas esféricas, vienen á confirmar el diagnóstico. Es preciso también estudiar la consistencia del tumor.

Los ligamentos no son frecuentemente duros y rígidos más que sobre algunos puntos, cuyo sitio varía según los casos.

A veces el recto está enclavado en masas mórbidas, y puede entonces ofrecer una estrechez anular, por encima de la cual los ligamentos son extensibles y elásticos, pudiendo observarse una disposición inversa; la parte inferior es extensible y blanda, en tanto que la superior es menos movable.

El grado de resistencia y el arrugamiento varía naturalmente mucho, pudiendo observarse en un solo ligamento los más diversos grados, encontrándose entonces aquí y allá puntos indurados debidos á la presencia de bandas y de bridas resistentes.

Es imposible describir aquí todas las modificaciones que puedan ser producidas por estados inflamatorios crónicos del tejido celular y del peritoneo pelviano, así como reseñar todas las particularidades anatomo-topográficas que resultan de las dislocaciones uterinas y de la presencia de tumores en la cavidad pelviana. No obstante, las consideraciones que dejamos expuestas servirán al médico para orientarse en el diagnóstico.

Es evidente la importancia que cada una de estas cuestiones ha de tener cuando se trate de decidir la importancia acerca de la oportunidad de una operación, por ejemplo de una ovariectomía, de una castración ó de una histerotomía.

Para el diagnóstico de los casos en que existan tumores propiamente dichos situados en la excavación, ó que teniendo su asiento en el

abdomen envían una prolongación al canal genital, podemos añadir muy poco á lo que hemos dicho al ocuparnos del tacto vaginal simple. Sin embargo, el tacto rectal presta muy buenos servicios; se notan más fácilmente los tumores pequeños de los ligamentos anchos, sean ó no subserosos, los pequeños tumores del ovario y la hidrosalpingitis.

Ademas, se aísla mejor el tumor y se reconocen más fácilmente aplicando contra él uno ó los dos ovarios. Empero en algunos casos el tacto vaginal ofrece algunas ventajas cuando, por ejemplo, el tumor, sobre todo si es subseroso, empuja el útero hácia arriba y adelante, ó cuando este órgano está aplicado hácia adelante contra una rama horizontal del pubis.

Finalmente, por el tacto rectal se pueden estudiar la pared ósea de la pelvis, la cara anterior del sacro, desde el promontorio y desde la última vértebra lumbar hasta el cóxis, pudiendo examinar la articulación sacro-iliaca, las partes laterales de la excavación, lo que es muy fácil y no debe descuidarse nunca cuando se quiere formular un diagnóstico completo.

Nosotros hemos abandonado completamente, despues de haberle experimentado, el tacto rectal por el método de Simon (1), método que no está exento de peligro, aunque no sea excesivo si se obra con cuidado y con precaución; pero la verdadera objeción que puede hacerse á este procedimiento es que no da mejores resultados, ó mejor dicho, que no los da tan satisfactorios como el método bien descrito por primera vez por Holst, método en el cual se emplean solamente uno ó dos dedos.

El exámen combinado no ha sido empleado en Ginecología hasta estos últimos tiempos. Nosotros le encontramos estudiado con todos sus detalles por vez primera por Schultze: *Jenaische Zeitschrift für Med. und Nat.* Leipzig, t. I, pág. 279, 1864.

Holst ha estudiado bien este procedimiento, sobre todo la exploración por el recto: *Beiträge zur Geburtsh und Gynäkolog Heft*, t. I. Tübinga, 1865, página 1. — Véase ademas: Veit. *Krankheiten der weibe Geschlechtsorgane*, t. II. Erlangen, 1867, pág. 254. — Sims. *Gebärmutterchirurgie*, 1886. — Hegar. *Vollmann's Vorträge*, núm. 105; *Gynäkologie*, núm. 34; *Zur Gynäkologischen Diagnostik*.

Schroeder, *Seanzoni's Beiträge*, t. V, 1869, pág. 352, recomienda para diagnosticar el estado rudimentario del útero, introducir el pulgar en la vagina y aplicarle sobre la porción vaginal del cuello, practicando al mismo

(1) El procedimiento de Simon para practicar el tacto rectal consiste en introducir la mano en forma de cono, cuyo vértice le constituyen las extremidades de los cinco dedos, en el intestino recto hasta que el esfínter externo abraza la muñeca, en cuyo momento se despliegan los dedos, reconociendo con la mano entera; procedimiento que, á nuestro juicio, sólo puede ser útil en muy contados casos. — *M. G. de S.*

tiempo el exámen combinado por el recto y la pared abdominal. Brandt — véase la bibliografía del artículo *Masaje* — parece que ha sido el primero que ha empleado esta maniobra para hacer desaparecer la retroflexion del útero.

Ya en la primera edicion de esta obra (1874, pág. 48) describimos nosotros el método, que consiste en hacer descender al útero é inmovilizarle mediante una pinza fija á la porcion vaginal del cuello á fin de facilitar el exámen de este órgano y de sus anejos. Noegerat ha descrito despues tambien este procedimiento (*The vesico-vaginal and vesico-rectal. Touch. Journal of Obstetrics*, Febrero, 1875) empleando un instrumento particular, especie de pinza, cuyos ganchos se introducen en el cuello.

Schultze ha expuesto tambien recientemente las ventajas que puede ofrecer el exámen simultáneo por la pared abdominal y por el canal genital (*Neue Methode der Reposition hartuäckiger Retroflexionen des uterus. Centralblatt für Gynäkolog.*, núm. 3, 1879, pág. 50). Hegar habia ya descrito este procedimiento (lugar citado: *Vortrüg. bei Volkmann*, pág. 779).

Respecto al exámen manual del recto pueden consultarse: Simon. *Ueber die Kunstliche Erweiterung des Anus und Rectums*, *Langenbeck's. Archiv. für Chir.* Bd. XV. *Ueber die Maniselle Rectal palpation der Becken und Unterleibsgorane* (*Goeschen's Deutsche Klinik*, 1872, núm. 41).

Laudan (*Ueber den diagnostischen Werth der Rectaluntersuchung mit der vollen Haud in Gynäkologischer Beziehung. Archiv. für Gynäkologie*, Bd. VII, pág. 541) ha observado, á consecuencia de este exámen, una desgarradura de la parte superior del recto.

Weis, en *The New York Medical Record*, 21 de Marzo de 1875, publicó un artículo titulado: *Desgarradura de la pared anterior del recto á consecuencia del exámen practicado segun este método.*

Art. 9.º — Exámen combinado. — Exploracion de la vejiga y canal de la uretra.

Esta exploracion debe ir casi siempre precedida de la dilatacion de la uretra, la que puede obtenerse empleando la anestesia. Es raro que ántes de la operacion esté la uretra suficientemente dilatada; esta dilatacion no se observa más que en algunos casos, como, por ejemplo, despues de un coito por la uretra á consecuencia de la atresia de la vagina.

Manual operatorio. — Generalmente llega á practicarse la dilatacion con el dedo despues de haber incindido en diferentes puntos el orificio externo del canal uretral con unas tijeras, ó, segun recomienda Simon, despues de haber hecho en dicho orificio una incision hácia arriba que mida 25 milímetros y otra hácia abajo de 50 milímetros. La extremidad del dedo pequeño encuentra rara vez resistencia al penetrar en el canal de la uretra á nivel de su parte media, y generalmente llega al orificio interno, el cual está fuertemente tenso. No obstante,

se triunfa fácilmente de esta resistencia ejerciendo con el dedo una presión gradual y continuada, en tanto que la mano aplicada sobre la pared abdominal oprime la vejiga de arriba abajo. Después de haber penetrado en la cavidad vesical con el dedo pequeño es por lo común muy fácil penetrar en ella con el índice.

Si el dedo pequeño encuentra una gran resistencia, sobre todo á nivel del meato urinario; si, por ejemplo, se empuja todo el canal hacia atrás en lugar de penetrar en su interior, es preciso recurrir á la dilatación instrumental, para lo cual puede emplearse una pinza roma, cuyas ramas se introducen reunidas hasta una profundidad de 2 á 3 centímetros en el canal de la uretra, al llegar á la cual se abren, pudiendo también emplearse el dilatador de Ellinger.

Los mejores instrumentos son el dilatador sólido propuesto por Hegar para la dilatación del cuello uterino ó los espéculos uretrales de Simon, constituidos por pequeños tubos de goma endurecida, cuyo calibre se va estrechando cerca de su extremidad, provistos de un mango á nivel de su pabellón. En el arsenal de Simon hay siete espéculos de diferente calibre, desde 75 milímetros á 2 centímetros, con los cuales puede obtenerse una dilatación gradual. El empleo de espéculos de gran diámetro no está exento de peligros, y á consecuencia de su uso se ha observado algunas veces una incontinencia de orina persistente y abundante. La base del dedo índice tiene también, aunque es delgado por lo común, una circunferencia de 6 á 6,50 centímetros y un diámetro de 2 á 2,50 centímetros; es decir, un volumen que iguala ó traspassa el de los espéculos más grandes. Es posible que una dilatación gradual evite los inconvenientes de que acabamos de hablar.

Noeggerath opina que no debe forzarse el cuello de la vejiga; si á este nivel no se encuentra resistencia, entonces puede hacerse la dilatación hasta llegar á 1,90 centímetros.

Tampoco se está al abrigo de provocar una incontinencia cuando se practica la dilatación con un dedo índice que mide más de 6 centímetros de circunferencia, en cuyo caso se exponen las enfermas á graves riesgos. Es preciso, pues, reservar este método de exploración para los casos en que se ha apelado á todos los demás recursos exploratorios y sólo resta emplear éste para poder establecer y formular un diagnóstico exacto.

En esta operación es preciso evitar que los traumatismos se multipliquen y que se introduzcan materias sépticas en la vejiga, cuya mucosa goza especial predilección para ser asiento de inflamaciones purulentas, pútridas y diftericas; así es que después de cada exploración debe lavarse cuidadosamente la vejiga con una disolución débil de ácido fénico, agua clorurada, etc., vigilando que la mezcla de la orina y el líquido antiséptico sea completa; porque la vejiga puede estar di-

vidida en dos departamentos por un tumor, por ejemplo, en cuyo caso pudieran escaparse algunas gotas de orina por la parte inferior de este reservorio, en tanto que el líquido que se encuentra en la parte superior mezclado con sangre, con aire, etc., queda detenido y se descompone produciendo una cistitis violenta, según hemos podido observar una vez en nuestra clínica.

INDICACIONES. — A. *Operaciones.* — Se practica la dilatación uretral en ciertas operaciones, por ejemplo, en las ablaciones de tumores, en los cálculos vesicales, cuerpos extraños, etc. La introducción del dedo en la vejiga puede ser útil y aún necesaria en ciertas operaciones ginecológicas, tales como la amputación del cuello uterino, la raspadura de un cáncer vaginal, la aplicación de suturas en la operación de fistula vesico-vaginal, abertura de la vejiga para dar salida a un derrame sanguíneo. En las primeras de estas operaciones, el tacto vesical permite comprobar la marcha que siguen los instrumentos.

B. *Diagnóstico.* — El tacto vesical se emplea con un fin diagnóstico en las afecciones de la vejiga, tales como cuerpos extraños, cálculos, tumores, ausencia de la pared vesico-vaginal — si hay atresia de la vagina — abertura de trayectos fistulosos en la vejiga, etc. Según la necesidad y la posibilidad de efectuarlas, se puede apelar al propio tiempo a la palpación abdominal y al tacto por la vagina y por el recto. Combinando el tacto vaginal y el vesical se puede reconocer fácilmente la extensión de las infiltraciones inflamatorias ó de las degeneraciones malignas de la pared vesico-vaginal, del tejido paravaginal, de la región situada entre la vejiga y el cuello uterino y del tejido celular que rodea a este último.

Finalmente, por este método de exploración pueden reconocerse las inflamaciones del repliegue vesico-uterino, las infiltraciones que en él tienen asiento, los tumores que nacen de la pared anterior del útero, los que existan en esta pared y los situados en la parte anterior y lateral de la excavación. En todos estos casos se puede practicar la exploración combinada por la vejiga y la pared abdominal, por la vejiga y la vagina ó por la vejiga y el recto. En algunos casos, aunque pocos, puede convenir ó ser necesario dilatar previamente el cuello uterino con esponja preparada, y practicar al propio tiempo la exploración por la cavidad uterina y por la vejiga.

Es muy útil servirse de la vejiga y del canal de la uretra como vías de exploración en los casos de atresia, de estenosis de la vagina, de estado rudimentario ó de ausencia de este órgano con ó sin vicio de conformación del útero, en cuyo caso se practica el examen combinado por la vejiga y el recto, así como por la pared abdominal, el recto y la vejiga; pero entónces es preciso el concurso de un ayudante.

Si se supone la existencia de una inversión uterina y fuese oscuro

el diagnóstico, este método de exploracion puede prestar tambien muy útiles servicios.

Hace ya mucho tiempo que vienen publicándose observaciones sobre la dilatacion artificial del canal de la uretra por introduccion del dedo con un fin diagnóstico ú operatorio; pero hasta estos últimos tiempos no se ha tratado de erigir esta práctica en un verdadero método.

El Dr. Weiss — *Einige seltene Faelle von atresia vaginae*. *Prager med. Wochenschrift*, 1878, núm. 71, pág. 214 — dice que Horshiye — *Boebachtung*, etc., traducido al aleman por Schulze, Halberstad, 1819, 99, Falls, pág. 343 — ha observado en 1765 una atresia congénita de la vagina, y en este caso introdujo un dedo en la vejiga, habiendo dilatado previamente el canal de la uretra, y otro dedo en el recto.

Huguier — *Memoires sur les allongements hypertrophiques du col de l'uterus*, 1860, observaciones 30 y 31 — introdujo el dedo pequeño en la vejiga á fin de no lesionar este órgano en la amputacion del cuello uterino.

Pippingskoeld — *Beiträge zur Gynäkolog. u Geburtsh* (*Gesellschaft für Geb's in Berlin*, Bd. III, pág. 249, 1874) — ha dilatado el canal de la uretra con la laminaria é introducido el dedo en la vejiga, en las operaciones practicadas sobre la pared anterior de la vagina y sobre el cuello uterino.

Noeggerath y Simon han practicado la dilatacion de la uretra principalmente con un fin diagnóstico.

Noeggerath. *The vesico-vaginal and vesico-rectal. Touch*. *American Journal of Obstetrics*, Mayo, 1875.

G. Simon. *Ueber die Methoden die weibliche Urinblase zugaenglich zu machen*. *Völkmann's Sammlung Klinik Vorträge*. Heft. 88, 1875.

Véase ademas:

Wildt. *Neue Methoden die Weibliche Blasenhehle Zugaenglich zu machen*. *Arch. für Klin. Chirurgie von Langenbek*. Bd. XV, pág. 167.

Longuet. *De la dilatation de l'urèthre chez la femme*. *Annales de Gynecologie*, t. I, págs. 216 y 217, y Heath, *On calculus in the female*. *Med. Times and Gazzet*, 1874, 11 Abril.

Philips. *Obstetrical Transactions*, Lóndres, Bd. VIV, pág. 57.

O. Spiegelberg. *Ueber die Fissur des Blasenhalsses*, etc. *Berlin, Klinik Wochenschr.*, 1875, núm. 16.

Acerca de la incontinencia de orina despues de esta operacion, puede verse la comunicacion de Emmet á la Sociedad Americana de Obstetricia. *Transact of the New York Obstetric. Journal*, 1878, pág. 786.

Noeggerath ha observado casos semejantes.

Normand Bridge (*Med. Record*, 1878, 12 Octubre) ha observado, despues de una dilatacion del canal de la uretra de 3 centímetros, un caso de muerte por cistitis. Probablemente existió una pioemia en este caso.

CAPÍTULO III

DE LA EXPLORACION INSTRUMENTAL

Art. 1.º — Exámen de la vejiga y de la uretra. — Cateterismo.

En el párrafo anterior nos hemos ocupado del exámen manual de la vejiga despues de la dilatacion artificial del canal de la uretra.

En muchos casos basta la exploracion con la sonda.

Se emplea una sonda metálica ó de goma, siendo muy raro, aún cuando la vejiga esté dislocada, que haya necesidad de emplear una sonda de hombre. En este caso puede emplearse una sonda de mujer de goma elástica, un poco larga, flexible y provista de un mandril. No debe introducirse este instrumento sino despues de haber lavado el meato urinario, para evitar que se lleve á la vejiga algun producto de secrecion de los órganos genitales ó alguna sustancia séptica. El instrumento se dirige desde luégo hácia atras, haciendo despues que descienda la extremidad de la sonda que queda fuera, modificando la manera de dirigir ésta, cuando la vejiga esté dislocada, segun el caso. Cuando esto ofrece dificultades se puede dirigir el catéter mediante la ayuda de un dedo introducido en la vagina, pudiendo apreciarse de esta suerte la presencia de induraciones, el espesor de las paredes uretral y vesico-vaginal, las soluciones de continuidad, etc., reconociendo al propio tiempo si el catéter elástico se dobla sobre si mismo. Miéntras la sonda atraviesa la uretra se reconoce la sensibilidad, el estado de la mucosa (sangre), las estrecheces, las bridas que puedan existir: si hay una fistula se puede generalmente hacer pasar el pico de la sonda por el orificio de la pared uretro-vaginal ó de la vesico-vaginal y descubrir más completamente los bordes del orificio fistuloso. La capacidad de la vejiga, la irritabilidad muscular (contraccion de la pared

sobre el catéter), la existencia de tumores, conerecciones, etc., se reconocen con mayor ó menor certidumbre por medio de la sonda.

Para reconocer la capacidad de la vejiga y diagnosticar ciertas soluciones de continuidad del aparato urinario (fistula uretro-vaginal, fistula vesico-vaginal pequeña, apénas permeable) se puede llenar la vejiga con agua coloreada. En estos casos, así como para el lavado de la vejiga y para el empleo intravesical de líquidos medicamentosos, empleamos nosotros el siguiente procedimiento, que es muy sencillo: se fija á un catéter un tubo de cautchuc de 50 centímetros de largo próximamente, á la extremidad del cual está adherido un embudo de vidrio. Si la vejiga está llena se introduce el catéter en tanto que se colocan el tubo y el embudo un poco por debajo del meato urinario; el contenido de la vejiga pasa entónces al tubo y al embudo, pudiendo determinarse su contenido. Si la vejiga está vacía, se debe desde luego ántes de introducir el catéter llenar el embudo del líquido que ha de servir para la inyeccion, obturando el tubo, comprimiendo sus paredes con dos dedos colocados por encima del punto de union del tubo con el catéter, quedando aquél despojado de las vesículas de aire que contiene y que pasan á la superficie del líquido que llena el embudo. Introducido el catéter en la vejiga, durante cuya introduccion no se deja de ejecutar la presion del tubo para impedir que el líquido descienda en éste, hasta que aquella operacion quede terminada, en cuyo momento basta que desaparezca la interrupcion del tubo y elevar el embudo poco á poco para que, bajo la influencia de la presion, se vacie el embudo y se llene la vejiga con la cantidad de líquido que se desee, á cuyo fin se añade éste á medida que aquél se va vaciando. Por lo comun no debe utilizarse sino la presion mínima necesaria para que el líquido penetre hasta la vejiga, y para graduar la presion basta subir el embudo á mayor ó menor altura con relacion al plano en que se halle el referido órgano. Colocando el embudo á menor altura respecto á éste, el líquido refluye de la vejiga á aquél, y de esta manera puede lavarse la cavidad vesical é inyectar toda clase de líquidos suavemente y sin producir irritacion de ningun género.

Los métodos complicados de exploracion de la vejiga no dan buenos resultados. El empleo del endoscopio no nos ha entusiasmado aunque nos hayamos servido de cánulas gruesas y hayamos dilatado previamente la uretra. Winckel ha preconizado el empleo del aparato de Rutenberg, con el que se obtiene la dilatacion de la vejiga por medio del aire.

Cuando se supone la existencia de pólipos ó de vegetaciones en el canal de la uretra se puede introducir una pinza larga de ganchos y tratar de extraerlos. Así hemos podido nosotros coger y traer hasta el meato un pólipo del tamaño de una nuez pequeña que provocó violentas hemorragias.

En todo exámen de la vejiga, aunque se trate de un simple cateterismo, es preciso ante todo (y nuestra recomendacion se apoya en una larga y frecuentemente triste experiencia) vigilar estrictamente para que no penetren en aquel reservorio ni aire ni materias sépticas. Es probable que no haya otro líquido con mejores condiciones para favorecer el desarrollo de gérmenes que la orina mezclada con sangre, sudor, etc., aumentando el peligro cuando existe algun obstáculo para que se verifique la emision de la orina. Se emplea el cateterismo contra la iscuria, pero ésta aumenta despues. Si con la sonda se introducen aire ó materias sépticas, si á consecuencia de un ligero traumatismo se provoca una pequeña hemorragia, á la cual predispone ya el estado de la mucosa, todo está ya dispuesto para que tenga lugar la infeccion septicémica, no pudiendo ser más favorables las circunstancias. La enferma á pesar de grandes esfuerzos no puede evacuar los materiales sépticos, sobre todo si existen divertículos en la vejiga, si se trata de un tumor que no permite que se vacie espontáneamente ó con el catéter sino una parte de la cavidad vesical.

Siempre que sea posible se evitará practicar el cateterismo durante el puerperio ó despues de las operaciones. Para evitar la necesidad de recurrir á esta operacion es preciso procurar que las púérperas y las operadas no estén sin orinar mucho tiempo despues de la operacion ó del parto: para facilitar la miccion se eleva el tronco y se aplica una esponja empapada en agua caliente á la vulva.

¿Hay necesidad de recurrir al cateterismo? Es preciso entónces desinfectar con gran pulcritud el instrumento que haya de emplearse. Si se usa una sonda metálica, se la desinfectará fácilmente lavándola con agua hirviendo ó con un líquido antiséptico. Si se va á emplear una sonda de goma es preciso que sea nueva, y cuando se usa la misma para sondar á diferentes enfermas se debe lavar con un líquido antiséptico despues de empleada y ántes de volverse á emplear de nuevo (1).

Manual operatorio. — Debe descubrirse completamente el meato urinario, lo que es algunas veces difícil. También, cuando se trata de introducir un catéter, conviene elevar un poco la pelvis á beneficio de un almohadon á fin de elevar un poco la vulva del plano de la cama.

Con los dedos de una mano se separan los labios, y con la otra, provista de una esponja ó de un poco de algodón empapados en agua clorurada ó fenicada, se lava la zona que rodea al meato urinario, intro-

(1) Hemos recurrido muchas veces al sondaje en las recién paridas y jamás hemos tenido motivo para arrepentirnos de ello; bien es cierto que hemos cuidado de seguir los principios de rigurosa limpieza y antisepsia que recomiendan los autores. — *M. G. de S.*

duciendo en seguida el instrumento. Obrando de esta suerte no se evita la entrada del aire contenido en la cavidad del instrumento, pues es difícil impedirlo; se ha pretendido hacerlo llenando la sonda con un líquido desinfectante, aplicando el dedo pulgar al pabellon de la misma é introduciendo ésta inmediatamente, pero inútilmente, porque á causa del poco equilibrio del agua penetra el aire en la sonda con facilidad suma. Es preferible fijar á la sonda un tubo de cautchuc terminado por un embudo en el cual se vierte un líquido antiséptico, y mientras éste se escapa por los ojos de la sonda se introduce ésta en la vejiga, haciendo que el embudo descienda despues á menor altura del plano en que se halle colocada la vejiga, la cual de esta suerte envia al embudo la cantidad de orina que contiene.

Nosotros hemos hecho construir recientemente una sonda provista en su extremidad de un tapon que se retira cuando el instrumento ha entrado en la vejiga. Es preciso que la enferma adopte una posicion en la cual la presion intraabdominal, y por consecuencia la presion intravesical, estén muy disminuidas (decúbito dorso-sacro, lateral ó latero-abdominal) en estas posiciones; en efecto, la presion intravesical es inferior á la presion atmosférica. Es necesario adoptar estas precauciones cuando se trata de un caso normal, siendo necesario conceder una atencion especial á esta maniobra cuando la vejiga es asiento de alguna lesion, cuando existen estados inflamatorios en los órganos vecinos, lesiones de la vulva y la vagina capaces de dar origen á derrames purulentos ó sépticos, y cuando la enferma que debe ser sondada tiene una herida en la pared abdominal, un pedículo fijo por fuera del peritoneo á consecuencia de una amputacion supravaginal del útero ó de una ovariectomía; estos estados patológicos pueden, en efecto, ocasionar la produccion de líquidos pútridos capaces de derramarse sobre el meato urinario.

Se encontrará en Winckel la comparacion de los diferentes métodos con ayuda de los cuales se puede examinar la uretra y la vejiga en la mujer: *Die Krankheiten der Weiblichen Harnroehre und Blase*. Stuttgart, 1877, p. 11.

Véase ademas:

Hegar. *Ueber Einführung von Flüssigkeiten in Harublaste und Darm*. *Deutsche Klinik*, 1873, núm. 8.

Hegar. *Saugphaenomene aus Unterleib* *Archiv. für Gynäkolog.*, vol. X, página 191 y siguientes.

Hegar. *Ueber Einführung von Flüssigkeiten in Harublaste und Darm*. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1874, números 6 y 7.

Odebrecht. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1875, pág. 175.

Olshausen. *Zur Aetiologie des puerperalen Blasenkatarrhs*. *Archiv. für Gynäkolog.*, vol. II, pág. 273.

Kaltenbach. *Ueber Albuminurie und Erkrankung der Harnorgane in der Fortpflanzungsperiode*. *Archiv. für Gynäkolog.*, vol. III, pág. 1.

Art. 2.º — Exámen de la vagina, de los fondos de saco-vaginales y de la porcion vaginal. — Exámen con el espéculo.

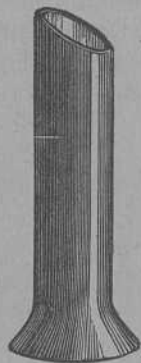
En las multiparas, en las mujeres que tienen la vulva ancha, ó en las cuales el orificio vaginal está ya entreabierto á consecuencia de una desgarradura del periné, basta deprimir con el dedo hácia atras sobre la comisura posterior para descubrir la parte inferior de la vagina. Puede facilitarse este exámen sirviéndose de un separador vaginal encorvado en ángulo recto (*fig. 21*) ó de un instrumento que tenga la forma de una espátula y permita separar la pared opuesta á la que deba examinarse. Cuando hay descenso del útero en la cavidad vaginal estos medios bastan ampliamente porque pueden verse las partes descendidas; pero si no es así, basta hacer descender al útero con una pinza aplicada sobre un labio del cuello ó atraer hácia fuera la pared vaginal, lo que se logra fácilmente con ayuda de una pinza de anillo ó de un gancho montado sobre un mango largo provisto de garras simples ó dobles. Se puede hacer salir la pared anterior de la vagina con la ayuda de un catéter introducido en la vejiga, y la pared posterior con la ayuda de un dedo introducido en el recto. La enferma debe estar colocada en la posicion de la talla ó en decúbito dorso-sacro; en esta última posicion es fácilmente accesible la pared anterior de la vagina.

Para descubrir las partes profundas y las partes vecinas del orificio vaginal, cuando éste es estrecho, hay necesidad de recurrir al espéculo.

Sería muy largo escribir aquí la historia de los espéculos y de examinar los diferentes instrumentos que se han empleado con este fin. Para exámenes y operaciones nosotros empleamos un simple espéculo cilíndrico, y cuando disponemos de ayudantes usamos un espéculo de valvas. El espéculo cilíndrico es muy cómodo, porque puede utilizarse sin el concurso de ningun ayudante. En muchos casos el espéculo cilíndrico permite hacer un concienzudo exámen de la porcion vaginal del cuello, y puede ademas prestar grandes servicios en ciertas operaciones, tales como lavado de la vagina con medicamentos líquidos, cauterizacion de la porcion vaginal de la parte inferior del canal cervical, etc.

Los espéculos cilíndricos (*fig. 12*) se construyen en cristal, en porcelana (Mayer), en marfil, en madera, en goma endurecida, en cuerno, en cristal revestido de una capa azogada (Fergusson); algunos son cónicos, más estrechos hácia su extremidad, cuya circunstancia no presenta ninguna ventaja cuando esta disposicion está muy acentuada. La mayor parte están ensanchados á nivel del mango, bajo

la forma de pabellon de trompeta. La extremidad que debe ser introducida puede estar cortada en sentido vertical respecto al eje del instrumento ú oblicuamente. La mayor parte de estos instrumentos pueden ser empleados tal como se les encuentra en casa de los almacenistas. Es preciso tener siempre dispuestos varios instrumentos de diferentes calibres. Los espéculos de porcelana dan una luz muy pura, y no son alterados por los medicamentos; el espéculo de Fergusson es muy frágil, y la fuerte luz que refleja es poco útil. Los espéculos de goma endurecida son cómodos, poco frágiles, y pueden enchufarse los unos en los otros; los espéculos de madera son igualmente útiles cuando se trata de practicar cauterizaciones, pero la luz que proyectan es frecuentemente insuficiente. Debe procurarse que el espéculo cilindrico no sea muy largo (12 centímetros bastan casi siempre); el pabellon no debe ser muy ancho, y sus bordes deben ser redondeados. No es necesario que el pabellon del instrumento esté provisto de mango.

*Fig. 12.*

El calibre del instrumento debe ser proporcionado á la capacidad de la vagina. Para apreciar esta indicacion basta practicar previamente el tacto y presentar el espéculo á la vulva. La enferma debe estar echada en decúbito dorso-sacro, en la posicion de la talla ó en decúbito lateral. Con el pulgar y el índice se separan los grandes labios y los pelos que los cubren; la otra mano tiene el espéculo de tal suerte que el pulgar venga á colocarse por debajo del borde del pabellon, mientras que el cuerpo del instrumento está sujeto por el índice y el medio, se introduce el instrumento engrasado á traves de la vulva, deprimiendo hácia abajo la comisura posterior. Si se produce un ligero dolor ó una contraccion de los esfínteres, se oprime durante algunos instantes sobre el orificio vaginal sin ejecutar el menor movimiento, con lo cual desaparecen generalmente los obstáculos. Si se ha tomado un espéculo muy voluminoso se cambia por otro más pequeño. Para introducir el espéculo los movimientos de rotacion no ofrecen ninguna ventaja, es preciso ejercer una presion lenta sobre la pared posterior de la vagina, bajando despues gradualmente el pabellon; de esta suerte la porcion vaginal del cuello viene generalmente á colocarse por sí misma en el campo del instrumento. Si el tacto ha revelado la existencia de una lesion á nivel de las partes laterales, se dirige el instrumento hácia este lado. Cuando el hocico de tenca está situado lejos de la vulva hácia atras y hácia arriba, el decúbito dorso-sacro es frecuentemente útil; si el útero está en retroversion se debe bajar de repente ó con

mucha rapidez el pabellon del espéculo á fin de que la porcion vaginal venga á colocarse en el campo visual del instrumento. Algunas veces la mucosa vaginal se pliega y viene á ocultar el cuello; entónces se trata de hacer desaparecer dichos pliegues imprimiendo al instrumento movimientos de elevacion, de descenso, de rotacion y laterales. Si este medio no da resultado, con una larga pinza se procura separar estos pliegues de la mucosa, dejando libre el canal vaginal. Se limpian el hocico de tenca y los puntos vecinos con una pequeña esponja ó bolita de algodón en rama, fijos sobre un porta-esponja (*fig. 13*) ó sobre una pinza larga de anillos.



Fig. 13.

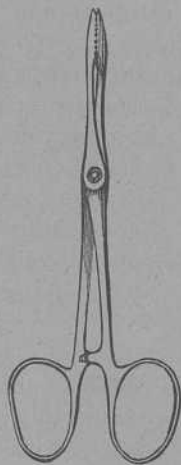


Fig. 14.

Introduciendo el espéculo se examinan la coloracion, la turgencia y, hablando en tesis general, el estado de la mucosa de la vagina. Se puede formar una idea exacta de la forma, del volumen y de la coloracion de la porcion vaginal, asi como del orificio externo del cuello. Desde que la porcion vaginal aparece en el campo del espéculo basta ejercer una fuerte presion sobre el instrumento para ranversar hácia

fuera los labios del hocico de tenca y producir una ectropion artificial que permitirá ver una parte del canal cervical, pudiendo asi observar el estado de la mucosa de este canal, su coloracion, la naturaleza de sus secreciones, etc. Es preciso no olvidar que en este caso el fondo de saco vaginal corresponde á la parte supravaginal del cuello, la cual parece formar parte de la porcion vaginal, simulando asi frecuentemente esta última ser más larga de lo que es en realidad; no debe, pues, considerarse como una úlcera la mucosa cervical, ó mejor dicho, la parte de ella que constituye el ectropion.

El espéculo cilindrico es muy cómodo para el práctico porque no necesita el concurso de ningun ayudante y porque las enfermas, aun las ménos inteligentes, pueden adoptar fácilmente la posicion necesaria durante la operacion.

Para las exploraciones más delicadas de la porcion superior y media de la vagina este espéculo no basta; cuando existen modificaciones notables de la porcion vaginal ó una gran inflamacion es preferible descubrir las partes enfermas valiéndose del espéculo de valvas.

Los espéculos de valvas deben su vulgarización al americano Sims; sin embargo, la idea de emplear estos instrumentos ú otros de forma casi idéntica es bastante más antigua. Recamier y Piorry empleaban dos medios cilindros provistos de mangos cortos. Los espéculos de Neugebauer tienen la forma de pico de pato y están provistos de largos mangos. El uno se aplica sobre la pared anterior de la vagina, el otro sobre la pared posterior; pero Sims ha descrito tan bien, no solamente la forma que debe tener el instrumento, sino aún la manera de emplearlo, que su mérito es considerable. Simon ha modificado los espéculos americanos y ha dado algunas indicaciones que pueden facilitar su empleo. Su práctica difiere mucho de la de los cirujanos americanos y exige una descripción especial. El espéculo de Sims (*fig. 15*) consiste en dos gotieras metálicas de calibre diferente que tienen la forma de pico de pato cuya extremidad fuera disminuyendo; ambas están unidas por un tallo metálico, el cual, sirviendo de mango, viene á insertarse en ángulo recto ó ligeramente agudo en las gotieras. Dos de estos aparatos, es decir, cuatro gotieras de dimensiones diferentes, bastan para casi todas las exploraciones. Solamente en algunos casos deben emplearse instrumentos más voluminosos que los que se encuentran en el comercio; frecuentemente las gotieras más cortas prestan muy buenos servicios. Braun ha hecho construir espéculos semejantes en goma endurecida, espéculo que es muy útil cuando se trata de emplear el hierro al rojo.



Fig. 15.

Sims emplea además un gancho largo y fino y un instrumento al cual da el nombre de depresor. Este instrumento está formado por un tallo metálico montado sobre un mango de madera, terminado en su extremidad por un disco metálico redondo y fenestrado; este depresor debe separar la pared anterior de la vagina cuando ésta viene á rebasar los bordes del espéculo. En lugar de erinas nosotros empleamos más generalmente la pinza americana de garras, porque aquéllas se desprenden muy fácilmente. La pinza de B. Schultze, de la cual una rama presenta en su extremidad una pequeña placa rectangular, en tanto que la otra rama está provista de una doble garra, es también muy útil (*fig. 18*).

La enferma debe estar colocada en decúbito genu-pectoral; el profesor, con dos dedos de una mano descubre la parte posterior de la vulva, introduce la extremidad de la valva y la coloca en una direc-

cion casi horizontal. Introducido el instrumento hasta la mitad se lleva ligeramente hácia arriba el espéculo, á fin de levantar casi verticalmente el periné; la vagina se llena de aire; de esta suerte, la vista puede llevarse tan léjos como se ha introducido el espéculo, cuya extremidad se dirige verticalmente contra la porcion vaginal del cuello que descansa hácia atras.

Puesto el cuello al descubierto se confía el espéculo á un ayudan-



Fig. 16.

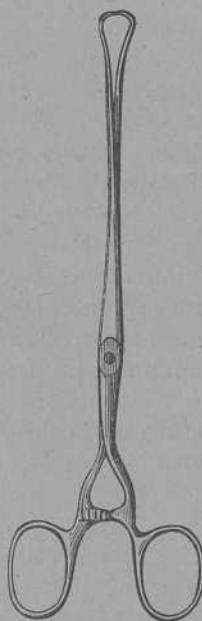


Fig. 17.

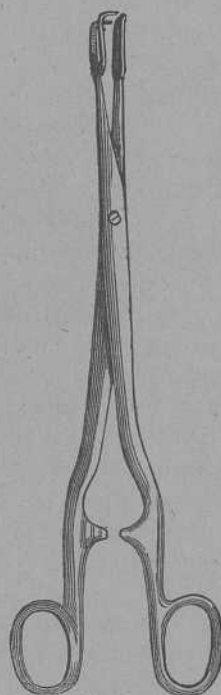


Fig. 18.

te; la pared anterior de la vagina se lleva casi horizontalmente hácia atras ó un poco hácia abajo, y como existe una concavidad arriba, se descubre un poco la porcion vaginal. La distancia que separa la cara cóncava del espéculo de la pared anterior de la vagina es muy notable, de 5 á 6 centímetros próximamente. La situacion de la porcion vaginal del cuello en la pelvis está muy modificada, está situada muy léjos del estrecho inferior, cerca ó casi á nivel del superior, y el cuerpo del útero se encuentra en la cavidad abdominal.

En esta posicion el fondo de saco vaginal posterior se ve muy bien, sobre todo cuando las paredes de la vagina son flácidas y están relajados los músculos de la pared del abdomen y el útero desciende en la cavidad abdominal. En general, la exploracion en la posicion abdominal no ofrece ventaja alguna y es rara vez necesaria; por otra parte, si se prolonga durante mucho tiempo la enferma se fatiga notablemente.

En el decúbito latero-abdominal (*fig. 19*) el espéculo se aplica de la manera siguiente:

Adopta la enferma la posicion descrita en artículos anteriores, se coloca un ayudante detras del dorso de la paciente y eleva la cara posterior de la pelvis. El profesor coge el instrumento por el mango y

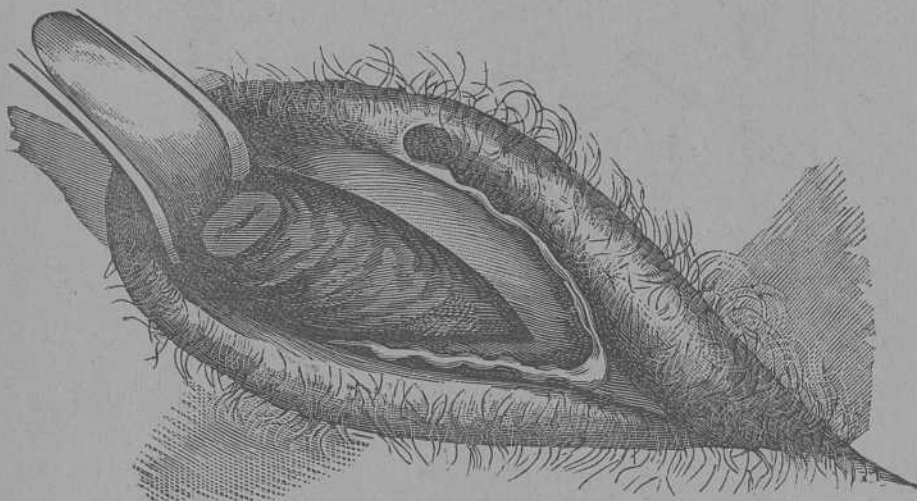


Fig. 19.

presenta la extremidad de éste á la vulva. Se observa hácia fuera el punto de union del sacro con el cóxis y se coloca la extremidad del instrumento en esta direccion, viniendo á colocarse el espéculo detras de la porcion vaginal, sin que sea preciso introducir el índice de la otra mano. Este dedo no puede, por otra parte, sin torsion del antebrazo, tocar la porcion vaginal más que con la cara dorsal, que es poco sensible en su extremidad terminal. Nosotros procedemos siempre de esta suerte, y la porcion vaginal queda puesta al descubierto en cuanto introducimos el espéculo y separamos el periné y la pared posterior de la vagina.

El principiante dirige la extremidad del espéculo muy hácia arriba en la direccion del estrecho superior y siguiendo el eje de la pelvis

de Noegelé, y en este caso el instrumento está colocado delante de la porción vaginal.

Existen dos circunstancias que pueden dificultar é impedir el descubrimiento del cuello: los movimientos respiratorios ó los esfuerzos voluntarios de la enferma y la estrechez de la vagina.

En el primer caso la persuasión, una pausa despues de la introduccion del espéculo, una presion prolongada ejercida sobre el periné y la pared posterior de la vagina, prestan útiles servicios. Si no se

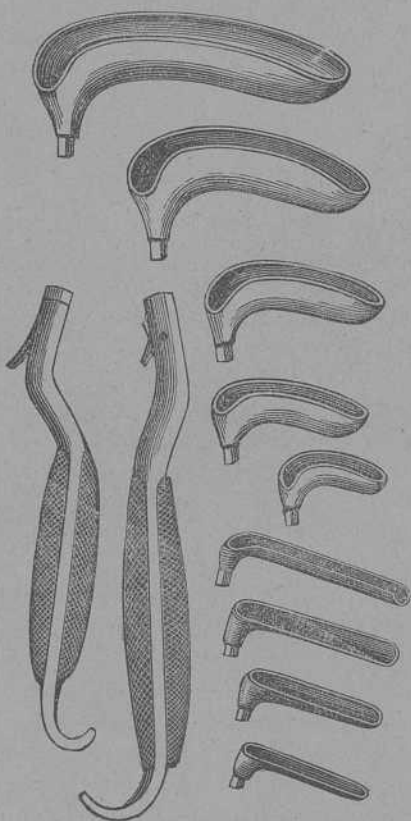


Fig. 20.

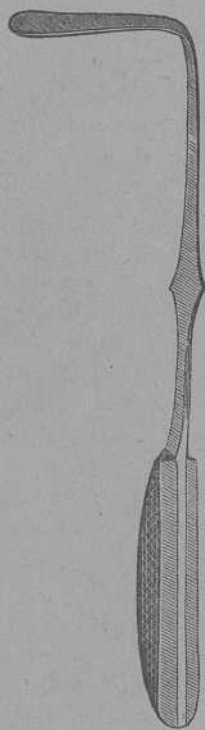


Fig. 21.

logra tal propósito, se deprime suavemente la pared anterior de la vagina con una pinza de anillo ó con un separador.

Para aproximar la porción vaginal al orificio de la vulva se coloca profundamente la extremidad de la valva por detras del labio posterior, y si esto no basta se coge el labio anterior con el gancho ó con las

pinzas de garras y se le atrae hacia abajo. Operando con paciencia y con suavidad puede descubrirse el cuello, aun en los casos más difíciles y en las vírgenes, por poco dilatable que sea el himen y sin desgarradura apreciable. En este último caso debe emplearse un espéculo que tenga 2 centímetros de diámetro y sea un poco largo.

Si se apela al decúbito dorso-sacro de Simon, el mecanismo para poner al descubierto la porcion vaginal del cuello y los fondos de saco ofrece algunas diferencias. El instrumento de Simon consiste en cuatro valvas, de longitud y calibre variables, que merced á una charnela pueden unirse á un solo mango de madera. Consta, pues, de cuatro valvas metálicas de diferente calibre y un mango comun (*fig. 20*). Simon se sirve ademas de separadores vaginales (*fig. 21*) constituidos por una larga placa metálica acodada en ángulo recto y montada tambien sobre mango de madera. En esta posicion el periné y la pared posterior de la vagina se inclinan notablemente hacia abajo, tambien se dirige la cuchara en esta direccion, y se comprime el periné directamente hacia abajo, haciendo que descienda notablemente la parte de la cuchara que confina con el mango. La pared anterior de la vagina, que se dirige de arriba á abajo, y que por la presion abdominal puede ser rechazada hacia afuera, viene frecuentemente á formar un pliegue saliente que impide ver una parte ó la totalidad de la porcion vaginal. Con la cuchara sola se logra á veces descubrir la porcion vaginal; estando introducida la valva hasta las tres cuartas partes de su longitud, se comprime la parte de la vagina que está situada cerca de la vulva hacia abajo y se atrae hacia afuera. Merced á esta traccion el hocico de tenca queda atraído hacia la vulva; pero es más frecuente emplear un separador para elevar la pared vaginal anterior. Introducida con suavidad una placa á nivel de la parte inferior de la vulva, un ayudante, colocado de suerte que un brazo pase por debajo de la pelvis de la enferma, coge con una ó las dos manos el mango del espéculo, mientras que otro ayudante, colocado tambien al lado de la paciente, sostiene el mango del separador dejando reposar la mano sobre el pubis de la enferma (*fig. 22*). Estos dos ayudantes deben obrar simultáneamente y obedecer á las indicaciones del operador. Si el uno tira con demasiada fuerza, atrae la pared vaginal hacia su lado, y si oprime muy fuertemente, el instrumento, esté poco ó muy introducido, disloca el útero. El principiante comete con frecuencia la falta de introducir muy profundamente el espéculo.

A veces para poner al descubierto completamente la porcion vaginal es preciso separar las paredes laterales de este conducto. Si estas paredes vienen á formar hernia, los separadores colocados á derecha é izquierda serán confiados á dos ayudantes que ejercerán tracciones más ó ménos fuertes dirigidas hacia afuera.

El operador debe tener sus manos libres, para lo cual son precisos cuatro ayudantes: uno tiene el espéculo, otro el separador anterior y sostiene un muslo, el tercero un separador lateral y el otro muslo, y el cuarto el otro separador lateral, pudiendo aún prestar algún servicio con la mano que le queda libre.

En muchos casos en que el examen es delicado no bastan estos

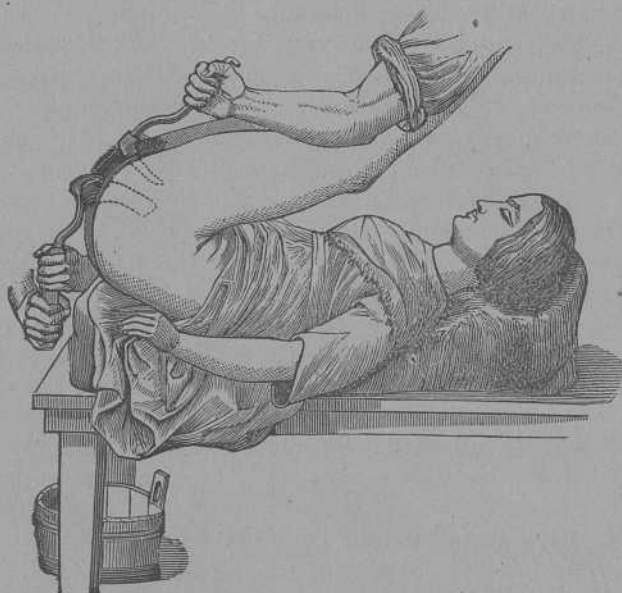


Fig. 22.

instrumentos, es preciso coger un labio del cuello y atraerlo hacia abajo con unas pinzas de garras ó una erina. Pueden también cogerse algunos puntos de la pared vaginal, desplegarlos, distenderlos y separarlos.

Frecuentemente se emplea el espéculo de valvas con ó sin separa-



Fig. 23.

dor para la pared anterior de la vagina, y un gancho de garras (*fig. 23*) para descubrir ciertos puntos de la vagina, los fondos de saco, labios del cuello, etc.

Pueden usarse indistintamente las cucharas, las valvas y los sepa-

radores segun que los puntos que hayan de examinarse estén situados más ó ménos hácia arriba, hácia abajo ó lateralmente. Los casos son de tal manera variables que es imposible trazar reglas generales.

La eleccion de instrumento, su calibre, la eleccion de puntos sobre que deben ser aplicados, la direccion y la energía que se deben dar á las tracciones son otros tantos detalles que varían para cada caso particular. Aqui la práctica y la experiencia han de servir de guía. Las erinas y las pinzas prestarán grandes servicios para poner al descubierto determinados puntos.

Los separadores vaginales, las erinas y las pinzas se emplean, ya en el decúbito dorsal, ya en el lateral. En general debemos preferir esta última posicion, aunque en ciertos casos sea preferible el dorso sacro. La posicion de Sims exige menor número de ayudantes; tan es así, que

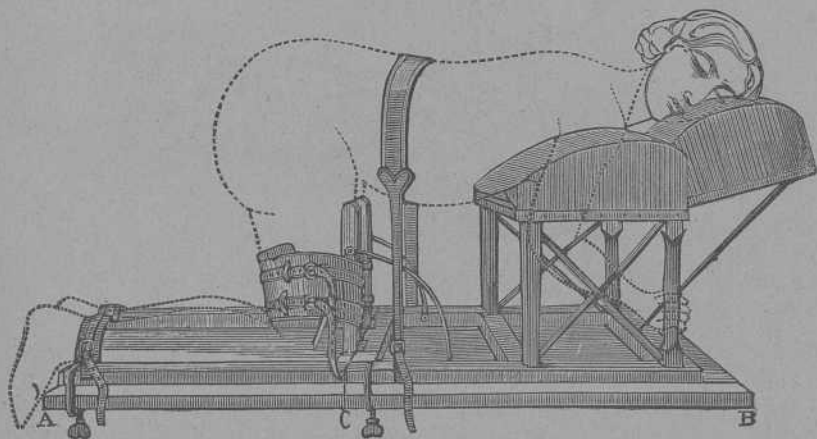


Fig. 24

uno puede coger una valva y el separador superior de la vagina (se deja en seguida de levantar las nalgas) y otro los separadores que se aplican sobre la pared anterior y sobre la lateral inferior. Cuando se trata de examinar en casos difíciles el fondo de saco vaginal derecho la enferma debe adoptar el decúbito lateral derecho, y el izquierdo cuando se trata de inspeccionar el fondo de saco vaginal del mismo lado.

Cuando se ejecuta una operacion cruenta tal cambio de posicion puede ser muy útil, porque la sangre se derrama de las partes superiores y no se pueden examinar fácilmente las regiones sobre que se opera.

Bozeman ha descrito minuciosamente un método para las opera-

ciones de fistulas urinarias, método que permite descubrir principalmente la pared anterior de la vagina, el fondo de saco anterior y el hocico de tenca. Bozeman recomienda el decúbito genu-pectoral y fija á la enferma sobre un aparato construido expresamente con este objeto, aparato que descansa sobre una mesa sólida y cuadrada á la cual se puede fijar por medio de tornillos si es necesario. Puede apreciarse la disposicion de este aparato viendo la *fig. 24*. Este cirujano introduce un espéculo de cuatro valvas, de las cuales dos (*fig. 25*) separan tanto como es necesario las paredes laterales, asegurando un tornillo esta posicion; una tercera permite elevar la pared posterior de la vagina. La parte que debe insinuarse entre las valvas laterales, sin estar sostenida por un ayudante, debe estar fija y cumplir su mision.

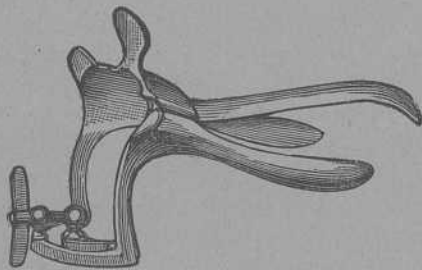


Fig. 25.

Nosotros hemos empleado frecuentemente este método, y hé aquí los resultados que hemos obtenido:

La posicion en sí misma no es desagradable para la mujer, y puede ser anestesiada con facilidad y sin inconvenientes. Para evitar los temores de la enferma, basta comenar á anestesiarla ántes de fijarla á la mesa. El mecanismo para poner al descubierto las partes que se han de examinar es por lo comun fácil. Sin embargo, no deben separarse mucho una de otra las valvas laterales del espéculo.

La valva que está destinada á la pared posterior de la vagina no está sólidamente fija y se desencaja con frecuencia. El mismo inventor se ve obligado á separarla y reemplazarla por valvas apropiadas de forma y calibres diferentes que exigen el concurso de un ayudante. Este método ofrece ademias otro inconveniente; el campo operatorio está situado muy profundamente y hay que renunciar á atraerle hácia la vulva. El útero se inclina hácia abajo y la pared anterior de la vagina está prolongada. La extension lateral no permite sino con dificultad atraer hácia adelante con erinas la fistula ó el punto en que se trate de operar.

Otro de los inconvenientes consiste en que el espacio que ha de permitir la introduccion de los instrumentos está estrechado por los dos espéculos laterales, la luz se cubre fácilmente y hay que operar con instrumentos provistos de largos mangos. Además, se puede modificar muy poco á gusto del operador la disposicion del aparato, en tanto que con los otros métodos se pueden ejecutar fácil y cómodamente todas las modificaciones que se deseen; retirar, por ejemplo, completamente un separador, reemplazarle por una pinza sencilla ó doble, sustituir una valva colocada sobre la pared posterior de la vagina por una más pequeña, introducirla más ó ménos profundamente, etc.

Este método tiene en cambio la ventaja de no necesitar sino un limitado número de ayudantes, porque la enferma está sólidamente fija; pero esta ventaja está ampliamente compensada por la imposibilidad en que se encuentra el cirujano de modificar á voluntad, durante la operacion, la disposicion del aparato, y si esta modificacion es necesaria, es necesario al ménos un ayudante. Ya dejamos dicho que á menudo la valva destinada á la pared posterior de la vagina no responde al fin que el operador se propone y es necesario sustituirla por un separador que hay necesidad de confiar á un ayudante.

Ya hemos tenido ocasion frecuente de hablar de las tracciones ejercidas sobre el hocico de tenca ó sobre la pared vaginal con ayuda de pinzas ó de erinas. En los casos de principio de prolapso, de descenso, de aumento en la flexibilidad y en la extensibilidad de los ligamentos uterinos y vaginales, estas manipulaciones bastan frecuentemente para poner al descubierto aquellas regiones, objeto difícil de cumplir cuando no existen dichas condiciones. Cuando esto sucede, estas maniobras ayudan, pero en menor grado, al cirujano á descubrir las partes profundamente situadas. A veces, aún en los casos en que estas disposiciones favorables faltan, se emplea, no obstante, este método, ó por lo ménos se produce el prolapso artificial uterino, atrayendo el cuello del útero hácia abajo con ayuda de pinzas ó mediante un asa de hilo que atravesase los labios. Esta maniobra no debe, sin embargo, recomendarse de una manera general, ya se trate de llevar á cabo un simple exámen ó ya de practicar una operacion. Poseemos medios que hacen inútil este procedimiento.

En el capítulo precedente hemos expuesto los diferentes métodos de exámen con el espéculo. La eleccion de instrumento juega aquí un importante papel, ocurriendo lo mismo que con la posicion de la enferma, etc. Pueden colocarse por el órden siguiente estos métodos: 1.º, exámen con espéculos cilindricos; 2.º, con espéculos de valvas, en decúbito latero-abdominal de Sims y en decúbito dorso-sacro de Simon; 3.º, método de Bozeman, que coloca la enferma en posicion genu-pectoral. Aquí los espéculos laterales ofre-

cen una gran importancia. Nosotros podríamos escribir la historia de la cuestion, dar idea de las diferentes formas de espéculos tales como han sido adoptadas en las diferentes épocas, las mejoras, las modificaciones más ó ménos acertadas que se han propuesto y practicado en estos últimos tiempos. Pero esto nos llevaría muy léjos de nuestro propósito. Los métodos y los espéculos que hemos descrito bastan para las necesidades de la práctica, y aún podrían limitarse más. Los espéculos de dos, tres y cuatro valvas apenas se emplean; únicamente el de Cusco de dos valvas que separan las paredes anterior y posterior de la vagina, se emplea todavía de un modo general.

Se encontrará la historia de la cuestion en el *Bericht der, 32. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte v. J. 1856*, von L. A. Neugebauer. *Ein neuer Mutterspiegel*.

Véanse ademas:

Cárlos Mayer. *Verhandlungen der Berliner Geburtsch Gesellschaft*, 1853, pág. 79.

M. Sims. *Klinik der Gebärmutter chirurgie*, etc.

Simon. *Sur les opérations des fistules vésico-vaginales*. Rostock, 1862.

Bozeman. *Opérations de fistules vésico-vaginales sans l'aide d'assistants*. New-York, 1869.

Chroback. *L'examen des organes génitaux de la femme*, etc. Stuttgart, 1879, pág. 68 y siguientes.

Art. III. — Exámen del útero. — Sonda uterina.

Por medio de la vista sólo puede examinarse la parte más inferior del canal cervical, que frecuentemente se presenta por sí misma en el campo visual del espéculo, ya por efecto de un ectropion natural, ya mediante la tension y separacion de las paredes vaginales. Separando el uno del otro labio del cuello uterino puede verse una parte de la cavidad cervical, pero fuera de este caso la cavidad uterina no es accesible á la vista. El empleo del endoscopio ofrece aún ménos resultados en la exploracion del útero que en la de la vejiga.

Puede examinarse el conducto cervical por el tacto, pero la estrechez del canal no permite emplear sino la sonda, siendo muy raro que pueda pasar el dedo á través del mismo sin dilatarle previamente, lo que es muy fácil.

Debemos, pues, estudiar sucesivamente el cateterismo uterino, la dilatacion artificial de la cavidad del cuello y en seguida la exploracion con el dedo. En algunos casos conviene hacer seguir este exámen de la exploracion del útero con una pequeña pinza ó con una cucharilla de bordes cortantes.

Del cateterismo uterino. — El empleo del cateterismo uterino como método usual de diagnóstico ha sido ideado por Simpson. Poco despues Kiwisch y Huguier emplearon la sonda uterina. En 1854 Scanzo-

ni se pronuncia contra el empleo tan general que se hacía de este instrumento. Hoy nuestros medios de diagnóstico están mucho más perfeccionados, y la sonda uterina no juega un papel tan importante como en épocas anteriores. Puede explorarse el útero con un largo estilete, con un catéter elástico provisto ó no de un mandril ó con una bujía de cera. Generalmente se emplea una sonda uterina (*figs. 26 y 27*) constituida por un tallo metálico provisto de un boton de 3 ó 4 milímetros de diámetro, cuya flexibilidad le permite adoptar las diferentes curvaduras que pueden ser necesarias, y cuyo tallo está graduado. Hoy existen sondas flexibles hechas de una aleacion metálica que se pueden encorvar á voluntad.

En general es preferible emplear sondas de grueso calibre, porque en el cateterismo uterino como en el uretral en el hombre, un instrumento grueso es más difícil que sea detenido en su camino á traves del conducto por los pliegues de la mucosa y hay ménos exposicion de practicar con él caminos falsos. Es preciso, pues, buscar casi siempre sondas uterinas de gran calibre. Si á pesar de todo el cuidado con que se ha practicado la operacion no puede introducirse la sonda, es preciso no ejercer una fuerte presion para hacer pasar una que sea voluminosa; es preferible utilizar un instrumento de menor diámetro. La sonda uterina no es solamente un instrumento de diagnóstico; se emplea tambien como medio terapéutico, bajo cuyos dos aspectos vamos á estudiarla aquí.

DE LA SONDA UTERINA COMO MEDIO DE DIAGNÓSTICO. — Merced á la sonda uterina podemos apreciar el diámetro del canal cervical, y en muchos casos reconocer su longitud, su conformacion y su curvatura.



Fig. 26



Fig. 27.

Ella nos da noticias precisas acerca de la longitud de toda la cavidad uterina, de su anchura, de la direccion y posicion de la cavidad del cuerpo, y, por consiguiente, de la del órgano en totalidad. Es indudable que si el útero está flácido y movable durante la introduccion del instrumento, puede ser fácilmente modificado aquél en su forma y en su posicion, y en este caso los resultados del exámen no deben ser admitidos como ciertos. En estas condiciones es preciso modificar la direccion y la forma de la sonda con relacion al estado del útero.

Cuando el órgano está sólidamente fijo, la sonda se adapta á su posicion y á su forma. El catéter uterino pone de relieve, ademas, la sensibilidad, la aspereza, la hiperemia (hemorragia fácil) de la mucosa, y combinando esta maniobra con otros medios de investigacion, el espesor de las paredes uterinas. Tambien se puede apreciar la movilidad del órgano.

Las maniobras por medio de las cuales se llega á este fin son múltiples y las expondremos más adelante.

Puede practicarse el cateterismo uterino con los ojos cerrados; para ello la enferma debe estar colocada en la posicion de la talla en decúbito dorsal ó en decúbito lateral (1): se introduce el índice en la vulva y conducto vaginal hasta colocarle sobre el labio posterior del cuello uterino, y despues se introduce la sonda deslizándola sobre la cara palmar del dedo. Es muy raro que el orificio externo sea tan estrecho que no permita el paso de un tallo bastante grueso; mas si se encontrara alguna resistencia bastaría ejercer una presion prolongada sobre este orificio para penetrar de un golpe en el canal cervical. De esta suerte, por medio de la sonda pueden tratarse las estrecheces y las obliteraciones de esta parte del útero. Generalmente el instrumento no encuentra ninguna resistencia hasta el orificio interno, siendo raro que la opongan los pliegues edematosos del árbol de la vida, los huevos de Naboth ó pequeños tumores implantados en este sitio y permitiendo la sonda diagnosticar estas particularidades. La manera como ella pasa á traves del orificio interno nos da noticias acerca de la estrechez de esta parte y de la direccion del canal, direccion que ya nosotros debemos suponer por un exámen previo del cuerpo del útero, pudiendo modificar la direccion de la sonda con arreglo á la posicion del órgano. Si el cuerpo del útero está en anteversion llevaremos el

(1) No se puede practicar el cateterismo uterino estando la mujer echada en la cama en el decúbito dorsal ordinario; es preciso al ménos elevar la pelvis por medio de almohadones duros, sobre el borde de los cuales deberá encontrarse la vulva.

mango del catéter hacia el periné; si está en retroversion, inclinaremos hacia arriba el mango del instrumento, dirigiendo éste al lado opuesto del en que se encuentre el fondo del útero en los casos de latero-version. Si estas maniobras no bastan buscaremos otro medio, dando á la sonda una curvadura que corresponda á la forma y á la posicion anormales del órgano. Si se trata de una ante flexion aumentaremos la concavidad anterior del instrumento; si se trata de una retro flexion se obrará en sentido inverso.

Si el útero estuviera en su posicion normal se puede tratar de vencer la resistencia que pueda ofrecer una estrechez particular del orificio interno, ó en algunos casos, aunque raros, á consecuencia de la prominencia de un tumor. La estenosis del orificio interno puede ser debida á una contractura, en cuyo caso basta mantener durante largo rato la extremidad del catéter contra el orificio para triunfar de la estrechez. Del mismo modo se pueden franquear tambien las estrecheces mecánicas poco graduadas. Si estas últimas lo fueran mucho se recurriría á sondas más delgadas y aún á simples estiletes. Excusado es decir que en este caso es preciso obrar con las más minuciosas precauciones por inteligente que sea el operador, porque pudiera equivocarse acerca de la direccion del canal y perderse en una depresion formada por los pliegues del árbol de la vida. Finalmente, á nivel del orificio interno puede encontrarse una verdadera torsion del canal cervical.

En suma: cuando todos los órganos están en estado normal, la sonda encuentra casi siempre cierta resistencia á nivel del orificio interno, fenómeno que nos permite medir la longitud del canal cervical.

Cuando se practica el cateterismo segun el método de Sims se pone al descubierto la porcion vaginal del cuello con ayuda del espéculo del autor, y de esta suerte se allanan muchos obstáculos, porque esta maniobra permite coger el labio anterior del hocico de tenca con la erina ó con una pinza, y obligar á éste á que descienda, con cuyo procedimiento se logra desplegar completamente la mucosa cervical.

La operacion, sin embargo, no es siempre tan fácil, porque cuando, por ejemplo, el fondo del útero en ante flexion presenta algunas adherencias hacia adelante, esta maniobra exagera el grado de flexion. Entónces es preciso tirar de la porcion vaginal con la pinza hacia atras. En general este método de cateterismo es más cómodo, y aún para la enferma preferible. Hay que procurar que el borde anterior del espéculo no venga á colocarse profundamente detras de la porcion vaginal, y hay que ejercer presion sobre el conducto cervical; el espéculo no debe ser introducido muy profundamente, y el operador

debe vigilar atentamente para que no se ejecute ningun movimiento que pueda colocar aquél ante el borde del instrumento.

Cuando el profesor se apercibe de que la sonda está en la cavidad uterina, lo que se conoce por la libertad en los movimientos que se imprimen al catéter, se alcanza con éste fácilmente el fondo del órgano. A beneficio de estos movimientos se explora la pared del útero, su sensibilidad, el estado liso ó rugoso de la mucosa, etc.

Del mismo modo, para reconocer la movilidad de dicho órgano es preciso ejecutar movimientos alternativos con el instrumento en las direcciones trasversal y antero-posterior.

Si se trata de determinar el espesor de las paredes del útero se introduce el dedo en el recto, y elevando el mango del catéter se dirige la extremidad del mismo que se halla en la cavidad uterina hacia el dedo alojado en la cavidad rectal, y de esta suerte se aprecia el grueso de la pared posterior, apreciándose la de la pared anterior dirigiendo el mango del catéter hacia arriba y la extremidad que se halla en la cavidad uterina hacia los dedos de la mano que el operador debe haber aplicado á la pared abdominal.

Tambien pueden diagnosticarse la existencia y el volúmen de tumores (fibromas) que tengan su asiento en las paredes uterinas.

No puede recomendarse de una manera absoluta el empleo de estas maniobras. Despues de la operacion la sonda retiene fijas aún á sus paredes bridas grasosas de tumores blandos, cuando éstos radican en la cavidad uterina.

El exámen histológico permitirá establecer con toda seguridad el diagnóstico de la naturaleza de estos tumores. En un caso de tumor fibro-quístico voluminoso nosotros hemos podido penetrar fácilmente hasta una profundidad de 14 centímetros en el espesor de las paredes de tejidos disgregados.

DE LA SONTA UTERINA COMO AGENTE TERAPÉUTICO.—Respecto al empleo de la sonda uterina con un fin terapéutico citaremos desde luego la reposicion del útero á su estado normal cuando se halla en ante flexion ó en retro flexion, y al efecto puede obrarse de dos maneras diferentes: 1.ª En los casos de retro flexion se introduce la sonda de tal suerte que su concavidad se dirija hacia atras; se opera una rotacion en el instrumento sobre su eje, de manera que la concavidad se dirija hacia adelante. Si se trata de una ante flexion se operará en sentido inverso. 2.ª Se introduce en el útero una sonda muy rígida; se lleva el mango atras hacia el periné, hasta donde sea posible, en los casos de retro flexion, y adelante, hacia el pubis, en cuanto se pueda, cuando se trate de una ante flexion. Esta última práctica es preferible porque el instrumento está en contacto en toda la extension de su superficie con la cara interna del útero, en tanto que en el primero de los casos

citados sólo la extremidad de la sonda está en contacto con la pared uterina (1).

También puede emplearse la sonda como medio de dilatación en los casos de estenosis del cuello; siendo entonces preciso dejar colocado algunos instantes el instrumento después de haberlo introducido, y servirse de diferentes catéteres de diverso diámetro en progresión creciente. Algunos autores han propuesto el empleo de la sonda como medio excitador del útero para provocar las contracciones en los casos de flacidez de las paredes del órgano ó para aumentar la hemorragia menstrual en los casos de amenorrea ó de insuficiencia en el desarrollo del útero.

En suma: examinando la multiplicidad de fines que la sonda uterina puede llenar, llega al ánimo del profesor el convencimiento de que la mayor parte de ellos pueden obtenerse por otros medios que no son peores, y por ende que el empleo de la sonda no es el mejor. ¿Se trata de diagnosticar pequeños tumores pelvianos y una dislocación uterina? La exploración bimanual es casi siempre suficiente y sólo por excepción hay necesidad de recurrir al cateterismo. ¿Se trata de tumores voluminosos cuyas relaciones con el útero se quieren precisar? El examen bimanual también casi siempre da resultados satisfactorios, si bien en ciertos casos el cateterismo uterino, haciéndonos conocer el volumen y la posición del útero, prestará muy buenos servicios.

En los casos en que exista un tumor de la cavidad uterina la sonda por sí sola no basta para establecer el diagnóstico; solamente, en la mayor parte de los casos, permitirá determinar el sitio en que se presenta el tumor. La reposición del útero á su situación normal en los casos de dislocación es en general practicable por procedimientos más inocentes. Con la mano, y merced á una posición apropiada del cuerpo de la enferma, aún en los casos de vicio de conformación del útero, útero bicorné, etc., pueden diagnosticarse éstos practicando la exploración bimanual por el recto y la pared del abdomen, haciendo que descienda ligeramente la porción vaginal del cuello cogida con una pinza cuando sea necesario. Pretender reconocer con la sonda la movilidad

(1) Sims — *Chirurgie utérine*, pág. 207 — ha ideado para esta operación una sonda especial provista de una articulación en el punto que corresponde á la curvatura de las sondas ordinarias. Hemos empleado este instrumento, y, á nuestro juicio, no ofrece ventaja alguna. Si la sonda no tiene una curvatura muy grande y si se trata de obtener la reposición del útero á su estado normal, más que por cambios realizados en la curvatura del instrumento, por movimientos de elevación y descenso del mango, la sonda ordinaria obra como la de Sims, sin que sea necesario un mecanismo complicado.

Véase Adolphe Basch. *Sur un nouveau mode d'emploi de la sonde utérine dans les flexions de l'utérus*. (*Transactions of the Obstetrical Society of London*, vol. XIII, pág. 247.)

de la matriz y el espesor de sus paredes es practicar una operacion tan preñada de peligros que no puede recomendarse.

Improba y larga tarea sería describir aqui todas las maniobras que hacen superfluo el empleo de la sonda uterina, y ya hemos hablado de ellas al ocuparnos en describir los diversos métodos de exámen. No obstante, es preciso reconocer y hacer constar que existe un estado patológico del útero que no puede reconocerse sino con el auxilio de la sonda, cual es la estenosis mecánica del canal cervical, estado más raro de lo que comunmente se cree. La sonda puede suministrar datos erróneos, modificando la direccion del conducto cervical y produciendo estrecheces. Sin embargo, en casos excepcionales en que no puede practicarse el exámen bimanual se debe explorar tambien por excepcion con la sonda la posicion y volúmen del útero.

Hoy, al contrario de lo que sucedía hasta poco há, el empleo de la sonda es muy limitado, limitacion que sin duda constituye un progreso. Los inconvenientes de su empleo no son muy grandes en los casos sencillos, en los cuales puede introducirse con facilidad; á lo sumo su introduccion provoca ligeras hemorragias ó cólicos uterinos, porque cuando se presentan graves y largas endometritis consecutivamente á un cateterismo deben atribuirse estos accidentes al empleo de un instrumento séptico.

En los casos en que el cateterismo es fácil el empleo de la sonda es comunmente superfluo, y cuando el cateterismo es difícil son necesarios grandes cuidados y dilatada experiencia.

Cuando se sospecha la existencia de un embarazo ó la de una inflamacion del útero ó sus anejos está contraindicado el cateterismo uterino, y aun cuando la sensibilidad de las partes que han de examinarse sea excesiva, tambien será preferible rechazar este procedimiento de exploracion.

Simpson. *The Obstetrics Memoirs and contributions*. Edimbourg, 1855.

Huguier. *De l'hystérométrie*. Paris, 1845.

Kiwisch. *Klinische Vorträge*, 1845. Bd. I, pág. 31.

Scanzoni. *Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie*. Bd. I, pág. 73, 1854.

M. Sims. *Klinik der Gebärmutter Chirurgie*, 2.^a edicion, pág. 80.

Actualmente se emplea poco la sonda uterina, y generalmente sólo se recurre á este medio cuando no se han obtenido resultados concluyentes con todos los demas procedimientos. Nosotros le empleamos en algunos casos para corroborar los datos obtenidos por los demas métodos exploratorios. Si, por ejemplo, se trata de un tumor ligado intimamente al útero y que no puede ser aislado de éste por procedimientos manuales, utilizamos la sonda para esclarecer la posicion del útero,

para limitar mejor este órgano por el examen bimanual y hacer constar y comprobar sus relaciones con el tumor.

Recientemente se han referido observaciones numerosas de casos en los cuales los operadores han introducido la sonda en una longitud extraordinaria sin haber encontrado resistencia ni necesitado hacer esfuerzo alguno. El volumen del órgano no estaba en relacion con la longitud del segmento de la sonda introducido por el cuello, habiéndose formulado tres hipótesis para explicar este hecho. Se ha dicho que la sonda podía haberse introducido en la cavidad peritoneal á través de un trayecto fistuloso existente en el tejido uterino (fistula uretro-peritoneal). Se han citado observaciones de casos en los cuales la sonda penetraba y se deslizaba con facilidad suma, habiendo sufrido el útero una involucion defectuosa. La sonda pudo ser introducida en una gran longitud, notándose la extremidad del instrumento inmediatamente detras de la pared abdominal. (Lawson Tait. *Utero-peritoneal fistula*. *Lancet*, 19 Octubre 1871; idem 18 Mayo; idem 1875, núm. 2, pág. 44.)

Valenta (*Gracer Naturforscherversammlung*, 1875, *Tagblatt*, página 116) ha podido introducir la sonda 23 centímetros por encima del labio posterior del cuello en una mujer que habia sufrido una laboriosa aplicacion de forceps y que en seguida habia sido afectada de un pólipa del volumen de un puño implantado en el labio posterior. Podía fácilmente notarse, por el tacto rectal, el punto á nivel del cual la sonda atravesaba el tejido uterino. El pólipo fué extirpado y más tarde no pudo reconocerse la fistula. Valenta opina que á consecuencia de la aplicacion de forceps se produjo una gangrena y consecutivamente á ésta la fistula. Es, al ménos, la explicacion más racional de la fistula uretro-peritoneal. Lo mismo ocurrió en el caso de Lawson Tait, siendo evidente en él la perforacion de la pared uterina por la sonda. En el Congreso de Gratz, Bandel ha referido tambien muchos ejemplos de comunicacion entre las vías genitales y la cavidad del peritoneo. En todos estos casos se habian practicado operaciones importantes, tales como la ablacion en una inversion uterina, en las cuales se concibe la existencia de semejantes fistulas.

Lo más frecuentemente, la sonda penetra á tal profundidad porque se perfora la pared uterina, cuya perforacion se verifica á veces con facilidad suma sin que haya necesidad de ejecutar esfuerzo alguno, sobre todo despues de un puerperio cuando la involucion uterina no es aún completa ó cuando el tejido uterino ha sufrido alteraciones de estructura, cuando existen neoformaciones (fibromas); cuando el útero ha sido afectado en una operacion (ovariotomía), y en las dislocaciones de este órgano. La perforacion se verifica más fácilmente aún cuando el útero está en una situacion anormal, al tratar de vencer las dificulta-

des que surgen para seguir con la sonda la direccion del canal (perforacion de la pared anterior en los casos de retroflexion). Es preciso considerar como causa predisponente la fijacion del órgano por un proceso inflamatorio que no permite al útero acomodarse á la direccion de la sonda. Anatómicamente se ha hecho constar muchas veces la perforacion.

Consultense:

Hildebrand. *Monatsschr f. Geb.*, t. XXXI, pág. 447.

Rabe-Bückhardt y Lehmus. *Sur la perforation de l'utérus par la sonde. Beiträge zur Geburtsh und Gynäkolog. Gesellschaft f. Geburtsh.* Berlin, t. II, pág. 12.

Halliday Croom. *Obstetrical Journal of Great-Brit. and Ireland*, 1878, núm. 62, pág. 62.

Carlos Liebmann. *Sur la perforation de la paroi utérine avec la sonde*, traducido al alemán por Siegfried Hahn. Berlin, 1879.

En algunos casos en los cuales al practicar el sondaje uterino penetra muy profundamente la sonda, puede ocurrir que se haya penetrado en la trompa.

Bischoff refiere una observacion incontestable. (*Sur l'introduction de la sonde utérine dans une trompe. — Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1871, núm. 19.) Bischoff practicó el cateterismo muchas veces en un caso de tumor ovárico y la sonda penetraba en una extension de 17 centímetros. Sucumbe la enferma despues de la ovariectomía y demuestra la autopsia que el útero no estaba lesionado en ningun punto. La cavidad tenía una longitud de 9 centímetros, las paredes uterinas eran muy gruesas y la trompa izquierda estaba prolongada. El orificio uterino de la trompa tenía la forma de un embudo, y como el útero estaba en latero-version del lado derecho, podia hacerse penetrar la sonda.

En otros casos, aunque no existan pruebas anatómicas, el cateterismo de las trompas es por lo ménos muy verosímil. Bruscamente, sin que se emplee la menor fuerza, la sonda penetra por un lado en una longitud extraordinaria, y puede percibirse á traves de la pared abdominal la extremidad del catéter situada á un lado y á bastante distancia del ombligo.

En estos casos se han observado con frecuencia estados que explican la dilatacion de la cavidad uterina y del canal de las trompas por la retencion de sangre menstrual y de otras secreciones, como son la antelexion con estenosis del conducto cervical, la hematómetra consecutiva á adherencias entre el orificio externo del cuello y la pared de la vagina.

Biedert, apoyándose sobre experimentos cadavéricos y sobre observaciones hechas en el vivo, describe los caractéres del cateterismo de

las trompas en la forma siguiente: la sonda, desviada sobre uno de los lados, puede percibirse por el tacto á través de la pared abdominal en cualquiera de las partes laterales á gran distancia del ombligo, siendo imposible sin hacer esfuerzos y sin provocar dolores hacerla girar sobre su eje á fin de que pueda percibirse su extremidad en la línea media. Unicamente es posible percibirla cerca de ésta cuando se la ha introducido á una distancia de 15 á 16 centímetros no obstante hallarse aún en uno de los lados. Ninguno de estos signos puede entrañar la certidumbre, porque es posible observarlos si el catéter, despues de haber perforado la pared uterina, se ha deslizado por medio del tejido de los ligamentos anchos.

Biedert. *Sur le cathétérisme des trompes de Fallope, et sur les causes et les conséquences de la dilatation des trompes.* (Berliner Klinik Wochenschrift, 1877, números 41 y 42.)

En esta monografía se encontrará la historia completa de la cuestion.

Art. IV. — Dilatacion incruenta del canal cervical. — Exploracion de la cavidad uterina.

OBJETO DE LA DILATACION DEL CUELLO. — Se practica la dilatacion incruenta del conducto cervical con un fin diagnóstico ó terapéutico.

Merced á la dilatacion, el operador puede introducir el dedo en la cavidad uterina y explorar su superficie interna. Si sólo se trata de introducir una pinza delgada ó un raspador y coger con estos instrumentos pequeños trozos de bridas mucosas ó de tumores para someterlos á un análisis químico ó microscópico, no es preciso obtener una gran dilatacion. Sólo en muy raras circunstancias se practica esta operacion con el exclusivo fin de practicar una exploracion combinada por la pared abdominal y por la cavidad uterina. En estos casos más bien se propone el profesor explorar el espesor, la consistencia y el estado de toda la pared del órgano que averiguar el estado de la mucosa, de lo cual nos hemos ocupado en anteriores párrafos.

El exámen de la cavidad uterina está con más frecuencia indicado en los casos de metrorragia, de flujos de diversa naturaleza, cuya procedencia y origen no puede precisarse exactamente sin proceder á la dilatacion. Tambien está indicada: cuando se teme la presencia de un cuerpo extraño, de una neoformacion ó cuando los anamnésticos nos han revelado la existencia de un aborto incompleto; si la sonda encuentra una resistencia cuya naturaleza no está bien determinada; si encuentra rugosidades, prominencias; si durante un período favorable como el de la menstruacion se ha observado la salida de un segmento de tumor. En otros casos el diagnóstico es incierto y existe una

hemorragia cuya causa se escapa á la observacion y se teme una degeneracion de la mucosa uterina, y entónces puede rendir útiles servicios el exámen de la cavidad del útero.

Desde que se emplean raspadores muy estrechos y pequeñas pinzas de pólipos la dilatacion del cuello se ha hecho inútil en muchos casos, bastando por lo comun una dilatacion moderada cuando sólo se trata de formular un diagnóstico.

Cuando se practica la dilatacion del cuello con un fin terapéutico se pretende obtener los resultados siguientes: destruccion de una estrechez que hace imposible la evacuacion de sangre menstrual ó la salida de secreciones uterinas, ó que se opone á la penetracion de los espermatozoides. Si la estenosis no es debida á una alteracion de los tejidos del cuello, sino más bien á un cambio de forma, tal como á sinuosidades del canal, flexion, etc., se recomienda tambien la dilatacion porque se puede al propio tiempo obtener, sobre todo si se emplea un cuerpo que aumente de volúmen (esponja preparada, etc.), un enderezamiento del útero.

¿En qué casos deberá procederse á la dilatacion incruenta del cuello y en cuáles deberá practicarse ésta por seccion? Nosotros preferimos esta última en general cuando se trata de dilatar la parte más inferior del canal cervical, especialmente el orificio externo, y empleamos la primera cuando hay necesidad de dilatar los tercios superiores del conducto cervical y el orificio interno.

Si se trata de hacer inyecciones intrauterinas ó de aplicar cáusticos sólidos, es inútil practicar una dilatacion previa si el canal tiene un mediano calibre, pues si se opera con precaucion rara vez se observan accidentes. Sin embargo, el empleo de dilatadores de diámetro invariable (bujías, etc.) es en extremo cómodo y no ofrece peligro alguno. Debe ser recomendado cuando se pretende dar salida á un liquido despues de una inyeccion ó á escaras consecutivas á una cauterizacion que no hallan salida espontánea con facilidad. Cuando se emplean liquidos fuertemente irritantes ó cáusticos enérgicos, como el ácido nítrico, es conveniente introducir un dilatador en el cuello algun tiempo despues de la operacion para evitar la retraccion consecutiva y la aparicion de una estrechez.

En la ablacion de pólipos se emplean instrumentos voluminosos, raspadores y pinzas de pólipos, y en estos casos es necesario practicar previamente una amplia dilatacion del cuello para introducir el dedo que debe servir de guía al instrumento. Tambien debe llevarse á su más alto grado la dilatacion cuando se pretenda extirpar un tumor duro, voluminoso, como pólipos fibrosos intrauterinos, intraparietales, miomas, etc., que formen gran prominencia en la cavidad uterina.

Fuera de los casos en que se trata de una estrechez del cuello, la

dilatacion sólo es una operacion preparatoria. Se la ha recomendado, sin embargo, como medio de tratamiento suficiente por sí solo para obtener la curacion en ciertas afecciones en las cuales, en efecto, mediante la dilatacion, es posible modificar sensiblemente los tejidos. Tal sucede en la hiperplasia del cuello y del cuerpo del útero, por ejemplo, en los infartos crónicos de este órgano, en los cuales sobre todo puede esperarse, empleando la esponja preparada, provocar un proceso regresivo. El útero se hiperemia, se hace friable, y la compresion ejercida por la esponja modifica las neoformaciones glandulares, los pequeños pólipos cervicales. Despues de haber practicado la dilatacion se embadurna la mucosa con la tintura de iodo ó con líquidos cáusticos ó astringentes, constituyendo un medio excelente esta embrocacion para obrar sobre la pared enferma y sobre la mucosa uterina.

Esta manera de proceder tiene su fundamento; pero es preciso evitar la provocacion de un proceso inflamatorio en el útero, y sobre todo en sus anejos. Es preciso tener siempre en cuenta las contraindicaciones en el empleo de los agentes dilatadores.

Contraindicaciones de la dilatacion del cuello.—Está contraindicada la dilatacion del cuello cuando existe un estado inflamatorio de los anejos del útero, cuando se observan vestigios de inflamacion, tales como la presencia de masas duras implantadas en los ligamentos anchos, las adherencias del ovario, la presencia de falsas membranas, la inmovilizacion del útero por una perimetritis anterior, etc. En estos casos debe obrarse con suma prudencia, sobre todo si existe una afeccion de las trompas (hidro ó piosalpingitis).

Manual operatorio de la dilatacion del cuello.—El cuello se dilata empleando los medios siguientes: 1.º Dilatadores susceptibles de cambiar de volumen, constituidos por sustancias que absorben fácilmente los líquidos y aumentan mucho de volumen. 2.º Instrumentos metálicos que presentan dos ó más ramas reunidas cuando se introduce aquél en el conducto cervical, y que despues se separan por un mecanismo especial. 3.º Bujías cilíndricas ó cónicas de metal ó goma endurecida, cuyo calibre no se modifica, obteniéndose la dilatacion introduciendo sucesiva y progresivamente bujías de mayor calibre.

1.º Los dilatadores susceptibles de cambiar de volumen más usados son la esponja preparada y la laminaria. Tambien se usan, sin embargo, la raíz de genciana y el tupelo.



Fig 28.

Los conos de esponja preparada (*fig. 28*) tal como se encuentran hoy en el comercio están constituidos por esponjas comprimidas cubiertas de una capa de goma y provistas en su interior de un tallo metálico.

En general están bien preparadas; su superficie externa es lisa y se desinfectan fácilmente con ácido fénico. Se introducen con facilidad estando la mujer en decúbito latero-abdominal, poniendo al descubierto la porción vaginal del cuello con ayuda del espéculo de Sims y fijando aquélla con una erina ó una pinza (*fig. 29*).

Para colocar la esponja preparada, como cualquier otro dilatador,

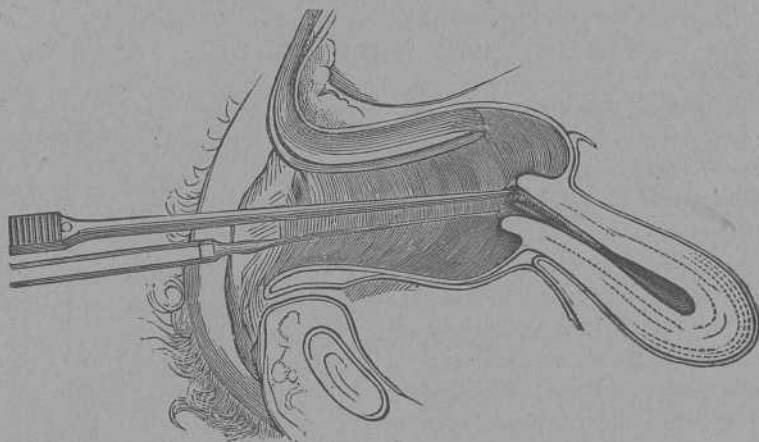


Fig. 29.

es preciso poner al descubierto la porción vaginal, pues de otra suerte las materias sépticas contenidas en la vagina pudieran llevarse al canal cervical.

Se introduce difícilmente la esponja comprimida á través del orificio interno, porque su extremidad se encorva fácilmente sobre sí misma. Para evitar este inconveniente es preciso desde luego servirse de conos muy pequeños, empleándolos sucesivamente más gruesos. Pero este procedimiento exige mucho tiempo, presentando un inconveniente todavía mayor, cual es el de perjudicar los tejidos con quienes se pone en contacto. Las minuciosas investigaciones de Haussmann han demostrado que dos horas después de la aplicación de la esponja la superficie externa del cono está recubierta de epitelio, y que el líquido que fluye por la vagina contiene bridas microscópicas de esponja. Hora y media después Haussmann ha observado que estos productos eran ya fuertemente sépticos.

Todos estos inconvenientes son tanto mayores cuanto que la es-

ponja debe estar colocada mucho tiempo para producir una dilatacion suficiente.

Cuando se retira la esponja es preciso igualmente obrar con suma precaucion: las paredes de aquélla se introducen frecuentemente en los pliegues del árbol de la vida, y se producen pequeñas desgarraduras si se extrae con violencia; es preciso, pues, retirarla con sumo cuidado cogiéndola con unas pinzas.

La laminaria (*fig. 30*) se introduce de la misma manera. Se la puede empapar antes de emplearla en un líquido antiséptico y darla la curvatura conveniente, segun la direccion del canal. Se introduce muy fácilmente cuando no se ha elegido un tallo muy grueso. Segun Haussmann la cara superficial de la raíz se disgrega con ménos facilidad. Es preciso que esté colocada mucho más tiempo en el canal cervical que la esponja para que el epitelio de la mucosa de este conducto se desprenda; sin embargo, los productos secretados pueden alterarse, sobre todo cuando se emplean tallos rugosos y de color oscuro. Spiegelberg atribuye á la laminaria fresca la propiedad de descomponerse fácilmente, bajo la accion de gérmenes sépticos, en un moco moreno muy perjudicial (Cohn).

Cohn no ha notado si esta alteracion no se produce tambien con los tallos preparados. Por el contrario, el agua en que él había colocado uno de estos tallos tenia un sabor corrosivo y las partes superficiales del tallo quemaban vivamente la lengua.

A las ocho ó doce horas de colocado un tallo de laminaria ha adquirido doble volumen del que tenia, pudiendo deslizarse fácilmente y salirse del conducto cervical, por cuya causa conviene sostenerle mediante un tapon sobre el orificio externo. Cada tallo debe tener 5 ó 6 centímetros de largo. Cuando se le retira se observa en él algunas veces en el punto que ha estado en contacto con el orificio interno un estrechamiento anular que nos explica cómo puede haber estado retenido resistiendo á fuertes tracciones. Habitualmente en su base tiene un doble agujero por el cual pasa un hilo, y cuando el tallo está reblandecido este hilo puede seccionarle, por cuya razon no deben ejercerse tracciones muy fuertes, siendo preferible colocar el hilo con una gotiera practicada en la base del tallo.

En general es preciso poner al descubierto la porcion vaginal del cuello y coger con una pinza el tallo de laminaria si se nota cierta resistencia al practicar ligeras tracciones del hilo, obrando luego con precaucion. Nosotros hemos observado un caso en el cual el tallo retenido por el orificio interno se había roto por la mitad, quedando en el



Fig. 30.

cuello la parte superior y extrayendo sólo la inferior. Todas las tentativas para extraer el fragmento alojado en el conducto fueron inútiles, y sólo tuvo lugar la eliminacion espontánea mucho tiempo despues. En estos casos la paciente puede contraer con facilidad suma una parametritis.

Por lo comun es preciso introducir una serie progresiva en volumen de tallos ó un cierto número de ellos de pequeño grueso en haz para poder pasar el dedo en seguida, cuya operacion requiere de dieciocho á treinta y seis horas.

En cuanto á la raíz de genciana y al tupelo no ofrecen particularidad alguna, no presentando ninguna ventaja su empleo, á nuestro juicio.

Estos medios no producen resultado sino despues de una operacion larga y delicada. La esponja preparada es un medio muy incierto; con la laminaria se puede esperar á lo ménos que el orificio interno se dilate, sólo que es preciso casi siempre, si se quiere introducir el dedo, hacer aplicaciones repetidas de tallos cada vez más voluminosos y la operacion dura por término medio treinta y seis á cuarenta horas. Abstraccion hecha de las consiguientes fatigas para la enferma y para el cirujano, de la larga duracion de esta maniobra y de las propiedades de los tallos que dejamos indicadas, es evidente que á pesar de los más prolijos cuidados no será siempre posible evitar la aparicion de accidentes infecciosos.

[La aplicacion de las doctrinas antisépticas al estudio de esta cuestion ha venido á obviar este inconveniente. El Dr. Porak ha observado que así la esponja preparada como los tallos de laminaria, que poseen la propiedad de distenderse considerablemente cuando se ponen en contacto con el agua, están desprovistos de esta propiedad cuando se les sumerge en el éter sulfúrico.

M. Hauriot, director del Laboratorio de Química de la Facultad de Medicina de Paris, supone que esta diferencia se debe á que la esponja, constituida casi en su totalidad por cuerpos azoados, tiene, merced á esta constitucion, una gran afinidad con el agua, afinidad que no existe con el éter ni con el alcohol.

Utilizada esta circunstancia con el fin de trasformar un cuerpo tan susceptible de contener gérmenes sépticos como lo es la esponja, en una sustancia aséptica y aún antiséptica, el Dr. Porak ha sumergido conos de esponja comprimida en una solucion etérea de iodoformo á saturacion, la ha mantenido en ella durante un mes, y ha observado que la esponja cambiaba de color. Desecada despues, y abierta por la mitad, ha podido apreciar tambien en su interior que el color amarillo-oscuro propio de la esponja ha sido sustituido por un color amarillo-claro propio del polvo de iodoformo depositado en la intimidad de

la trama, lo que prueba que el éter al penetrar en la esponja no se desprende del cuerpo disuelto en él.

Faltaba, pues, sólo, para tener resuelto el problema, saber si la esponja y la laminaria sometidas durante largo tiempo á la accion del éter iodoformado perdian la propiedad de dilatarse al ser colocadas en un medio húmedo, y el Dr. Porak ha llevado á cabo esta experiencia primero en el gabinete y despues en la clinica, y el éxito ha coronado sus trabajos. Una y otra se dilatan, aunque con más lentitud, más completamente, constituyendo esta propiedad de dilatarse progresiva y no bruscamente una ventaja, léjos de ofrecer algun inconveniente.

Merced á estas circunstancias se ha divulgado tan rápidamente este procedimiento, que los ginecólogos acreditados no emplean hoy los tallos de laminaria ni los conos de esponja preparada para practicar la dilatacion del cuello uterino sin que previamente se hayan hecho antisépticos sometiéndolos á la accion del éter iodoformado.

Debemos, sin embargo, añadir que, no obstante haberse obviado el principal inconveniente del empleo de estos agentes dilatadores, la dilatacion instrumental que más adelante describen Hegar y Kaltendbach ha venido á relegar á un lugar secundario el empleo de la esponja, de la laminaria, del tupelo y de la raíz de genciana, si bien continúan empleándose en algunos casos. — *M. G. de S.*]

Se ha dicho que estos medios de dilatacion excitaban la contractilidad de la niatriz; el cuello uterino se encontraría entónces acortado, reblandecido y ensanchado, cuyas ventajas no nos parecen de importancia. El acortamiento y el reblandecimiento del cuello son frecuentemente muy débiles y lentos en producirse; por el contrario, los dolores de la contraccion son vivos y pueden continuar aun despues de retirado el agente dilatador.

En cuanto á nosotros, en las muy numerosas aplicaciones que hemos hecho de ellos, hemos notado que la dilatacion era solamente mecánica y correspondía exactamente al aumento de volúmen del medio empleado, y frecuentemente se producía una contraccion del orificio interno que suscitaba no pequeños obstáculos á la introduccion del dedo.

Por otra parte, los resultados varían segun el estado del útero, segun se haya producido cierta dilatacion por la eliminacion espontánea de un tumor, si el cuello está ya acortado ó si el orificio interno está ya un poco dilatado, como sucede en las mujeres que han parido poco tiempo ántes ó que han abortado recientemente. En estos casos el efecto es con frecuencia rápido y completo.

En las jóvenes, en las nuliparas, ó bien en las pluríparas cuyo cuello está hiperplasiado y prolongado anormalmente, la dilatacion se lleva á cabo con suma dificultad.

2.º El segundo método de dilatación del útero con ayuda de instrumentos de acero, cuyas ramas, cerradas durante la introducción, son después separadas una de otra, ha sido recomendado por Busch en primer término con un fin puramente obstétrico para practicar el parto prematuro artificial.

Más recientemente, Ellinger ha sido el primero que ha construido un dilatador de dos ramas con aplicación a la Ginecología. Otros autores han adoptado este método modificando el aparato. Schultze ha ideado un instrumento con el cual se practica la dilatación en el sentido antero-posterior; no obstante, este autor no le emplea sino para completar la dilatación preliminar obtenida con la laminaria.

Sims ha hecho construir un aparato análogo, pero muy complicado, y algunos autores aconsejan que se practique la dilatación con una simple pinza de anillo.

Nosotros no podemos felicitarnos del empleo de este procedimiento. La presión es siempre desigual y se ejerce sólo sobre los puntos en que actúan las ramas; el resorte, difícil de manejar, es embarazoso y el instrumento se mantiene mal, siendo á veces difícil obtener una dilatación suficiente para introducir el dedo en el útero cuando se desea practicar el tacto intrauterino.

3.º El último procedimiento consiste en el empleo de bujías sólidas de calibre invariable, empleándose sucesivamente bujías más voluminosas. Peaslee usa bujías de acero cilíndricas ó débilmente cónicas, cuya extremidad introduce en el útero, no pudiendo penetrar muy profundamente merced á un tope que existe en el tallo en forma de bulbo de cebolla. Las bujías de calibre diferente pueden fijarse á un mango común.

Hanks emplea dilatadores de goma endurecida, ovoideos y huecos, de diez diferentes diámetros.

Lawson Tait usa bujías cónicas, que se fijan también en un mango común, de cuatro diferentes volúmenes.

En estos últimos años hemos empleado nosotros este procedimiento de dilatación y podemos asegurar que de él se obtienen excelentes resultados. Si su empleo no se ha generalizado hasta ahora débese en gran parte á que no se sigue una buena técnica y á que no se dispone de suficiente número de bujías, debiendo tenerse una gran cantidad de ellas, porque es preciso que cada una que se introduce sea sólo un poco más gruesa que la que se introdujo precedentemente. Este método es sobre todo ventajoso en los casos difíciles.

Nosotros las hemos hecho construir con este objeto de goma endurecida, cilíndricas y cónicas en su extremidad, de 12 á 14 centímetros de longitud, hecha abstracción del mango, que mide 5 centímetros.

El diámetro de la bujía más pequeña es de 2 milímetros, aumen-

tando 1 milímetro para cada una de ellas, pero sería preferible tener una coleccion en la que cada una no difiriera de la que le precede y de la que le sigue más que en $\frac{1}{2}$ milímetro de diámetro, pues de esta suerte se facilitaba la dilatacion en los casos difíciles. Cuando el médico se propone practicar el tacto intrauterino es necesario introducir como máximum una que tenga de 16 á 17 milímetros de diámetro, con cuya dilatacion puede ya penetrar un dedo índice hasta su segunda falange en la cavidad del útero. Puede obtenerse aún una dilatacion más considerable sirviéndose de bujías más gruesas.

La coleccion que nosotros hemos hecho construir para los exámenes ginecológicos llega hasta la bujía que mide 26 milímetros. En Obstetricia, para los casos como, por ejemplo, la placenta previa, es preciso á veces emplearlas más voluminosas. Si se trata de practicar una inyeccion, una cauterizacion con nitrato de plata sólido ó con el ácido azótico, de emplear la cuchara-raspador ó las pinzas de pólipos, etc., bastan bujías de 6 á 12 milímetros de diámetro, lo mismo que si se trata de destruir la estenosis del cuello ó ensanchar el canal más allá de sus proporciones normales.

Se pueden limpiar y desinfectar perfectamente estas bujías despues de haberlas empleado lavándolas con jabon, empapándolas en un líquido antiséptico y secándolas. Antes de emplearlas se las coloca de nuevo en una solucion de ácido fénico al 5 por 100, bañándolas en el momento de ir á introducir las en aceite fenicado al 5 ó al 10 por 100. En la vagina se practica una irrigacion con agua clorurada ó con una solucion débil de ácido fénico.

La enferma debe adoptar una posicion conveniente que permita poner al descubierto el hocico de tenca. Nosotros preferimos colocarla en decúbito latero-abdominal y empleamos el espéculo de Sims. Despues de haber fijado con seguridad el labio anterior del cuello se introduce una bujía más ó ménos gruesa proporcionada al calibre del conducto cervical. Segun la resistencia que se encuentra se pasa más ó ménos rápidamente al empleo de bujías más voluminosas, siendo conveniente no elegir las muy gruesas. Se observará fácilmente que es posible evitar el empleo de una gran fuerza dejando colocada la bujía mucho tiempo desde que se nota la resistencia. Algunas veces deberá abstenerse el médico previsoriamente de toda tentativa con bujías gruesas y se volverá á las empleadas anteriormente, dejándolas colocadas bastante tiempo.

En general basta una hora ó algo ménos para obtener una dilata-

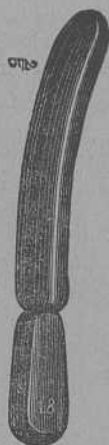


Fig. 31.

ción suficiente para que penetre en la cavidad del útero todo el dedo índice; sin embargo, en algunos casos hace falta más tiempo.

La anestesia facilita mucho la operacion, como asimismo emplear bujías cuya diferencia entre sí no sea sino de $\frac{1}{2}$ milímetro cada una con relacion á la anterior y á la posteriormente empleadas. Las ventajas de esta práctica son evidentes.

La dilatacion completa se lleva á cabo más rápidamente que con la esponja y los otros medios, siendo más aceptable para el médico y sobre todo para la enferma y pudiendo ser aplicado en todo su rigor el método antiséptico. La goma endurecida, que es lisa, no ofrece los inconvenientes de los dilatadores, susceptibles de cambiar de volumen. El corto tiempo que dura la operacion disminuye mucho el peligro de la infeccion. Desde el empleo de las bujías hemos abandonado completamente los demas dilatadores.

La exploracion de la cavidad uterina despues de la dilatacion del cuello se practica del modo siguiente: el dedo índice introducido penetra en el canal cervical, mientras que con la otra mano se deprime hacia abajo el fondo de la matriz. Llegado al orificio interno, el dedo se dirige hacia la mano situada sobre la pared abdominal. En los casos de anteversion la mano situada al exterior se desliza entre el pubis y el útero y empuja este último hacia atras. En los casos de retroversion es preciso ante todo modificar la situacion del útero por una maniobra inversa. En los casos dificiles se fija la porcion vaginal mediante una pinza.

[El Dr. Vulliet, de Génova, ha dado á conocer á la Academia de Medicina de París en Abril de 1886 un nuevo procedimiento de dilatacion uterina, bajo el epígrafe « dilatacion permanente del útero », que creemos necesario añadir á los descritos por Hegard y Kaltenbach. Hé aqui cómo le describe su autor:

« Colocada la enferma en posicion genu-pectoral, y puesto el cuello al descubierto mediante la aplicacion del espéculo de Sims, exploro el canal cervical, restableciendo su calibre y su direccion normal por un tratamiento previo si uno ú otra estuviesen alterados en su normalidad. Si ésta existe naturalmente ó cuando está restablecida, llevo al orificio externo del cuello un pequeño tapon de algodón que hago pasar á la cavidad del útero empujándole con una sonda metálica.

» Los tapones están provistos de un hilo fiador, variando sus dimensiones entre las de un guisante y las de una almendra. No los empleo sino despues de haber permanecido largo tiempo en una solucion de una parte de iodoformo en diez partes de éter, haberles desecado luego y conservado en frascos de tapon esmerilado. (Añadiendo á la solucion etérea de iodoformo un poco de colofonia se hacen hemostáticos los tapones.)

» Introduzco tantos tapones cuantos sean necesarios para rellenar la cavidad hasta su orificio externo, retirándolos á las cuarenta y ocho horas.

» Si la cavidad ha estado bien rellena, las paredes habrán cedido, se habrán reblandecido y habrá quedado un espacio libre, que yo aprovecho colocando inmediatamente un número de tapones más considerable que la primera vez.

» Procediendo así por taponamientos consecutivos y gradualmente más voluminosos, es preciso practicar esta operacion seis ú ocho veces para que la cavidad llegue á un grado de dilatacion bastante para que sea visible en toda su extension.

» Con el fin de ganar tiempo ó para regularizar el calibre de la cavidad pueden sustituirse en algunas de las sesiones los tapones de algodón por un manojo de tallos de laminaria.

» Cuando la cavidad sea profunda, cuando su direccion esté inclinada en sentido anormal, cuando los labios del cuello sean muy voluminosos, será preciso para que aquélla sea accesible á la vista que la dilatacion sea pronunciada.

» En cambio, si la cavidad está ya dilatada y el cuello entreabierto por un proceso patológico existente, será más fácil de dilatar que en el estado normal.

» He hecho construir á M. Mathieu un espéculo especial que, cuando no es necesaria sino la inspeccion parcial, permite ver la mucosa sin que la dilatacion se haya llevado á un grado extremo.»

Las principales ventajas que segun su autor ofrece este procedimiento son:

«Posibilidad de explorar directamente por el tacto y por la vision la cavidad uterina.

» Seguridad completa en el diagnóstico de las lesiones del órgano

» Práctica incontestablemente más fácil para ejecutar las curas y las operaciones que exigen las diversas enfermedades uterinas (endometritis, fibromas, cánceres, afecciones puerperales ó virulentas, etc.).»

Sometido este procedimiento al exámen de una Comision de ilustres ginecólogos de la Academia de París, los cuales encargaron á varios profesores de hospital el ensayo de este procedimiento, la Comision ha reconocido, en vista del resultado de estos ensayos, que la presencia de los tapones en la cavidad uterina, tal como Vulliet la aconseja, léjos de ser un motivo de sufrimiento para la enferma y de provocar un movimiento febril más ó ménos intenso ó una inflamacion más ó ménos violenta, determina una sensacion de bienestar, no ocasiona fiebre, siempre que se observen rigurosamente las precauciones asépticas, y es origen de modificaciones locales en sentido favorable y de notable alivio en el estado general.

Es, pues, un procedimiento nada perjudicial para la enferma, que facilita notablemente el diagnóstico y la terapéutica de varias afecciones uterinas, y sin que creamos nosotros que se haya resuelto el problema de la curación de graves enfermedades de la matriz que constituyen la desesperación de los ginecólogos, estimamos que el procedimiento de Vulliet para la dilatación del útero, aunque quizá reformable, es un sólido progreso que hay que añadir á los muchos con que cuenta la Ginecología en estos últimos tiempos. — *M. G. de S.*]

Los primeros trabajos sobre la dilatación del cuello uterino en Ginecología versaron sobre la aplicación de la esponja comprimida. Simpson ha sido el primero que concibió la idea de dilatar por este procedimiento el canal cervical con un doble fin diagnóstico y terapéutico (*Monthly Journal of Med. Scienc.*, 1844, pág. 734. *The Obstetric. Mémoires and Contributions*, vol. I, página 120).

Sloan sustituye á la esponja la laminaria, cuyo uso se generaliza rápidamente (*Glasgow Med. Journal*, Octubre 1862). Más tarde se preconiza la raíz de genciana (Winckel. *Deutsche Klinik*, 1867, t. XXIX, núm. 19, pág. 270) y los tallos de tupelo (Sussdorf. *Med. Record*, Octubre 1877).

Recientemente Schultze se declara partidario del empleo de los dilatadores de volumen variable (*Centralblatt für Gynäk.*, 1879, núm. 3, y *Wiener med. Blätter*, 1879, números 42-44).

Deben verse, sobre todo en lo que respecta á las consecuencias del empleo de estos cuerpos, los trabajos siguientes:

Spiegelberg. *Thérapeutique intrautérine*.

Volkman's. *Klinische Vorträge*, núm. 24.

Haussmann. *Zeitschrift für Gynäk.*, t. III, pág. 311. — Este último contiene una buena historia del asunto.

Se han referido muchas veces accidentes graves y aún casos de muerte debidos principalmente á peri y parametritis y á septicemias consecutivas al empleo de dilatadores susceptibles de cambiar de volumen. Se ha observado el tétanos á consecuencia del empleo de la esponja preparada (Thompson. *Columbia Hosp. Report*, pág. 102, Washington, 1872. — Thomas. *Diseases of Women*, pág. 91, Filadelfia, 1872).

Los dilatadores metálicos, constituidos por ramas susceptibles de separarse unas de otras, han sido empleados primitivamente en Obstetricia. Es muy conocido, aunque se emplea poco, el dilatador de tres ramas de Busch (*Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geb.*, t. VI, pág. 369).

Ellinger ha recomendado para los usos ginecológicos un dilatador de dos ramas que ha sido empleado frecuentemente y ha sufrido numerosas modificaciones (*Archives für Gynäk.*, t. V, pág. 268).

Schultze y Sims han hecho construir un dilatador análogo (Sims. *Wiener med. Wochenschrift*, 1878, núm. 10. — Schultze. *Wiener med. Blätter*, 1879, número 42).

Las bujías sólidas, de volumen invariable y que producen la dilatación por el empleo constante y progresivo de instrumentos de mayor calibre, pa-

rece que ha sido Peaslee el primero que las ha empleado de una manera metódica (*New-York med. Journal*, t. XI, 1870, pág. 465).

Véanse además:

Hanks. *The London med. Record*, 1879, 15 Mayo, pág. 208.

Lawson. *Tait Obstetric. Journal of Great-Brit. and Ireland*, 1879, núm. 78, pág. 379.

Tschudowski (*De la dilatation du canal cervical*, según Hegar. *Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1879, números 10 y 11) ha descrito la dilatación del cuello con arreglo al procedimiento que está en vigor en la clínica de Fribourg, que aquél visitó en 1879. — Los instrumentos de Hegar han sido presentados al Congreso de Baden en Septiembre de 1879.

Fritsch. *La dilatation mécanique de l'utérus. Centralblatt für Gynäkologie*, 1879, núm. 25.

Schroeder. *Les dilateurs à volume variable sont-ils nécessaires dans la pratique gynécologique? Ibid.*, núm. 24, 1879.

Elischer. *Sur l'emploi de la tige de tupelo. Centralblatt für Gynäk.*, 1880, núm. 8.

Art. V.—De los métodos que permiten descubrir y examinar la mucosa rectal.

Es frecuente que pueda verse la parte más inferior de la pared rectal anterior si introducido el dedo índice en la vagina se empuja la pared recto-vaginal por encima de la comisura posterior, haciendo salir de esta suerte un segmento de la pared anterior á través del ano (Storer). También puede emplearse el espéculo. Simon ha demostrado que el ano es muy dilatable. Comunmente no se emplean ni los primitivos espéculos cilíndricos ni los de muchas valvas; en general se usan los de Sims ó los de Simon, separadores vaginales ó erinas, exactamente lo mismo que para el examen vaginal. En los casos fáciles y simples es inútil la anestesia; pero cuando haya motivos para sospechar que el examen ha de durar largo tiempo ó se trate de una maniobra en la que hayan de emplearse valvas muy grandes, ó cuando existan fisuras del ano, la anestesia prestará muy útiles servicios. Si el ano es poco dilatable se empezará el examen aplicando un espéculo pequeño. Se puede, no obstante, por lo comun emplear desde luego instrumentos muy voluminosos si aquéllos no bastan para el objeto que se propone el profesor. Se introduce el espéculo univalvo describiendo pequeños movimientos de rotación, y como por regla general se trata de poner al descubierto la pared anterior del recto, con el espéculo se deprime fuertemente la pared posterior. Solamente el anillo cutáneo fuertemente tenso constituye un obstáculo é impide el examen de la pared rectal anterior en los puntos que confinan con el ano. Será conveniente en las ocasiones en que esto suceda elegir un

espéculo de valva más estrecha que, distendiendo ménos las partes laterales del ano, deje á éste en estado de semirelajacion. Se puede tambien entónces hacer salir al exterior la pared anterior por el procedimiento de Storer y ponerla así al descubierto despues de haber separado el rodete cutáneo con erinas. Si fuese necesario, aconseja Simon que se practique á cada lado del repliegue anal una incision de $\frac{1}{2}$ centímetro de profundidad.

Para examinar las partes laterales del recto, un separador vaginal ó una valva son los mejores instrumentos que pueden emplearse. Para poner al descubierto la pared posterior se debe, segun Simon, separar con una valva ancha la pared anterior y sostener con separadores vaginales las paredes laterales. Cuando se trata de una operacion se puede recurrir á la seccion del esfínter practicada á nivel del rafe mediante una incision dirigida hácia atras. La parte inferior de la pared posterior del recto, que es cóncava hácia adelante, se encuentra entónces acortada, y el canal rectal se hace rectilíneo y bastante corto para que la parte pelviana de esta pared sea fácilmente accesible.

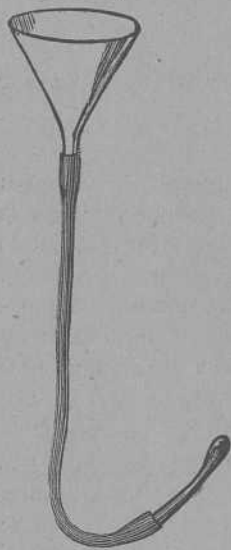


Fig. 32.

Puede llenarse el recto y la porcion inferior del intestino grueso con agua ó con otros líquidos. Al obrar así se propone el médico establecer un tratamiento ó provocar una deposicion. Rara vez se trata en este caso de formular un diagnóstico (comunicacion entre el intestino y la vagina, el útero ó la vejiga). Para establecer el diagnóstico diferencial entre la hidronefrosis y los tumores ováricos se ha propuesto llenar el recto de aire para evitar errores. En Ginecología, cuando utilizamos la exploracion del recto con un fin diagnóstico, ó cuando se trata de practicar una operacion (colpoperineorrafia, perineoplastia, etc.), debemos vaciar y lavar previamente el intestino.

Para obtener este resultado el mejor instrumento es el embudo de Hegar (*fig. 32*) ó un irrigador ordinario para las heridas.

Se sabe cuán débil es la presion abdominal, particularmente cuando el cuerpo está en posicion de reposo, y cuán posible es disminuirla más todavia colocando á la enferma en decúbito lateral ó abdominal. La presion de una columna de agua de 20 á 40 centímetros basta casi siempre para que el líquido penetre en el intestino recto, pudiendo emplearse un tubo más largo si fuese necesario. Habitualmente el li-

quido no penetra porque existe una gran cantidad de aire en el tubo, cuyo aire se extrae comprimiendo el tubo de abajo á arriba á partir desde la cánula. Estos aparatos tan sencillos llenan todas las condiciones que pueden desearse. Tienen buena marcha, son sólidos, se reparan fácilmente y están exentos de peligro, cualidades que no todos los aparatos tienen.

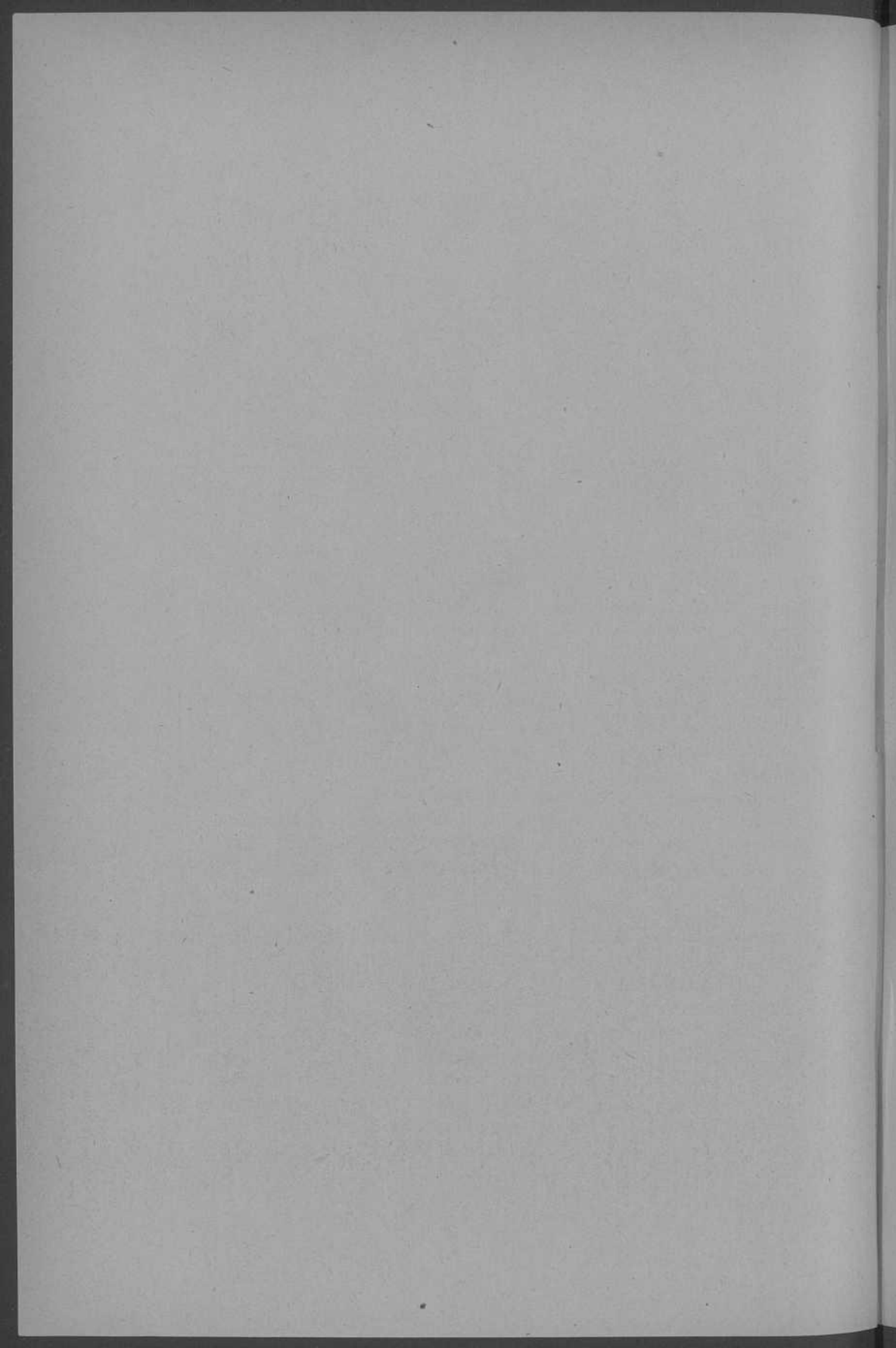
Recomendamos el empleo de una cánula olivar, habiéndonos convencido de que no se lesiona tan frecuentemente la mucosa como empleando una cánula de extremidad aguda. Las cánulas pueden ser de zinc ó de goma endurecida, y se limpian fácilmente. Si las enfermas son sensibles ó están cansadas de un largo tratamiento deben preferirse los aparatos más romos. La mucosa rectal es muy delicada, y nosotros creemos que las ulceraciones del recto consecutivas al uso de las enemas no siempre son debidas á una lavativa única y mal practicada, sino que es preciso atribuir las al empleo prolongado de este medio de tratamiento, aunque en la práctica del mismo no se haya cometido la menor falta.

En nuestra clínica empleamos el embudo para administrar enemas medicamentosas destinadas á ser absorbidas. Aquí se trata de no inyectar una gran cantidad de líquido, y bajo este punto de vista el embudo es el mejor instrumento. Se introduce la cánula en el ano y después se vierten en el embudo los 60 á 120 gramos de líquido medicamentoso (tintura de opio, de 10 á 30 gotas; sulfato de quinina, $\frac{1}{2}$ á 1 gramo disuelto en agua).

Sobre el exámen del recto con ayuda del espéculo. Véase el trabajo de Simon, *Communication de la chirurgie clinique de l'hôpital de Rostock*, 2.^a parte, pág. 305.

Hack. *Sur la dilatation instrumentale du rectum dans un but opératoire.* (*Langenbeck's Archiv.*, t. XXI, pliego 2.^o)

Sur l'introduction de liquide dans le rectum et la vessie pour laver ces organes, etc. Véase Hegar, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1878, núm. 7, y en Goeschen, *Deutscher Klinik*, 1873, núm. 8.



PARTE SEGUNDA

CAPÍTULO ÚNICO

OPERACIONES ELEMENTALES EN GINECOLOGÍA

Artículo 1.º — Inyecciones vaginales. — Aplicacion de tópicos á la mucosa vaginal y á la porcion vaginal del cuello.

Inyecciones vaginales. — Manual operatorio. — Para aplicar líquidos medicamentosos á estas regiones del aparato sexual se emplean irrigadores, aparatos de embudo, sifones, jeringas, clisobombas ó el espéculo, pudiendo aplicarlos mediante el uso de este último con un pincel.

La eleccion de jeringa merece toda nuestra atencion. La fuerza de presion debe poder ser regulada en todos los casos, y como muchas enfermas quieren ó tienen que aplicarse las inyecciones á sí mismas, es preciso que el uso de este instrumento no requiera un gran esfuerzo físico, ni sea incómodo para las pacientes. Es necesario ademas poder impedir que el aire penetre con el líquido de la inyeccion en las heridas que presenten divertículos profundos, en los abscesos ó en el cuello entreabierto.

El irrigador simple para las heridas (*fig. 33*) es un excelente aparato para las inyecciones vaginales. Se une el vaso á un largo tubo de goma ó de cautchuc y á éste una cánula provista de muchas aberturas laterales á nivel de la oliva en que termina.

La presion bajo la cual sale el líquido se regula fácilmente colocando el recipiente más ó ménos alto, ya sobre un soporte, ó ya sostenido por una persona. Para evacuar el aire que contenga este aparato basta dejar correr el líquido ántes de introducir la cánula en la vagina, cui-

dando de retirar aquélla de ésta ántes que el líquido haya descendido hasta el nivel del orificio de salida del recipiente.

El embudo de Hegar (*fig. 32*) es un buen aparato, muy sencillo, que se usa lo mismo que el irrigador, aunque siendo precisa comunmente la presencia de una persona encargada de mantener el embudo á la altura conveniente. Si se trata de un simple lavado vaginal la enferma puede por sí misma, sin ayuda de otra persona, ponerse la inyección.

El aparato de sifon consiste en un vaso cualquiera, en cuyo fondo se coloca una semiesfera de plomo. Se une este pié á un largo tubo, al cual se adapta una cánula. Para usar este aparato se coloca en el recipiente el tubo arrollado en espiral, de tal suerte que se llene de líquido; despues con los dedos se oprime una de las extremidades del tubo, se retira éste del recipiente y se lleva esta extremidad hácia

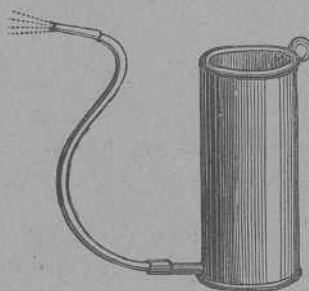


Fig. 33.

abajo, más abajo aún que el nivel del líquido. Al principio sale el aire mezclado con el líquido, despues sale éste puro y entónces se introduce la cánula en la vagina.

Las viejas jeringas deben reputarse como recuerdos de la antigüedad.

El aparato, compuesto de una pera de cautchuc, de un tubo y de una cánula (*fig. 34*), es muy sencillo. Colocada la extremidad del tubo en el líquido que se ha de inyectar, ejerciendo movimientos alternativos de compresion sobre la pera de cautchuc el líquido es aspirado y arrojado por la cánula. En este aparato es difícil purgar de aire el líquido de inyección, y además aquél se deteriora fácilmente.

Los aparatos denominados clisobombas tienen una construcción muy variada. Unos se construyen con válvulas, otros sin ellas; con unos se obtiene una corriente continua, con otros intermitente. Uno de los aparatos más antiguos de este género está representado en las *figuras 35, 36 y 37*. Cuando el piston *a* se levanta, la válvula *b* se eleva, en

tanto que la *c* se cierra. Si se baja el piston, viceversa, y entónces el líquido sale por el tubo adaptado en *c*. Hay otra clisobomba, hoy frecuentemente empleada (*figs. 38 y 39*), que consta de dos cilindros, de los cuales el uno se adapta al otro en forma de mango. Si se levanta el cilindro superior, la válvula *a* se abre, mientras que en este cilindro la válvula *b* se cierra. El líquido penetra en el cilindro por el fondo del aparato, que está perforado. Si se baja el cilindro superior, la válvula superior *b* se abre, mientras que la *a* se cierra. El líquido llega por el boton *f* del instrumento y por la abertura hecha en *c* pasa al tubo.



Fig. 34.

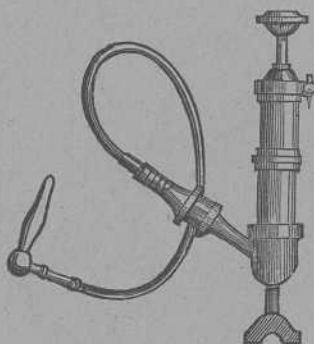


Fig. 35.

Uno de nuestros colegas, amigo nuestro, tuvo un caso de muerte debido al empleo de este aparato, á consecuencia de la penetracion de aire en las venas y en el corazon derecho, practicando una inyeccion de percloruro de hierro en el útero contra una hemorragia *post partum* por inercia uterina. No se puede explicar fácilmente cómo pudo penetrar en las venas tan gran cantidad de aire. Las investigaciones que nosotros hemos hecho con esta clisobomba introduciendo en agua la cánula unida al tubo y observando la salida de vesículas de aire en diferentes maniobras, nos han dado el resultado siguiente: estando el cilindro profundamente bajo el agua de tal suerte que no fuera posible la entrada del aire por *d* y por *e*, raras y pequeñas vesículas de aire se escapaban, en tanto que el pié de la clisobomba estaba fuertemente fijado al fondo del recipiente.

Nosotros nos explicamos este hecho porque una parte del aire con-

tenido en *f* pasaba al tubo á consecuencia de los movimientos de vaiven del aparato.

Ademas, esta clisobomba no da corriente continua. Grandes cantidades de aire son arrojadas, en tanto que *d*, á consecuencia de los movimientos de elevacion del cilindro superior, se eleva por cima del nivel del líquido. El aire era arrojado en cantidad extremadamente considerable en cuanto dejaba de estar cubierto de líquido el pié del aparato. Los movimientos de vaiven del recipiente de agua pueden cambiar con facilidad el nivel de la misma. Ademas, y esto no es raro

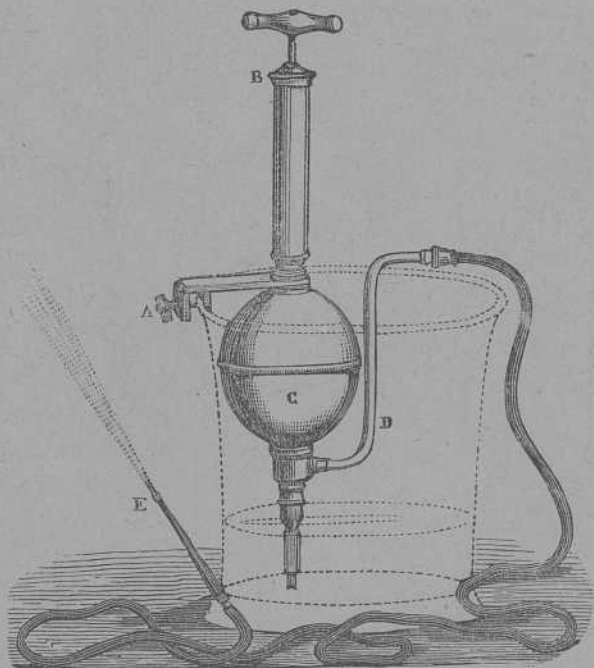


Fig. 36.

en la práctica, el pié del aparato no está siempre sólidamente fijo al fondo del recipiente. Por descuido ó por falta de ayudantes eleva el piston sin fijar con su otra mano el pié de la clisobomba, ó sin hacerle fijar por un ayudante. Entónces, no sólo sube y baja el cilindro, sino el aparato entero, y los orificios permeables al aire quedan con mucha frecuencia por cima del nivel del agua.

El aparato provisto de válvulas (*figs. 38 y 39*) es mejor. Está formado por dos cilindros, embotándose el uno en el otro, ó de un piston

que se desliza en un cilindro. Antes de introducir la cánula es preciso hacer funcionar el aparato durante algunos instantes, de manera que se desaloje todo el aire contenido en el tubo, no siendo casi posible con esta precaucion que se mezcle el aire con el líquido de inyeccion.

Es difícil regular la presión con todas las clisobombas, y para las enfermas débiles la posición que han de adoptar es penosa, siendo preciso además el concurso de un ayudante.

Hoy el irrigador y el embudo reemplazan con ventaja todos estos aparatos costosos y complicados que han ocasionado accidentes graves y aun casos de muerte, accidentes que hasta ahora sólo se han observado con el empleo de las clisobombas y de las jeringas de caucho. Se observan frecuentemente, en efecto, con el uso de estos aparatos súbitos y violentos dolores, escalofríos, debilidad, frío en las extremidades y vómitos. Estos síntomas pueden desaparecer rápidamente, pero algunas veces van seguidos de una peritonitis que puede revestir una marcha subaguda y terminar por la muerte (1).

Frecuentemente es inexplicable la patogenia de estos accidentes, atribuyéndose a una exagerada sensibilidad de las enfermas, al choque traumático ó a la irritación de un nódulo inflamatorio preexistente en la vecindad de la vagina y del cuello uterino. Los hechos son más netos en ocasiones. El aire ha penetrado en las venas vaginales que rodeaban un carcinoma; adaptándose al orificio externo del cuello uterino la oliva de la cánula ha atravesado el líquido el canal cervical, yendo a parar a la cavidad peritoneal atravesando la úterina y las trompas. Determinadas circunstancias parece que favorecen especialmente esta complicación; tales son la excesiva anchura del orificio externo del canal cervical y de las trompas. Estas particularidades no se encuentran sino poco después de un parto prematuro ó a término, pero se observan también en otras circunstancias. (*Nota bibliográfica núm. 1.*)

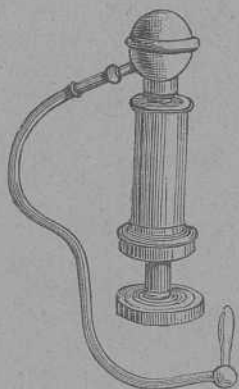


Fig. 37.

(1) Respetando, como siempre, la autorizada opinión de los autores, estimamos un tanto exageradas las consecuencias que se atribuyen al empleo de las jeringas y clisobombas, pues a más de no haberlas observado en nuestra práctica ni una sola vez, aun tratándose de su uso en el puerperio, no recordamos haber leído tampoco muchas observaciones de tales accidentes. Esto no obsta para que nos parezca también preferible el uso del embudo ó del irrigador para la aplicación de inyecciones vaginales. — *M. G. de S.*

Para utilizar cumplidamente las inyecciones vaginales es preciso aplicar debidamente los diversos instrumentos á cada caso particular y saber elegirlos. De un modo general puede decirse que la enferma debe estar en una posición cómoda, si bien de manera que no pueda mancharse con el líquido de la inyección, ya echada ó ya sentada sobre un servicio, un *bidet* ó sobre otro recipiente. Se fija al tubo una cánula de asta, metal ó cautchuc terminada por una oliva que esté provista de varias aberturas laterales ó de un orificio en su extremidad.

El objeto de la inyección es muy variable. Frecuentemente sólo se trata de practicar un lavado vaginal, y en este caso son buenos todos

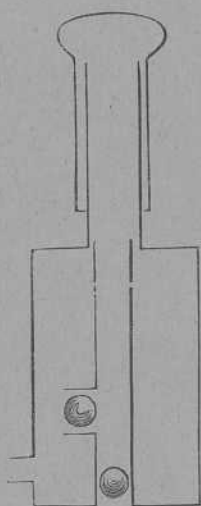


Fig. 38.

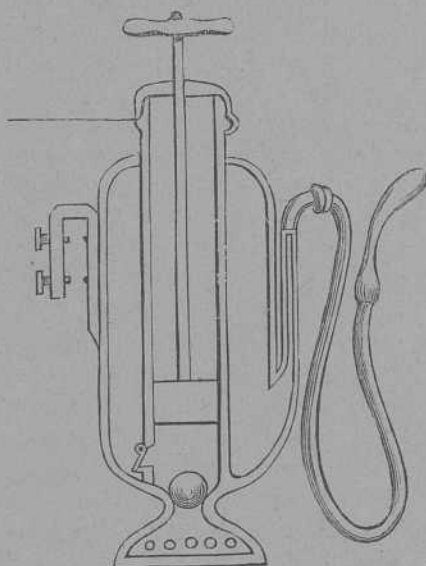


Fig. 39.

los aparatos cuya fuerza de presión es poco considerable, debiendo durar la inyección de uno á dos minutos. El líquido comunmente empleado es el agua templada, á la cual se añade, según los casos, el agua clorurada, una solución de permanganato de potasa, etc. Si existen gran hiperemia y exageración de la sensibilidad se emplea un cocimiento mucilaginoso. Cuando se necesite que la inyección sea astringente se añade una disolución de alumbre, se usa un cocimiento de hojas de nogal ó se emplean el tanino, el sulfato de hierro ó la disolución oficial del percloruro férrico. En ciertos casos conviene utilizar la temperatura del agua, empleándola fría, helada ó caliente, inyectándola durante tres ó cuatro minutos con una presión débil.

Cuando haya necesidad de excitar enérgicamente los órganos genitales se puede llenar este fin por dos medios: excitando la contractilidad ó provocando un estado congestivo. En el primer caso se obtiene el resultado apetecido practicando una inyeccion de agua fría ó caliente — 40 á 42° — corta, pero á gran presion, ó empleando como líquido de inyeccion el agua vinagrada ó el agua alcoholizada. En el segundo se practicará una inyeccion con agua tibia que dure de cinco á diez minutos, cuya accion puede aumentarse practicándola á gran presion. (*Nota bibliográfica número 2.*) Las soluciones salinas, así como las de aguas madres, se han recomendado tambien y empleado en los establecimientos balnearios, atribuyéndolas una accion alterante. En suma; todos estos medios provocan una excitacion genital, excitacion cuyo grado depende de la concentracion de la solucion empleada, de las materias disueltas en el líquido y de la temperatura y la presion de la ducha. En multitud de casos en los cuales se trata de lesiones inflamatorias crónicas se obtienen buenos resultados. En otros, en cambio, dispuestas las inyecciones sin bastante conocimiento de causa, léjos de favorecer la inyeccion, perjudica, toda vez que las inyecciones y las duchas no son medios tan inocentes como por lo comun se cree. No es raro que á consecuencia del empleo inoportuno de las duchas frías á fuerte presion sobrevengan, ya exacerbaciones de estados inflamatorios crónicos, ya rebeldes y violentas neuralgias. Ocurre aquí lo que en todos los procesos crónicos inflamatorios, la conjuntivitis por ejemplo. Puede ser ventajoso excitar la hiperemia y provocar una inflamacion artificial, pero es preciso desde el principio guiarse por una idea precisa, y debe cuidarse no traspasar ciertos límites, más allá de los cuales la excitacion deja de ser ventajosa. Si estos límites fueran traspasados sería preciso emplear un tratamiento adecuado.

Nada más insensato en Ginecología que ordenar á todas las enfermas el uso de la clisobomba sin darles instrucciones muy precisas de las inyecciones de agua fría ó caliente.

Al lado de las inyecciones de líquido debemos ocuparnos de la aplicacion de vapores á la vagina y á los fondos de saco útero-vaginales. (*Nota bibliográfica núm. 3.*) Se ha preconizado con este fin el em-

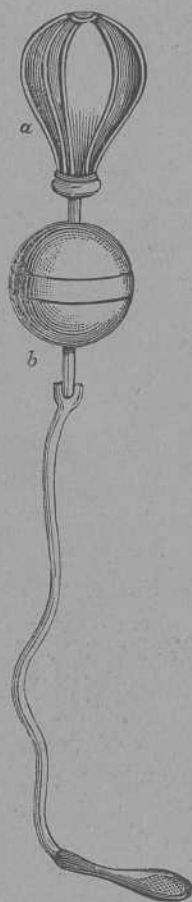


Fig. 40.

pleo del cloroformo y del ácido carbónico. Para obtener los del primero se usa el aparato representado por la *fig. 40*, que se compone de una cápsula de latón, en cuya cavidad se coloca una esponja empapada en cloroformo. Dicha cápsula se une por un lado á una vejiga ó pelota de cautchuc (*a*), y por otro á un tubo tambien de cautchuc que termina en una cánula. Introducida ésta en la vagina, oprimiendo la pelota se proyectan los vapores en la cavidad de aquélla, provocando primero una sensacion de calor y despues una anestesia que dura de cuatro á seis horas.

El ácido carbónico se obtiene en una botella generatriz de este gas, que por un tubo de goma pasa á la vagina cuando la extremidad de aquél, terminado en una cánula, se introduce en aquella cavidad.

Estos dos métodos se han generalizado muy poco, habiendo observado Scanzoni un caso de muerte en una mujer á consecuencia de la introduccion del ácido carbónico en los vasos.

Aplicacion de tópicos sobre la mucosa de la vagina y de la porcion vagi-

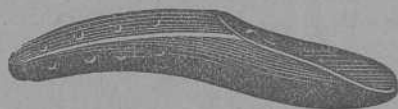


Fig. 41.



Fig. 42.

nal del cuello. — Cuando se quiere aplicar durante largo tiempo un líquido sobre las paredes de la vagina ó sobre los fondos de saco se emplea el espéculo de baño, el cual generalmente es cónico, obturado por su extremidad interna y provistas sus paredes, de goma endurecida, de multitud de agujeros (*fig. 41*). Se ha ideado tambien con este fin un aparato (*fig. 42*) que consiste en un hilo grueso arrollado en forma de espiral, que mantiene separadas una de otra las paredes vaginales. Este instrumento es, sin embargo, poco recomendable porque el hilo se desarrolla fácilmente, provocando dolores y no llenando el objeto á que está destinado. Se aplica el espéculo de baño estando la enferma en un baño general ó en un baño de asiento, y si se quiere que la parte superior de la vagina sea bañada por el líquido debe introducirse el instrumento bajo el agua.

El empleo del espéculo es ménos peligroso que la ducha vaginal. Si la solucion salina no es muy concentrada la excitacion es ligera. En el vaginismo y estados análogos la dilatacion mecánica de la vagina da tambien buenos resultados.

Nosotros empleamos un método excelente que nos permite aplicar soluciones irritantes y astringentes á la mucosa de la vagina y de la porcion cervical, cual es el embadurnamiento de estas partes puestas al descubierto mediante el empleo de un espéculo cilindrico. (*Nota bibliográfica núm. 4.*)

Los espéculos de cristal cubiertos de una capa de goma endurecida responden bien á este objeto. Se introduce el espéculo como de costumbre, se pone al descubierto la porcion vaginal del cuello y se llena de líquido la cavidad vaginal de manera que cubra toda la referida porcion vaginal. Tambien puede introducirse aquél en la cavidad cervical con ayuda de un pincel. Aplicando fuertemente el borde del espéculo contra los fondos de saco el líquido no puede bañar más que la porcion vaginal y puntos vecinos; pero si se quiere que obre sobre las paredes de la vagina basta dejar de oprimir el espéculo contra los fondos de saco, dejando correr el líquido y áun retirar completamente aquél, cuidando de bañar con un pincel las partes superiores y laterales del canal vaginal. Obrando de esta suerte se puede limitar á voluntad la extension sobre la cual debe obrar el medicamento.

Pueden tambien emplearse soluciones de medicamentos astringentes en glicerina, proyectando cierta cantidad de ésta en el espéculo, y cuando despues de haber retirado éste un poco se extienda el líquido por las partes profundas de la vagina se aplica un tapon de algodón ó una esponja, que impide al líquido verterse al exterior y que empapando la esponja ó el algodón prolonga la duracion del contacto del medicamento con las paredes vaginales y con la porcion vaginal del cuello. De la misma manera obra un tapon de una ó de otra sustancia que empapado en el líquido medicamentoso se aplique á los fondos de saco vaginales con ayuda del espéculo. (*Nota bibliográfica núm. 5.*)

K. Mayer ha sido, segun creemos, el primero que ha recomendado este procedimiento, que consiste en bañar el hocico de tenca y la mucosa vaginal en un líquido aplicado con el espéculo de cristal forrado de cautchuc. Merced al empleo de este procedimiento, Mayer ha obtenido excelentes resultados con el vinagre en los casos de ulceraciones papilares del hocico de tenca. Si el vinagre que se emplea es muy fuerte la irritacion puede ser excesiva, sobre todo si el líquido penetra en el canal del cuello. Este líquido debe inyectarse en cantidad suficiente para que la ulceracion quede completamente cubierta, dejándolo entónces, aunque sea por espacio de dos á cinco minutos, hasta que la superficie ulcerada presente un aspecto blanquecino. Se repiten estas aplicaciones cada cuatro ó cinco días, hasta que se establezca una gran supuracion. Obtenido este resultado se repite la operacion, si es necesario, cuando haya pasado el primer período menstrual consecutivo á la operacion, cuidando mucho de no comenzar

demasiado pronto. Aplicado de esta suerte nos ha prestado grandes servicios este procedimiento. Del mismo modo se emplea la disolucion de nitrato argéntico, cuyo grado de concentracion no puede fijarse de una manera absoluta cuando se trata de catarro del cuello, de erosiones catarrales y foliculares ó de un catarro vaginal, dependiendo tambien de la susceptibilidad individual de la paciente. Es preciso al principio tantear el terreno, emplear desde luego soluciones débiles, y si éstas no bastan emplearlas fuertes; pero es preciso obrar con lentitud para dar lugar á que la escara producida por el cáustico pueda caer. Por consiguiente, cuando se emplee la solucion débil se repetirá la operacion más frecuentemente, dilatando más la repeticion cuando se haga uso de la solucion fuerte. Si se presenta la regla en el curso del tratamiento se suspenderá éste hasta tres ó cinco días despues de haber cesado aquélla, conviniendo suspenderla tambien cinco ó siete días ántes del día en que la menstruacion debe aparecer.

Se debe asimismo repetir muy frecuentemente la aplicacion de fuertes soluciones de tanino, como se hace en el catarro vaginal, en el reblandecimiento de la mucosa cuando hay tendencia al descenso y al prolapso.

El empleo de medicamentos sólidos y pulverulentos se hace preferentemente con ayuda del espéculo. Las partes vecinas del cuello se cauterizan empleando un porta-cáustico largo, pudiendo entónces, retirando suavemente el espéculo, tocar la mucosa vaginal en los diferentes puntos que se desee. La piedra infernal puede ser pura ó mitigada. En general, nosotros empleamos rara vez el nitrato de plata sólido, prefiriendo el empleo de soluciones á diverso grado de concentracion. No obstante, es preciso tener muy en cuenta los hábitos de cada profesor y su apreciacion personal sobre la energía de tal ó cual procedimiento. Es preferible á este respecto que cada práctico piense en los principios de terapéutica general, en los que le guían en el tratamiento de las afecciones de otras mucosas, como, por ejemplo, las de la boca, faringe, etc., y él poseerá en su experiencia una seguridad mayor que la expuesta en detalle acerca de la práctica de un solo ginecólogo.

Las sustancias pulverulentas, tales como el alumbre, pueden ser llevadas á la mucosa cervico-vaginal mediante la ayuda de espátulas; sin embargo, es preferible espolvorear con estas sustancias un tapon de uata que se introduce en la vagina con ayuda de un espéculo, cuidando de mantener aplicada con una pinza el tapon sobre el cuello del útero cuando se retire el instrumento. Este tapon debe permanecer aplicado durante tres ó cuatro horas, haciendo una inyeccion de limpieza cuando se retire. De esta suerte pueden emplearse la morfina, el extracto de belladona, etc. (*Nota bibliográfica núm. 6.*)

Los supositorios vaginales (*Nota bibliográfica núm. 7*) compuestos de manteca de cera, de manteca de cacao, harina de almendra, almidón, glicerina, gelatina, etc., como vehículo de la morfina, de la atropina, etc., han sido recomendados por Simpson, Tilt y otros autores. Su acción es incierta y nunca se sabe hasta qué grado pueden reabsorberse. Su aplicación en el recto es más racional.

Los vejigatorios (*Nota bibliográfica núm. 8*) están recomendados en la inflamación crónica del útero, endometritis del cuerpo y parametritis. Se aplican sobre el hocico de tenca, previamente desembarazado de los productos de secreción que le cubren, y se mantienen fijos por medio del taponamiento. El vejigatorio debe permanecer colocado durante ocho ó diez horas, al cabo de las cuales se produce generalmente una gran exudación serosa que exige numerosas y frecuentes lociones. Veit preconiza la solución de cantáridas recomendada por John (dos partes de extracto concentrado de cantáridas en el éter y una parte de gutapercha disuelta en cloroformo), cuyo medicamento se aplica con un pincel á la porción cervical del cuello.

1) Acerca de los síntomas graves después de las inyecciones vaginales fuera del estado de embarazo, véanse los trabajos siguientes:

Ebell. *Societ. de Gynécologie de Berlin. Berliner klinische Wochenschrift*, 1874, núm. 38.

Spaeth. *Péritonite et mort après injection d'acétate de plomb par les trompes dans la cavité péritonéale. Centralblatt für Gynäkolog.*, 1878, núm. 35.

More Madden. *Péritonite après injection de liquide astringent à l'aide d'une seringue de caoutchouc.* (Existía un prolapso uterino y estaba abierto el orificio.) *Journal Obst. of Great-Britain and Ireland*, Abril, 1875.

Thomas. *Obst. Journ. of America*. Abril, 1877. Inyección vaginal practicada por la misma enferma con la jeringa de Davidson. Dolores muy vivos, colapso, peritonitis. Existía un catarro del cuerpo uterino, subinvolución y un orificio uterino muy ancho.

2) Emmet (*Principes et pratique de la gynécologie*. Filadelfia, pág. 118) recomienda muy eficazmente el empleo de las inyecciones de agua caliente en todas estas afecciones de los órganos sexuales, que son también útiles en las congestiones arteriales ó venosas porque provocan la contracción del tejido muscular y de los vasos, tomando un color blanquecino la mucosa y estrechándose el calibre del canal. Al principio de las lesiones inflamatorias deben practicarse inyecciones frecuentes y muy calientes (36 ó 38° centígrados). En las afecciones crónicas bastará que la temperatura sea en 2 ó 3° superior á la de la sangre.

A la acción del calor hay que añadir la del peso del líquido, que no se vierte al exterior sino cuando la vagina no puede contener más, debiendo emplearse gran cantidad en la inyección. La enferma se coloca con las rodillas dobladas sobre un recipiente provisto de un orificio, al cual se adapta un tubo que da paso al líquido á un vaso colocado debajo del lecho. La enferma debe guardar cama algún tiempo.

Muchas enfermas no soportan, sin embargo, estas inyecciones, sobreviniéndoles dolores, etc.

3) Veit. *Maladies des organes sexuels*; 2.^a edición, pág. 281.

4) Para la aplicación sobre la porción vaginal y sobre el orificio de la matriz de soluciones astringentes y cáusticas, consúltase:

Karl Mayer. *Klin. Mittheil*; 1.^a parte, 1861, pág. 10.

5) Las soluciones aplicadas en la vagina con ayuda de tapones de algodón en rama son rápidamente absorbidas, según lo ha demostrado Hamburger con las soluciones de yoduro potásico al 15 por 100, de ferrocianuro potásico al 9 por 100, de ácido salicílico al 2 por 100 y de bromuro potásico al 6 por 100. Estas sustancias aparecen en la orina de dos á cinco horas después de la aplicación. (*Prager Vierteljahrsschrift*, t. CXXX.)

6) Hildebrandt (*Du catarrhe des organes sexuels de la femme. Volkmann's klinik Vorträge*, núm. 32) recomienda el empleo de la pomada de alumbre al 1 por 6 en los catarrros vaginales.

7) Los pesarios medicamentosos han sido preconizados por Simpson. (*Edimburg Monthly Journal*, Junio, 1848.)

Véase además:

Turner. *Sur les pessaires médicamenteux dans le traitement des affections utérines. Obst. Transact.* Londres, t. X, pág. 205.

8) Los vejigatorios aplicados al cuello uterino han sido recomendados principalmente por Aran.

Véanse:

Veit. *Loc. cit.*, pág. 284.

Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1866, pág. 222.

Art. 2.^o — De las inyecciones intrauterinas. — De la aplicación de materias medicamentosas al canal cervical y á la cavidad del cuerpo uterino.

Los medicamentos líquidos pueden ponerse en contacto con las paredes del útero y del cuello empleándolos en inyecciones ó con ayuda de un pincel, de tapones de tela, etc., que se empapan en aquéllos, introduciéndolos en seguida en estas cavidades.

Las inyecciones solas pueden emplearse cuando se pretende que el líquido penetre en la cavidad del cuerpo. La literatura, á este respecto muy considerable, y las numerosas discusiones que han tenido lugar sobre este tema en las Academias demuestran todo el interés que merece esta cuestión. Estudiaremos en primer término el *manual operatorio* y después precisaremos los casos en que están indicadas.

Manual operatorio. — Generalmente es preciso dilatar el cuello antes de poner la inyección, si ya no lo estuviere previamente. Se puede adquirir el hábito de dilatarle rápidamente tanto como es necesario con unas pinzas ó con un dilatador.

Antes de emplear soluciones muy irritantes ó muy cáusticas debe

emplearse un medicamento ménos activo, como la tintura de iodo ó una disolucion de tanino, probando la susceptibilidad del órgano con líquidos diferentes. Se empleará una jeringa pequeña y bien hecha que permita medir exactamente la cantidad de líquido inyectado, que no pasará de 3 á 10 gotas, máximum que no se deberá traspasar sino en casos extremadamente raros en que la cavidad uterina tenga grandes dimensiones. La jeringa de Braun (*fig. 43*) es una de las más comunmente empleadas, y está formada por un tubo de cristal montado en goma endurecida, cuya cánula tiene la forma y dimensiones de una sonda uterina provista, cerca de su extremidad, de una pequeña abertura lateral y hallándose unida á tuerca con el cilindro de cristal. Mientras la jeringa es nueva se conserva perfectamente; pero cuando se la emplea frecuentemente, sobre todo si con ella se usa la disolucion de percloruro de hierro, se deteriora pronto, uniéndose mal la cánula con el cilindro y desgastándose el piston. Durante la inyeccion las pequeñas aberturas de la cánula se obturan con el moco uterino, siendo preciso empujar con gran fuerza el piston; cede entónces bruscamente la resistencia y el líquido se proyecta con fuerza y en gran cantidad en la cavidad uterina. La enferma debe estar colocada en la posicion de la talla ó en el decúbito de Simon. No obstante, en general el decúbito lateral, y especialmente el de Simon, no son los mejores porque el líquido puede ser más fácilmente lanzado hácia la cavidad abdominal. La porcion vaginal del cuello debe ponerse previamente al descubierto mediante el empleo de un espéculo de valvas. Es indudable que puede hacerse una inyeccion intrauterina sin espéculo, pero las condiciones no son tan favorables porque el líquido puede verterse en la vagina, mientras que estando el cuello al descubierto se obvia con facilidad este inconveniente colocando debajo una esponja ó un tapon de algodón en rama. La cánula de la jeringa se introduce como si fuera una sonda uterina y el líquido se inyecta mediante un movimiento lento del piston. Para que la pequeña luz del orificio de salida se oponga por sí misma á la fuerte proyeccion del líquido es preciso, no tan sólo oprimir suavemente el piston, sino hacerlo con cortos intervalos de reposo. No es necesario templar el líquido, atendida la pequeña cantidad que ha de inyectarse. Durante la inyeccion es preciso observar si el líquido sale por el orificio externo del cuello; si así no fuera es que se detiene, en cuyo caso se aspira con la jeringa tirando del piston.



Fig. 43.

Tal es el manual operatorio de la inyección intrauterina con todas las precauciones que requiere. Se ha recomendado el empleo de una cánula de doble corriente, pero no se evacua el líquido con este instrumento con mayor seguridad. Puede obstruirse el conducto de salida, y además de no llenar su fin tiene la desventaja de ser un instrumen-

to demasiado voluminoso para el calibre del canal cervical. Mandl, por ejemplo, ha visto sobrevenir accidentes graves á consecuencia de la inyección de una disolución débil de tannino hecha con la sonda de doble corriente.

Schultze ha preconizado recientemente las irrigaciones de la cavidad uterina con un líquido antiséptico (solución de ácido fénico al 2 por 100), operando de la manera siguiente: previa y ampliamente dilatado el canal cervical con la laminaria, introduce en la cavidad uterina un catéter metálico de 6 milímetros de diámetro próximamente, que se pone en comunicacion con un irrigador.

Las inyecciones intrauterinas están principalmente indicadas en las hemorragias cavitarias del útero y en la endometritis, estando contraindicadas cuando existe una flexión ó una version muy marcadas ó una gran irritabilidad del útero previamente reconocida mediante una inyección de agua tibia, ó, finalmente, cuando existe un proceso inflamatorio cualquiera.

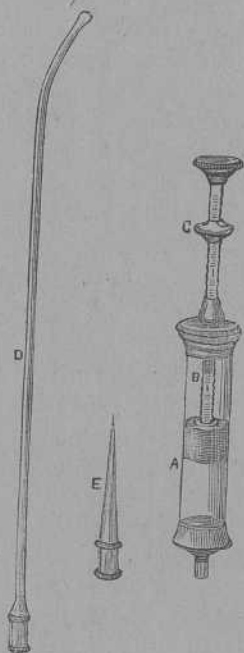


Fig. 44.

Accidentes observados despues de la inyección intrauterina. — Los accidentes observados despues de estas inyecciones son ordinariamente cólicos uterinos más ó menos penosos, que son á veces fugaces, pero que en ocasiones pueden durar de cinco á seis horas (*Nota bibliográfica núm. 1*), provocándolos fácilmente el empleo de líquidos muy irritantes y cáusticos. En ciertos casos, inmediatamente despues de la inyección se ha observado un dolor extremadamente violento, acompañado de palidez del semblante, frío en las extremidades, debilidad y pulso muy pequeño y frecuente, pudiendo calmarse este acceso ó ir seguido de cólicos uterinos, indicando á veces la aparición de una peritonitis que puede ser leve relativamente, pero que con más frecuencia es grave y rápidamente mortal, pudiendo tambien producirse este accidente sin que despues de la inyección se observen síntomas tan marcados.

Finalmente, se ha observado la muerte súbita con opresión y vivo

dolor precordial despues de practicada una inyeccion de percloruro de hierro en las venas abiertas de un útero cuya involucion se habia efectuado incompletamente.

Es preciso atribuir los sintomas de choque á una extension brusca de la cavidad uterina y á la irritacion violenta ocasionada por la solucion, y si el líquido pasa á traves de las trompas hasta la cavidad peritoneal puede producirse, entre otros accidentes, una peritonitis, porque es dudoso que estas complicaciones puedan ser atribuidas á la presion ejercida por el líquido sobre el tejido del útero y sobre los vasos. Mas, no obstante, es cierto que los líquidos corrosivos é irritantes pueden provocar una endometritis que desde el tejido uterino se propague al peritoneo, evolucion que se efectuará principalmente si las escaras ó si los coágulos que existieran en la cavidad uterina ántes de la operacion sufriesen la degeneracion pútrida, hecho que se observa frecuentemente despues de las inyecciones de percloruro de hierro. En estas circunstancias la peritonitis no apareceria inmediatamente despues de la operacion.

Estos accidentes se han observado frecuentemente (*Nota bibliográfica núm. 2*) cuando los instrumentos empleados estaban sucios ó cuando no se han observado suficientemente todas las precauciones ó no se han tenido en cuenta las contraindicaciones que dejamos señaladas. Tambien la eleccion de medicamento es de la mayor importancia. El percloruro de hierro y el nitrato de plata son los más peligrosos, siendo muy raro que el empleo de la tintura de iodo y la solucion de tanino den origen á graves accidentes.

Muchos autores han practicado numerosas inyecciones uterinas sin que les haya ocurrido el menor accidente. En cuanto á nosotros desde hace muchos años empleamos con frecuencia las inyecciones uterinas, sirviéndonos de la jeringa de Braun para contrarrestar las hemorragias en los casos de fibromas, de involucion defectuosa, de antiguos infartos, etc., sin que hayamos observado jamás accidentes graves dignos de mencionarse.

Sin embargo, es preciso tener en cuenta las complicaciones que acabamos de señalar y no debe apelarse á las inyecciones intrauterinas sino cuando han fracasado ó no pueden ser puestos en práctica los demas métodos de tratamiento.

Los demas métodos que permiten llevar á la mucosa uterina diversas sustancias empapadas en líquidos medicamentosos parecen ser ménos peligrosos. Es muy fácil obrar sobre la mucosa cervical. Se toma un pincel empapado en el líquido y se introduce en el conducto del cuello, ó se baña un agitador de cristal ó una sonda uterina en un medicamento concentrado (ácido crómico); si el orificio interno es ancho y la cavidad del cuerpo rectilínea se puede emplear tambien la sonda

uterina, un pincel montado sobre un mango largo ó una sonda flexible, é introducirlos en la cavidad del cuerpo. El porta-tópicos retiene todavía una cantidad suficiente de líquido para obrar sobre la mucosa del cuerpo.

Si no existen condiciones tan favorables, si, por ejemplo, está estrechado el canal cervical y más ó ménos curvado, si hay necesidad de emplear una gran cantidad de líquido, es preciso recurrir á otros procedimientos. Existe un método excelente, que consiste en envolver en algodón en rama ó en tela una sonda que se introduce despues de haber empapado aquélla en el líquido medicamentoso. Es frecuentemente necesario, ó al ménos muy conveniente, practicar previamente la dilatacion artificial del cuello, haciendo desaparecer, en tanto que sea posible, la flexion ó la situacion anormal del útero.

Hace mucho tiempo se emplea mucho otro método para aplicar

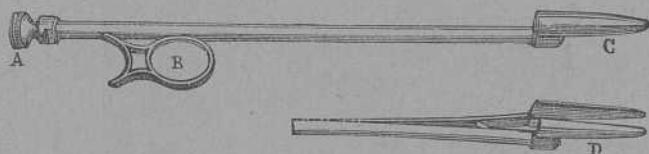


Fig. 45.

líquidos corrosivos, astringentes ó excitantes á la cavidad uterina ó al canal cervical, empleándose un tallo flexible de cobre ó de aluminio fuertemente escotado en su extremidad y que presenta numerosas asperezas, estando cubierto de uata. Empapado el algodón en la solución medicamentosa se introduce en la cavidad uterina, poniendo al descubierto la porcion vaginal con ayuda del espéculo. El tallo metálico está curvado en diferentes puntos, segun la direccion del canal, previamente reconocida por el cateterismo, y se debe dejar colocado tanto tiempo como sea preciso para que pueda actuar el medicamento.

Si se quiere obrar sobre la cavidad del cuerpo solamente es preciso desde luégo proteger el canal cervical, para llenar cuyo objeto se emplea un espéculo intrauterino, pequeños instrumentos de dos valvas (*fig. 45*) ó canaliculares, construidos en goma endurecida, marfil, etcétera, de 4 á 5 centímetros de largo y provistos de un tallo con su puño. Este espéculo, introducido en el cuello uterino, protege las paredes de éste, al ménos contra la accion directa del líquido que ha de aplicarse á la mucosa de la cavidad del cuerpo, lo que es muy importante cuando se emplean cáusticos enérgicos. La introduccion de este espéculo exige frecuentemente la dilatacion previa del cuello.

[No ocupándose de este instrumento los autores sino bajo el punto

de vista de sus aplicaciones á la terapéutica de las enfermedades uterinas, y á pesar de que sólo bajo este aspecto tienen alguna importancia los espéculos intrauterinos, como la idea que presidió á su construcción fué la de que sirvieran como medio de diagnóstico, y como haya aún algunos que pretendan que deben emplearse en este concepto, juzgamos necesario decir algunas palabras acerca de ellos.

El primer espéculo intrauterino fué, segun Nonat, inventado por Desormeaux, y estaba constituido por un tubo tan estrecho que pudiera penetrar en la matriz á través del conducto cervical. Introducido en éste, la extremidad externa del instrumento se pone en relacion con una lámpara provista de un reflector que proyecta los rayos luminosos sobre la cavidad uterina.

Más tarde Jobert (de Lamballe) ideó la construcción del espéculo intrauterino bivalvo, análogo al bivalvo vaginal, que consta de dos valvas susceptibles de separación, mantenidas por un largo mango, cuyo eje se halla en distinto plano que aquéllas, á fin de no impedir la vision á través del conducto formado por las valvas.

Despues este espéculo ha sido modificado por Mathieu primero, luego por Blatin y últimamente por Lemenau Deschenais, si bien en las últimas modificaciones más se ha atendido al papel que como dilatador del cuello representa este instrumento que á las funciones que como espéculo es susceptible de desempeñar.

En efecto; las pequeñas dimensiones del calibre de su conducto, la distancia que media entre la vulva y el orificio interno del cuello y la escasa dilatabilidad á que por lo comun se presta éste constituyen serias dificultades para que pueda tener éxito la aplicación del espéculo intrauterino con el fin de observar el estado de la mucosa.

Por esta razon el espéculo de Desormeaux es hoy un instrumento inútil en la práctica, y los de Jobert, Mathieu, Blatin, etc., sólo son aceptables como dilatadores, ya para juzgar la dilatabilidad de los orificios, ya para emplearlos como medio terapéutico en los casos en que sea necesario practicar la dilatación ó en los indicados por Hegar y Kaltenbach.

Esto no obstante, el espéculo de Desormeaux quizá sea el punto de partida de la invención de un nuevo instrumento destinado á la observación visual de la cavidad uterina en los casos en que está indicada la dilatación uterina por el procedimiento de Vulliet, que en lugar oportuno dejamos descrito. — *M. G. de S.*

También se emplea el ácido nítrico fumante ú ordinario. En los casos de catarro crónico con secreción abundante, de involución uterina incompleta, de hemorragias y de menorragias con engrosamiento é hiperplasia de la mucosa, presta este medicamento muy útiles servicios y su empleo está, al parecer, exento de peligro, toda vez que no

se observan estados inflamatorios consecutivos ni en el útero ni en sus anejos si se toman las precauciones convenientes. A veces, sin embargo, se observa la estenosis cervical á consecuencia del empleo de este medicamento, para evitar cuyo inconveniente se recurre al espéculo intrauterino, vigilando además, durante la caída de las escaras y la cicatrización de las úlceras consecutivas, que esté asegurada la permea-

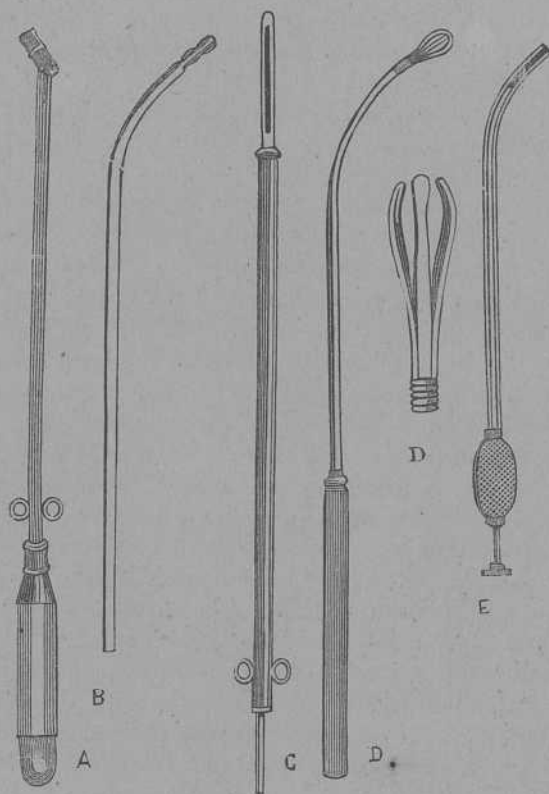


Fig. 46.

bilidad constante del conducto cervical, cuidando de dilatarle, si fuere preciso, con sonda, bujías, etc. (*Nota bibliográfica núm. 3.*)

Son muchos los procedimientos que permiten aplicar medicamentos sólidos á la mucosa del cuerpo y del cuello del útero.

El nitrato de plata es el tópicó más frecuentemente usado. Para cauterizar el cuello basta un largo porta-cáusticos (*fig. 46 A*) ó coger sólidamente con unas pinzas una barra de nitrato argéntico é introducirla en la cavidad cervical, protegiendo las partes vecinas del orificio

externo y de la porcion vaginal del cuello con algodón en rama. Para la cavidad uterina se emplea un aparato especial, que no es otra cosa que un porta-piedra (*fig. 46 B*) formado por una vaina fenestrada de platino conteniendo la piedra infernal, y fijado por una tuerca á un mango de goma endurecida ó de metal. Los porta-cáusticos largos, que tienen la forma de una cuchara (*fig. 46 C*), fijos á un mango de plata, son muy buenos. La cuchara, en la cual está encajado el nitrato de plata, está introducida y oculta en el cilindro hasta que el instrumento ha salvado el conducto cervical, en cuyo caso á beneficio de una especie de mandril sale aquélla á la cavidad uterina.

Basta dirigir una ojeada sobre la figura siguiente (*46 D D'*) para comprender el empleo, mecanismo y modo de aplicacion del porta-cáustico de Scanzoni.

Existe un tercer aparato construido de tal suerte que permite introducir en la cavidad uterina un trozo de piedra infernal que se disuelve en seguida, y es el pistoleta uterino de Martin, el cual permite introducir otras sustancias que el nitrato de plata (*fig. 46 E*).

Cualquiera que sea el instrumento elegido se deberá desde luego asegurar su solidez, sobre todo si se emplea el porta-cáustico de cuchara, porque se correría el riesgo de dejar en el útero la cucharilla, cuyo punto de union con el mango se altera fácilmente bajo la accion de medicamentos corrosivos. Si el canal cervical es estrecho debe practicarse previamente la dilatacion, pudiendo entónces emplearse instrumentos más voluminosos que contengan mayor cantidad de sustancia cáustica. Esta última se ve rápidamente rodeada de la escara, que limita su accion sobre la mucosa, constituyéndola una envoltura aisladora, tanto que es preciso hacer girar el instrumento alrededor de su eje y atraerlo hácia arriba y hácia abajo, dejándolo colocado de tres á cinco minutos, tiempo necesario para que la piedra se disuelva. El líquido oscuro que se vierte por el orificio del cuello debe ser recogido con algodón en rama, por cuya razon es conveniente valerse del espéculo. Pero se puede practicar la cauterizacion sin el auxilio de este instrumento. La introduccion del porta-cáustico está sujeta á las mismas reglas que la de la sonda uterina.

Durante y despues de la aplicacion de los cáusticos las enfermas sufren dolor ó experimentan una impresion de calor; viéndose más tarde, con frecuencia, sobrevenir cólicos uterinos más ó menos vivos, á veces muy violentos que duran hasta doce y aún veinticuatro horas, con flujo amarillento oscuro ó coloreado por la sangre, cuya abundancia coincide por lo comun con la disminucion del dolor. Son muy raras las grandes hemorragias, que nosotros no hemos observado jamás á pesar de haber empleado frecuentemente los cáusticos. La caida de la escara y la fuerte irritacion de la mucosa duran mucho tiempo (cinco

días próximamente y aún más). No aconsejamos que se repita más de dos veces una cauterización en el intervalo de dos períodos menstruales.

Nosotros seguimos como regla de conducta la de obligar á las enfermas que permanezcan despues dos días en cama.

Si existe una version ó una flexion de la matriz es preciso practicar con sumo cuidado la aplicacion de los cáusticos, obrando con moderacion cuando previamente se han podido mejorar la posicion y la forma del órgano, y absteniéndose completamente cuando la version es muy fuerte, lo mismo que debe hacerse cuando existe una afeccion inflamatoria de las partes vecinas ó de los anejos del útero.

Estas cauterizaciones están indicadas en la endometritis crónica con engrosamiento de la mucosa, menorragia ó metrorragia. Despues del período puerperal se ha recomendado esta operacion en los casos de involucion incompleta del órgano acompañada de catarro.

Se practican estas cauterizaciones despues del aborto (de ocho á catorce días despues de la expulsion del huevo), cuando fragmentos de éste ó bridas de mucosa quedan en el útero y provocan flujos sangui-nolentos, así como despues de la ablacion de un tumor. Son útiles en muchos casos, pero tienen una accion más directa y más incierta que las inyecciones uterinas, en las cuales se emplea el ácido azótico.

Becquerel (*Nota bibliográfica núm. 5*) ha sido el primero que ha recomendado el empleo de pequeños tallos hechos con medicamentos pulverulentos incorporados á un mucilago de goma tragacanto. Emplea tallos del volumen ordinario de una barra de nitrato de plata, hechos de goma tragacanto y de tanino y provistos en toda su longitud de un hilo que les sirve de eje, pudiendo añadirse á aquéllos con ventaja un poco de glicerina. Estos supositorios, cuando son suficientemente largos, pueden, no solamente depositarles en la cavidad cervical, sino en la del cuerpo, teniendo cuidado de poner previamente al descubierto la porcion vaginal del cuello y fijando éste. Las indicaciones son las mismas que para cauterizarlas con nitrato de plata, y las reglas del manual operatorio son las mismas que en los casos precedentes.

Pueden emplearse tambien el sexquicloruro férrico, el óxido de zinc, el sulfato de cobre, el sulfato de zinc, el acetato de plomo, etc.

Martin recomienda el empleo de lápices constituidos con sustancias incorporadas al polvo de malvavisco y á la glicerina, de 2 á 3 centímetros de longitud, que se introducen con ayuda de su pistolete intrauterino.

Se ha ensayado tambien llevar con estos aparatos sobre la mucosa cervical medicamentos en polvo, tales como el alumbre, el calomel, etcétera.

Frankel ha recomendado recientemente los supositorios de alum-

bre para los catarros del cuerpo y del cuello consecutivos á la subinvolucion. El alumbre no da lugar á la formacion de escaras.

[Creemos oportuno dar á conocer á nuestros lectores el procedimiento empleado por el Dr. Doleris, distinguido ginecólogo de los hospitales de París, en los casos de retencion de restos placentarios despues del aborto, en lugar de las cauterizaciones aconsejadas por Hegar y Kalténbach.

Hé aqui cómo procede: colocada la paciente en la posicion obstétrica, y aplicado un espéculo de Sims ó de Simon que deprime el periné, hace descender el útero mediante la aplicacion de una pinza al labio anterior del cuello, pinza que, en union del espéculo, confia á un ayudante. Dilata despues el cuello uterino con los dedos si el orificio externo permite la introduccion de uno, ó con el dilatador metálico si así no fuere. Dilatado ampliamente el canal cervical, y reconocida con los dedos la cavidad uterina, si la placenta estuviere íntegra ó los trozos placentarios y restos de membranas fueren voluminosos, los fragmenta con la cucharilla cortante y raspa las paredes de la cavidad uterina, introduciendo despues en ella un instrumento ideado por él, que denomina escobillon y que tiene grandes analogías con los limpia-pipas y con los limpia-tubos de cristal. Consta de un tallo metálico flexible, una de cuyas extremidades está provista, en una extension de 8 á 12 centímetros, de crines sólidas y fuertes que forman una especie de cilindro erizado de mil puntas capaces de destruir un tejido poco resistente y de barrer completamente toda la mucosa uterina. Este escobillon penetra en el útero mediante un movimiento de barrera, y por un movimiento idéntico, aunque en sentido inverso, se desprenden los tejidos placentarios adheridos á las paredes del útero. Por un movimiento espiroideo retira el instrumento de la matriz, basando repetir la maniobra un corto número de veces para tener la seguridad de que la cavidad de aquel órgano ha quedado limpia. Practica despues una irrigacion intrauterina con un líquido antiséptico cualquiera (la disolucion de ácido fénico al 1 por 100 ó la de sublimado al 1 por 2,000) á 50° de temperatura, y vuelve á introducir el escobillon cargado de glicerina creosotada al 1 por 10. Despues de barrida nuevamente la cavidad uterina practica una irrigacion vaginal antiséptica, y algunas veces introduce un supositorio de iodoformo.

Es tan poco dolorosa la operacion y relativamente tan certa que no precisa la anestesia, pudiendo, no obstante, apelarse á ella si las condiciones individuales de la paciente lo permiten.

Tambien la pérdida de sangre es poco considerable, asegurando la hemostasia la inyeccion intrauterina del líquido antiséptico á 50° de temperatura, aparte de lo que las mismas maniobras operatorias contribuyen á determinar la contraccion de la fibra muscular uterina.

Doce observaciones publicadas hasta la fecha por el Dr. Doleris aseguran la completa inocuidad de este procedimiento en los casos de retencion placentaria despues del aborto. — *M. G. de S.J*

1) Existe una literatura muy rica sobre las inyecciones uterinas. Cohns-tein ha publicado una historia muy completa de la cuestion: *Beiträge zur Therapie der chronischen Metritis*. Berlin, 1868.

Vidal, en virtud de los accidentes observados por los médicos franceses á consecuencia de las inyecciones intrauterinas, hizo experimentos sobre el cadáver, de los cuales dedujo que el líquido inyectado no penetraba en las trompas y en los vasos uterinos sino cuando la inyeccion se ponía con fuerza. *Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice par les injections intravaginales et intrautérines*. Paris, 1840.

Kennig (*Katarrh der inneren weiblichen Geschlechtstheile*, Leipzig, página 12) hace constar que el paso del líquido inyectado á las trompas es muy difícil.

Por otra parte, Klemm ha observado que si se practica una ligadura sobre el cuello, cierta cantidad de líquido pasa á las trompas, haciéndose más fácil este paso á las venas uterinas y á los ligamentos anchos (*Ueber die Gefahren der Uterininjection*. Leipzig, 1863).

En todos tiempos se han referido observaciones de accidentes graves y aún mortales provocados por las inyecciones. La autopsia ha demostrado muchas veces que los líquidos inyectados, atravesando las trompas, han ganado la cavidad peritoneal. Tales son los hechos referidos por Haselberg y por nosotros mismos (*Monatsschrift für Geburtsk.*, t. XXXIV, pág. 162), por Cederskjöld (*Jahresh von Virchow und Hirsch f.*, 1875, pág. 572) y por Kern (*Wurttemberg. Med. Correspondenzblatt*, 1870, núm. 7).

En el caso de Cederskjöld, caso en el cual el percloruro de hierro, atravesando las venas de la pelvis y la cava inferior, había llegado al corazon derecho, provocando rápidamente la muerte por coagulacion de la sangre, no menciona el autor, desgraciadamente, el instrumento empleado ni la cantidad de líquido inyectada. El útero se hallaba en estado de involucion incompleta y los vasos abiertos en la cavidad de la matriz.

En el caso publicado por Kern, terminado por una peritonitis mortal, la solucion de percloruro de hierro fué inyectada con una jeringa ordinaria!!

En el caso nuestro nos habíamos servido de un catéter elástico y de una especie de jeringa de inyecciones uretrales. Las paredes uterinas estaban adelgazadas, disminuidas de espesor.

Noeggerath ha referido otros casos desgraciados á consecuencia de las inyecciones intrauterinas de percloruro de hierro y de solucion de nitrato de plata (*Schmidt's Jahrb.*, 1861, t. CXII, pág. 361).

Thomas (*Obstetr. Journ. of America*, 1877, Abril, pág. 263) ha observado recuentemente, despues de las inyecciones de una solucion á partes iguales de sulfato de hierro y glicerina, frecuencia de pulso, angustia y colapso, observándose tambien frecuentemente peritonitis.

Sin duda ninguna estos accidentes deben atribuirse lo más comunmente á una técnica defectuosa, pero esto no basta para explicar todos los casos.

Los experimentos sobre el cadáver han demostrado que el líquido no podía pasar por las trompas si la presión era muy considerable, y como el canal cervical es siempre suficientemente ancho para que esta particularidad no llegue á producirse, há lugar á sospechar si no existirá una disposición anormal. Weber ha hecho constar dos veces sobre el cadáver una dilatación manifiesta del orificio de la trompa (*Beitrag zur intrauterinen Behandlung. Berliner Klin. Wochenschr.*, 1877, núm. 41); una vez tenía el diámetro de una pluma de cuervo, otra vez era de un calibre suficiente para admitir el dedo pequeño. El embudo así formado estaba en verdad obturado.

Bischoff (*Correspondenzblatt Schweizer Ärzte*, 1872, núm. 19) ha hecho constar también en la autopsia una dilatación en embudo del orificio de la trompa izquierda.

Véase lo que hemos dicho sobre el empleo de la sonda uterina y sobre las inyecciones vaginales.

Mandl. *Wiener Med. Wochenschrift*, 1849, núm. 8, pág. 174.

Riegel. *Die intrauterinen, injectionen in der Behandlung von Gebärmutterkrankheiten. Deutsch. Arch. Klinik. Med.*, t. V, pág. 464.

La jeringa de Braun fué presentada por primera vez á la Sociedad de Ginecología de Berlín por Fürst. (*Monatsschrift*, t. XXVI, 1865, pág. 1.)

Las irrigaciones han sido descritas por Schultze. (*Wiener Med. Blätter*, 1879, núm. 2.)

2) *Monatsschrift f. Geb.*, t. XXXIII, pág. 412.

3) Playfair es el autor que ha introducido en la práctica el proceder con ayuda del cual llevamos á la cavidad uterina las sustancias líquidas capaces de empapar el algodón en rama colocado alrededor de una sonda (*Brit. Med. Journ.*, t. XI, 1869). Los espéculos intrauterinos que permiten obrar sobre la mucosa de la matriz protegiendo la del cuello han sido ideados por Peaslee (*Intrauterine medication, its Use; Limitation and Methods, New-York Medical Journal*, Julio, 1870, pág. 481) y por Atthill (*The Dublin Journal of Medical Sciences*, Enero, 1873, pág. 73). Sobre las atresias consecutivas al empleo de los cáusticos, y en particular del ácido nítrico, véase Wiglesworth, *Obstetr. Journ. of Great-Britain and Ireland*, 1879, pág. 622; Sloan, *Ibid.*, pág. 770; Edis., *Ibid.*, pág. 775; Wiglesworth, pág. 777.

4) El pistolete uterino ha sido descrito por Martin. (*Berl. Beiträge zur Geb. und Gynäk.*, t. I, pág. 28.)

5) Los lápices de Becquerel (*Traité pratique*, París, 1859) han sido empleados antiguamente, sobre todo los que contienen tanino.

6) Fraenkel (Hugo Magnus und E. Fraenkel, *Ueber die Anwendung des reinen Alauns in Substanz bei Schleimhauterkrankungen, Bresl. aerzte Zeitsch.*, 1879) atribuye al alumbre la propiedad de evitar las escaras, de esparcirse rápidamente por el útero y de ser expulsado sin cólicos apreciables. Se debe desde luego lavar el cuello y el cuerpo del útero con una sonda cubierta de algodón en rama; el alumbre en barra en la misma forma que el nitrato de plata se coge con una pinza.

Como el alumbre, el iodo no produce escara, según resulta de las observaciones de Nolt (*American Journ. of Obstetr.*, t. III, pág. 36).

Art. 2.º — De los pesarios y otros aparatos análogos.

El objeto de estos instrumentos es el de reducir los descensos y el prolapso del útero y de la vagina y corregir las versiones y las flexiones uterinas.

En los casos de descenso y prolapso del útero y de la vagina no deben aplicarse los pesarios sino cuando estos estados no van acompañados de ninguna complicación, y sobre todo si no existen ulceraciones ó irritabilidades inflamatorias. Todos los pesarios ofrecen el inconveniente de irritar la mucosa vaginal, provocar una abundante secreción que es difícil impedir, y que es tanto más rebelde, cuanto que para obtener resultado es preciso emplear pesarios cada vez más voluminosos. Además, provocan algunas veces (esto es constante cuando el éxito es desfavorable) ulceraciones, perforaciones, fistulas, parametritis y peritonitis. Los pesarios, aun empleados con precaución, provocan, á consecuencia, ya de la distensión, ya de la compresión, etc., determinadas modificaciones anatómicas.

Nosotros creemos que el pesario sólo constituye un mal menor, y que en los casos de prolapso uterino, cuando es provocado por un tumor, es preciso recurrir á la operación. El pesario en los casos de prolapso sólo está indicado, á nuestro juicio, cuando el estado general de la enferma contraindica la operación. Una edad muy avanzada puede también contraindicarla, si bien nosotros la hayamos practicado con feliz éxito en mujeres de mucha edad.

Antes de aplicar el pesario es preciso reducir el útero prolapsado. Frecuentemente basta para conseguir este propósito el reposo prolongado en el decúbito dorsal, lateral ó genu-pectoral. Para practicar la reducción manual se coge el tumor, como si se tratara de reducir una hernia cualquiera, con las extremidades de los dedos, formando un círculo, y se empuja el órgano á través del anillo vulvar. Si la reposición fuera difícil á consecuencia de un estado inflamatorio ó de un edema, se obliga á guardar reposo á la enferma, sosteniendo el órgano prolapsado mediante un apósito conveniente, después de haberle envuelto en paños humedecidos con agua fría.

Después de haber experimentado repetidamente todos los pesarios hemos vuelto al sistema primitivo, al ménos en la mayoría de los casos (*fig. 47*). Es preciso un aparato de anillo, de empleo fácil, porque en la mayoría de los casos se trata generalmente de mujeres de la clase obrera, que son con frecuencia poco inteligentes, pobres, y dan escasa importancia á su enfermedad. Por otra parte, abstracción hecha de estas consideraciones, la forma habitual de los antiguos pesarios nos parece todavía la mejor. A veces, sin embargo, un pesario oval

(fig. 48) nos puede prestar excelentes servicios. (*Nota bibliográfica núm. 1.*)

Los pesarios de cautchuc endurecido son los mejores, empleándose tambien bastante los de crin de caballo revestidos de una capa de cautchuc rojo. Utilizanse ademas los pesarios contruidos de madera ligera. En general el pesario presenta un ancho orificio, pero debe depender del estado de la pared vaginal, porque si ésta es blanda, flexible, pudiera deslizarse en la abertura, en cuyo caso sería preciso que ésta fuera pequeña. Si el prolapso es poco marcado, si la pared vaginal es todavía resistente, se emplean á veces, ó el anillo de goma de Mayer, ó los pesarios de que hablaremos más adelante.

Cuando despues de la reduccion el cuerpo del útero se adapta per-



Fig. 47.



Fig. 48.

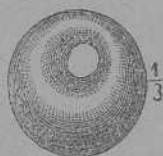


Fig. 49.

fectamente á la concavidad del sacro y no se deja colocar en otra posición, los pesarios (fig. 49) cuyo orificio no está situado en el centro del anillo y cuya circunferencia presenta un espesor desigual ofrecen algunas ventajas.

Para aplicar un pesario se coloca á la enferma en la posición de la talla, se separan los labios cuidadosamente, rechazando el vello hacia afuera, y el pesario, untado en aceite, glicerina ú otra sustancia grasa, se dirige oblicuamente á traves de la vulva, evitando así tocar el meato urinario. El instrumento debe deprimir fuertemente el periné, y gracias á algunos movimientos de rotacion franquea rápidamente el anillo vulvar. Alojado ya el pesario en la vagina, el dedo que debe seguirle le dirige de tal suerte que por una de sus caras corresponde á la pared posterior de la vagina. Es preciso sobre todo cuidar de que el borde posterior del anillo no venga á colocarse en el fondo de saco anterior empujando el cuello del útero contra la pared del sacro. Mas si esto sucediera se introduciría el dedo índice doblado en forma de gancho en la abertura del pesario, y cogiendo el segmento posterior de este último se le atrae hacia abajo á fin de dejar libre la porcion vaginal, llevándole en seguida detras de este órgano. Tambien se puede empujar hacia arriba el labio anterior del cuello. Con pesarios de pequeño volumen se producen con frecuencia estos accidentes.

Estando el pesario colocado, la vagina debe estar tensa; pero esta tension no debe ser muy fuerte y la enferma no debe experimentar ningun dolor ni presion alguna sobre el recto ó la vejiga. Colocado el pesario se obliga á la enferma á hacer esfuerzos, á ir y venir, y despues se examina la situacion en que ha quedado el pesario.

Despues que la paciente haya estado dedicada algunos días á sus ocupaciones habituales es preciso practicar un nuevo exámen. Se prescribe una inyeccion de agua tibia con un antiséptico, debiendo extraerse cada cuatro ó cinco semanas el pesario, limpiarle, examinar la vagina y volver á colocar aquél. Es preciso, en cuanto sea posible, no confiar esta operacion á las mismas enfermas ó á matronas ignorantes.

Los pesarios de aire de Gariel (*Nota bibliográfica núm. 2*) (*fig. 50*) están formados por una vejiga de cautchuc de forma oval y unida por

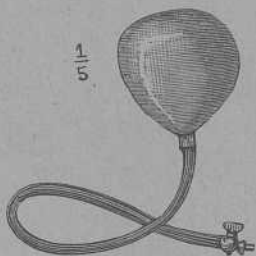


Fig. 50.

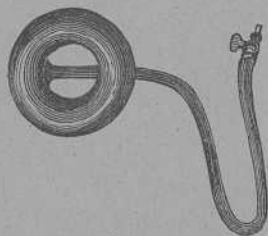


Fig. 51.

un tubo de la misma sustancia á una segunda vejiga. Despues de haber introducido la pera de cautchuc y de haberla inflado se cierra la llave y se retira el recipiente.

En lugar de una simple vejiga se han construido pesarios de aire de forma anular ordinaria que presentan un orificio central (*fig. 51*). Muchos de estos instrumentos no van provistos de tubo y se inflan de una vez para siempre, ó bien puede practicarse esta operacion á voluntad por una abertura practicada en el pesario mismo, en cuyo caso es preciso llenarle de aire antes de introducirle en la vagina.

En los casos de descenso ligero de la matriz, en las embarazadas y en las personas acomodadas ofrece ventajas la aplicacion de estos aparatos, que son muy clásicos. El recipiente simple puede muy bien ser colocado por la misma enferma.

Los histeróforos en forma de alas de Zwaneck (*Nota bibliográfica núm. 3*) consisten en dos placas de madera, fenestradas ó no, de dimensiones variables, que tienen la forma de verdaderas alas, reunidas una á otra por medio de una charnela. Sobre estas alas se encuentran

dos pedículos (*fig. 52*) que se aplican el uno contra el otro. Cuando las alas están separadas las une un tornillo *a*.

Schilling (*fig. 53*) ha modificado este pesario de tal suerte que por un movimiento del tornillo *a* las alas pueden ser separadas la una de la otra en grado variable.

En otros instrumentos de esta índole más sencillos las alas se mantienen separadas por una cinta ó un tubo de cautchuc arrollados alrededor del mango.

Las alas, aplicadas la una contra la otra, se introducen en el fondo de saco vaginal anterior, y una vez introducidas hasta este punto se separan por un movimiento de tornillo ó por la aproximacion de los mangos, fijándose en esta posición por medio del tornillo, por la cinta ó mediante el tubo de cautchuc.

El instrumento toma su punto de apoyo sobre las ramas isquio-púbicas; las partes blandas, y sobre todo la mitad anterior del eleva-

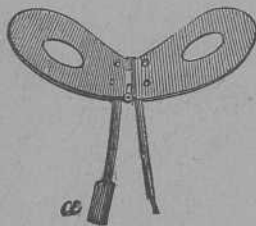


Fig. 52.



Fig. 53.

dor del ano, pueden contribuir á fijarle, debiendo retirarse este aparato por la noche para volver á aplicarle á la mañana siguiente.

Con los pesarios provistos de mangos metálicos hemos observado perforaciones del recto y parametritis extensas, pudiendo tener la seguridad de evitar estas perforaciones si los mangos son de madera, redondos, anchos y gruesos.

Las alas pueden tambien ocasionar accidentes: nosotros hemos observado tres fistulas vesico-vaginales á consecuencia de la compresion ejercida por aquéllas.

El pesario hace imposible el coito, siendo tambien imposible su aplicacion en muchos casos. En tesis general no debe permitirse á las enfermas que ellas mismas retiren y se apliquen el pesario, habiéndose observado frecuentemente dislocaciones, torsiones del útero y el pas-

del pesario al fondo de saco vaginal posterior, aún cuando el instrumento haya sido colocado por mano experta.

Los histeróforos, adaptados á un cinturón pelviano, deben reemplazar á los aparatos precedentes cuando el prolapso es tal ó cuando es tal la flexibilidad de los tejidos blandos que estos últimos no pueden

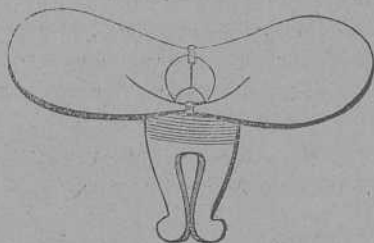


Fig. 54.

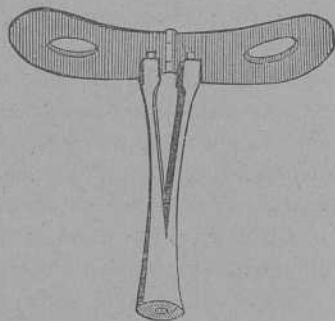


Fig. 55.

encontrar ningún punto de apoyo. El cinturón pelviano es rígido ó contiene una ballena y entonces es elástico. Cuando no puede encontrar ningún punto de apoyo se le fija con una especie de correa. De este cinturón parten en el histeróforo de Breslau (*fig. 56*) dos cordones elásticos que por medio de botones se fijan en el cinturón por detrás y por delante, reuniéndose ambos por una especie de disco de

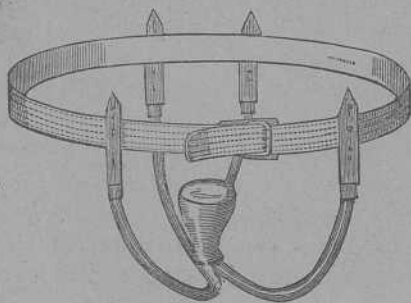


Fig. 56.

cuero ó de cautchue, al cual se adhiere un tallo que soporta el pesario propiamente dicho, pudiendo tener este último la forma que se desee.

El histeróforo de Roser, modificado por Scanzoni, es diferente. El cinturón pelviano lleva á nivel del pubis una especie de escudo del cual parte un tallo, cuya extremidad encorvada se introduce en la

vagina y soporta el pesario. Este tallo puede estar formado por un resorte de acero que termine en una pelota oval que eleve la pared anterior de la vagina y la oprima contra el pubis, ó bien puede estar constituido por un tallo metálico rígido que soporte un pesario flexible. También se ha dividido este tallo en dos segmentos, de los cuales el superior, fijo al escudo del cinturón, puede por medio de una charnela ascender, descender, prolongarse ó doblarse.

Este segmento está unido por una articulación que permite movimientos laterales al tallo metálico que soporta el pesario.

Para aplicar este histeróforo se siguen las mismas reglas que si se tratara de un pesario sencillo. Se observa á la enferma varios días y se modifica la situación del histeróforo según el resultado de las observaciones. El cinturón, la placa, el tallo, el resorte y la rama metálica sin resorte, pero sobre todo el pesario, deben ser contruidos especialmente para cada enferma. Cuando se trate de salvar las dificultades y se den cuidadosas instrucciones á la enferma, se obtienen frecuentemente bastante buenos resultados; pero no ocurre lo mismo cuando las paredes vaginales, sobre todo la posterior, es muy laxa, haciéndose insuperables las dificultades cuando existe al propio tiempo un prolapso del intestino recto.

En estos casos, así como cuando se trata de personas de edad avanzada, cuando existe una prolongación considerable é inoperable del cuello, ó en los casos de prolapso ocasionado por tumores, se puede utilizar un simple cojín perineal, constituido por una almohadilla de gutapercha, de crines de caballo, forrada de cautchuc ó por una vejiga llena de aire. Estos aparatos, de dimensiones variables, se extienden hasta el ano en los casos de prolapso rectal y se fijan por cordones ó vendas de cautchuc á un cinturón pelviano, pudiendo emplearse también para sostenerlos el aparato y el soporte de Breslau. A falta de éste un vendaje común debidamente aplicado prestará igualmente muy útiles servicios. El cojinete recubre la vulva, el periné y el ano, debiendo impedir, ó por lo ménos limitar, la hernia de la pared vaginal y del útero fuera de la vulva. Puede, finalmente, emplearse un apósito ménos complicado, formado por un vendaje en T, al cual se fija convenientemente una pelota, una almohadilla ó una esponja. (*Nota bibliográfica núm. 4.*)

Si se trata de un útero en posición normal, pero aumentado de volumen, ó de una versión ó flexión uterina, cuando no ha podido obtenerse la reducción por los medios precedentemente indicados se puede recurrir á un simple anillo de goma, sobre todo al llamado de Mayer

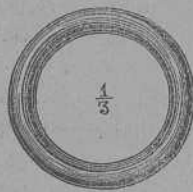


Fig. 57.

en cautchuc vulcanizado (*fig. 57*), á un anillo de madera que presente un ancho orificio y de pares gruesas, ó, finalmente, á un pesario cuyo orificio no corresponda al centro del aparato. (*Nota bibliográfica número 5.*)

Comunmente se admite que los dolores aquejados por la enferma son debidos á la presion ejercida por el órgano, cuyo volúmen está aumentado, y que basta sostener é inmovilizar el útero para verlos desaparecer ó disminuir. Es indudable que en los infartos antiguos, y cuando la situacion del útero es normal, un anillo de Mayer puede en ocasiones producir una mejoría notable; pero es muy difícil juzgar estos casos con precision. La experiencia del profesor juega aquí un gran papel, y no es inconveniente intentar este método de tratamiento en los casos de infarto simple, pues la compresion que ejerce ocasiona dolores en los riñones y dolores pelvianos. La aplicacion de un anillo nos ha parecido igualmente de una utilidad incontestable en las anteversiones, en las ante flexiones debidas á un aumento de volúmen del cuerpo de la matriz, aunque la posicion de este órgano no se modifique. Sin embargo, en este caso no son siempre satisfactorios y completos los éxitos. Nosotros no recordamos haber curado más que dos casos de anteversion con aumento de volúmen del cuerpo uterino, en los cuales el efecto fué tan satisfactorio que desaparecieron inmediatamente todos los dolores. En los casos de menorragia con anteversion é hinchazon del cuerpo del útero nos parece haber obtenido tambien algunas veces resultado favorable de la aplicacion del anillo. Un simple anillo de goma de Mayer con un ancho orificio, y cuyas paredes tengan un dedo de espesor, nos parece que es el aparato que puede ofrecer mayor suma de ventajas en estos casos.

En los casos de retroflexion con ó sin retroversion, si se puede obtener una reduccion permanente, la introduccion de un pesario de anillo puede algunas veces prestar muy útiles servicios, y por lo ménos disminuir los síntomas dolorosos y las hemorragias. Aquí todavía podríamos recomendar un simple anillo de goma, de madera ligera ó de gutapercha, cuyo calibre no sea muy pequeño. Si las paredes del pesario son muy estrechas se incrustan en el músculo uterino, y la flexion se exagera ó se presenta en otro punto distinto del en que tenía su primitivo asiento. Los pesarios cuyo orificio es excéntrico nos han dado buenos resultados en los casos en que las paredes de la matriz eran muy blandas y muy laxas, sobre todo si al propio tiempo existían fuertes hemorragias. Nosotros atribuimos el efecto favorable principalmente á la compresion y á la excitacion que resultaba, más que á la rectificacion frecuentemente muy débil de la posicion del útero. Un anillo de cautchuc lleno de aire ó una vejiga de Gariel de forma oval, aplicadas al fondo de saco posterior, pueden prestar muy útiles servi-

cios, habiéndose obtenido tambien buenos resultados introduciendo en la vagina pequeños tapones de uata ó de esponja. Nosotros empleamos frecuentemente los pesarios á fin de mantener la reduccion del útero cuando existe una retroversion ó retroflexion, reduccion obtenida á beneficio de cualquier otro procedimiento.

La reduccion del útero puede hacerse con el dedo solo ó con ayuda de instrumentos; si las paredes del órgano son rígidas basta á veces ejercer una presion con el dedo sobre el cuello uterino y dirigirle hácia el sacro. La posicion genu-pectoral sola ó combinada con la dilatacion de la vagina por el aire basta algunas veces, debiendo recurrirse al propio tiempo para obtener la reduccion, si aquellos medios fueran insuficientes, á la palpacion abdominal, estando la enferma en decúbito supino con el tronco horizontal y la parte superior de los muslos doblada y dirigida perpendicularmente á la cama. Esta posicion es muy útil, y si es necesario puede darse el cloroformo á fin de obtener la mayor relajacion posible de la pared abdominal; el recto y la vejiga deben estar vacíos y el dedo se aplica introduciéndolo en la vagina contra el cuello, que se empuja hácia atras, ó bien se lleva desde luégo el dedo al fondo de saco posterior, y se empuja hácia arriba tanto como sea posible el cuerpo del útero para ejecutar en seguida la maniobra precedente sobre el cuello. La mano aplicada sobre la pared abdominal trata de alcanzar el promontorio con la extremidad de los dedos y de deslizarlos por delante de éste para alcanzar el fondo y la cara posterior del útero. Este se atrae hácia adelante, en tanto que el dedo introducido en la vagina empuja hácia atras la porcion vaginal del cuello; si la mano aplicada á la pared abdominal puede alcanzar la cara posterior del útero la reduccion está asegurada, salvo en los casos en que existan adherencias.

La reduccion se obtiene más fácilmente cuando se introducen uno ó dos dedos en el recto y el pulgar en la vagina. Los primeros empujan al cuerpo del útero hácia arriba y adelante, y el pulgar dirige el cuello hácia atras. La mano aplicada á la pared abdominal procura alcanzar la cara posterior de la matriz, cuyo órgano atrae empujando hácia adelante, pudiendo de esta suerte reconocerse la naturaleza de las dificultades y las adherencias que pueden oponerse á la reduccion. En los casos difíciles y en las personas nerviosas debe recurrirse á la anestesia. Algunas veces conviene emplear una pinza para fijar la porcion vaginal y atraerla hácia atras y hácia abajo. La reduccion es á veces más fácil en el decúbito lateral, en el latero-abdominal ó en el genu-pectoral. Y aunque en esta posicion la mano situada al exterior encuentra más dificultades para alcanzar la pared posterior del útero, se obtiene, sin embargo, en la mayoría de los casos este resultado.

Schultze recomienda en los casos difíciles dilatar desde luégo el

cuello uterino con la laminaria, introducir el dedo en la cavidad uterina y practicar después la reducción. Ya hemos hablado del empleo de la sonda con este objeto, método que en general es preciso rechazar. La reducción trasforma por lo común la retroversion en anteversion y la retroflexion en antelexion. Para mantener el órgano en su nueva posición, los pesarios de Hodge son los mejores aparatos.

Pueden ser de madera muy ligera, de goma endurecida, níkel, gutapercha, aluminio, etc.; los de goma endurecida son muy lisos y muy limpios. La forma del instrumento puede ser extremadamente varia-

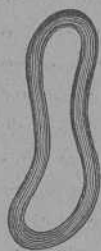


Fig. 58.

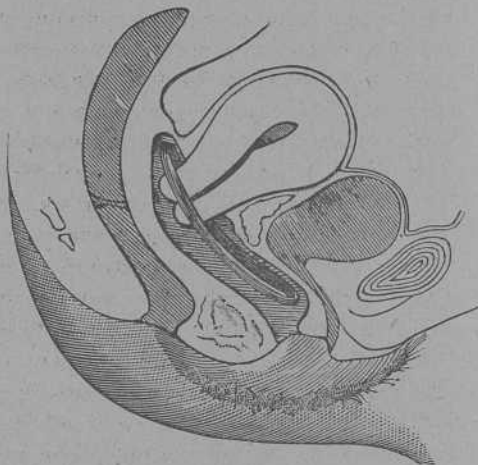


Fig. 59.

da, pero generalmente es oval ó rectangular, con los ángulos redondeados. La forma de herradura de caballo en la cual el anillo está abierto por delante, ha sido abandonada á causa de la presión ejercida por las extremidades, aunque sean obtusas, sobre la pared anterior de la vagina. Los segmentos anterior y posterior del pesario son de diferente grueso frecuentemente; si la parte anterior es muy delgada se desliza fácilmente durante la marcha y provoca una sensación de pesantez muy penosa, y si el diámetro del anillo es muy estrecho puede deprimir profundamente los tejidos sobre los cuales descansa. Es muy importante que los segmentos anterior y posterior estén curvados sobre el segmento medio.

Se han construido anillos en los cuales las ramas anterior y posterior se dirigen hacia arriba. Lo más frecuentemente la rama posterior se dirige hacia arriba, en tanto que la anterior se dirige hacia abajo, ó bien queda sobre el mismo plano que el segmento medio del pesario. También se puede encorvar la rama anterior del anillo hacia atrás á

fin de evitar la compresion del canal de la uretra, lo cual ocurre fácilmente, determinándose la disuria si se dirige hacia arriba la rama anterior. La curvadura del instrumento es muy variable, siendo á veces tan notable que no existe el segmento medio; en otros la rama posterior se eleva en ángulo recto por encima del pesario hasta una altura de 3 centímetros, en tanto que hacia adelante la presion es moderada.

El pesario mantiene la reduccion del útero manteniendo tensa la pared vaginal en el sentido de su longitud. Estando fija la rama anterior, la posterior empuja hacia arriba y atras el fondo de saco posterior y con él el cuello. En esta situacion el pesario impide que la porcion vaginal se dirija hacia adelante y se ve al útero girar alrededor de su eje trasversal, de manera que el cuerpo de este órgano se dirija hacia atras en tanto que el cuello se dirigiria hacia adelante. Es preciso para esto una determinada tension del fondo de saco posterior de la vagina, y es claro que si la vagina está debilitada en alto grado no se logrará obtener esta tension. En estos casos, los pesarios rigidos, que por sus dimensiones longitudinales son capaces de producir una fuerte tension de la pared vaginal, ofrecen grandes ventajas sobre los anillos de cautchuc blandos y circulares que se emplean otras veces.

La curvadura del arco posterior permite al instrumento descansar en una extensa superficie sobre el segmento posterior de la pelvis y favorece la fijeza del pesario. Pero esta disposicion no debe ser exagerada, y una curvadura muy marcada impediria precisamente llenar el objeto deseado. Algunas veces, por tanto, puede ser ventajosa una ligera flexion del segmento anterior. Despues de mucho tiempo hemos abandonado los pesarios de anillo fuertemente encorvados. La longitud, la anchura y la forma del pesario deben ser proporcionadas á cada caso particular; los pesarios formados por un tallo metálico flexible cubierto de una envoltura de cautchuc prestarán muy buenos servicios si se tiene disponibles un gran número de ellos de diversas dimensiones, pudiendo, por otra parte, modificar á voluntad la forma de estos instrumentos. Los pesarios de goma endurecida son, sin embargo, preferibles á causa de la facilidad con que se les puede sostener.

Se deberá ensayar frecuentemente muchos anillos diferentes y observar las enfermas durante muchos días, en los cuales se dedicarán ellas á sus habituales ocupaciones, asegurándose así de los efectos obtenidos con el pesario, y viendo si provoca algun dolor durante la mision ó la defecacion, si ocasiona tension abdominal, etc. Se deberá ademas recomendar á las enfermas que se acuesten en decúbito lateral, latero-abdominal ó abdominal, al ménos durante algun tiempo. No deben estar mucho tiempo sin orinar, y es preciso que eviten el estreñimiento.

El ginecólogo no cesará de observar á la enferma á fin de ver si el útero está bien colocado y si el anillo no determina ninguna presión ó irritación.

Puede ocurrir que el hocico de tenca despues de algun tiempo se incline de nuevo hácia adelante porque la pared vaginal primitivamente tensa haya adquirido condiciones de laxitud, y entónces es preciso recurrir á un pesario más voluminoso; pero esta complicación es rara si se ha cuidado la elección del primer pesario. Nosotros hemos dejado llevar á las enfermas un mismo pesario de goma endurecida durante muchos años.

Los pesarios-palancas se colocan como los de anillo. Si la abertura

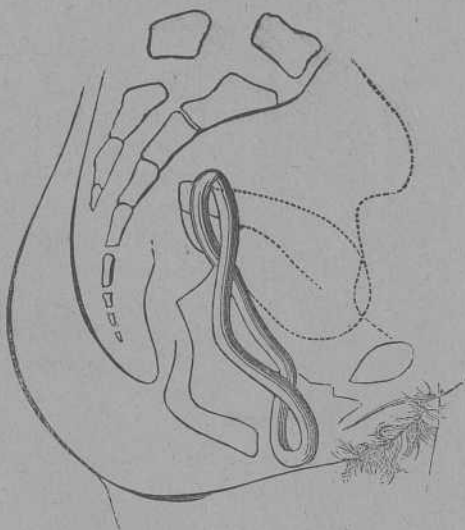


Fig. 60.

que presentan es muy ancha se ve frecuentemente pasar la rama posterior del instrumento del fondo de saco posterior al anterior.

Para mantener mejor la porción vaginal Freund recomienda obrar de la manera siguiente: se pasa á través del labio anterior del hocico de tenca un hilo de plomo muy resistente y se deja que se enquiste, lo que acaece al cabo de tres días.

Se aplica en seguida un pesario de Hodge sobre el arco posterior, al cual se fija el hilo de plomo. (*Nota bibliográfica núm. 6.*) Schultze (*Nota bibliográfica núm. 7*) recomienda dar al pesario una curvatura tal que le dé la forma de un 8, debiendo ser fijada la porción vaginal en uno de los dos círculos. En otros casos emplea un pesario cuyo

arco anterior, fuertemente dirigido hacia atrás, viene á colocarse sobre la pared anterior del cuello, impidiendo á éste su aproximacion al pubis (*figs. 60 y 61*).

Studley recomienda el empleo de un anillo análogo al de Hodge, en el que sobre el arco posterior del instrumento está fijo un segundo anillo más pequeño que se eleva de 12 á 15 milímetros sobre el primero. El cuello debe reposar sobre este anillo, que le mantiene en posición (*fig. 62*).

Si la pared anterior de la vagina está laxa, si existe un cistocele, la tension del fondo de saco posterior puede bastar para mantener el cuello hacia atrás, pero la pared vaginal anterior se desliza hacia abajo

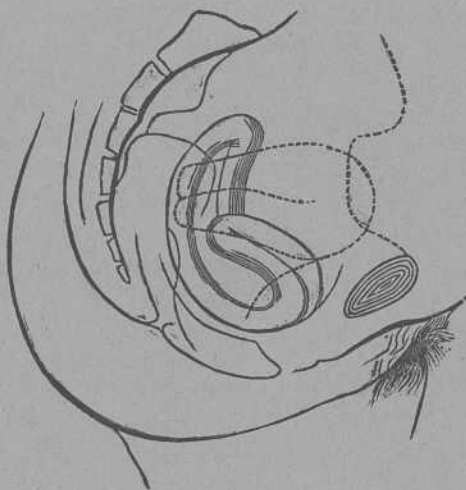


Fig. 61.

entre las ramas del anillo, cuyo inconveniente se evita eligiendo un pesario de ramas gruesas ó cuyo arco anterior esté replegado hacia arriba. Si este instrumento es insuficiente se colocará entre las ramas anteriores del pesario un disco de cautchuc.

Con los pesarios metálicos revestidos de una capa de cautchue se observa frecuentemente que determinan una secrecion profusa de la vagina, siendo entónces preciso prescribir una ó dos veces por día inyecciones astringentes ó antisépticas.

Es preciso evitar la produccion de escaras por compresion y las ulceraciones. Nosotros hemos visto alguna vez, al cabo de pocos días solamente, que la pared de la vagina estaba engrosada alrededor de las ramas del pesario y aún ulcerada á su nivel, bien fuera porque se había elegido un instrumento muy voluminoso, ó porque hubiera per-

dido sus condiciones de tension la pared vaginal. En otros casos el pesario ha podido estar colocado durante muchos años sin que nosotros hayamos observado ningun accidente de esta naturaleza.

Pero algunas veces parece que las enfermas soportan bien el instrumento, y despues al cabo de cierto tiempo se observan signos de gangrena por compresion. Es preciso ser muy cuidadoso á este respecto y recomendar á las enfermas llamen al médico en cuanto tengan pérdidas sanguinolentas, retirando desde luego ellas mismas con cuidado el pesario, siendo preferible, aunque no sea posible siempre, visitar frecuentemente á la enferma, con lo que se evitarán más seguramente estos accidentes.

Algunas veces no puede ser soportado el uso del pesario; aparecen dolores lumbares ó aumentan de intensidad cuando existían ántes, pudiendo aparecer una pelvi-peritonitis ó una paramétritis, sobre todo

si el arco posterior del anillo ejerce una fuerte presion. A veces se determina una dislocacion del ovario, que á consecuencia de las adherencias conservaba una posicion anormal, aunque la del útero se haya modificado. En otros casos se producen estos accidentes porque el anillo es muy voluminoso, el útero está muy elevado ó la tension de la vagina y la de los ligamentos es exagerada.

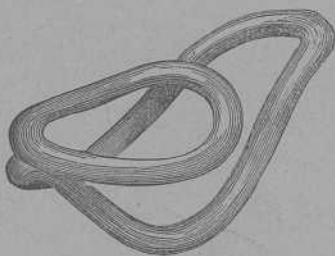


Fig. 62.

Entónces pueden ensayarse anillos de volumen y forma diferente y se encuentra á veces uno que no provoca ningun trastorno. Sin embargo, frecuentemente se ve obligado el ginecólogo en estos casos á abandonar el tratamiento por los pesarios.

En una señora de edad, afectada de retroversion con cistocèle, que llevaba un pesario, observamos nosotros un carcinoma de la vagina, que tenía precisamente asiento en el punto en que la rama anterior del anillo comprimía la pared vaginal contra la rama descendente del pubis. Ahora, habiendo sido observado muy rara vez el carcinoma primitivo en este punto, hemos llegado á creer que es preciso acusar á la compresion ejercida por el pesario el origen del carcinoma.

El pesario está indicado en los casos de retroflexion y retroversion antiguas, cuando no existe contraindicacion particular. Cuando los desplazamientos son recientes, sobre todo cuando aparecen durante ó despues de la puerperalidad, es preciso emplear otros métodos para hacerla desaparecer. Si la pared vaginal está muy reblandecida, es preciso ante todo entablar un tratamiento preparatorio. En los casos de

rotura del periné, de prolapso de la vagina, es necesaria una operacion especial, ocurriendo lo mismo en los casos en que existen modificaciones importantes de la porcion vaginal, prolongacion, fuerte catarro del cuello, erosiones muy importantes, etc.

Entre las afecciones del cuerpo del útero que contraindican el empleo de los pesarios citaremos sobre todo los grandes tumores, no constituyendo, por el contrario, contraindicaciones los pequeños fibromas y la endometritis del cuerpo, cuyas afecciones pueden modificarse favorablemente con el empleo de los pesarios.

En los casos de adherencias del útero se rehusa frecuentemente colocar el órgano en una posicion normal, ó se desiste por cansancio. Si las adherencias son antiguas; si no existe señal alguna de proceso inflamatorio reciente, nosotros consideramos toda tentativa de reponer al útero en su situacion normal como completamente justificada, aunque las adherencias sean muy solidas. Se las ve, en efecto, relajarse

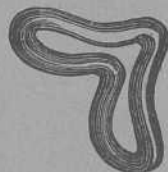


Fig. 63.

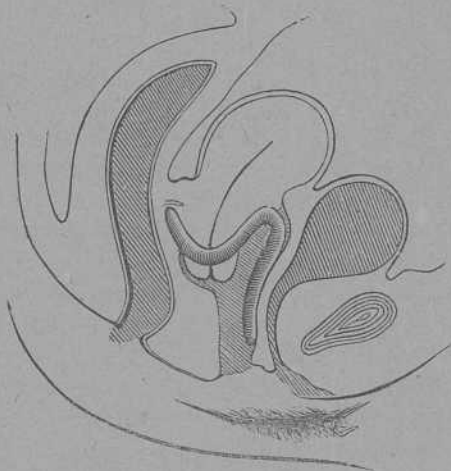


Fig. 64.

y romperse sin ningun accidente. Estas maniobras deben ser exclusivamente manuales y no deben ser practicadas durante los dias próximos al periodo menstrual. Sólo una rigidez considerable de los ligamentos, una adherencia completa del repliegue de Douglas ó un enclavamiento, ya del cuerpo ó ya del cuello, en una masa inflamatoria, contraindican la operacion.

De una manera general el tratamiento de la retroflexion y de la

retroversion por los pesarios puede ser considerado como una de las más importantes conquistas de la moderna terapéutica ginecológica.

Se ha pretendido frecuentemente obtener en los casos de anteversion y ante flexion, con aparatos especiales, los buenos resultados obtenidos con los pesarios vaginales en los casos de retroflexion y retroversion. (*Nota bibliográfica núm. 8.*)

Graily Hewitt empleaba su pesario llamado de cuna, cuya forma y modo de emplearle se deducen fácilmente del dibujo precedente (*figs. 63 y 64*).

Playfair se servía de un pesario de Hodge, cuya rama posterior está provista de un segundo anillo. Este último es muy cóncavo hacia ar-

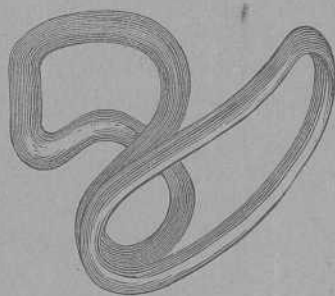


Fig. 65.

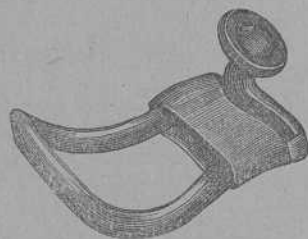


Fig. 66.

riba y su segmento anterior eleva fuertemente el fondo de saco anterior, manteniendo así elevado el cuerpo del útero doblado (*fig. 65*).

Studley fijaba á la parte anterior de un pequeño anillo un tallo provisto de una pequeña pelota, capaz de elevar la pared vaginal y el cuerpo del útero (*fig. 66*).

Hasta ahora este tratamiento de la anteversion y de la ante flexion no ha gozado gran crédito. Es en todo caso muy difícil mantener el cuerpo del útero por la pared vaginal anterior y levantarlo á través de la vejiga. Pero esta operacion es muy inocente y debe siempre ser intentada antes de recurrir al tratamiento intrauterino.

1) Franke (*Vorfall der Gebärmutter*, etc., Würzburg, 1860) ha publicado un buen resumen del empleo de los pesarios en el prolapso uterino y una buena descripción de los antiguos aparatos.

2) Gariel (*Des pessaires en général*, etc., *Gazette des hôpitaux*, 1852, números 55, 61 y 74) ha sido el primero que ha empleado las vejigas de cautchuc infladas de aire, cuyos instrumentos han sufrido numerosas modificaciones.

3) Zwanck (*Monatsschr. P. Geb.*, Marzo, 1853) ha ideado los histeróforos

en forma de alas, instrumentos que han sido modificados por Schilling (*Neues Verfahren zur Heilung des Gebaermuttervorfalls*, München, 1855) y por Sauvage Courty: *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris. 1866). Se encontrará un estudio completo sobre el empleo de los pesarios de Zwaneck en Augusto Mayer: *Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin, Monatsschr. f. Gebur.*, t. XII, pág. 1).

Roser (*Ein Bruchband für vordere scheiden und Gebaermuttervorfaelle*, *Archiv. f. phys. Heilkunde*, t. X, pág. 80) emplea, en los casos de prolapso que es imposible reducir con ayuda de un anillo, un cinturón provisto de una pelota; cuya idea ha sido puesta en práctica frecuentemente y este aparato modificado, por ejemplo, por Scanzoni. *Roser's Bruchband*, etc., *Würzburger Verhandlungen*, 1852, t. II. El histeróforo de Breslau está adherido á un cinturón. *Zur Geschichte der Hysterophore*. Scanzoni's *Beiträge*, t. X, pág. 275.

4) Para el empleo de esponjas mantenidas por vendajes simples en T, véanse Carl. Meyer, *Beiträge zur Kenntniss und Behandlung des Uterusvorfalls*, *Verhandlungen der Ges. f. Geb. in Berlin*, t. III, pág. 123.

Scanzoni. *Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane*, V, Auflage, 1875, pág. 178.

5) Para el empleo de los anillos de cautchuc en los casos de version ó flexion, véanse Carlos Mayer. *Mon. f. Geb.*, t. XXI, pág. 416, etc.

Los pesarios de orificio excéntrico han sido muy recomendados por E. Martin. *Neigungen und Beugungen der Gebaermutter*, etc. Berlin, 1866, pág. 59.

Para la reduccion del útero en retroversion ó retroflexion, véase Hegar. *Zur gynäkologischen Diagnostik*, *Volkmann's Vorträge*, núm. 34, *Gynäkologie*. El sueco Brandt parece haber sido el primero que redujo el útero en retroflexion introduciendo el índice en el recto, en tanto que el pulgar de la misma mano reposaba sobre la porcion vaginal. Este autor, sin embargo, no se servia de la mano aplicada á la pared abdominal, y ejecutaba esta maniobra estando la enferma en posicion vertical. *Virchow's Jahresh.*, 1875, t. II, pág. 563. B. S. Schultz. *Eine neue Methode der Reposition hartnäckiger Retroflexionen des Uterus*. *Centralbl. f. Gynäkologie*, 1879, núm. 3.

Los pesarios-palancas han sido introducidos en la práctica por Hodge. *On diseases peculiar to women*, Filadelfia, 1860. Se han modificado frecuentemente su forma y su estructura, habiéndolos construido Braun en goma endurecida. *Wiener medical Wochenschr.*, 1864, 27-30. Se ha empleado tambien el aluminio en su construccion, siendo de esta suerte muy ligeros, pero desgraciadamente muy caros. En estos últimos tiempos se han construido de níquel.

6) Se encontrará en el *Mon. f. Geb.*, t. XXXII, pág. 442, una nota de Freund sobre el procedimiento, que consiste en coser el labio anterior del cuello á la rama posterior del pesario á fin de estirar el fondo de saco posterior de la vagina.

7) Schultze ha pretendido llenar este objeto dando á su anillo una forma especial. *Archiv. für Gynäkologie*, t. IV, pág. 473.

8) Se han ideado recientemente un gran número de pesarios para la anteversion y la ante flexion. Thomas (Beigel. *Krankheiten des weiblichen Gesch.*

lechts, t. II, pág. 275 } parece haber sido de los primeros que han utilizado el pesario en la anteversion.

Grayly Hewitt. *Diagnose, Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten*.
 Playfair. *Obstetrica Transact.* Lóndres, t. XV, pág. 124.
 Studley. *American Journal of Obstetrics*, etc., 1879, pág. 39.

Art. 3.º — Pesario intrauterino.

Como otros muchos métodos operatorios, el tratamiento de las flexiones del útero mediante el empleo de tallos introducidos en la cavidad uterina ha recibido una acogida muy favorable; aceptado primeramente con mucho entusiasmo y completamente abandonado después, aceptado de nuevo y de nuevo caído en descrédito, ha prevalecido, sin embargo, hasta estos últimos tiempos. Amussat parece haber sido el primero que lo puso en práctica. Veinte años más tarde, en 1848, Simpson comunica la relación de un gran número de casos en que él los había empleado. Más tarde viene el francés Francisco Valleix, que encuentra muchos adversarios, y publica los resultados que él dice haber obtenido; sin embargo, en su propia práctica este profesor vió producirse accidentes fatales y aun casos de muerte. Otros autores que imitaron su conducta fueron desgraciados, y hoy podrían reunirse un cierto número de casos en los cuales ocurrieron graves accidentes y aun sobrevino la muerte.

Al mismo tiempo que Simpson, Kiwisch había ensayado el empleo de los reductores intrauterinos; pero un poco más tarde Carlos Mayer, de Berlín, después de haber experimentado el instrumento de aquel autor, decide abandonar en absoluto este método de tratamiento.

Scanzoni condena el método en absoluto, insistiendo acerca del escaso número de resultados obtenidos y los grandes peligros que provoca. En la sesión celebrada por el Congreso de naturalistas alemanes en Viena en 1856, la gran mayoría de los asistentes se pronuncia en contra.

En Alemania, Martin se declara partidario del tratamiento intrauterino de las desviaciones del útero é intenta ganar nuevos adeptos. Después de él vienen Hildebrandt, Olshausen, Winkel, Schroeder, Awater. Recientemente, en fin, Beigel se declara también partidario convencido de este método, y ha sido seguido por numerosos adeptos, reclutados aun entre aquellos que eran declarados adversarios de él y que habían manifestado que jamás le utilizarían. Tales son principalmente Credé y Spiegelberg, ocurriendo lo mismo en otros países. (*Nota bibliográfica núm. 1.*)

El pesario intrauterino está formado por un tallo que se introduce en la cavidad del útero. Tal instrumento no tiene punto de apoyo, y

puede caer fuera del útero ó penetrar demasiado en la cavidad del órgano, habiéndosele dado al efecto un punto de sosten denominado soporte. Se ha dividido longitudinalmente el tallo intrauterino á fin de que las dos ramas se separen como por un resorte y puedan tomar punto de apoyo contra la pared del útero. Con ayuda de este pesario la matriz se mantiene rígida.

Su forma permanece normal, pero su direccion puede aún quedar defectuosa porque puede subsistir la version. Para obviar este inconveniente se ha empleado frecuentemente como soporte un anillo que permita corregir la posicion del órgano, sobre cuyo anillo se fija sólidamente, dejando cierta movilidad al tallo que debe ser introducido

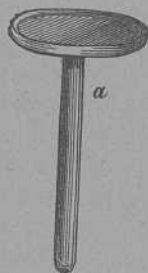


Fig. 67.

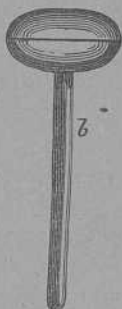


Fig. 68.



Fig. 69.

en el útero. Otras veces se coloca entre el baston uterino (el tallo que penetra en la cavidad de la matriz) y su soporte un anillo vaginal para modificar la posicion.

Los aparatos más sencillos consisten en un tallo de marfil, de cuerno, de goma endurecida, ó bien un tallo flexible, tal como la extremidad de un catéter elástico ó una bujía, á la cual se le ha dado una forma rectilínea ó curvada. Este tallo es macizo ó está hueco y provisto de orificios para dar salida á los líquidos secretados, cuya condicion es de una utilidad imaginaria porque el conducto se obstruye pronto y los productos secretados, alterándose, perjudican ó impiden la curacion. El tallo intrauterino descansa sobre un boton ó pequeño disco (*figs. 67, 68 y 69*), que no debe, ser muy pequeño para evitar que se deslice por el canal cervical, como sucede con el tallo de goma endurecida de Braun.

Estos instrumentos bastan generalmente en los casos de ante flexion, principalmente cuando al propio tiempo hay un cierto grado de anteversion y cuando la pared vaginal, siendo resistente, puede ofrecer

un punto de apoyo sobre su parte posterior al soporte del instrumento.

En los casos de retroflexion combinada con retroversion, así como en los casos de anteflexion, cuando las paredes vaginales se hallan en estado extremo de laxitud, este aparato se desliza fácilmente hacia afuera, cuando, como se ha observado algunas veces, el baston no está sólidamente retenido por la pared uterina retraida é hinchada. Para obviar este inconveniente se han construido discos voluminosos, ó se emplean como soportes anillos de Mayer, tapones, una simple bola de goma (Beigel), etc. Los tallos intrauterinos de resorte de Wright, por la presion que ejercen sobre la pared uterina, impiden el deslizamiento del instrumento (*fig. 70 A, B, C, D*).

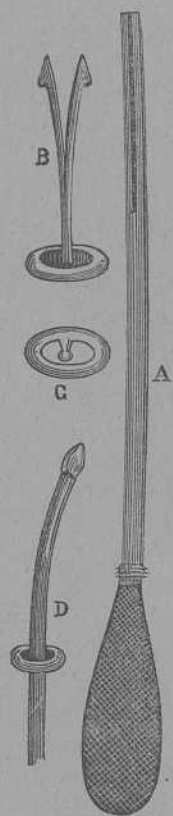


Fig. 70.

Para dar al útero enderezado por el tallo una posicion normal, y para evitar la antéversion y la retroversion, se puede apelar á diversos procedimientos. Algunas veces se ha intentado fijar el pesario con ayuda de un aparato externo unido á un cinturón pelviano, ó con ayuda de una placa metálica que descansa sobre la sínfisis y provista de un tallo metálico que sostiene el pesario. Estos aparatos están hoy completamente abandonados. Los tapones de uata y de hilas aplicados en los casos de antevercion por detras del soporte y en los de retroversion por delante, necesitan un cambio frecuente, siendo preferible en el segundo caso introducir al mismo tiempo un pesario de Hodge, ó cualquiera otro de anillo á propósito para corregir esta anomalía, cuyo anillo sea independiente del pesario intrauterino; pero si el cuello de la matriz está empujado hacia atras por el pesario anular, el boton ó el disco del intrauterino descansa sobre la pared posterior de la vagina. Se ha intentado unir directamente el pesario con el anillo que sirve al propio tiempo de soporte. Tal es el regulador de resorte descrito por primera vez por Simpson y modificado por G. Martin, que consiste en un anillo de madera en medio del cual se encuentra fijado al mismo, por medio de un resorte ó de una charnela, el tallo intrauterino de tal suerte que puede dislocarse y elevarse en una direccion hasta formar ángulo recto, no siendo posible ningun movimiento en otro sentido (*fig. 71*). (*Nota bibliográfica núm. 2.*)

En los instrumentos modernos se emplea un pesario de Hodge cu-

yas ramas están unidas por una venda de cauthuc, á la cual se fija por medio de un tornillo el tallo intrauterino (*fig. 73*). (*Nota bibliográfica núm. 3.*)

Debemos hacer constar que el tallo no debe tener longitud bastante para alcanzar el fondo de la matriz. Es preciso medir la cavidad uterina con la sonda y dar al tallo una longitud más corta en uno ó dos centímetros que la de la cavidad.

Es preciso tambien, sin embargo, que el pesario intrauterino pase el orificio interno en una cierta longitud, pues de otra suerte el cuerpo del útero reblandecido podría replegarse sobre la extremidad de aquél.

El tallo debe ademas ser bastante delgado para atravesar el cuello sin violencia, y su extremidad debe ser redondeada. Si la flexion ute-

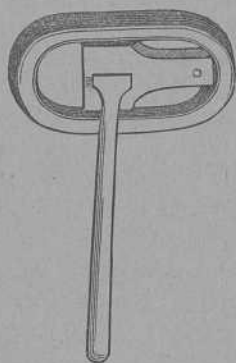


Fig. 71.

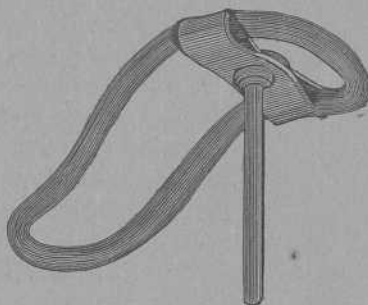


Fig. 72.

rina es muy acentuada se empleará un tallo un poco flexible. El anillo ó regulador de resorte no debe ser muy voluminoso, y debe permitir al útero hacer algunos movimientos. La introduccion del instrumento se practica de la manera siguiente: el tallo de Braun y el pesario de resorte de Wright se introducen con ayuda de un aparato especial, especie de sonda á la cual se fija el tallo, del que se desprende despues de haber sido introducido. La enferma debe estar colocada en la posicion de la talla, en el decúbito dorso-pelviano, en el lateral ó en el latero-abdominal. El operador hace deslizar sobre la cara palmar del índice de su mano izquierda (cuya extremidad debe hallarse sobre el orificio uterino) la extremidad del tallo, cuyo disco tiene cogido con la mano derecha. En los casos de ante flexion con ante version el dedo índice debe tratar de empujar un poco hácia adelante la porcion vaginal. En los de retro flexion el índice debe levantar ligeramente el cuerpo uteri-

no por encima del fondo de saco vaginal posterior. Para introducir el pesario se empuja con fuerza el disco contra la pared vaginal posterior hacia el sacro; por lo comun el instrumento encuentra un ligero obstáculo ó resistencia á nivel del orificio interno. Winckel recomienda, sobre todo en los casos de fuerte ante flexion, introducir la sonda uterina en la cavidad de este nombre, y atrayendo la porcion vaginal hacia el pubis se hace deslizar el pesario uterino á lo largo de la sonda. Se puede tambien, despues de haber introducido el pesario intrauterino hasta cierto punto, retirar la sonda ántes de llegar más adelante, porque es raro que los dos instrumentos puedan estar colocados el uno al lado del otro.

El mejor procedimiento consiste en poner al descubierto el orificio del cuello con un espéculo de Sims, y una vez que el labio anterior del hocico de tenca esté fijo, cogido y atraído hacia abajo con una pinza, se introduce el aparato. Cuando sea necesario, el catéter uterino permite orientarse y mantener el útero en una posicion rectilínea.

La operacion es más difícil cuando se emplea un tallo fijo sólidamente á un pesario vaginal. Si se emplea un regulador de resorte de Simpson ó de Martin, el tallo en los casos de retro flexion y retroversion debe ser aplicado hacia atras é introducido en seguida en el orificio uterino. El anillo se introduce suavemente en la vagina hasta que el tallo haya penetrado en la cavidad del útero, desplegando entónces el pesario. El tallo intrauterino, al principio inclinado hacia atras, describe un movimiento de báscula hacia adelante, y la retroversion no puede producirse. En las ante flexiones el anillo se introduce con el tallo más ó ménos inclinado hacia adelante. Pero es por lo comun difícil introducir suficientemente el anillo á lo largo de la pared posterior de la vagina para hacer penetrar el tallo en el conducto cervical.

Es igualmente difícil introducir los tallos fijos á una venda de goma fuerte extendida entre las ramas del pesario, así como cuando se emplea una sonda directriz fija en un orificio del tallo, como el que existe en el pesario intrauterino de Studley. En general no se deberá recurrir á un pesario intrauterino mantenido fijo á uno vaginal de anillo sino cuando se deba rectificar la posicion y la flexion del órgano. Además, el tallo puede emplearse como un pesario independiente, presentando si es necesario un diafragma de cautchuc capaz de sostener el pesario intrauterino á la manera de un soporte.

Una vez aplicado el instrumento la enferma debe guardar reposo en la cama durante algunos días y estar bajo la vigilancia del profesor, el cual se asegurará de la buena posicion del instrumento.

Si se eleva la temperatura de la enferma, si sobrevienen dolores debidos á un estado inflamatorio, se retirará el tallo y se tratará esta complicacion desde el principio como si fuera una peritonitis, así como

si antes de la aplicacion del aparato sufriera dolores la paciente, sería preciso rechazar este método de tratamiento. Por el contrario, si la enferma no experimenta dolores, si no se eleva la temperatura, podrá ordenársela que se levante y que ejecute paulatina y progresivamente algunos movimientos hasta volver à su género de vida normal, aunque sin hacer exceso alguno. Winckel y Olshausen han referido un ejemplo de concepcion durante el tiempo que la enferma llevaba aplicado un pesario intrauterino; habiendo observado tambien un caso de peritonitis por efecto de un coito en las mismas condiciones, por cuya circunstancia llaman la atencion sobre este punto.

Es preciso vigilar de una manera especial la época de la menstruacion; porque se ha observado algunas veces producirse en esta ocasion vivos dolores que han hecho necesaria la retirada del pesario que hasta entónces había sido bien soportado.

Muy frecuentemente el pesario intrauterino provoca la inflamacion del cuello y del cuerpo uterinos. Los labios se ponen turgentes y se aplican fuertemente sobre el tallo, que se encuentra apresado y fijo; la secrecion de la mucosa es muy abundante y las reglas son más frecuentes y más abundantes que de ordinario; pudiendo observarse tambien la aparicion de metrorragias. Más tarde este estado congestivo se modifica frecuentemente, y el útero, aumentado al principio de volúmen, disminuye, haciéndose ménos abundante la secrecion y desapareciendo ó disminuyendo la dismenorrea, haciéndose las reglas poco abundantes.

Se observa al propio tiempo que desaparecen los signos de compresion debidos à las anomalías de forma y de situacion del útero, que puede sufrir una modificacion de estructura de las más favorables, porque su tejido ántes blando se torna duro, manteniéndose la curacion despues que se ha retirado el pesario. Por otra parte, se han señalado un gran número de casos de perimetritis, de parametritis y aún de peritonitis aguda, à veces mortal, sobrevenidas desde la primera aplicacion del aparato, ó bien desde la segunda aunque la primera no haya provocado ningun accidente funesto. Debemos hacer notar que el aparato puede ser llevado mucho tiempo sin dar lugar à ningun accidente, y puede provocar otras veces, sin causa apreciable, complicaciones muy graves.

A pesar del perfeccionamiento de los aparatos que desde hace algun tiempo se emplean y de todas las precauciones que se adoptan, hoy se observan aún dichos accidentes. (*Nota bibliográfica núm. 4.*)

Puede establecerse en principio que *no es preciso recurrir al pesario intrauterino sino cuando todos los demas medios para corregir las anomalías de forma y de situacion del útero hayan sido ensayados en vano ó no permitan esperar ningun resultado de ellos*. Si se trata de una simple version

uterina, no se recurre hoy á este medio de tratamiento. Los anillos vaginales permiten tratar las retroversiones, dado caso de que el éxito sea posible, es decir, cuando no existan adherencias. Las anteversiones son, en verdad, difíciles de rectificar por medio de los pesarios vaginales; pero la inflamacion, generalmente muy marcada, del útero y las modificaciones anatómicas del cuerpo de este órgano no permiten recurrir al tallo intrauterino. Además, con el pesario uterino es preciso en los casos de version de la matriz rectificar la posicion del órgano y fijar este último de tal suerte que podría por si solo este hecho provocar la aparicion de accidentes.

Respecto á la retroflexion, si adherencias importantes no mantienen la matriz en su situacion viciosa, puede muy bien ser corregida por los pesarios vaginales, y si existen adherencias los pesarios intrauterinos no dan mejor resultado.

Falta la ante flexion del útero. El tratamiento por medio de los anillos vaginales da en este caso no más que medianos resultados, pero siempre debe ser intentado este medio de tratamiento, y sólo debe recurrirse al pesario intrauterino en esta afeccion cuando, tanto por parte del útero como de los anejos, no haya ninguna señal de inflamacion reciente, ninguna tampoco de hinchazon, ninguna adherencia estrecha y poco extensible, como se observa á consecuencia de antiguos procesos inflamatorios, ni ningun vestigio de tumor. Tampoco se deberá apelar á la aplicacion del pesario intrauterino si la flexion de la matriz es de fecha reciente ó si ha aparecido despues de un puerperio complicado con involucion incompleta del útero; si existe una endometritis del cuerpo y del cuello con erosiones en el hocico de tenca; si la enferma padeciére menorragias y metrorragias, ó si, á consecuencia de presiones y tentativas de movilizacion del órgano, fuera muy viva la sensibilidad de éste.

Réstanos ocuparnos de los casos de ante flexion con atonia del tejido uterino con induracion de éste y dismenorrea.

Hildebrandt ha descrito, á nuestro juicio con precision, los estados anatómicos que autorizan una tentativa de tratamiento con el pesario intrauterino. Los accidentes que en estos casos indican esta operacion son la dismenorrea dolorosa; los signos de compresion, principalmente el tenesmo vesical; los accidentes nerviosos cuando son manifestamente ocasionados por la flexion uterina, y, en fin, la esterilidad cuando coincide con uno ó con otro sintoma.

Añadamos que se ha empleado tambien el pesario intrauterino para luchar contra el defecto de desarrollo ó bien contra la atrofia del útero complicada con menstruacion débil ó amenorrea. En estos casos tiene por objeto la aplicacion del pesario provocar una congestion más viva de los órganos sexuales, un desarrollo más completo y una mens-

tuacion más abundante, haya ó no una anomalía de forma y de posición del útero.

Esta indicacion, no obstante, sólo se llenará por este medio cuando los demas hayan fracasado.

1) Se encontrará en la obra de Winckel un breve estudio histórico, del que nosotros hemos tomado datos para escribir el capítulo precedente: *Die Behandlung der Flexionen des uterus mit intrauterinen Elevatoren*. Berlin, 1872.

2) La literatura á este respecto es extremadamente rica. Se encuentra dispersada en algunas monografías y en innumerables artículos de periódicos. No podemos señalar aquí sino un pequeño número de ellos:

E. Martin. *Die Neigungen und Beugungen der Gebaermutter nach vorn und hinten*. Berlin, 1886.

Hildebrandt. *Ueber die Anwendung der Intrauterin pessarien*. *Monatsschrift für Geb.*, t. XXVI, pág. 81.

Olshausen. *Zur Therapie der Uterus flexionen*. *Ibid.*, t. XXX, pág. 353.

Spiegelberg. *Ueber intrauterine Behandlung*. *Volkman's Klin. Vorträge Gynäkologie*, núm. 9.

Schroeder. *Ueber Aetiologie und intrauterine Behandlung der deviationen des Uterus, nach vorn und hinten*. *Ibid. Gynäk.*, núm. 13.

Winckel. *Die Pathologie der weiblich. Sexualorgane in Lichtdruckabbildungen*, etc., 8 Lieferungen. Leipzig, 1879, pág. 212.

Hüter. *Die Flexionen des Uterus*. Leipzig, 1870.

Awater. *Zur mechanischen Behandlung der Versionen und Flexionen des Uterus*. Erlangen, 1864

Beigel. *Krankheiten des weiblichen Geschlechts*, t. II, págs. 239 y siguientes.

3) Studley. *Contribution to the mechanical treatment of versions and flexions of the Womb*. *American Journal of Obstetrics*, 1879, Enero, pág. 39.

4) Arthur. W. Edis. *On the necessity for caution in the employment of intrauterine stems* *Obstet. Soc. of London Transact.*, t. XVI, pág. 3. Se encontrarán en esta Memoria observaciones muy instructivas de accidentes desarrollados más ó menos rápidamente despues de la introduccion del pesario, habiendo ocurrido la muerte en algunos casos.

Ely van de Wercker. *The present status of the intrauterine stem in the treatment of flexions of the uterus*. *Transact. of the American Gynecological Soc.*, 1877, pág. 214.

Benike. *Besprechung der neuen Arbeiten über die Versionen und Flexionen des Uterus*. *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, t. I, pág. 197.

Routh. *On the use of intrauterine stems in uterine diseases*. *London Obstetr. Soc. Transact.*, t. XV, pág. 252.

5) Para las neurósís, y particularmente para las neurósís reflejas, bajo la dependencia de lesiones uterinas, véase Tripier: *Lesions de forme et de structure de l'uterus; leurs rapports avec les affections nerveuses*. Paris, 1871.

Véase tambien Hegar: *Extirpation des Uterus und der Eierstöcke durch die Laparotomie*. *Wiener med. Presse*, 1877, números 17 y 18.

Art. 4.º — Taponamiento de la vagina.

El taponamiento de la vagina está frecuentemente indicado en los casos de hemorragia. Es un medio paliativo en los casos de menorragia y de metrorragia que sobrevienen á consecuencia de una involucion insuficiente, de cáncer, en las hemorragias consecutivas á operaciones, á la amputacion ó á la discision del cuello, por ejemplo, en las que sobrevienen á consecuencia de la aplicacion de sanguijuelas al hocico de tenca ó á la vagina, ó despues de escarificaciones practicadas en la porcion vaginal. Volveremos á ocuparnos de los detalles sobre el empleo del taponamiento en estos casos, pero digamos de pasada que poseemos métodos más seguros y ménos peligrosos que el tapon para luchar contra las hemorragias consecutivas á operaciones importantes. Se puede taponar la vagina en los casos de version y de flexion del útero para rectificar la posicion del órgano, pero principalmente como tratamiento preparatorio para colocar un pesario de anillo ó cualquier otro aparato definitivo.

En los casos de vaginitis complicada con una fuerte hiperemia, con descamacion epitelial ó con flujos irritantes, se tapon la vagina para evitar el contacto, los frotos y las adherencias entre las paredes ulceradas (difteria, tífus).

El taponamiento vaginal permite igualmente obtener este resultado en los casos de heridas, raspadura, operacion practicada para destruir una estenosis ó una atresia del canal vaginal. Despues de las operaciones practicadas sobre el cuello del útero, el tapon permite fijar la cura, en la discision del cuello por ejemplo; evitar la caida de las esponjas ó de tallos introducidos en el conducto cervical y mantener el útero en una posicion conveniente despues de la introduccion de estos instrumentos.

Finalmente, como ya hemos dicho, por medio del tapon se pueden aplicar á la mucosa vaginal soluciones, polvos y pomadas medicamentosas.

El tapon estará constituido con preferencia por una bola de uata ordinaria, desgrasada si se ha de empapar en un líquido medicamentoso ó si se quiere utilizarle para recoger la sangre ó los líquidos que fluyan por la vagina. Su forma diferirá segun los casos. Si sólo ha de servir para separar las paredes vaginales tendrá la forma de un cojin prolongado; pero generalmente es cónico ú ovoideo, siendo sus dimensiones proporcionadas al calibre de la vagina y á las dimensiones de la vulva, y variando tambien segun el objeto que el profesor se proponga llenar. En general, por poco difícil que sea la introduccion, se introducirán *taponos numerosos y pequeños mejor ó con preferencia á un*

tapon único y voluminoso. Se coloca el tapon vaginal valiéndose de un separador ó de un espéculo cilíndrico, á través del cual se empuja el tapon con ayuda de una pinza hasta los fondos de saco vaginales. Cuando hay necesidad se introduce un segundo tapon, un tercero, etc. También puede practicarse el taponamiento sin el empleo del espéculo. Basta para ello colocar dos dedos en la vulva de tal suerte que su cara dorsal empuje hácia abajo la pared posterior de la vagina, introduciendo el tapon siguiendo la cara palmar de aquéllos, debiendo en este caso los tapones estar constituidos por pequeñas bolas de uata.

Para hacer más fácil la aplicacion de los tapones se les puede empapar en aceite, glicerina, vaselina, etc., á las cuales se añade, si es necesario, un líquido antiséptico.

El médico ó la enferma misma pueden retirar el tapon. El primero lo ejecutará fácilmente con ayuda de unas pinzas de anillo que se deslizan á lo largo del índice de la mano izquierda introducido en la vagina. También puede hacerse tirando de un hilo (fiador) que se ha fijado atándolo previamente á la bola de uata por una de sus extremidades. Si hay muchos tapones cada uno debe tener un hilo independiente ó venir á atarse todos á un solo hilo, estando atada cada extremidad á una distancia de 15 centímetros de la vecina. Así se evita tirar de los primeros tapones, que son los que están más profundos, inconveniente que se produce frecuentemente cuando cada tapon está provisto de un fiador particular.

[Para obviar este inconveniente nosotros seguimos una práctica muy acertada, cuya procedencia no recordamos en este momento. En el fiador del tapon que se introduce en primer término hacemos un nudo cerca de su extremidad libre, dos al introducido en segundo término, tres al tercero, y así sucesivamente. Cuando haya de retirarse el taponamiento se empieza por tirar del fiador que más nudos tiene, luego al que tiene uno ménos, y así sucesivamente. Esta práctica nos parece más fácil y de mejor resultado que la propuesta por los autores. — *M. G. de S.J*

En los casos de hemorragia no se taponan habitualmente más que los fondos de saco, á cuyo efecto se emplean de dos á seis pequeños conos que tenga cada uno un volumen aproximadamente como el de una nuez de agallas. El primero se introduce empapado en un líquido astringente ó cubierto de un polvo de la misma índole, y debe aplicarse al hocico de tenca, siendo colocados los otros alrededor en los distintos puntos de los fondos de saco vaginales. Es preciso evitar que se produzca una gran distension de las paredes vaginales, ni que se separen los labios del orificio externo del cuello, lo cual tendría muchos inconvenientes aun bajo el punto de vista de la hemorragia. Es conveniente que la parte inferior del canal vaginal quede libre,

porque la tension de esta parte de la vagina fatiga generalmente á la enferma, que no puede orinar y sufre una sensacion desagradable. Un tapon aplicado de esta suerte no puede permanecer colocado más que de doce á veinticuatro horas.

En los casos de flexion y de version del útero se dirige el tapon hácia el punto donde existe el desplazamiento de la matriz á fin de levantarla y dirigirla en sentido opuesto. Pero frecuentemente no se obtiene resultado alguno porque el tapon se reblandece, ademas de que por lo comun empuja al cuello en direccion contraria á la que se desea.

Para evitar todo accidente infeccioso á consecuencia del taponamiento vaginal se ha ensayado recubrir el tapon de una capa de cautchuc. La pared externa del espéculo está cubierta por una lámina de cautchuc que obtura el orificio del instrumento, que es el que se introduce en la vagina. Una vez relleno el instrumento con los tapones de uata, se mantienen éstos colocados en tanto que se retira el espéculo. (O. Wolff. *Zur Prophylaxie des Puerperal Fiebers, Pract. Arzt.* 1878, 409). Empleando la uata bien limpia y fenicada las reglas precedentes son inútiles.

Los tapones formados por vendas ó trozos de tela, algodón y esponjas son á nuestro juicio inferiores á los de uata. Sin embargo, á falta de ésta se puede recurrir á estas sustancias. Las vejigas de cautchuc, frecuentemente usadas todavía en Obstetricia, prestan muy buenos servicios, sobre todo cuando existe el propósito de distender uniformemente los fondos de saco vaginales.

A fin de que las enfermas puedan por sí mismas introducirse el tapon ha imaginado Sims un porta-tapon compuesto de una cápsula oval abierta por su parte superior, en la cual se coloca el tapon. El resorte que permite abrirse á la mitad de la cápsula, cuando se coloca el tapon en su interior no es absolutamente necesario. La cápsula está fija por un tubo metálico dentro del cual corre un tallo provisto de un piston. Introducida la cápsula hasta los fondos de saco la enferma empuja el piston y el tapon sale de la cápsula que lo encierra.

Art. 5.º — Del hierro al rojo y de los cáusticos.

Se puede aplicar el cauterio actual sobre el cuello uterino y principalmente sobre el orificio externo y los puntos vecinos, así como sobre los más elevados de la pared del canal cervical; su aplicacion sobre la mucosa vaginal y los órganos genitales externos ó sobre la mucosa del cuerpo uterino es más rara.

El empleo del hierro al rojo está indicado en los casos de ulceracion epitelial del hocico de tenca, de hiperplasias glandulares y papi-

lares (erosiones) complicadas con un proceso hiperplásico que se extiende hasta las partes profundas de la pared cervical. Este medio de tratamiento está principalmente indicado cuando la porcion vaginal está hinchada y blanda, como se ve en los casos de involucion incompleta del útero complicados de ectropion y consecutivos a un parto prematuro ó á término.

Si la erosion tiene asiento en un fondo indurado y si los labios son muy duros y resistentes el cauterio actual no dará tan buenos resultados. Algunos profesores le han empleado no obstante, y opinan que de una manera moderada puede constituir un útil excitante.

En los casos de hiperplasia simple de la porcion vaginal cuando no hay erosion se ha recomendado recientemente el empleo del hierro al rojo bajo la forma de ignipuntura. No podemos negar que por este medio se obtiene una rápida regresion en los casos en que los tejidos están blandos, como acaece en el puerperio por ejemplo. Pero poseemos otros varios medios que permiten abrigar tan halagüeños resultados como los que ofrece la ignipuntura.

El cauterio actual es un excelente agente cuando se trata de un catarro agudo del cuello con ulceracion de la mucosa y secrecion profusa.

En fin, el hierro al rojo es de un uso corriente en los casos de cáncer del cuello del útero desde el momento en que aparece una ulceracion.

Mediante su empleo se trata de obtener una caída rápida de todas las partes que, de otra suerte, se eliminarían lentamente, y de trasformar la herida en una ulceracion de buena naturaleza, disminuyendo el olor desagradable, las secreciones pútridas y la hemorragia, fenómenos debidos á la presencia de fungosidades. Segun la juiciosa observacion de Gusserow, se ahorran á la enferma las hemorragias, las supuraciones prolongadas y se la procura un bienestar relativo durante largo tiempo. En estos casos es conveniente extirpar las masas fungosas y los tejidos gangrenosos con la cucharilla cortante previamente y aplicar en seguida el hierro al rojo. Nosotros no hemos encontrado en el cauterio actual, desgraciadamente, más que un paliativo, debiendo, no obstante, advertir que hemos recurrido á él cuando la gangrena no era muy acentuada, y cuando solamente existia una ligera ulceracion con infiltracion manifiesta del cuello uterino. Obrando de esta suerte se obtiene una ulceracion extensa de marcha muy rápida que probablemente no se produciría más tarde. Por otra parte, en estas circunstancias se puede apelar á operaciones radicales. Si la superficie ulcerosa es muy extensa, no deberá cauterizarse sino las partes que están destinadas á una eliminacion próxima y cierta, así como las producciones fungosas, guardándose de introducir muy profundamente el cauterio

en los tejidos sanos ó que estén simplemente infiltrados. Operando de esta suerte, sea con un hierro muy caliente ó sea repitiendo con frecuencia la operacion, podrían cauterizarse vasos sanos, y sería preciso recurrir á otros hemostáticos que al hierro enrojecido. En los casos de cáncer, el cauterio actual deja de estar indicado si la ulceracion se extiende muy profundamente hácia el peritoneo ó hácia la vejiga, á fin de evitar el peligro de abrir la cavidad peritoneal, la vesical ó el intestino recto.

En el carcinoma de la vagina y de los órganos genitales externos se preconiza el empleo del hierro al rojo con el mismo objeto que en los casos en que esta lesion tiene asiento en el cuello uterino.

El cauterio actual está, finalmente, indicado cuando despues de la extirpacion del carcinoma con el cuchillo ó las tijeras hay que destruir los colgajos del neoplasma que hayan sido tallados en la operacion ó cuando hay necesidad de contener una hemorragia rebelde. Esta operacion está perfectamente justificada cuando, en el primer caso, se cree poder ir más léjos sin peligro y cuando, en el segundo caso, el hierro enrojecido permite llenar la indicacion: contener la hemorragia. Tenemos, sin embargo, á nuestra disposicion medios hemostáticos más seguros.

El hierro enrojecido no ha sido aplicado á las lesiones del cuerpo uterino sino de una manera experimental. Sólo Spiegelberg ha aplicado, en los casos de hemorragia uterina, fragmentos de porcelana á elevada temperatura sobre la mucosa del cuerpo del útero, y parece que ha abandonado esta práctica.

El hierro al rojo está contraindicado cuando existe un estado inflamatorio agudo de los anejos de la matriz ó cuando existe una cistitis.

La aplicacion del cauterio actual al cuello uterino provoca una inflamacion que se propaga hácia los órganos vecinos, y sobre todo á la vejiga, produciendo disuria ó iscuria. La caida de la escara es generalmente muy lenta cuando no se obra exclusivamente sobre un tumor blando; la eliminacion de la escara va ordinariamente acompañada de una hemorragia ligera, que muy rara vez es violenta, fluyendo al propio tiempo un líquido seroso semejante al caldo, en el cual existen en suspension colgajos negruzcos de la escara, cuyo flujo adquiere más tarde carácter purulento. Ya se trate ó no de una afeccion maligna la curacion es completa generalmente al cabo de cuatro ó seis semanas, siendo muy raro que haya que deplorar accidentes desgraciados. Es excepcional que aparezcan violentos estados de irritacion ó de inflamacion. Sin embargo, será conveniente aconsejar el reposo en la cama durante tres ó cinco días á las enfermas que hayan sufrido una aplicacion, siquiera sea ligera, del hierro al rojo. Señalaremos, no obstante, como consecuencia tardía del empleo del cauterio actual, las este-

nósis y las atresias del canal cervical ó de su orificio externo. Se deberá, por lo tanto, vigilar atentamente esta complicacion, durante el proceso curativo, si se ha profundizado con el cauterio en el conducto cervical ó si se ha operado sobre las partes vecinas á su orificio externo. Por otra parte, es muy raro que sea modificada la mucosa en sus capas profundas, aun despues de una enérgica aplicacion del cauterio actual. Despues de la curacion toma dicha mucosa su aspecto normal.

Cuando se quiere recurrir al cauterio actual, el aparato más simple, más seguro y más cómodo es el hornillo de carbon provisto de un soplete, ó una buena lámpara de alcohol con soporte y un buen arsenal de hierros de forma variada, cuyos aparatos no tienen más inconveniente que el de asustar á las enfermas. Los cauterios provistos de bolas redondas y de mediano volúmen, y los que están provistos de una extrémidad puntiaguda ú ovoidea, bastan para el conducto cervical. Es importante proteger las paredes vaginales y los órganos genitales externos, cuyo fin se consigue fácilmente introduciendo ántes de practicar la cauterizacion un espéculo cilíndrico de madera. Sin embargo, este instrumento no permite siempre descubrir toda la parte enferma cuando se trata, por ejemplo, de una gran hipertrofia del labio anterior ó de un carcinoma. Se puede entónces recurrir á las valvas de goma endurecida ó á separadores vaginales de madera ó de goma. Si existe una secrecion profusa á nivel de la parte en que radica la lesion es preciso, ántes de aplicar el hierro, tratar de desecar la pared con una esponja ó con algodón en rama. Una vez aplicado el hierro enrojecido puede llenarse el espéculo cilíndrico con agua fría, ó bien, cuando se emplea un separador, dejar correr el agua sobre la porcion vaginal. Gussierow recomienda el empleo del espéculo de dobles paredes de Mathieu: éste es un espéculo metálico que presenta una pared doble, cuyo intervalo, puesto en comunicacion, mediante un tubo de goma, con un vaso colocado á determinada altura respecto á la en que se halle el espéculo, y, mediante otro tubo, con otra vasija colocada en el suelo, permite que se establezca una corriente de agua fría ó helada interin se practica la cauterizacion.

El empleo de los galvano-cáusticos, especialmente las porcelanas á á elevada temperatura, es muy complicado para que adquiera vulgarizacion en la práctica.

El termo-cauterio de Paquelin es, por el contrario, muy cómodo, ofreciendo ademas la ventaja sobre los galvano-cauterios de no inutilizarse fácilmente. Puede darse á la extremidad de platino todas las formas deseables: aguja, bola, cuchillo, disco, etc.; su accion es, en verdad, más limitada, pero esta circunstancia más debe ser considerada como ventaja que como inconveniente; la extremidad del instrumento se recubre bien pronto de una capa de tejidos medio carbonizados que

limitan ó atenúan el efecto del hierro enrojecido, inconveniente que se hace desaparecer fácilmente ejerciendo algunas rápidas presiones sobre la pera de cautchuc. En la mayor parte de los casos basta el termo-cauterio.

El empleo de una llama de gas ó de un cilindro de carbon en ignicion no ha prosperado jamás en la práctica.

Cáusticos. — Los cáusticos, salvo el ácido nítrico, de que ya hemos hablado, han sido desde hace algun tiempo abandonados y sustituidos por el cauterio actual. Antes, en los casos de hiperplasia, de ectropion, etc., se empleaban frecuentemente para la cauterizacion del hocico de tenca la potasa ó una mezcla de potasa cáustica y de cal (5 partes de la primera y 4 de la segunda). La accion de los cáusticos es más difícil de limitar que la del cauterio actual, y todos los medios propuestos no bastan á veces para impedir la propagacion de los efectos del cáustico á las partes vecinas. Para aplicar un cáustico, despues de haber puesto al descubierto la porcion vaginal del cuello con ayuda del espéculo cilindrico, se desliza entre el borde del espéculo y el labio inferior del hocico de tenca un semicírculo de uata empapado en vinagre, y llevando fijo el cáustico con un porta-piedra, una pluma de ave ó una pinza, se le pone en contacto con las partes que se quieren cauterizar. Terminada la cauterizacion se llena el espéculo de una débil solucion de vinagre, que se tiene en contacto con la porcion vaginal cauterizada durante un rato.

Se ha recurrido frecuentemente á los cáusticos líquidos, tales como el ácido azótico, el ácido crómico, el ácido sulfúrico, etc. Cuando se empleen éstos deben siempre protegerse las partes vecinas á la en que se va á aplicar mediante una compresa ó una porción de uata. Para aplicarlos se emplea una varilla de vidrio ó un pincel que se empapa con cuidado en el líquido para evitar que estando muy cargado pueda derramarse el cáustico. Despues de la aplicacion se retira la compresa ó la uata y con ella el exceso de líquido cáustico, poniendo despues una inyeccion alcalina cuando es necesario.

Routh ha recomendado recientemente en el cáncer del cuello del útero el alcohol bromado (1 parte de bromo y 10 de alcohol), colocando sobre la superficie ulcerada un pequeño trozo de tela empapado en dicha solucion, ó introduciéndole en la cavidad del cuello si la ulceracion se extiende al conducto cervical. Por medio de tapones empapados en una fuerte disolucion de bicarbonato de sosa se mantiene fijo el trozo de tela y se protegen las partes vecinas contra la accion del cáustico, renovando la cura cada veinticuatro ó cada cuarenta y ocho horas. Para proteger las vías respiratorias del profesor contra los vapores del bromo se recurre á una esponja empapada en una solucion de bicarbonato de sosa. Schroeder es partidario de esta práctica, sobre todo

cuando hay necesidad de destruir las bridas de un tumor despues de una operacion cruenta ó despues de la aplicacion del cauterio actual. Es preciso, no obstante, obrar con sumo cuidado, porque si la ulceracion es muy profunda la accion del cáustico puede alcanzar al peritoneo ó á la vejiga. En un caso se ha visto sobrevenir una peritonitis mortal.

Gusserow. *Die Neubildungen des Uterus*. Stuttgart, 1878, pág. 208.

Spiegelberg. *Ueber intrauterine Behandlung*. *Volkman's Klin. Vorträge*, núm. 24.

Routh. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, 1867, t. VIII, pág. 290.

Schroeder. *Sitzungsberichte der physik. med. Soc. zu Erlangen*, 23 de Junio de 1873.

Véase tambien:

Henneberg. *Ueber die Behandlung des Carcinoms des Cervix uteri mit Alcohol Bromsolution*. Tesis inaugural. Erlangen, 1874.

Art. 7.º — De la sangría local.

Hubo un tiempo en que todos los médicos, en todas las afecciones dolorosas de apariencia ó de naturaleza inflamatoria, aplicaban sanguijuelas ó ventosas sobre los puntos dolorosos. La region de la laringe, las partes laterales del tórax, las regiones precordial, lumbar, etc., gozaban el privilegio de esta operacion. Los cirujanos habían adoptado esta práctica, y las regiones periarticulares y la columna vertebral constituían los lugares preferidos de eleccion para aplicar sanguijuelas. Las mismas encías no fueron exceptuadas. En Ginecología predominaron doctrinas tan erróneas, y hubo un tiempo en que las sanguijuelas, aplicadas á la porcion vaginal del cuello, constituían la primera y la última palabra en el tratamiento de las afecciones del aparato sexual.

En todas las ramas de la Medicina las indicaciones de la sangría local han llegado á ser muy restringidas. El abandono de esta práctica débese sobre todo hoy á que el profesor rehusa extraer una cantidad de sangre, por pequeña que sea, á una enferma que parezca ó esté realmente anémica ó que presente al ménos los signos de un cierto estado de debilidad. Esta razon no debería, sin embargo, tener gran importancia: si por la sangría se obtuviera una mejoría manifiesta duradera, ó tal vez la curacion, las ventajas serían muy superiores al mal. Si con una sangría de 30 á 100 gramos se lograra en una semana desembarazar á la enferma de violentos dolores ó curar una afeccion inflamatoria del útero ó una pelvi-peritonitis, es fuerza confesar que aqué-

lla podría sin dificultad soportar esta pérdida de sangre y que ésta se subsanaría bien pronto.

Si se ha abandonado el empleo de la sangría es porque una observación más detenida de los hechos, nuestros conocimientos más exactos sobre el origen y la marcha de las enfermedades nos han demostrado cuán medianos eran los efectos de esta operación. Por otra parte, nosotros hemos obtenido excelentes resultados del empleo de otros procedimientos, tales como la aplicación de vejigas de hielo, el uso del opio y del cloral, una posición conveniente, etc.

Se emplea la sangría local para luchar contra los dolores ligados á una fuerte hiperemia del útero con sensación dolorosa de pesantez y dolor pelviano. Está indicada en los casos de dolores que se presentan al final de cada período intercalar ó que se prolongan después de una menstruación débil; en los casos de sensibilidad á la presión sobre el útero; cuando existen dolores provocados por las tentativas de movilización, sensibilidad á la presión sobre las regiones lumbar y ovárica, y, finalmente, cuando la mucosa cervical turgente presenta un color rojo intenso ó lívido.

No recomendamos el empleo de la sangría local sobre los órganos genitales internos en los estados inflamatorios agudos de los anejos del útero ó del peritoneo.

En cuanto á la sangría local practicada sobre la mucosa vaginal, se ha recomendado hacerla sobre la pared anterior de la vagina cuando existen fuertes dolores á la presión producidos por una cistitis ó por un catarro de la vejiga.

Las sangrías locales sobre la porción vaginal se practican por medio de escarificaciones ó de aplicaciones de sanguijuelas: el cuello debe estar puesto al descubierto previamente por medio del espéculo cilíndrico, que es seguramente el mejor instrumento cuando se recurre á las sanguijuelas. Oprimiendo el espéculo sobre los fondos de saco se evita que alguno de los anélidos se deslice entre las paredes del instrumento y la mucosa de la vagina. Es todavía más sensible que se introduzca en la cavidad de la matriz una sanguijuela, accidente que determina cólicos uterinos muy penosos. Scanzoni recomienda no dejar más que el labio anterior del cuello en el campo del espéculo; pero esto no puede lograrse sino en los casos de hipertrofia considerable, en los cuales la forma es apropiada para obtener una oclusión perfecta.

Weber recomienda que se mantengan las sanguijuelas sujetas por medio de un hilo atado á su extremidad caudal. También se puede á veces obturar el orificio externo del cuello por medio de un pequeño cono de hilas ó de uata. De una manera general debe ejercerse una esmerada vigilancia en tanto que las sanguijuelas no hayan agarrado

bien, impidiendo con una pinza que estos animales marchen en una direccion determinada ó se escapen.

Habitualmente, 3 á 4 sanguijuelas bastan para obtener 80 gramos de sangre, teniendo en cuenta la hemorragia consecutiva, que sólo procuraremos detener en el caso de que se hayan perdido más de 100 gramos de sangre. Si se tapona la vagina despues de la aplicacion de sanguijuelas, se provoca con facilidad suma un estado inflamatorio que anula el resultado obtenido. Si la hemorragia fuera muy considerable se procuraría contenerla con fragmentos de uata aplicados sobre los puntos que dieran sangre, y si este medio fuera insuficiente se aplicaría un punto de sutura con una aguja é hilo. Este medio debe tambien ser recomendado cuando, voluntariamente ó por accidente, se ha fijado una sanguijuela sobre la pared vaginal y provocado una hemorragia consecutiva de consideracion.

Como accidentes que pueden ocurrir consecutivamente á la aplicacion de sanguijuelas al cuello de la matriz citaremos los cólicos uterinos, de los cuales se triunfa con una enema laudanizada. Scanzoni cita tambien la aparicion de fenómenos reflejos penosos, tales como convulsiones, vómitos, alucinaciones, los cuales se observan tambien á veces en las mujeres histéricas á consecuencia de un simple exámen; habiéndose observado ademias en alguna ocasion un eritema parecido á la urticaria. En suma, no se observan accidentes durables ni importantes á consecuencia de la aplicacion de sanguijuelas al cuello uterino.

El otro procedimiento para practicar la sangría local en el cuello de la matriz está constituido por la escarificacion, que se lleva á cabo con un cuchillo montado sobre un mango largo, practicando incisiones sobre los labios del cuello. A veces, en los casos de fuerte hiperemia ó cuando se secciona una vena dilatada, sobreviene una hemorragia; pero generalmente para obtener una cantidad de sangre suficiente se deben hacer numerosas y profundas incisiones. No hay más exposicion á las fuertes hemorragias secundarias si se hacen profundas incisiones que si se aplican sanguijuelas. Por lo demas, las incisiones profundas curan algunas veces muy lentamente.

Kristeller preconiza la acupuntura, que practica haciendo picaduras en los labios del cuello de la matriz con una aguja de catarata; se

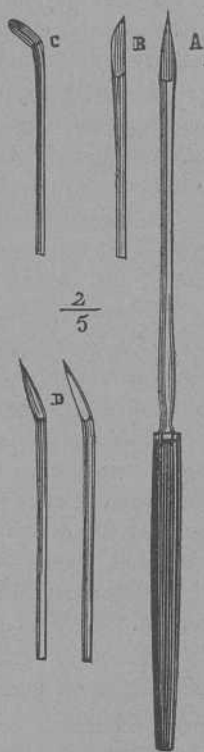


Fig. 72.

obtiene frecuentemente una fuerte hemorragia; sin embargo, nosotros, apoyándonos en multitud de tentativas, damos la preferencia á la acupuntura sobre las escarificaciones.

En las jóvenes, en los casos en que hayan sobrevenido accidentes despues de la aplicacion de sanguijuelas al cuello, en las personas que rechacen el empleo del espéculo y la larga duracion del acto operatorio, pueden aplicarse las sanguijuelas al periné ó al ano. Para terminar diremos que debe evitarse el empleo de gran cantidad de sanguijuelas, porque no es raro observar hemorragias intensas. Comunmente bastan 3 sanguijuelas, siendo excepcional que haya necesidad de emplear 5 ó 6.

Toda enferma que ha sufrido una sangría local del aparato genital debe guardar cama por espacio de veinticuatro horas, evitando así que se anulen las ventajas obtenidas por la deplecion de los vasos.

Se ha propuesto tambien el empleo de las sanguijuelas al útero con el fin de modificar las condiciones de circulacion en este órgano. Pero disponemos de otros métodos mucho más cómodos que nos permiten obtener los mismos resultados, tanto que la aplicacion de sanguijuelas al cuello uterino está hoy casi completamente abandonada.

Sobre la sangría local y sobre los accidentes que pueden resultar, etc., véanse:

Scanzoni. *Wurzbürger med. Zeitschrift*, 1860, cuad. I; *Die chronische Metritis*, 1863, pág. 237; *Lehrbuch der Krankheiten der Weibes sexualorg.*, 1873, pág. 43.

Schroeder (*Handbuch der Krankheiten der weibl., Geschlechtsorgane*, 1879, pág. 98) es todavía partidario de la sangría local en la metritis crónica (1).

Léopold ha dado cuenta recientemente de la observacion de un caso en el cual tuvo ocasion de apreciar, á consecuencia de una aplicacion de sanguijuelas al cuello de la matriz, una erupcion análoga á la urticaria (*Archiv. für Gynäkolog.*, t. VIII, pág. 560).

Se encontrará en el *Wiener Med. Vochenschrift*, 1861, núm. 43, la recomendacion hecha por Weber de pasar un hilo á traves de la cola de las sanguijuelas.

Las escarificaciones especiales han sido imaginadas por Scanzoni y por Carlos Mayer.

Kristeller (*Monatsschr. für Geb.*, t. XXXIII, pág. 812) recomienda la acupuntura con una aguja de catarata.

Spiegelberg ha ideado una aguja especial (*Arch. für Gynäk.*, t. I, pág. 48).

Se encontrará en Leblond (*Traité élémentaire de chirurg. gynec.*, 1878, pág. 127) una figura representando un escarificador.

(1) Desgraciadamente para la Ciencia el Dr. Schroeder, distinguidísimo catedrático de la Universidad de Berlin, ha dejado de existir recientemente.

Art. 8.º — Del vendaje abdominal.

Se puede aplicar un vendaje sobre toda la pared abdominal, ó bien solamente sobre una de sus partes y generalmente sobre la region umbilical. La aplicacion de un vendaje permite obrar sobre un punto limitado del abdómen.

El vendaje abdominal debe ser colocado de la manera siguiente: conociendo la distancia que separa el pubis de la extremidad inferior del esternon se corta un trozo de tela de esta anchura y de una longitud 10 ó 20 centímetros mayor que la circunferencia del vientre, añadiendo el espesor de una capa de uata. Se recubre el abdómen con esta capa, que será más gruesa sobre los hipocondrios á fin de que el vendaje pueda aplicarse por igual. Cuando se debe ejercer una mayor presion sobre una region determinada, la suprapubiana por ejemplo, se añaden en este sitio nuevas capas de uata. Aplicada una de las extremidades del vendaje á la region lumbar se lleva la otra extremidad á la misma rodeando el tronco y luégo hácia adelante tirando fuertemente de ella, y aplicándola sobre la primera vuelta se fija con alfileres resistentes.

Tal es el vendaje seco; si se quiere aplicar el vendaje húmedo se emplean dos ó tres servilletas aplicadas como las capas de algodón en el caso precedente, despues de haberlas empapado en agua, aplicándolas exactamente la una sobre la otra, colocando encima un delgado trozo de cautchuc impermeable; se desliza todo el aparato por debajo de la region lumbar, trayendo en seguida sobre la pared abdominal anterior las extremidades de cada servilleta, que se fijan separadamente la una sobre la otra, introduciendo uata á nivel de los hipocondrios y de la region costal si hubiera defecto de proporcion entre la cintura y las caderas. Finalmente, las extremidades de la hoja de cautchuc se fijan la una sobre la otra á beneficio de alfileres fuertes, como dejamos descrito más arriba.

Estos vendajes sostienen la pared abdominal, cuyos movimientos quedan limitados. La presion abdominal aumenta y se ve disminuir la extension de sus variaciones cuando la mujer ejecuta algun movimiento, cuando se levanta, cuando se acuesta, así sobre un lado como sobre el otro, cuando respira, tose, estornuda, ríe, vomita, etc. Estos apósitos pueden disminuir la intensidad de las hemorragias de la cavidad abdominal y aún impedir las. En una palabra, permiten inmovilizar las vísceras de la cavidad abdominal, ó por lo ménos limitar sus movimientos, cuyos resultados prestan útiles servicios, principalmente en los casos de irritacion y en los procesos inflamatorios que

tienen asiento en la cavidad abdominal, en el peritoneo ó en los órganos vecinos de esta serosa.

La compresion constituye un método de tratamiento que no debe desdeñarse. Desde el principio de las peritonitis, así difusas como circunscritas, hemos recurrido nosotros al empleo de estos vendajes, no habiendo observado las enormes timpanizaciones con que ántes habíamos luchado. Ahora bien; ¿la compresion de la pared abdominal anterior no eleva el diafragma y no dificulta los movimientos respiratorios?... Nada de esto; la mayor parte de las enfermas, despues de la aplicacion del vendaje experimentan una sensacion de bienestar debida principalmente á que los dolores que sufrían á cada movimiento y á cada inspiracion estan sensiblemente disminuidos. La aplicacion del vendaje abdominal exige ciertos cuidados y cierta maestria, no debiendo confiarse sino á enfermeras muy cuidadosas. Es preciso, ante todo, tratar de hacer una compresion uniforme, y una vez cumplida esta condicion se aumentará ó disminuirá el grado de compresion, segun los casos. Una compresion demasiado fuerte puede provocar la formacion de trombosis á consecuencia de los obstáculos ocasionados á la circulacion en la cavidad abdominal y en los miembros inferiores. Se cuidará principalmente de que el borde inferior del vendaje no se deslice muy abajo y no ejerza, estando muy apretado, compresion sobre la safena. El vendaje prestará muy buenos servicios despues de las grandes operaciones que ocasionan una gran disminucion de volumen de la cavidad abdominal, despues de la ovariectomía, de la paracentesis por ejemplo, siendo igualmente útil despues del parto.

La aplicacion del vendaje húmedo permite ademas obtener otro resultado: la pared abdominal, á consecuencia del rápido calor producido, se encuentra como si estuviera rodeada de una cataplasma. Está en un baño de vapor y la piel se reblandece, se hiperemia, apareciendo un eritema y vesículas si se prolonga la aplicacion del vendaje. En los casos de inflamacion aguda y crónica de los órganos abdominales y pelvianos prestan buen servicio los vendajes de que nos ocupamos. Si las enfermas no reaccionan pronto, si experimentan la sensacion desagradable del frio húmedo, es preciso exprimir fuertemente la tela del vendaje, rodear éste, despues de aplicado, con franela, colocar botellas de agua caliente á los costados y cambiar pocas veces el apósito. Se aplicará el vendaje cuando la enferma esté ya acostada desde un día ántes y haya entrado en reaccion.

En otros casos se moja el vendaje y se cambia frecuentemente. Puede también colocarse sobre el punto dolorido una vejiga llena de hielo. Para humedecer las vendas es preciso cambiar todo el aparato, lo que no puede aconsejarse en las afecciones agudas acompañadas de vivos dolores, en cuyos casos debe evitarse todo movimiento. Bastará

entonces aplicar las compresas una encima de otra sobre la pared abdominal anterior y humedecerlas luego con una esponja ó introduciéndolas en el agua.

Los vendajes precedentes no pueden ser aplicados sino cuando la enferma esté acostada.

En muchas enfermas es preciso dar un punto de apoyo á los músculos del vientre en la estacion vertical, ya sea porque la pared abdominal tenga que sorportar un peso considerable (útero grávido, tumor), sea porque los músculos del vientre mal nutridos sean blandos y no ofrezcan resistencia suficiente. Es preciso entonces recurrir á vendajes especiales que generalmente no rodean todo el vientre, sino solamente la parte inferior y la zona subumbilical de la pared abdominal.

Se encuentran en todos los almacenes de instrumentos y aparatos estos vendajes, cuya forma varia hasta lo infinito. Su anchura permite comunmente cubrir toda la region que va desde el pubis al ombligo, sobre poco más ó ménos. Su borde inferior (pubiano) está frecuentemente cortado en forma de corazon y están hechos de tela de hilo, de algodón ó de franela, siendo algunas veces de cautehuc. Para obtener la forma necesaria se colocan ordinariamente en su espesor ballenas dirigidas en sentido vertical; pero estas ballenas ejercen por lo comun una presion desagradable para la mujer. Muchos de estos vendajes están provistos en una de sus extremidades de cintas elásticas que se abrochan á la extremidad opuesta por medio de hebillas, colocándose el cabo á que van adheridas sobre la columna vertebral. En otros vendajes las extremidades se cruzan sobre la columna vertebral, viniendo despues á colocarse sobre la pared anterior, donde se abrochan por medio de hebillas.

Nos parece inútil repetir que á consecuencia de las diferencias que existen entre las dimensiones del abdómen y la distancia que separa las caderas, segun los sujetos, aun en estado normal, es preciso modificar hasta el infinito la forma y las dimensiones de estos vendajes. Estas modificaciones serán todavía más marcadas si existen ciertos estados patológicos ó funcionales, tales como una distension considerable del abdómen por la existencia de tumores ó de un embarazo, ó por un estado de flacidez extrema de las paredes abdominales. Si se quiere obtener alguna ventaja del empleo de estos vendajes es preciso tener en cuenta todos estos detalles.

Ante todo debe cuidarse conocer con exactitud las sensaciones experimentadas por las enfermas. Se experimentará tal ó cual forma de vendaje, en el cual se introducirán aquellas pequeñas modificaciones que una mujer inteligente reclamará siempre por sí misma. Con un buen vendaje se obtienen á veces resultados muy manifiestos, y cono-

ce mos nosotros mujeres que de esta suerte se han visto libres completamente de penosos dolores que agravaba cada movimiento. Pero también, es preciso decirlo, muy frecuentemente aumenta el sufrimiento de algunas enfermas el empleo intempestivo del vendaje abdominal. Sin duda alguna este método de tratamiento es muy racional, pero su aplicación práctica es tan delicada á consecuencia de las numerosas modificaciones que hay necesidad de llevar á cabo, que no siempre se obtiene buen resultado. Muy frecuentemente el vendaje se desliza hácia arriba, inconveniente que se obvia mediante la colocacion de *bajo-nalgas*, constituidos preferentemente por tubos de cautchuc que, pasando bajo los muslos, se fijan al vendaje por sus extremidades, así por delante como por detras. En las mujeres cuyas caderas son poco pronunciadas y descarnadas se debe hacer uso de tirantes para evitar que el vendaje se deslice hácia abajo. Si se propone el profesor ejercer una presión especial sobre las partes situadas por en cima del pubis, es pre-

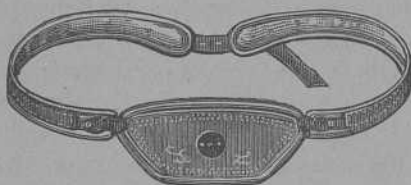


Fig. 73.

ciso emplear una pelota constituida por una almohadilla de cautchuc inflada de aire y colocada sobre la cara interna del vendaje. Los médicos han dispensado buena acogida á los aparatos que ejercen una presión especial sobre la region hipogástrica, á los cinturones hipogástricos (*fig. 73*). Están formados por un disco metálico que por la cara que corresponde á la pared abdominal lleva una almohadilla de crin de caballo y cubierta de cuero. Se coloca la almohadilla sobre la pared abdominal por encima del pubis y se la fija por medio de un cinturon de resorte metálico que rodea las caderas y pasa bajo las crestas ilíacas. Gracias á un tornillo la pelota puede ser dirigida en diversas direcciones, disposicion que permite ejercer una presión más ó menos fuerte de abajo arriba, contrabalanceando hasta cierto punto el peso de las vísceras que comprimen los órganos pelvianos y el útero. No es posible precisar las indicaciones de estos aparatos, sin embargo de ser incontestable la necesidad de su empleo. En este sentido es preciso interrogar á la experiencia. Los casos más favorables son los de anteversion ó flexion con aumento de volumen del cuerpo uterino, aquellos en que aún cuando la matriz ocupe su posición normal esté au-

mentada de volúmen y cuando las enfermas experimentan una penosa sensacion de pesantez. Nosotros hemos visto enfermas que despues de haber recurrido en vano á los consejos de ginecólogos eminentes, han acudido á aparatistas que les han aplicado un cinturon, despues de lo cual han podido ejecutar movimientos y esfuerzos que ántes estaban en imposibilidad de ejecutar. Aquí, como en otras ocasiones, el profesor hace la causa del charlatanismo; porque, ya por ignorancia del método de tratamiento, ya por mediana confianza en sí propio, descuida recurrir en estos casos á lo más elemental de la práctica, á los medios que han sido preconizados apoyándose sobre sólidos razonamientos, y estando admitido que dichos medios no pueden ser perjudiciales.

Art. 9.^o — De la fecundacion artificial.

La fecundacion artificial es una operacion que tiene por objeto introducir el esperma en el útero de una manera artificial con ayuda de instrumentos. Los conocimientos que poseemos hoy sobre la patogenia de la esterilidad nos permiten afirmar que este método de tratamiento está muy rara vez indicado.

De las investigaciones más precisas resulta que muy frecuentemente en los matrimonios estériles es preciso buscar en el hombre la causa de la esterilidad. Ya Sims había llamado la atencion sobre este punto, y los documentos recientemente publicados por Kehrer no dejan duda sobre este hecho; el esperma no contiene espermatozoos ó están mal conformados, ya á consecuencia de un defecto de desarrollo, como acaece en los casos de ectopia testicular, ya á consecuencia de enfermedades de estas glándulas, especialmente la orquitis, blenorragia, sífilis. La impotencia en el hombre es tambien causa de esterilidad.

En la mujer es preciso investigar la causa de la esterilidad en las anomalías más diversas. La hiperestesia de la vulva, el vaginismo, la presencia de un himen imperforado ó muy resistente, los tumores, etcétera, pueden impedir el cumplimiento del coito. El sémen eyaculado en este acto puede despues de él ser rechazado hácia afuera en las personas nerviosas por movimientos reflejos de la túnica muscular de la vagina y por esfuerzos. El peso, el volúmen, los cambios de forma del hocico de tenca, la extension del orificio externo del conducto cervical, las flexiones del cuello y más rara vez las del cuerpo pueden oponer un obstáculo á la introduccion del esperma, pudiendo tambien ocasionar dificultades para que se verifiquen las anomalías de posicion del cuello. La extremidad del glande no corresponde durante el coito al orificio externo, sino á un fondo de saco vaginal que en la retroversion

está situado hacia atras, en la anteversion hacia adelante y en la latero-version al lado opuesto, hacia el cual se dirige el cuello (Pajot).

Es preciso, sobre todo, no olvidar que la secrecion vaginal posee una propiedad nociva sobre la vida de los espermatozoos, ocurriendo lo mismo con las secreciones del cuello y del cuerpo de la matriz, que ejercen una accion deletérea sobre dichos seres. Citaremos ademas, entre las causas de esterilidad, las numerosas anomalias de las trompas, del ovario y de los puntos vecinos. Aun cuando el óvulo sea normal y esté regularizada la ovulacion el huevo puede no llegar á la cavidad uterina á consecuencia del enclavamiento de los ovarios en una masa de exudado, ó á consecuencia de la obliteracion del pabellon de las trompas, de su flexion, de un catarro de que sean asiento, etc.

En un gran número de estas anomalias, cuyo resultado final es la esterilidad, en las que residen en las trompas y los ovarios por ejemplo, toda intervencion es inútil y no está justificada sino en algunos casos excesivamente raros. Luégo que hayamos examinado con el mayor cuidado toda mujer que se nos presente afectada de esterilidad; despues que no hayamos descuidado nada de cuanto sea necesario, sirviéndonos del cloroformo para practicar nuestro exámen, muy frecuentemente habremos encontrado estas alteraciones.

Nosotros podemos triunfar de otras causas de esterilidad, ó por lo ménos atenuar sus efectos; tales son, por ejemplo, los estados patológicos de la vulva que pueden oponer obstáculos al poder fecundante del coito. Por una intervencion operatoria se pueden hacer desaparecer las anomalias de volúmen y de forma del hocico de tenca, como la prolongacion cónica y la estenosis del orificio externo.

Si la estenosis es más elevada en el conducto cervical es preciso apelar á la dilatacion, y aún en los casos de estenosis debida á una flexion puede obtenerse un resultado temporal que haga posible la concepcion aplicando un pesario intrauterino. En los casos de retroversion con formacion de un fondo de saco vaginal posterior la enferma debe, segun Pajot, sufrir el taponamiento vaginal muchos días ántes del coito; en los casos de anteversion debe estar el mayor tiempo posible sin orinar, y en los de latero-version debe practicar el coito estando echada sobre el lado hacia el cual esté inclinado el cuello. Tambien de los pesarios puede obtenerse algun resultado en este sentido. Se puede, en fin, recurrir á ciertos medios empíricos, sobre todo cuando la forma y la situacion del útero están modificadas: se podrá, por ejemplo, en ciertos casos recomendar á la mujer que practique el coito en posicion genu-pectoral ó en una posicion análoga. Se debe tambien tratar de que desaparezca la secrecion anormal de la mucosa de la vagina, del cuello ó del cuerpo por los medios apropiados.

La fecundacion artificial está indicada sólo en un corto número de

casos. Citemos en primer término las estenosis, sobre todo cuando son debidas á una flexion de la parte superior del canal cervical. Haussmann recomienda recurrir á dicha operacion cuando hallándose vivos los espermatozoides despues de haber penetrado en la parte inferior del cuello no pueden franquear el orificio interno, debiendo entonces intentarse esta operacion ántes de recurrir á ningun tratamiento ortopédico, porque en este caso se trata simplemente de hacer pasar el esperma por encima de una parte del canal cervical.

Si se trata de uno de esos casos en los cuales el esperma no penetra en el cuello á causa de una estenosis del orificio externo, de una anomalia de conformacion, de volúmen, de situacion ó de direccion del hocico de tenca, la fecundacion artificial no está indicada sino cuando todos los demas medios han sido empleados sin éxito y no permiten esperar ningun otro resultado. Si la esterilidad es debida á la accion especial de la secrecion de productos segregados por la mucosa cervical sobre los espermatozoides, es preciso llevar el esperma á traves de todo el conducto cervical, pudiendo utilizarse el esperma eyaculado en la vagina durante el coito, porque el licor seminal no se altera tan rápidamente.

Las indicaciones de la fecundacion artificial son muy poco numerosas. Ademas, fuerza es confesarlo, todo médico experimentará cierto sentimiento de repugnancia cuando tenga que apelar á este procedimiento.

Es un sentimiento seguramente muy justificado. Pero no debemos olvidar que por otro lado existen razones de gran valor que deben hacernos olvidar este lado sombrío del cuadro. La dicha de un matrimonio depende muy frecuentemente de su fecundidad y las personas que vienen á demandar nuestro concurso son precisamente de las que pueden hacer del niño un hombre que será útil á la sociedad. Estas consideraciones sociales tienen generalmente tal importancia que se imponen al médico y le obligan á soportar las condiciones desagradables de la operacion.

Un argumento más serio puede obtenerse de la extremada incertidumbre de los resultados. Aun en los casos en que la operacion parezca más indicada no puede afirmarse que no exista alguna otra causa de esterilidad. Por otra parte, puede todavía llegarse á pensar que si en las mujeres sometidas á la fecundacion artificial sobreviene el embarazo, acaso éste no pueda llegar á su término. Estas creencias son en verdad, fundadas, porque las anomalias que provocan la esterilidad están habitualmente consideradas como causas de aborto.

La fecundacion artificial, en lo que nosotros podemos juzgar apoyándonos en la opinion de autores dignos de fe, da resultados deplorables. Sims, que está bien familiarizado con la cuestion, no ha podido

obtener más que un solo éxito. Hasta el presente es cierto que esta pequeña operación no ha sido empleada sino en casos muy complicados después del empleo inútil de todos los demás medios de tratamiento. Desde que los trabajos de Haussmann nos han hecho conocer recientemente la influencia perniciosa y relativamente rápida del mucus vaginal sobre los espermatozoides, así como los inconvenientes que resultan de las manipulaciones á que es preciso someter el esperma durante la operación, los malos resultados referidos son perfectamente comprensibles. Los espermatozoos mueren fácilmente cuando se recogen con la jeringa, porque la cabeza se separa fácilmente de la cola, por ejemplo.

El manual operatorio de la fecundación artificial varía mucho. Sims emplea una jeringa de cristal que mantiene á la temperatura de la sangre. Poco tiempo después del coito, estando la mujer echada en decúbito lateral, recoge con dicho instrumento el esperma vertido en la vagina é introduce la cánula en el conducto cervical á una profundidad de 3 á 4 centímetros. El pistón está provisto de una tuerca que permite medir exactamente la cantidad de líquido inyectado. Inyecta así tres á cuatro gotas de licor seminal en la cavidad uterina, cantidad que, según Sims, es muy elevada, porque basta una y aún media gota. Haussmann no se ocupa sino de la introducción en la cavidad uterina del esperma que se encuentra ya en la parte inferior del canal cervical. En estos casos la causa de la esterilidad es una estenosis ó una flexión del segmento superior, siendo preciso que el esperma pase del punto en que radica la estrechez. La jeringa de Braun está muy recomendada por este autor, que añade á este instrumento una cánula flexible ó un instrumento especial, el espermatoforo, sonda fuerte y flexible provista de dos ojos cortos y redondos. Con este instrumento introduce en la cavidad de la matriz los espermatozoarios que han quedado sobre la mucosa del canal cervical, siendo irracional, según Haussmann, emplear el semen eyaculado en la vagina.

El momento de elección para practicar la fecundación artificial es inmediatamente después de la cesación de las reglas. Si el esperma está depositado en la parte inferior de la cavidad del cuello debe recurrirse al método de Haussmann. En otro caso el marido debe suministrar él mismo el esperma fresco. Courty recomienda al hombre emplear durante el coito un condón, colocado de tal suerte que el pene no esté completamente introducido en él; de esta suerte queda al extremo de la cubierta un pequeño fondo de saco vacío, donde se deposita el esperma, que será inmediatamente utilizado.

No debemos olvidar que esta operación ha sido seguida en algunos casos de accidentes desagradables y aún peligrosos, tales como la parametrítis y perimetritis. No sabríamos decir si es preciso acusar aquí

á una aplicacion defectuosa ó insuficiente del método antiséptico. Sin embargo, es probable que en la génesis de estos accidentes jueguen un papel muy importante las maniobras empleadas, el traumatismo que resulta, las erosiones de la mucosa ó las pequeñas hemorragias que se producen á consecuencia de esta operacion.

Sims ha sido el primero que ha practicado la fecundacion artificial. Este autor ha referido las experiencias de Spallanzani y de Rossi, que inyectando espermatozoides de perro en la vagina de una perra vieron producirse la concepcion. Cita tambien á Harley, que intentó la operacion sin éxito en la mujer. Otros muchos autores han seguido el método de Sims, pero hoy los resultados son poco conocidos ó al ménos no se han publicado, de donde creemos poder deducir que sólo muy rara vez ha debido llenarse el objeto que el operador se propone en este caso. Esta operacion no es racional sino en los casos en que la esterilidad es debida á alteraciones anatómicas, en los cuales ha sido infructuosa la aplicacion de los demas medios, ensayándose éste como última tentativa. Es preciso tambien tener en cuenta los defectos del manual operatorio, olvido que se encuentra siempre en las operaciones de origen reciente. Schenk ha publicado recientemente un trabajo sobre la fecundacion artificial en los animales: *Das Säugethierei, künstlich befruchtet ausserhalb des Mutterthiers, Mittheilungen aus dem Wienerzool. Institut., Heft II.* Viena, 1878.

Para la esterilidad del hombre, la impotencia, etc., véase Sims.

Kehrer. *Beiträge zur Klinik u. experiment. Geburtsh. u. Gynäkolog.*, t. II, pág. 76. Giessen, 1879.

Entre las numerosas obras sobre la esterilidad y su tratamiento citaremos las siguientes:

Scanzoni. *Sims, Lehre von der Sterilität, Scanzoni's Beiträge*, t. VII. Würzburg, 1870.

Chrobak. *Ueber weibliche Sterilität, und deren Behandlung*, Wiener Med. Presse, 1876, núm. 1, 12.

Pajot. *Des fausses routes vaginales*, Bulletin général de thérapeutique, méd. et chirurg., 1879, pág. 160.

Arthur Edis (*Lancet*, I, pág. 11, 1877.) recomienda en los casos de esterilidad con retroflexion del útero, practicar la reduccion, colocar un pesario y practicar en seguida el coito en estas condiciones.

Levy. *Mikroskop und Sterilität*. Munchen, 1879.

Rheinstaedter. *Ueber Sterilität*, Deutsche med. Wochenschrift, 1879, números 18, 26 y 27.

Haussmann. *Ueber das Verhalten der Samenfaeden in den Geschlechtsorganen des Weibes*. Berlin, 1879. Este es un buen trabajo, que da á conocer datos muy importantes y exactos referentes á la influencia de las secreciones vaginales sobre los espermatozoides y á la influencia perniciosa de las estrecheces del conducto cervical.

Mayrhofar. *Von der Unfruchtbarkeit des Weibes. Handbuch der Frauenkrankheiten*, red. von Billrot, t. II. Stuttgart, 1878.

Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, segunda edicion. Paris, 1872, pág. 1.165.

Eustache (*Contribution à l'étude et au traitement de la stérilité chez la femme*, *Annales de Gynécologie*, t. III, pág. 805) preconiza un método original de tratamiento contra la esterilidad.

Leblond. *Traité élément. de chirurgie gynécologique*. Paris, 1878, pág. 305.

Art. 10. — Inyecciones submucosas é intersticiales.

Se ha intentado con diferentes objetos practicar con ayuda de la jeringuilla de Pravaz ó de cualquier jeringa análoga inyecciones en el tejido submucoso de la vagina, en la pared del cuello y aún en el mismo cuerpo del útero. El propósito, al obrar así, es producir la involucion de la porcion vaginal simplemente hipertrofiada ú obtener el retorno al estado normal en los casos de hinchazon del cuerpo ó del cuello del útero. Se ha intentado sobre todo luchar contra las hemorragias ligadas á estos estados, eligiendo la ergotina como líquido de inyeccion. Desde que Hildebrand ha empleado las inyecciones de ergotina en el tratamiento de los fibromas se ha creido que se obraría aún más enérgicamente si se pusiera el medicamento en contacto directo con el órgano enfermo, y que sería posible inyectar tambien la tintura de iodo en las paredes del cuerpo ó en el tumor mismo. En los casos de tumores malignos se ha propuesto, inyectando un líquido cáustico en el punto de insercion del tumor, provocar su mortificacion y su eliminacion.

Nosotros hemos practicado inyecciones de tintura de iodo en exudados debidos á la para y á la perimetritis, en los engrosamientos ligamentosos y en los ovarios comprimidos por masas de exudado compactas, con el fin de obtener la reabsorcion de los productos.

Finalmente, se ha intentado luchar contra determinados sintomas, como, por ejemplo, el dolor, con las inyecciones narcóticas, tales como la morfina y la atropina.

Las observaciones y las comunicaciones hechas á este respecto no son tan numerosas que permitan precisar las indicaciones de la operacion. En los estados crónicos del útero pueden obtenerse resultados suficientes y aún éxitos más completos con otros métodos de tratamiento. En los casos de fibromas los resultados obtenidos por nosotros y los alcanzados por otros autores no son bastante numerosos para que se pueda recomendar especialmente esta operacion. Sin embargo, nada puede objetarse á una tentativa de este género desde que los demas medios han resultado infructuosos y ántes de lanzarse á una más grave operacion. En los casos en que se trate de viejos nódulos de para ó de perimetritis, los tratamientos comunes son generalmente infructuosos,

y está, por tanto, perfectamente justificado este proceder, aun cuando parezcan dudosos los resultados.

Tratándose de un carcinoma del útero se podrá generalmente elegir otra operacion; sin embargo, nos parece que está completamente justificada una tentativa con la inyeccion de líquidos cáusticos. De esta suerte puede obrarse más profundamente que con el bisturí ó con el cauterio actual.

Para practicar esta inyeccion se emplea la jeringuilla ordinaria de Pravaz sola ó añadiéndola una larga cánula. Se pone al descubierto la porcion vaginal del cuello, valiéndose del espéculo de Sims, y se fija aquélla con un tenáculo. La picadura se hace paralelamente al eje del cuello y á una profundidad de 0^{mm},5 á 0^{mm},1. Frecuentemente se produce una hemorragia notable. Para impedir y para evitar que el líquido medicamentoso se vierta fuera, se deja la cánula colocada durante algun tiempo, y despues de haberla retirado se aplica rápidamente un tapon. Cuando se emplean líquidos cáusticos, tales como la solucion de sexquicloruro férrico ó la de cloruro de zinc, no son de temer estos accidentes. La cantidad de líquido inyectado cada vez no debe ser muy considerable (5 á 10 gotas). El tejido compacto del cuello ofrece comunmente resistencia, por cuya razon deben usarse soluciones medicamentosas concentradas y hacer muchas picaduras.

Las inyecciones cáusticas fueron desde el principio empleadas para destruir masas cancerosas. Gallard ha publicado una serie de observaciones sobre este punto.

Véase Guichard. *Recherches sur les injections utérines en dehors de l'état puerpéral*. París, 1870.

Guichard ha referido recientemente un caso de *coliflor* del labio que ha tratado con éxito por una inyeccion intraparenquimatosa de cloruro de zinc al 1 por 5. Al cabo de un año no había recidiva (*Annales de Gynécologie*, t. VII).

W. Williams hizo inyecciones de alcohol bromado al 1 por 5 en los labios del cuello uterino en un caso de epitelioma (*Transact. of the Obstetr. Soc. of London*, t. VIII, pág. 97).

Ya en la primera edicion de nuestra obra, 1874, hablábamos de experimentos practicados por nosotros con inyecciones de ergotina y de tintura de iodo en el cuello uterino contra los fibromas.

Esta práctica ha encontrado partidarios, tales como Collins (*The med. Record*, 29 Septiembre, 1878), que ha practicado inyecciones de ergotina en los casos de subinvolucion y de metritis crónica.

J. M. Bennet (*Lancet*, 1878, núm. 2) ha empleado la solucion siguiente:

Ioduro de potasio.	10	gramos.
Bromuro de potasio.	10	—
Tintura de iodo.	1,80	—
Agua destilada.	5,40	—

En los casos de inflamacion crónica del cuello del útero, de metritis cervical crónica, practica cuatro ó cinco inyecciones en cada sesion, y rara vez es necesario emplear más de tres sesiones.

Una serie mayor de tentativas ha llevado á cabo Delore (*Traitement des fibromes par l'injection dans le tissu de l'utérus. Annales de Gynécologie*, 1878, t. I, pág. 93). Delore empleaba una solucion de ergotina muy concentrada, al 1 por 2, inyectando de 15 á 60 centigramos de ergotina cada vez. Observó frecuentemente graves accidentes: escalofrios, temblores, herpes labial, somnolencia, vómitos, diarrea y dolores en el tumor, en la region lumbar, á nivel de las articulaciones, en los muslos y en la cabeza. Dos veces observó este autor la produccion de abscesos: una vez en el labio anterior, y otra por cima del ombligo. En este último caso había practicado la inyeccion en el cuerpo del útero, para tratar un fibroma de este órgano, á traves de la pared abdominal.

En cuanto á los resultados, no ha observado jamás una reabsorcion completa. Algunos tumores se hicieron más pequeños y cesaron de crecer; pero las hemorragias desaparecieron casi siempre.

[Nosotros hemos tratado dos casos de fibroma intersticial del útero por las inyecciones intraparenquimatosas de ergotina al 1 por 3, practicándolas en cada sesion en diferentes puntos del cuerpo de la matriz á traves de las cubiertas abdominales. En un caso tuvimos necesidad de repetirlas hasta diez veces, no habiendo observado otros accidentes que un pequeño absceso, que nosotros atribuimos con algun fundamento á impureza de la solucion, que sin duda contenía corpúsculos del aire, y curó en pocos días. En el otro caso bastaron cuatro sesiones para obtener, como en el anterior, la desaparicion completa de las menorragias, y la disminucion de volumen y de dureza del cuerpo del útero, no habiendo vuelto á experimentar trastorno alguno en el aparato sexual ninguna de las dos enfermas, á pesar de haber trascurrido cuatro años en un caso y tres en otro desde que fueron dadas de alta.—M. G. de S.]

Art. 11. — Del masaje.

El masaje, que Metzger introdujo con tanto éxito en la práctica quirúrgica, ha sido poco empleado hasta ahora en Ginecología, si no es por los profanos y combinado con el tratamiento gimnástico.

Con este método se persigue un doble objeto. El primero es *mejorar la nutricion general del organismo*. La gimnástica, con sus movimientos pasivos y semiactivos, es particularmente útil para obtener estos resultados. Sin embargo, puede tambien emplearse con este fin el masaje propiamente dicho.

Aplicando este medio gimnástico se observa tambien que por ciertos movimientos limitados á algunas partes del cuerpo es posible

aumentar ó disminuir el aflujo de sangre en estos puntos, siendo entonces el objeto que se persigue buscar un *efecto local*.

Comunmente éste es el objeto que se desea llenar: por el masaje propiamente dicho se pretende ejercer una influencia directa sobre los órganos enfermos ó los puntos que están vecinos. Los procedimientos á los cuales puede recurrirse con este objeto son muy variados y es evidente que cierto número de ellos son poco ó nada aplicables á la práctica ginecológica.

El masaje superficial, que solo ó asociado á otros medios presta muy útiles servicios, no debe ser empleado sino cuando el útero y sus anejos se hallan en estado normal. Sólo en los casos de tumores voluminosos del abdómen puede ser posible en algunos casos practicar el masaje superficial centrípeto. El sacudimiento practicado sobre puntos aislados del cuerpo obra por el intermedio del sistema nervioso, y puede ejecutarse, pero solamente en parte, sobre el abdómen y sobre los órganos genitales externos; pero su accion fisiológica es de tal modo oscura y su accion terapéutica es tan incierta que su empleo nos parece de escasa importancia. En realidad, en la terapéutica ginecológica sólo el amasamiento es conveniente.

Se pueden tambien poner en práctica algunos otros movimientos en enfermedades especiales, como, por ejemplo, en el prolapso; en este caso se desliza profundamente la punta de los dedos por encima de la sínfisis, ensayando así, si es posible, fijar y elevar el útero, introduciendo un dedo, si es necesario, en el órgano para servir de punto de apoyo.

Se ha preconizado el empleo del masaje contra todas las enfermedades del aparato genital, contra los infartos, las versiones y las flexiones del útero, cualquiera que sea la situacion de este órgano, contra el prolapso uterino y contra las lesiones inflamatorias de los anejos de este órgano. Los resultados son poco favorables, y es digno de notarse que los verdaderos éxitos se han obtenido en aquellos casos en que se tenían ménos esperanzas, en el prolapso uterino por ejemplo, así como ha resultado poco ó nada útil en aquellos otros en que *à priori* parecía que debía ser muy ventajoso, como en la hipertrofia del útero (metritis crónica).

Sin embargo, el masaje tiene, á nuestro juicio, un puesto en la Terapéutica del porvenir, y es conveniente recurrir á él cuando se trate de afecciones rebeldes á los medios comunes de tratamiento. Los casos más favorables son aquellos en que se trata de infartos crónicos, de masas, de nudosidades inflamatorias antiguas é induradas que tengan asiento en los ligamentos anchos. En el primer caso se puede recurrir al método preconizado por Brandt. El dedo índice se introduce en la vagina ó en el recto para fijar el útero, sirviéndose de él como punto

de apoyo. La mano que reposa sobre el abdómen malaxa los órganos, pudiendo ser utilizados como plano de resistencia para la presión, cuando las circunstancias son favorables, el sacro ó la sínfisis.

Si se trata de un tumor debido á la para ó á la perimetritis puede emplearse un procedimiento análogo, fijando, con el dedo índice introducido en la vagina, la masa indurada. Si el tumor es superficial, si está aplicado contra la pared abdominal, por cima del ligamento de Poupert, si está inmovilizado, es inútil buscar esta resistencia. Chrobak ha obtenido en estos casos buenos resultados con el masaje.

Contraindicaciones. — Este método de tratamiento está contraindicado en todos los casos en que se trate de estados inflamatorios recientes, porque estas maniobras provocan efectivamente dolor. Cuando éste se hace muy intenso y no cesa rápidamente, debe admitirse que este método de tratamiento no es apropiado al caso de que se trate. En los casos en que existe una endometritis con secreción ordinaria ó presentando carácter francamente infeccioso, ó cuando se supone la existencia de una salpingitis purulenta, el masaje está contraindicado. Cuando estas maniobras ocasionan una excitación erótica, lo que, sin embargo, no es de temer en los casos de infartos y de exudados, puede obviarse este inconveniente introduciendo el dedo por el recto y no por la vagina. Por el contrario, las manipulaciones de Brandt contra el cistocèle y el prolapso provocan casi inevitablemente una excitación genésica muy viva, lo mismo que ocurre en los casos en los cuales el médico practica fricciones por debajo del pubis, á lo largo de las ramas isquio-púbicas, para excitar el clítoris, durante las cuales ejerce una verdadera masturbación sobre la pared anterior de la vagina á uno y otro lado del canal de la uretra. Estas son las prácticas que hay que condenar.

Inútil es añadir que durante el período del embarazo toda tentativa de masaje está contraindicada.

Añadamos que á consecuencia de este método de tratamiento se han observado hemorragias uterinas, abscesos pelvianos y el aborto. Winikow refiere que con el masaje hizo disminuir el volumen de un tumor ovárico producido por una reabsorción de los líquidos contenidos en el quiste.

El masaje rápido puede ofrecer alguna utilidad.

L. Faye, Major. *The Brandt's Handling of Uterinlidelser vel Medicinal Gymnast.*, Norsk. Mag. f. Laegevid, t. III y IV, pág. 25.

Virchow. *Jahresbericht*, 1874, t. II, pág. 371.

Brandt. *Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement de maladies des organes du bassin et principalement utérines*. Stockholm, 1868.

Hartelius. *Om. den. s. k. Brandtska behandlingsmethoden of underlifsjukdomar*, Hygiea. Sv. laeh. saellsk. foerb., pág. 56.

Discussion om. Major Th. Brandt's gymnastiske Uterinbehandling i det medicinske Selskab. i. Christiania. Norsk. Magaz. f. Lægevid., t. III y IV, páginas 243-292, y t. V, págs. 4-26 y 35-60.

Über beide Referat. In Virchow, *Jahresber.*, Julio, 1875, t. II, p. 562.

Orum. *Om. Massagebehandlinger vel nogle parametristiske Eksudater Gynæk. og obstet.* Meddelelser, udg. af F. Howitz, t. I, pág. 61.

Virchow. *Jahresb.*, 1877, t. II, pág. 568.

Asp. G. *on lifmodermassage Nord. med. Archiv.*, t. X, núm. 22.

Virchow. *Jahrb.*, 1878, pág. 570.

Centralblatt für Gynäk., 1879, núm. 8.

Chrobak. *Recherches sur les organes génitaux de la femme et sur la thérapeutique en gynécologie.* Stuttgart, 1879, pág. 247.

Winiwarter. *Wien. Med. Blätter*, 1873, núms. 29-31.

Vagner. *Le massage, son importance pour le médecin praticien*, Berlin. *Klin. Vochens.*, núms. 45 y 66.

Art. 12. — De las suturas. — De la hemostasia.

Las operaciones practicadas sobre el aparato sexual de la mujer requieren frecuentemente la aplicacion de suturas. Para evitar toda repeticion superflua nos parece útil resumir aquí las consideraciones generales que se refieren a este asunto. Debemos comenzar por reconocer que las operaciones practicadas sobre el aparato genital de la mujer han sido el punto de partida de una reforma en el arte de practicar las suturas. Se han abandonado todas las reglas superfluas y se ha demostrado que se obtiene muy frecuentemente la reunion por primera intencion siguiendo los más sencillos procedimientos.

Antiguamente se creía que para obtener una pronta cicatrizacion era preciso que el estado general del operado fuera el mejor posible. Esta es una condicion de cierta importancia, pero mucho menor que la que hasta aquí se le había otorgado. Nosotros hemos obtenido la reunion por primera intencion de heridas extensas en los casos de aterosoma arterial generalizado y de lesiones cerebrales consecutivas a embolias, y aún en casos de puohemia (flebitis) mortal declarada inmediatamente despues de la operacion. Hemos podido también ver curarse completamente una extensa herida producida por una colpoperineorrafia en una matrona que habia contraído la sífilis en un dedo y que consecutivamente habia padecido condilomas y lupus, pero que jamás habia padecido enfermedad alguna del aparato genital. Esta mujer estaba, sin embargo, bajo la influencia de la sífilis constitucional, como lo probaban las continuas recidivas de una ulceracion nasal profunda, para cuyo tratamiento se había recurrido al ioduro potásico. En otra

mujer que presentaba anchos condilomas en las partes genitales el tratamiento antisifilítico había hecho desaparecer los accidentes, no pudo lograrse la cicatrización las dos primeras veces que fué operada; pero á la tercera tentativa la reunión por primera intencion fué completa, despues de haber continuado el tratamiento antisifilítico. Nosotros podemos decir que es preciso atribuir más importancia á las modificaciones locales sobrevenidas en los tejidos sobre los cuales se opera, que no á ligeros cambios en el estado general.

Si se quiere obtener la reunion por primera intencion, es preciso á toda costa que la region sobre la cual se opera sea rica en vasos sanguíneos, y que los tejidos no presenten tendencia alguna á la mortificación. Si el tejido es de naturaleza cicatricial, indurado y pobre en vasos, la cicatrización será tan difícil como si se tratara de un tejido rico en vasos, pero susceptible de gangrenarse fácilmente á consecuencia de la invasión por un neoplasma. No es, sin embargo, absolutamente necesario, para obtener una reunion por primera intencion, que la estructura de los tejidos sea absolutamente normal. Se ve, por ejemplo, que las heridas practicadas sobre la pared vaginal anterior hiperplasiada, pero rica en vasos, cicatrizan muy fácilmente.

Es preciso, y ésta es una condicion importantísima, que la herida sea muy regular. Es preciso tambien, cuando esto es posible, que las dos mitades de la herida sean completamente simétricas á fin de poder aplicar exactamente la una á la otra cuando se practique la sutura.

En las autoplastias propiamente dichas se encuentra por lo general espacio suficiente para trazar bien la herida. En otras operaciones, como la extirpación de tumores por ejemplo, éste es el tiempo más difícil de la operacion. Si los tejidos son muy laxos, si están plegados, como sucede cuando se opera, por ejemplo, en las paredes vaginales, ó bien si el tumor ocupa una extension desigual á cada lado del eje de la vagina ó de un eje ficticio imaginado para practicar la incision, es extremadamente difícil y aun imposible hacer simétricas las dos mitades. El cirujano más hábil y más experimentado puede llegar, despues de practicados los cortes, á no poder afrontar exactamente los dos colgajos de la herida, para cuyo caso podemos recomendar varios métodos.

Si los dos colgajos de la herida son simétricos, los puntos de sutura deben estar colocados, en cuanto sea posible, á iguales distancias, de tal suerte que aproximando los dos labios de la incision por medio de una traccion ejercida de los cabos de cada hilo, los puntos se correspondan exactamente (*fig. 74 a* corresponda con *a'*, *b'* con *b*, etc.).

Si hubiere algunas dudas á este respecto, sería preciso ántes de anudar los hilos aproximar los bordes de la herida para observar si se corresponden. Pero si uno de los bordes de la incision fuera más largo

que el otro se debe corregir este inconveniente separando un poco los hilos del lado correspondiente al labio de la herida que ofrece mayor longitud, siendo preciso, sin embargo, no olvidar que en cada labio debe existir una distancia igual entre cada hilo. También pueden reunirse dos puntos que se encuentren situados á alturas desiguales (*fig. 75 a* está reunido á *a'*, *b'* á *b'*, etc.). No puede adoptarse esta práctica sino en los casos en que la desigualdad entre los dos labios de la herida no es muy considerable. En otros, en aquellos en que es absolutamente preciso corregir este defecto para aplicar la sutura, se talla sobre el borde más largo *b* (*fig. 76*) un pliegue *c*; se suturan desde luego los dos labios de este pliegue, y el labio *b* está entonces suficientemente acortado para suturarlo con el labio *a*.

Existe un segundo método que permite hacer desaparecer este in-

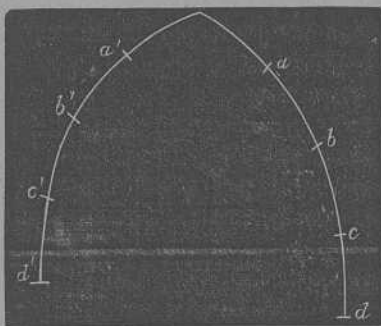


Fig. 74.

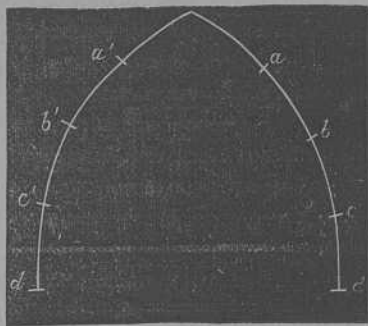


Fig. 75.

conveniente sin modificar la sutura, aunque sí el avivamiento. Se prolonga el borde más corto *a* (*fig. 77*), siguiendo simplemente su primitiva dirección, ó bien se describe otra curva que corresponda con aquella, pero de radio más grande (*fig. 77 a'*).

Por cualquiera de estos dos métodos se puede dar al labio *a* una longitud igual á la del labio *b*.

La superficie de la herida que se pretenda reunir debe ofrecer cierta anchura. Las heridas muy estrechas, las que no tienen más que 1 ó 2 milímetros de ancho, cicatrizan más difícilmente que aquellas que miden 10 ó 12 milímetros de anchura. Pero si se pasa de cierto límite aumentan de nuevo las dificultades para la reunión por primera intención:

1.º Porque es más difícil obtener superficies completamente simétricas.

Y 2.º Porque los hilos, abarcando una mayor extensión de tejidos,

comprimen mucho estos últimos y provocan la formación de pliegues que hace más difícil el poder afrontar los labios exactamente.

En las operaciones de fistula es preciso evitar los avivamientos en forma de embudo ó muy planos.

Si el objeto que el cirujano se propone es reparar una solución de

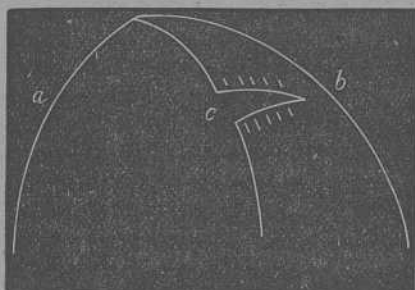


Fig. 76.

continuidad, es preciso naturalmente practicar un avivamiento suficiente. Si éste puede practicarse en todas direcciones es conveniente, cualquiera que sea la en que haya de llevarse á cabo la reunion, no modificar la tension de los tejidos sobre los cuales se opera. Pero cuando no puede practicarse el avivamiento más que en una sola direccion no ocurre lo mismo.

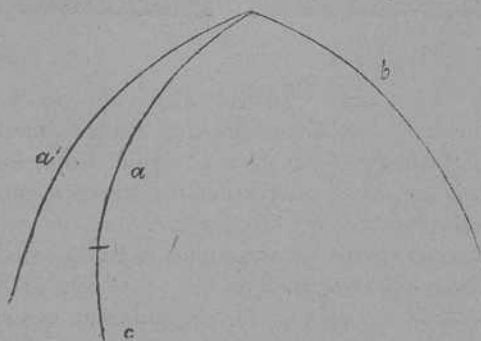


Fig. 77.

Supongamos, por ejemplo, una fistula urinaria cuyo límite posterior esté formado por la porción supravaginal del cuello uterino; en este punto hay una profunda pérdida de sustancia en el labio cervical anterior. Podrá avivarse á voluntad el borde anterior de la fistula operando en el fondo de saco vaginal. A nivel de la extremidad posterior

no podemos obrar más que sobre la pared anterior del hocico de tenca, pared que es muy poco gruesa. Si practicamos un avivamiento tal que la herida obtenida presente sus mayores dimensiones en el sentido trasversal, cuando queramos afrontar los dos labios de la herida para obturar la fistula nos será preciso suturar el labio posterior constituido por una parte del hocico de tenca, necesariamente muy pequeña, con el labio anterior que, tallado en el fondo de saco vaginal, ofrece las dimensiones necesarias (*fig. 78*). Pero practiquemos, por el contrario, un avivamiento tal que la herida tenga su mayor dimension dirigida segun el eje de la vagina (*fig. 79*), y entónces, cuando tratemos de obturar la fistula, los dos colgajos avivados presentarán dimensiones iguales y suficientes. No queremos ocuparnos de las condiciones defectuosas en las cuales se encuentra una parte de los tejidos, porque los labios del cuello no tienen más que una importancia secundaria, jugando sólo el papel del segmento *a* en la *fig. 79*. Teniendo en cuenta estas

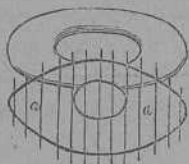


Fig. 78.

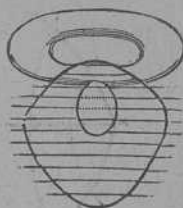


Fig. 79.

reglas, nosotros hemos curado muchas fistulas en las cuales no podía utilizarse el labio posterior del cuello para obtener suficiente colgajo. En estos casos la colpodeisis parecía ser la única operacion que permitiera alcanzar la curacion, y nosotros hemos llegado á comprender que anteriormente nos decidíamos muy pronto á practicar esta operacion. En una palabra, pueden obtenerse grandes ventajas variando la direccion de las incisiones y del afrontamiento de los colgajos.

Para obtener una reunion por primera intencion es preciso que los labios de la herida presenten la mayor regularidad posible. Este resultado no puede seguramente obtenerse sino hasta cierto punto, cuando se opera sobre tejidos laxos y plegados que por la más ligera modificacion en la tension ejercida durante el avivamiento cambian de estado. En estos casos, despues de refrescados los bordes se afrontan el uno con el otro en la situacion en que deban quedar y se ve entónces si la superficie es recta ó desigual. Tambien al hacer los nudos de los puntos de sutura se pueden corregir las desigualdades de los labios de la

herida levantando con las tijeras ó el bisturí las partes que formen hernia.

Cuando se trate de suturar dos paredes que estén completamente separadas la una de la otra, como pasa, por ejemplo, en el labio leporino, es preciso, una vez practicado el avivamiento, abarcar en cada sutura todo el espesor de cada labio. Si se trata de una ancha herida, cuyas dos mitades simétricas están unidas la una á la otra en sus partes profundas, podría creerse que basta fijar solamente en la sutura una parte de la superficie avivada, lo cual constituye una práctica defectuosa. Es preciso en estas circunstancias que frecuentemente se presentan en autoplastias practicadas en el aparato genital, que cada hilo abrace todo el espesor de la herida; si se opera de otra suerte se vería la sangre coleccionarse con una gran facilidad en las partes de la herida que no han sido cogidas por el hilo, la reunion por primera in-

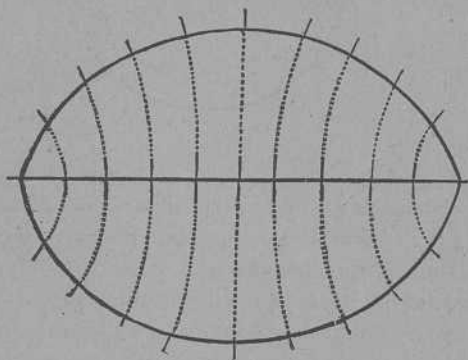


Fig. 80.

tencion fracasaría y se podría ver tambien sobrevenir complicaciones. Sin embargo, si la herida ofrece gran extension se puede hacer salir la aguja por las proximidades del eje de la herida, y dejando á cada lado de este eje una pequeña parte de la pared avivada libre, se podría por el otro lado de este eje introducir la aguja á una distancia igual para pasarla por debajo de la otra mitad de la herida.

Es preciso, no obstante, que la parte que no está abrazada por el hilo tenga una gran extension (*fig. 80*).

Cuando las superficies suturadas son muy anchas é irregulares se ve á los fragmentos formar hernia entre los bordes de la herida aplicados el uno contra el otro por medio de la sutura, en cuyo caso se les empuja valiéndose de una pequeña pinza. Este accidente se produce sobre todo cuando se introduce la aguja muy profundamente detras de la pared de la herida, ó bien cuando el hilo no está completamente

paralelo á la superficie de la pared avivada. Si se anuda con fuerza la sutura, rechazando al propio tiempo los tejidos, se cogen éstos con el hilo, y si éste no se corta al instante se produce una necrosis parcial á consecuencia de la compresion exagerada que sufren aquéllos y la reunion por primera intencion fracasa.

En estas circunstancias conviene, ántes de anudar los hilos, cortar con las tijeras los tejidos inútiles.

Se evitará que los labios de la herida se replieguen hácia dentro, aplicando suturas superficiales que no abracen más que los bordes.

Si los hilos siguen una direccion bien paralela á la de la superficie de la herida, y si la sutura es poco profunda, es inútil la aplicacion de

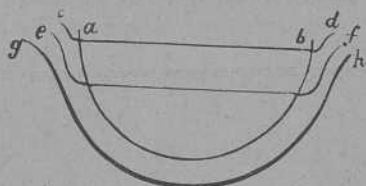


Fig. 81.

la sutura superficial. Comunmente se aconseja colocar á una distancia de 0^m,01 próximamente los hilos que abrazan toda la herida, aplicando entre ellos los que constituyan la sutura superficial. A veces conviene practicar una sutura semiprofunda; cada hilo penetra á una profundidad de 0^m,055 próximamente, y cada una de sus extremidades sale á una muy corta distancia de los bordes de la herida. Por el contrario, rara vez se aconseja hacer penetrar y salir las agujas á una gran distancia de aquéllos.

Es difícil obtener así una reunion por primera intencion, porque los hilos no pueden ser dirigidos paralelamente á la superficie avivada (1).

Si una vez atados los hilos la tension de los tejidos es muy fuerte, no puede obtenerse una reunion por primera intencion. Las incisiones liberatrices hechas sobre los labios de la herida rara vez son admisibles en las operaciones sobre los órganos sexuales. La tension exagerada puede generalmente evitarse, así como sus peligrosas consecuencias, colocando cuidadosamente las suturas como ya dejamos dicho más arriba. Nosotros hemos empleado rara vez lo que se llama la doble

(1) La *fig. 81* representa un esquema de sutura visto en el sentido trasversal *a* y *b*, bordes de la herida. La línea curva que reúne estos dos puntos representa el corte de aquélla, *e* y *f* la sutura media y *g* *h* la sutura profunda.

sutura, en la cual las agujas son introducidas y extraídas lejos del borde de la herida, á fin de disminuir la tension de los tejidos á nivel de los puntos donde está colocada la primera sutura.

No debe quedar ninguna gota de sangre, ningún coágulo entre los labios de la herida, pues de otra suerte la reunion por primera intencion rara vez se obtiene. Basta aplicar un gran número de hilos, apretar bien los nudos, limpiar con cuidado la herida con ayuda del irrigador ó del pincel, mientras se cierra la sutura, para evitar esta causa de fracaso.

En cuanto al tratamiento consecutivo, diremos que es preciso tocar lo ménos posible á la herida. Si la enferma no orina se practica el cateterismo. Las inyecciones vaginales, las irrigaciones continuas son, á nuestro juicio, más perjudiciales que útiles. Nosotros no practicamos

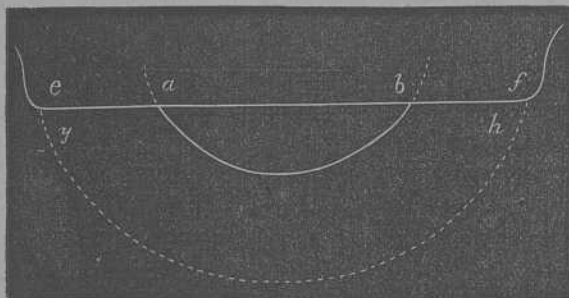


Fig. 82.

inyecciones, y éstas con la presión más débil posible, sino en los casos en que existe una secreción muy abundante y perjudicial.

Se quitarán los hilos en una época variable según que la herida esté más ó ménos fácilmente accesible. Si por poner la herida al descubierto nos arriesgamos á rasgar los tejidos ó á ejercer sobre ellos una tensión peligrosa (hecho que se produce frecuentemente cuando la reunion de las heridas es reciente), dejamos los hilos de catorce á veintiocho días. Sin embargo, si la herida es muy superficial, si tiene asiento sobre el rafe perineal, por ejemplo, ó en los órganos genitales externos, retiramos las suturas al cabo de tres á siete días.

Se ha escrito mucho acerca de las ventajas ofrecidas por el empleo de los hilos de seda y sobre los buenos resultados que ofrecen los hilos metálicos. El metal se dice que provoca ménos la supuración, que no se altera por la acción de los productos segregados por la herida y que puede dejársele mucho tiempo colocado sin inconveniente alguno. Pero es preciso reconocer que es más difícil colocar los hilos metálicos; que

esta pequeña operacion reclama más tiempo y es más complicada y que las tracciones que para colocarlos hay que emplear irritan fácilmente los bordes de la herida. Los hilos metálicos se rompen fácilmente al anudarlos, sus extremidades irritan los puntos vecinos de la herida, y, en fin, la ablacion de los hilos es más difícil y en este momento se puede desgarrar la herida que se hallaba en plena cicatrizacion.

Simon manifiesta que no reconoce ninguna ventaja en el empleo del hilo metálico. La seda chinesca muy finamente trenzada (núm. 0) que este autor recomienda, ofrece todas las ventajas del hilo metálico, sin ninguno de sus inconvenientes.

Nosotros preferimos, en tesis general, recurrir al hilo metálico cuando hemos de practicar una sutura sobre la pared de un órgano hueco, respecto al cual opinamos que la diferencia bajo el punto de vista de la reunion por primera intencion tiene poca importancia. Nos parece únicamente que si se deja durante mucho tiempo colocado el hilo metálico, la supuracion será ménos fácil, ménos abundante que si se colocan hilos de seda, que por finamente trenzados que estén se empapan siempre. Un cirujano hábil que tenga á su disposicion buenos instrumentos practicará tan bien una sutura con hilo metálico como con seda, y en lo que se refiere al desprendimiento de la sutura es frecuentemente, sobre todo si se trata de heridas profundamente situadas, más fácil cuando aquélla se ha practicado con hilo metálico; si se han empleado estos hilos, cada sutura se distingue fácilmente, lo que es frecuentemente difícil cuando se han empleado hilos de seda, porque las extremidades de los hilos están reunidas y mezcladas unas con otras. Por otra parte, se cortan más fácilmente los nudos cuando los hilos son de seda. Un profesor hábil que sepa usar todos los pequeños procedimientos á que se debe saber recurrir en toda operacion, desarrollando el hilo con las pinzas, tirando bien en la direccion del eje, etc., puede estar seguro de no desgarrar los tejidos, lo que por otra parte tiene ménos importancia cuando se practica tardíamente el desprendimiento de la sutura. Si se ha practicado una sutura superficial el desprendimiento es difícil cuando se ha recurrido al hilo metálico, que rasga con facilidad los bordes de la herida.

Cuando se pueden retirar los hilos temprano, cuando no se opera en el interior de órganos huecos, la seda es tan buena como el metal. Para las suturas superficiales no debe emplearse el hilo metálico cuando se sospecha que la sutura debe permanecer aplicada durante largo tiempo. El grueso de la seda como el del hilo metálico debe ser un término medio.

Otra clase de hilo, tal como el de costura ordinario, no se emplea por los operadores hábiles en las operaciones practicadas sobre los órganos sexuales de la mujer.

[Nos sorprende extraordinariamente que los Sres. Hegar y Kalténbach, tan minuciosos en ésta como en otras cuestiones de detalle, pasen por alto el catgut como elemento de sutura, cuando, si no de una ma-

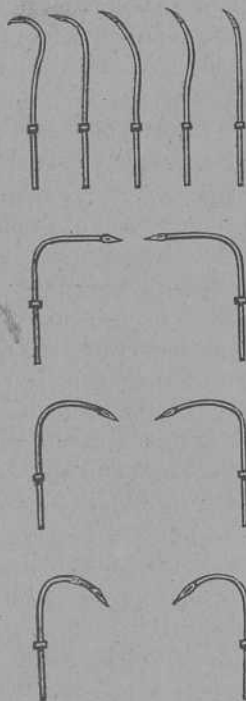


Fig. 83.



Fig. 84.



Fig. 85.



Fig. 86.

nera general, en muchos casos es preferible al hilo de plata y al de seda por la ventaja, aparte de otras, de no necesitar ser desprendido el punto de sutura y porque puede abandonarse impunemente en las profundidades de una herida practicada en una cavidad. — *M. G. de S.*

Para colocar los hilos se emplean, ya agujas simples no montadas que se fijan en una pinza porta-agujas, ya agujas montadas. En este último caso no es necesario recurrir á un porta-agujas especial. Las agujas ordinarias son huecas ó presentan comunmente en su base, rara vez en su extremidad, un ojo. Las agujas montadas son huecas, presentando un ojo cerca de su punta.

Las agujas montadas tienen la ventaja de poseer una forma y una

direccion fijas. Con los mejores porta agujas, la union entre el mango y la aguja no es jamás tan íntima que deje alguna vez de producirse cierta movilidad durante la operacion. Con las agujas montadas se pierde la ventaja de poder elegir siempre un instrumento de curvadura conveniente, y es preciso que el cirujano tenga un gran número de ellas á su disposicion.

Con las agujas no montadas desaparece este inconveniente. En fin, con estas agujas es fácil modificar á cada instante el grado de inclinacion de la aguja sobre el mango, y si se recurre á agujas montadas es preciso que estén provistas de un mecanismo particular por medio del cual sea posible obtener aquel resultado.

Las agujas huecas montadas están perforadas, ya en toda su longitud (*fig. 84*), ya solamente en un pequeño segmento (*fig. 85*). En este último caso se puede colocar una articulacion que permita modificar el grado de inclinacion de la aguja sobre el mango. Las simples agujas montadas pueden estar provistas de un orificio ordinario cerca de su extremidad, ó presentar un orificio á continuacion de una ranura. Las agujas huecas ofrecen pocas ventajas cuando no se emplea el hilo metálico, porque éste no se tuerce tan fácilmente durante la introduccion, en tanto que con la aguja ordinaria, lejos de mantenerse el hilo en la direccion de la aguja, forma con ella un ángulo que ademas de ocasionar dificultades puede acarrear la desgarradura de los tejidos. Con todas las agujas montadas se debe de un solo golpe abarcar toda la superficie de la herida ó de las dos heridas cuando se trata de unir dos labios separados por una pérdida de sustancia, porque no se puede, como con una simple aguja, pasar el hilo bajo una mitad de la herida, salir á nivel ó cerca de la linea media de la misma, é introducir de nuevo la aguja para deslizarla bajo la otra mitad de aquélla.

Con las agujas montadas es preciso, desde que la aguja ha salido, coger el hilo metálico con una pinza ó una erina, hacerle salir fuera del ojo ó canal hueco del instrumento y retirar en seguida la aguja por el camino que ha recorrido.

Si se recurre á agujas sencillas es preciso montarlas sobre un porta-agujas (*figs. 86, 87 y 88*), prefiriendo nosotros la pinza porta-agujas (*fig 89*). Los porta-agujas presentan, ya surcos de direccion variada en los cuales se colocan las agujas, cuya base es cuadrangular, ya tienen en la cara interna de sus extremidades un gran número de crestas semejantes á pequeños dientes, ya, finalmente, tienen embutida en su extremidad una aleacion metálica blanda en la cual pueden imprimirse y fijarse las agujas. El primero de estos instrumentos es el mejor, sin embargo de poder prestar muy buenos servicios el último. El porta-agujas de Fritsch es muy bueno, porque este instrumento permite colocar las agujas en todas las direcciones que se pueda desear. Las agu-

jas huecas no montadas presentan los mismos inconvenientes y ofrecen las mismas ventajas para la sutura con hilo metálico que las agujas tubuladas montadas. Cuando las agujas son perfectamente redondas tienen la gran ventaja de lesionar ménos los tejidos que atraviesan y de perforar muy difícilmente los vasos sanguíneos. Con las agujas terminadas en forma de lanza ó con las que son cortantes por sus dos bordes en toda su longitud, se observa frecuentemente producirse una hemorragia muy abundante. Las agujas de base cuadrangular lesionan todavía más los tejidos. Pero, es preciso reconocerlo, estas últimas se fijan muy sólidamente en el porta-agujas, y las agujas terminadas en punta de lanza penetran muy fácilmente en los tejidos resistentes. Con las agujas redondas se encuentra frecuentemente una



Fig. 87.



Fig. 88.

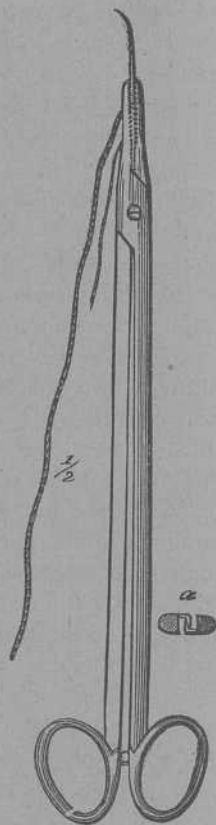


Fig. 89.

resistencia muy marcada y es sobre todo muy difícil fijarlas sólidamente al porta-agujas. Se preferirán, pues, las redondas cuando los tejidos ofrezcan poca resistencia y cuando se quiera evitar la hemorragia a nivel de la picadura.

Casi todas las agujas no montadas presentan en su base el orificio destinado a recibir el hilo de sutura. Según dejamos dicho se puede con estos instrumentos, ya pasar de un golpe el hilo sobre toda la he-

rida ó sobre los dos labios avivados, si se trata de una solución de continuidad, ya retirar la aguja cuando su extremidad se encuentre á la mitad de la herida, para reintroducirla en seguida y pasar el hilo de sutura bajo la otra mitad.

Este último proceder ofrece á veces algunos inconvenientes porque la base prolongada de la aguja hiere fácilmente los tejidos inútilmente, inconvenientes todavía aumentados por la necesidad de fijar de nuevo la aguja en el porta-agujas. Se puede tambien emplear agujas no montadas provistas de un ojo en su extremidad (*fig. 90*). El paso del hilo



Fig. 91.



Fig. 90.

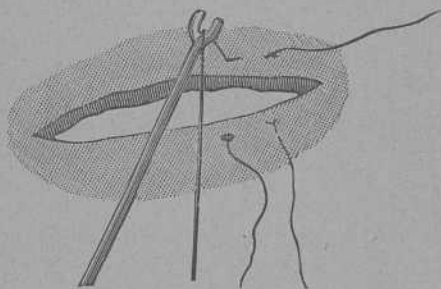
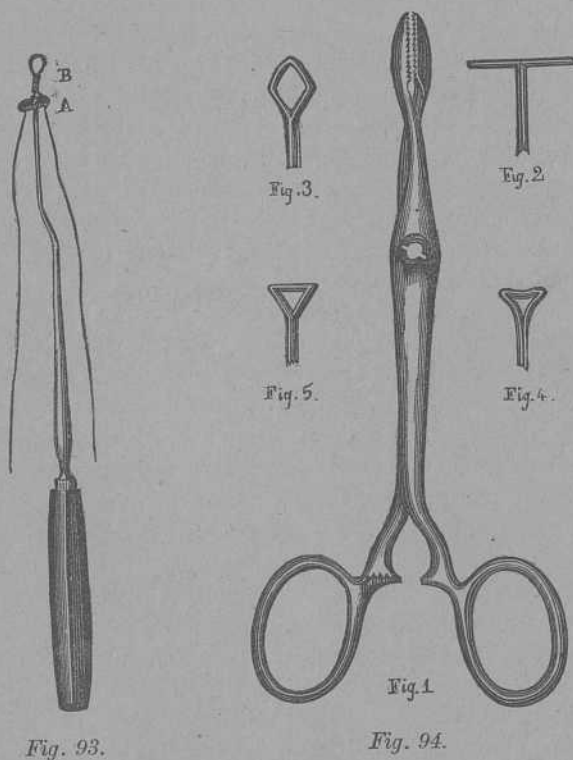


Fig. 92.

se verifica con estas agujas lo mismo que con las montadas, pero se tiene la ventaja de poder modificar á cada instante la inclinación de la aguja sobre el porta-agujas. Un buen instrumento que puede ser ventajosamente empleado con cualquier clase de aguja es un pequeño gancho romo con el que se oprime, desde que la punta de la aguja aparece, entre ésta y el tejido, y como este último está deprimido, aquélla queda libre y puede ser cómodamente extraída hácia afuera (*Counter-pressure hook Emmet's, fig. 91*). El instrumento de Sims presta tambien muy buenos servicios. Emplea una especie de horquilla de dos ramas que permite, sobre todo con hilos metálicos, ejercer tracciones en una dirección precisa y evitar la sección de los tejidos, lo que fácilmente ocurre si se ejercen tracciones muy fuertes sobre el hilo (*figura 92*).

Hemos expuesto todos los detalles precedentes sobre las agujas para que puedan orientarse en esta cuestion todos los médicos poco experimentados. Cuando nosotros operamos, preferimos servirnos de simples agujas no montadas, provistas de un ojo en su base, rara vez las que lo llevan en su extremidad, y de una pinza porta-agujas (*fig. 94*). Todo depende del hábito y de la habilidad. En todo caso es preciso tener agujas de grueso y de curvatura diferentes, lo que es fácil tratándose de las que no tienen mango.

El nudo de la sutura no merece ninguna mencion especial cuando se trata de hilos de seda. Cuando se usan hilos metálicos se emplea el aprieta-nudos, cuyo mejor modelo es el que representa la *fig. 93*.



Consiste en un largo tallo metálico redondo, de mediano diámetro, que presenta en su extremidad un pequeño segmento colocado horizontalmente y encorvado en forma de S. Una de las concavidades de este tallo abarca un hilo, la otra abarca otro hilo; hecho esto, se aplica la extremidad del aprieta-nudos contra los bordes de la herida, y poniendo en fuerte tension los hilos se da una ó á lo sumo dos vueltas,

pero nada más, porque el mejor hilo metálico se rompe fácilmente. Se retira en seguida el aprieta-nudos hacia atrás sin abandonar los hilos y se continúa retirándole y dando vueltas, haciendo de esta suerte un nudo de 0^m,01 á 0^m,15 de longitud, que inclinado sobre su lado plano se aplica sobre la pared vaginal ó perineal. La extremidad del nudo provoca frecuentemente sensaciones desagradables, pero éstas se evitan fácilmente rodeándola con uata ó con hilas para proteger la pared sobre que se aplica aquélla. Este inconveniente, sin embargo, no es de tal suerte que haya necesidad absoluta de recurrir á medios que puedan romper los hilos ó que exijan el empleo de hilas, que se alteran fácilmente por la acción de las secreciones de la herida, por la supuración, etc.

Los procedimientos para dar vuelta y fijar el hilo, utilizados hoy todavía en América, son muy complicados. Bozeman pasa el hilo desde luego entre los trozos de una lámina de plomo tallada según la forma de la herida que pretende reunir. Después pasa los hilos á través de una bola de plomo perforada y que se aplica fuertemente sobre la lámina precedente; se aplasta en seguida esta bola con ayuda de una pinza particular, y de esta suerte se tienen así reunidos por la compresión los dos cabos del hilo metálico. Para separar los hilos se les corta por debajo de la bola de plomo y en seguida se retiran la placa y los hilos.

Baker Brown fija cada hilo con un pequeño clamp.

En las operaciones practicadas sobre el aparato genital se ha recurrido frecuentemente á la sutura como el más poderoso y aún el único medio hemostático. En general la ligadura es de un empleo limitado, porque frecuentemente las hemorragias son de origen venoso ó capilar; cuando la sangre proviene de las arterias es muy difícil, sobre todo si la herida está situada sobre la pared uterina, coger estos vasos.

Cuando se quiere obtener una reunión por primera intención, la sutura permite obtener simultáneamente este doble objeto: la hemostasia y la reunión. Basta frecuentemente, por otra parte, practicar cuidadosa y exactamente una sutura para obtener una seguridad completa cuando exista una gran tendencia á las hemorragias. En algunas ocasiones es preciso colocar una sutura muy profunda.

Ya nos hemos ocupado de la acción del taponamiento y del cauterio actual como medios hemostáticos.

Para contener provisional y más rara vez definitivamente una hemorragia, se emplean con frecuencia desde hace algún tiempo las pinzas hemostáticas y el clamp.

La pinza hemostática de Koeberlé consiste en una pequeña pinza de ramas cruzadas cuyas extremidades presentan en su cara interna pequeños dientes. Se mantiene el instrumento cerrado por medio de

un pasador colocado sobre una de las ramas por cima del anillo, cuyo pasador penetra en un agujero colocado sobre la otra rama á la misma altura. Se regula la compresion merced á una serie de agujeros colocados en sentido horizontal (*fig. 94*).

Nosotros preferimos la pinza de Hegar, cuyas dos ramas se mantienen reunidas por medio de un resorte. Se construyen de grueso diferente. Sobre sus extremidades rectas ó curvadas se encuentran en direccion y número diferente pequeños ganchos rectos con sus depresiones correspondientes (*fig. 95*).

Este instrumento puede ser empleado con ventaja para la hemostasia provisional; pero no podemos recomendarlo para la hemostasia definitiva, que se obtiene provocando y aumentando la mortificacion y la necrosis de los tejidos. En las operaciones plásticas la reunion

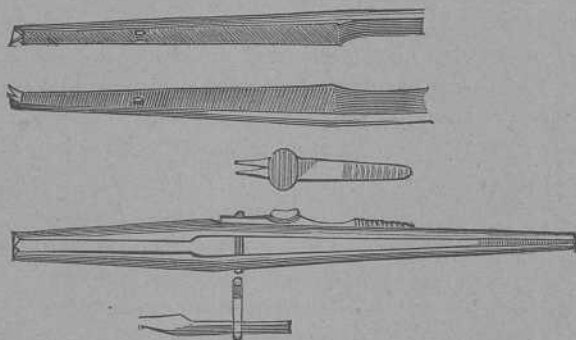


Fig. 95.

por primera intencion es siempre más difícil: nosotros preferimos resecar con las tijeras los puntos cogidos ántes de terminar la sutura y contener en seguida por medio de ésta la hemorragia, cuando hay necesidad de emplear aquellos instrumentos en el avivamiento de los tejidos para impedir una hemorragia grave.

En las demas operaciones, particularmente en las laparotomías, se pueden contener las hemorragias que se verifican por los pequeños vasos ejerciendo una compresion por espacio de cinco á diez minutos. Si la sangre proviene de gruesos troncos vasculares no debemos fiarnos jamás del empleo exclusivo de estos instrumentos y debemos recurrir siempre á la ligadura. Cuando se ha dominado la hemorragia se resecan los tejidos que han sido cogidos con la pinza ántes de proceder á la reunion.

El estudio de las suturas ha sido hecho á conciencia por Simon, que ha reducido sus reglas á principios muy sencillos. Citaremos especialmente á este respecto el trabajo siguiente: *Ueber die Operation der Blasenscheidenfisteln durch die blutige Naht* Rostock, 1862, págs. 77-102. En esta Memoria el autor ha descrito con el mayor cuidado cuándo debe ser quitado cada punto de sutura de los bordes de la herida, la manera de fijar el hilo, la materia de éste y el método mejor para colocar y desprender la sutura. Simon no atribuye ventaja alguna á los hilos de plata. Debe, sin embargo, reconocerse que hácia el sexto ó el octavo día, si se ha empleado un hilo metálico, la supuración es nula ó poco abundante, en tanto que es más considerable cuando se emplea el hilo de seda (pág. 90).

Véanse ademas:

Bozeman. *Operation of vesico-vaginal fistule*, etc. New-York, 1869.

Simon. *Zur Operation der Blasenscheidenfistel*, comparando el método de Bozeman con el del autor. *Wiener med. Wochenschrift*, núm. 27.

Emmet. *The principles and practice of Gynaecology*. Filadelfia, 1879, pág. 47.

Koeberlé ha preconizado recientemente la hemostasia por compresion. *De l'hémotase définitive par compression excessive*. París, 1877.

Hegar. *Castration der Frauen*. Volkmann's *Klin. Vorträge*, núms. 136 á 138. *Gynäkolog.*, núm. 82, pág. 102.

Art. 13. — Tratamiento de las enfermedades que pueden complicar las heridas. — Influencias estacionales y locales. — Aislamiento de las enfermas. — Instrumentos. — De la mujer que ha de ser operada. — Del operador y sus ayudantes. — Pulverizacion é irrigacion. — Tratamiento consecutivo.

Influencia de las estaciones. — Antiguamente creían los cirujanos que las intervenciones quirúrgicas tenían un éxito más favorable durante las épocas calurosas del año, opinion que merece crédito todavía á las clases populares. Durante el estío se presenta mayor número de enfermos en las clínicas quirúrgicas que en invierno, y si bien es cierto que durante esta estacion hay ménos quehaceres en las poblaciones, el fenómeno tiene otra razon de ser. Es difícil establecer si la temperatura, el grado de humedad, la presion atmosférica y los demas factores que constituyen y determinan la influencia de la época del año juegan un papel especial; sin embargo, nosotros podemos apreciar debidamente los efectos de cada uno de los factores enumerados. La falta de aireacion de la alcoba y la reunion de un gran número de personas en el mismo local favorecen la produccion de las enfermedades infecciosas. El estado general de cada enferma es peor, por otra parte, durante la segunda mitad de los períodos más fríos del año. Pero no es posible dejar completamente para la estacion de verano las operaciones; siem-

pre que no sea urgente puede ser diferida. Además, nosotros, aunque no conocemos sino de una manera imperfecta de qué manera pueden obrar las estaciones, tenemos los medios de luchar contra su acción nociva. Podemos mejorar la aireación de las casas habitadas y podemos también obrar favorablemente sobre el estado general de la paciente. Es, sin embargo, cierto que durante el año son los meses de Febrero y Marzo los que parecen más peligrosos.

En este momento se ve fuera de los hospitales cebarse la mayor parte de las enfermedades infecciosas, tales como la difteria, la erisipela, los forúnculos, los panadizos, etc., cuyas fatales condiciones de la constitución médica adquirieron una gran importancia durante los últimos meses del invierno. Cuando existan tales epidemias se obrará muy cuerdamente difiriendo todas las operaciones que puedan aplazarse.

A propósito de las enfermas que padezcan afectos ginecológicos, y sobre todo de las que deban ser objeto de una intervención operatoria, cabe preguntar si debe ser preconizado exclusivamente el tratamiento á domicilio ó si por lo ménos sería preferible al de las clínicas ó de los hospitales. Si las enfermas pertenecen á las clases populares más pobres es preciso recurrir á las clínicas. Y aun cuando el tratamiento no haya de tener nada quirúrgico, no puede prescindirse del hospital: en las personas acomodadas puede acometerse la asistencia en su domicilio; pero aun en estas condiciones no es siempre posible ejecutar á domicilio todas las operaciones, á ménos que no concurran circunstancias especiales.

El estado de muchas enfermas es tal que el tratamiento no podrá dar buenos resultados si no está asegurada la presencia permanente de un médico, la asistencia de un personal subalterno bien ejercitado y todos los ayudantes necesarios que sólo en un hospital se encuentran. Frecuentemente es muy difícil y á veces imposible desinfectar completamente una habitación, los muebles, los diversos utensilios, etc. A veces, á pesar del aseo de la paciente, su habitación no es apropiada para ser trasformada en cámara de enferma. En otros casos la vecindad, el emplazamiento de la casa son defectuosos.

[Nos creemos en el caso de consignar aquí un hecho curioso que está en abierta oposición con las doctrinas hoy universalmente aceptadas por todos los ginecólogos. La Casa de Maternidad de Madrid se halla situada sin duda alguna en uno de los puntos de la capital que reúnen menor número de condiciones higiénicas. La posición topográfica del establecimiento; su orientación; su situación en una calle excesivamente estrecha; emplazada entre dos establecimientos, sólo separada de ellos por medianerías y patios pequeños, establecimientos de densa población—la Inclusa y las Escuelas Pías de San Fernando—no muy lejos de otro en el que se aglomeran centenares de mujeres durante

el día—la Fábrica de Tabacos—rodeada por multitud de casas pequeñas donde el hacinamiento es regla invariable y constante, de calles estrechas donde la policía urbana está á la altura de la más miserable aldea; todas estas condiciones y muchas más que pudiéramos añadir, demuestran que de propio intento no se hubieran podido buscar más apropiadas para favorecer el desarrollo constante de epidemias puerperales que diezmaran la poblacion de este benéfico establecimiento. Si á esto se agregan las condiciones internas del mismo, es forzoso confesar que si se hubiera construido con el objeto expresado habriase llegado al *desideratum*. Y no obstante estas pésimas circunstancias anti-higiénicas, á pesar de que las enfermerías destinadas á las puerperas son pequeñas, mal ventiladas é inmediatamente contiguas la una de la otra, no siendo posible establecer el aislamiento de la recién parida que contrae un afecto puerperal, sólo por rara excepcion é individual y aisladamente observamos alguno de estos casos.

Como práctica antiséptica constante sólo se emplea una limpieza esmeradísima, especialmente en lo que concierne á las ropas usadas por las puerperas. —*M. G. de S. J*

Finalmente, en las condiciones sociales en que actualmente vivimos existen muchas gentes (y su número crece cada día) quienes á pesar de su posicion acomodada tienen que ingresar en un hospital al encontrarse enfermas gravemente porque carecen de familia y de asistencia.

Tampoco debe olvidarse por completo que á consecuencia de la técnica delicada y complicada sobre todo por el sinnúmero de métodos de tratamiento, éste exige ser dirigido por un especialista. Es verdad que con el tiempo los conocimientos en Ginecología y la habilidad operatoria serán más comunes que lo son hoy entre los médicos. Pero ocurre en Ginecología lo que acontece en Oftalmología. Para establecer un diagnóstico son precisas tanta habilidad y tanta destreza, que el ejercicio profesional será siempre acaparado por algunos, y que sin la práctica de hospital, aquella habilidad y aquella destreza no podrán adquirirse sino á costa de grandes sacrificios.

Podemos añadir que el hospital, no sólo no es perjudicial á las enfermas, sino que les ofrece grandes ventajas que resultan de la presencia constante del médico, de la inteligencia de las enfermeras, etc. ¿Y cómo no, si estos establecimientos están contruidos con este exclusivo objeto, en tanto que las casas particulares lo están con otro muy diverso? Todo se reduce exclusivamente á una cuestion de dinero, y afortunadamente el interes pecuniario está de acuerdo en esta cuestion con el interes de la salud. Con nuestros hospitales tan viejos y tan mal contruidos se ha seguido una mala práctica bajo el punto de vista higiénico, y se ha hecho una mala especulacion bajo el punto de vista pecuniario. Muchas de estas construcciones han sido inmediatamente

reconocidas como defectuosas y han sufrido grandes modificaciones. Las enfermas que en ellos son tratadas permanecen mucho tiempo y no mejoran, aun cuando no contraigan nuevas enfermedades. Las recién paridas, las operadas sufren complicaciones que exigen un tratamiento largo y continuado. Por otra parte, las enfermas que entrarían en un hospital bien administrado y podrían sufragar una parte de los gastos de entretenimiento no se presentan en nuestros establecimientos.

Los principios de ventilacion, introducidos recientemente en los hospitales, tienen tambien por lo comun aplicacion á los establecimientos destinados á recibir enfermas que han de sufrir operaciones ginecológicas. Como es natural, nosotros no podemos extendernos largamente hablando de este asunto.

En Alemania la Obstetricia y la Ginecología están estrechamente unidas, y esta reunion nos parece muy natural, porque la base, el A B C de los conocimientos ginecológicos, debe estar manifiestamente apoyada en la Obstetricia. Es imposible, sin conocimientos y sin una práctica obstétrica suficiente, llegar á un exacto conocimiento de las enfermedades de la mujer y sobre todo de su patogenia. No hay nada en la práctica de las operaciones de Obstetricia que no constituya una buena base para acometer operaciones ginecológicas.

Es conveniente que un mismo profesor sea apto para ejercer estas dos ramas de la Medicina, y la reunion en un solo establecimiento de clínicas para las operaciones tocológicas y ginecológicas es justa bajo ciertas condiciones. Las salas destinadas á estas dos clases de servicios deben estar separadas ó situadas en piso diferente. El personal y el instrumental deben ser igualmente distintos.

Es preciso no recibir en una sala todas las enfermas afectadas de padecimientos ginecológicos; así, por ejemplo, las que padecen afecciones carcinomatosas, en las cuales no se puede intentar la ablacion del neoplasma ni practicar una extirpacion parcial para trasformar la superficie supurante, no deben ser admitidas en la misma sala destinada á recibir las enfermas que han de ser operadas. Aquéllas infectan la atmósfera y constituyen un gran peligro para las demas enfermas. Es, sin duda alguna, extremadamente penoso rechazar á aquellas desgraciadas que tienen fundada su última esperanza en la acogida que les dispensa un establecimiento hospitalario. En muchas de ellas se podría, en virtud de un tratamiento apropiado, obtener un alivio temporal, la desaparicion ó disminucion de los intolerables dolores que ellas sufren. Tambien sería muy útil enseñar á los médicos jóvenes prácticamente el tratamiento de estas enfermedades; pero aquí nada se hace sin establecimiento y sin personal especial.

Ademas de la mujeres afectas de padecimientos carcinomatosos

las que padecen fistulas urinarias y aquellas en las cuales se ha hecho la enucleacion, ya artificial, ya espontánea, de un fibromioma, son un peligro para la atmósfera de un hospital. Estas últimas son raras y deben ser naturalmente separadas. En los casos de fistula urinaria pueden obviarse fácilmente estos inconvenientes operando lo más pronto posible. Las enfermas pueden entónces generalmente orinar á voluntad y desaparece todo peligro. En estas operadas las heridas sólo rara vez presentan complicaciones, tanto que pueden reservarse para ellas las habitaciones que reúnan menor número de condiciones higiénicas.

Pero es preciso ante todo vigilar á las enfermas en las cuales debe practicarse una gran operacion con herida muy extensa; á las que están afectadas de prolapso del útero ó de la vagina; de desgarraduras del periné ó de tumores de la cavidad abdominal y de la pelvis, tumores que exijan la laparotomía. Es necesario destinar á estas enfermas las mejores salas, que serán desinfectadas lo más cuidadosamente posible. Es innecesario construir casas especiales para practicar las laparotomías desde el momento en que en el hospital se puede utilizar un local purificado y que las habitaciones utilizadas con aquel fin estén completamente separadas de las salas destinadas á recibir enfermas de otra índole.

Para la desinfeccion de las salas es preciso recurrir á las vaporizaciones de cloro, de ácido azótico, de azufre. Este último medio es fácil, de cómoda aplicacion y está probado (1). Se toma una vasija de palastro que contenga lumbre, se la coloca sobre un trípode en la sala y se echa el azufre sobre las ascuas, estando cuidadosamente cerradas las puertas y ventanas, herméticamente obturados todos los agujeros, y se deja que se desarrollen los vapores del azufre durante cuatro á ocho horas, al cabo de las cuales, y una vez condensados en la habitacion, se abren las puertas y ventanas para airearla convenientemente. Cuando sea necesario se repetirá la operacion. Estas vaporizaciones tienen la ventaja de destruir todos los insectos, chinches, pulgas, etc. Es preciso practicar una desinfeccion perfecta de la habitacion en que se va á operar. Si la operacion es de tal índole que existan grandes peligros de septicemia, si se trata, por ejemplo, de una laparotomía, es preciso li-

(1) Véase Mehlausen. *Recherches sur la désinfection des chambres* (Comision para el estudio del cólera en Alemania). Este autor recomienda mucho el empleo de los vapores sulfurosos, tanto por su éxito como por la certeza de sus resultados. La cantidad de azufre debe ser considerable, 20 gramos por metro cúbico. Empleando esta cantidad y prolongando la desinfeccion por espacio de dieciseis horas, se ven morir las bacterias contenidas en un vaso de cristal. Es conveniente humedecer el suelo ántes de practicar la desinfeccion porque la humedad absorbe rápidamente los vapores sulfurosos (*Berliner Klinisch Wochensch.*, 1879, núm. 10, pág. 157).

mitar el número de los asistentes. Es conveniente practicar durante la operacion una ventilacion artificial que impida al aire cargarse de vapores de cloroformo, de éter ó de las emanaciones del personal y de los asistentes. Los ventiladores inventados recientemente que funcionan por medio del gas son excelentes. Para purificar el aire que penetra en las salas se disponen los tubos y los canales que le conducen de tal suerte que aquél pase por sustancias desinfectantes. Los tubos que conducen el aire pueden abrirse en parte en una estufa que puede quando sea necesario encenderse, obteniéndose así un aparato de tiro y una ventilacion enérgica. La nueva sala de operaciones de la Clínica de Friburgo está construida segun los principios precedentes y el aire que penetra en las salas está purificado como acabamos de decir.

La temperatura de la sala de operaciones debe ser lo más regular posible; para la mayor parte de las operaciones bastan 14 á 15° R. Para practicar algunas laparotomías puede ser conveniente elevar algunos grados la temperatura; pero si ésta es de 20° ó más elevada puede entrañar muy graves inconvenientes. Algunos se han pronunciado recientemente en favor de altas temperaturas, apoyándose sobre las investigaciones de Wegener; pero es preciso no olvidar que este autor se refería sólo á los casos en los cuales se descubre una gran parte de la superficie peritoneal. Por otra parte, es una necesidad rara vez sentida y que por otras razones debe evitarse; hoy la Medicina operatoria está perfeccionada de tal suerte, que esto es posible, obteniéndose ya mucho en el sentido de proporcionar calor á la enferma cubriéndola con cuidado. Finalmente, y esta circunstancia no deja de merecer alguna consideracion, es preciso tener en cuenta que una atmósfera muy cálida fatiga mucho al operador y á sus ayudantes, sin ofrecer ventaja alguna para la operada.

La mesa de operaciones debe ser cuidadosamente desinfectada. Al efecto, debe procurarse en su construccion que pueda ser desinfectada fácil y cómodamente; esta recomendacion se aplica principalmente á las almohadas y colchones, que deben estar cubiertos de una tela impermeable. La desinfeccion es difícil, sobre todo en las partes de la mesa de madera y de metal, porque en los ángulos y en las hendiduras es donde más fácilmente vienen á acumularse las sustancias pútridas.

No basta lavar completamente estos muebles con líquidos antisépticos ni dejar la mesa en el local que ha sido expuesto á los vapores del ácido sulfuroso. Cuando se han practicado muchas operaciones es preciso cambiarlas; cuando se ha utilizado mucho tiempo una mesa es preciso dejarla desmontada durante muchos días, exponerla libremente á la accion del aire y del sol y proceder despues á una purificacion completa. Todas las consideraciones que preceden pueden hasta

cierto punto ser aplicadas á las camas que se utilizan para exploraciones. Si se cree que el aire puede ser el agente de trasmision de las materias sépticas retenidas por la mesa de operaciones, es preciso convenir que las manos del médico, los instrumentos y los aparatos que necesariamente han de estar en contacto con la mesa pueden tambien convertirse en agentes de propagacion.

Es difícil describir y observar todas las precauciones que deben tomarse á propósito de la limpieza de los aparatos que son necesarios en una operacion. Las vasijas en las cuales se colocan el agua caliente y el agua fría deben ser de metal y fáciles de limpiar. No deben utilizarse para otros usos, y debemos recomendar que no se empleen para operaciones peligrosas sino vasijas que estén exclusivamente destinadas á ellas. En cuanto al agua, debe ser pura, teniendo cuidado de hervirla previamente y mezclarla con líquidos antisépticos. Durante las operaciones largas es preciso renovar el agua frecuentemente, y debe vigilarse que esto se haga rápidamente y sin dejar de adoptarse todas las precauciones antedichas. Las esponjas, despues de haber sido limpiadas como de costumbre en agua hirviendo, se colocarán preferentemente durante algun tiempo en una solucion de ácido clorhídrico, lavándolas y secándolas despues, y ántes de ser empleadas se sumergirán en un líquido fuertemente desinfectante, por ejemplo, en una disolucion de ácido fénico al 5 por 100, siendo preciso en seguida lavarlas de nuevo y sumergirlas en un líquido antiséptico débil que servirá para la operacion. Nosotros no emplearíamos dos veces las esponjas que ya hayan servido, porque aunque se les haga sufrir todo el ciclo de preparaciones arriba señaladas, aún podrían contener sustancias particularmente sépticas, tales como pus, etc. Por otra parte, la utilizacion ulterior sería muy limitada, porque las esponjas no resisten mucho tiempo á toda esta serie de preparaciones.

Las compresas deben ser elegidas segun que deban servir para simples exámenes, para operaciones ligeras ó para operaciones graves y peligrosas (por temores de infeccion). Para las laparotomias nosotros utilizamos un arsenal especial. Las servilletas sobre todo son lavadas especialmente, empapadas en agua clorada fuerte, secas y despues extendidas y sometidas á la accion de los vapores sulfurosos á que sometemos la víspera de la operacion el cuarto en que ésta debe tener lugar.

Todos los aparatos de cura, vendas, uata, etc., deben ser tambien sometidos á la accion de los vapores desinfectantes.

Los irrigadores deben elegirse segun el resultado que se pretenda obtener. Las cánulas deben ser de metal, por ejemplo, de zinc, para poderlas desinfectar así sometiéndolas á la accion del calor y manteniéndolas despues en un líquido desinfectante. Las cánulas de cristal

merecen tambien ser recomendadas, porque se las puede limpiar segura y completamente sumergiéndolas en una fuerte solucion de agua clorurada, fenicada, etc.

Un punto de los más delicados es encontrar un buen arsenal para los hilos destinados á ligaduras y suturas con el fin de que puedan ser fácilmente desinfectados. El hilo metálico se limpia muy fácilmente, y por este solo hecho ofrece ventajas que no permiten rechazarle para las suturas; pero no es conveniente para ligaduras. Se ha pretendido, es cierto (en la ovariectomía por ejemplo), ligar algunos vasos aislados con un hilo de hierro delgado, pero esta práctica ha tenido poca aceptacion. En las ligaduras en masa no debe nunca emplearse el hilo metálico, porque es muy difícil torcerle suficientemente y se rompe con facilidad en estas tentativas. Por otra parte, las extremidades de los hilos, una vez hecho el nudo, pueden herir fácilmente los órganos vecinos.

El catgut es poco flexible y se rompe con suma facilidad. Con este hilo es difícil hacer los nudos y cuando se les emplea en la práctica de las suturas se pierde siempre mucho tiempo. Parece que hay grandes diferencia de calidad segun que el hilo sea de tal ó de cual fábrica, y tampoco es siempre de la misma aún cuando se obtenga del mismo fabricante. Zweifel ha demostrado que los hilos de catgut pueden ser por si mismos agentes de trasmision de los productos sépticos, tanto que cree debe llamarse la atencion sobre este punto y que ántes de cada operacion es preciso examinar el catgut que haya de emplearse, asegurándose por medio del microscopio que no contiene bacterias. Los hilos de catgut fabricados con materias orgánicas se corrompen fácilmente.

[Disentimos completamente en estas apreciaciones sobre el catgut de la respetable opinion de los Sres. Hegar y Kaltenbach, así como de la de Zweifel. En primer término, el catgut se hace completamente flexible cuidando de mantenerlo dos ó tres horas ántes de la operacion en una solucion fenicada al 5 por 100. Hecha esta operacion se anuda con suma facilidad, y empleándole de un grueso apropiado y haciendo los nudos con cuidado no hay temores de que se rompa, porque su permanencia en la disolucion del ácido fénico le hace perder sus condiciones de fragilidad. En segundo término, si se cuida de tener siempre el catgut en aceite fenicado, que es como se expende comunmente y como se conserva, y ántes de la operacion se le somete á la accion de la disolucion fenicada, no comprendemos cómo ha de convertirse en agente de trasmision de los productos sépticos. En cambio de estos pretendidos inconvenientes, que, á nuestro juicio, no existen, ofrece ventajas positivas, así para la ligadura como para la sutura, ventajas que dejamos apuntadas en una nota anterior. Tal vez obedezcan las

opiniones de los autores en este asunto á la mala fabricacion de este producto en Alemania, donde quizá no se obtenga tan bueno como en Inglaterra, Francia y Suiza, de donde procede el catgut que nosotros hemos empleado en nuestra práctica así particular como hospitalaria. — *M. G. de S. J*

La seda, que es muy flexible y relativamente muy sólida, aunque no sea de muy grueso calibre, ofrece ventajas positivas sobre todas las demas sustancias. Si podemos sustituirla con ventaja con hilo metálico cuando se trata de practicar la sutura, su superioridad nos parece incontestable para las ligaduras, y sobre todo para las ligaduras en masa. En las operaciones cruentas, en aquellas que exigen cierta rapidez operatoria, cuando toda dilacion puede ser perjudicial, creemos que debe otorgarse á la seda la preferencia. Cuando se trata de practicar ligaduras en masa en tejidos blandos, en un tejido muy rico en vasos sanguíneos ó en un tejido muy retráctil; cuando se deba temer que las partes abrazadas por la ligadura puedan escaparse, la seda es excelente porque se la puede torcer fácilmente y porque penetra en los tejidos, á los cuales se adapta con fuerza. Desgraciadamente, es muy difícil desinfectar la seda. Czerny opina que es necesario cocerla durante media hora en una solucion fenicada al 5 por 100 y sumergirla despues en la solucion débil al 2 por 100. Pero es preciso tener en cuenta que mediante estas preparaciones se altera de una manera muy sensible la solidez de la seda, que se rompe en seguida con facilidad. Nosotros la hacemos cocer de la manera precedentemente indicada, inmediatamente ántes de la operacion; pero esto basta para disminuir su solidez y hacerse más frágil.

Es más fácil limpiar completamente los instrumentos cuando se dispone de gran número de ellos y cuando cada uno puede ser desmontado. Ciertos instrumentos sirven á la vez para las laparotomías y para algunas otras grandes operaciones más frecuentes (operacion del prolapso, por ejemplo), y es preciso tener en una gran clínica al ménos un arsenal especial para las maniobras de diagnóstico.

No deja de tener importancia la eleccion de material para la fabricacion del mango de los instrumentos. Recientemente se ha puesto en boga la nikelizacion de muchos instrumentos, lo cual evita el enmohecimiento y facilita la limpieza. Siendo esto posible es preciso evitar el empleo de la madera en la fabricacion de mangos ó de ciertos aparatos, utilizando el metal ó la goma endurecida, evitando las hendiduras y las desigualdades.

Todos los instrumentos, y ésta es una regla absoluta, deben, despues de haber sido empleados, ser sometidos á una preparacion anti-séptica y solamente entónces ser empleados de nuevo. Deben, en seguida de haber sido utilizados, ser de nuevo sometidos á una desinfeccion

más ó ménos enérgica segun la importancia de la operacion. Los instrumentos romos, tales como las pinzas, ganchos, espéculos, separadores de la vagina, dilatadores, bujías, sondas, catéteres metálicos, agujas de Deschamps, agujas de sutura, etc., deben ser sumergidos en una solucion de ácido fénico al 5 por 100 que esté hirviendo. Los instrumentos que presenten numerosas asperezas, tales como las pinzas, clamps, etc., deben limpiarse ademas con cepillo y jabon. Debemos tambien recomendar que estos instrumentos, y principalmente los constrictores, se limpien con alcohol y jabon ó con éter de manera que se les deje libres de los detritus grasos que pudieran permanecer adheridos á ellos. En las laparotomías repetiremos una vez todas estas maniobras ántes de la operacion. Estos instrumentos serán en seguida colocados en un plato de palastro que contenga una solucion débil de ácido fénico ó agua clorurada, ó por lo ménos sumergirlos inmediatamente ántes de emplearlos.

Los instrumentos cortantes se echan á perder muy pronto si se les somete á estas maniobras. Nosotros generalmente los lavamos despues de cada operacion, enviándolos despues á casa del fabricante. Antes y durante la operacion los sumergimos y lavamos en una solucion antiséptica débil.

Las precauciones que conciernen á las operadas no han llamado hasta aquí la atencion suficientemente, á nuestro juicio. Se debe cuidar que no rodee nada á la paciente que pueda ser origen ó causa de putrefaccion ántes de ser operada. No deben estar colocadas en la misma sala que otras enfermas con heridas que supuren. La víspera de la operacion, la enferma debe tomar un baño caliente, vestirse con ropa limpia y acostarse sobre cama recientemente mudada. La region sobre la cual haya de operarse debe ser limpiada cuidadosamente con jabon, alcohol y líquidos antisépticos. Se pondrá á la enferma una inyeccion vaginal si hubiéramos de operar en este conducto. Los vestidos que haya de tener la paciente durante la operacion serán muy limpios y estarán bien desinfectados.

Las enfermas están á veces afectas á la par de padecimientos que, como los forúnculos, panadizos, ciertas afecciones cutáneas, etc., pueden dar lugar á supuraciones. Antes de operar es preciso destruir estos focos en cuanto sea posible.

Desgraciadamente fracasan con frecuencia cuantos medios se emplean con este fin ó no se llega á éste completamente porque aquellas afecciones reconocen precisamente por causa la enfermedad misma que exige la operacion que va á practicarse. Se trata, por ejemplo, de un carcinoma del cuerpo del útero, de un fibroma ó de un tumor ovárico complicado con endometritis y acompañada de secrecion saniosa, de retencion de los productos de secrecion, ya sea á consecuencia de una

flexion del útero, ya á consecuencia de una compresion del canal uterino. En estos casos estas materias pueden reabsorberse y ocasionar la produccion de afecciones cutáneas. Cuando no podemos hacer desaparecer estos inconvenientes ó disminuir su importancia, debemos á lo ménos aplicar un vendaje conveniente á fin de evitar que las materias pútridas puedan durante la operacion verterse de los puntos enfermos sobre la herida que se practique. Desgraciadamente este procedimiento no evita la influencia nociva de la acumulacion en la sangre de aquellas nocivas materias.

En cuanto al operador y sus ayudantes, es preciso que ninguno de ellos se halle afectado de padecimiento alguno que pueda ser origen ó causa de infeccion. Pueden ocasionarse graves accidentes si alguno de ellos padece forúnculos, panadizos, pústulas ó ha padecido erisipela poco tiempo ántes. Hace algunos años la matrona agregada á nuestra clínica fué afectada de un panadizo superficial con ligera linfangitis; ella infectó á dos púérperas, de las cuales una sucumbió y la otra estuvo muy grave, padeciendo durante tres meses.

El personal médico puede ser de otra suerte causa de infeccion, porque, sin estar enfermo, el médico lleva á veces sobre su propio cuerpo sustancias sépticas; estos gérmenes infecciosos pueden, en efecto, existir en todas las partes del cuerpo, sobre todo las que están cubiertas por vestidos y que se ponen en contacto con sustancias saniosas y fácilmente putrescibles, ó bien que han estado mucho tiempo en contacto con una atmósfera cargada de pequeñas partículas sépticas. Ningun médico ignora que las manos y los cabellos retienen durante largo tiempo un olor fétido cuando se trabaja en un anfiteatro anatómico. Parece tambien que cuando la cavidad bucal y los órganos de la respiracion están mucho tiempo en relacion por su cara superficial con semejantes efluvios, la respiracion toma un olor especial, pudiendo ocurrir que la sangre misma absorba tales principios odorantes que son despues expulsados en la espiracion.

El éter que ha sido respirado con el fin de provocar la anestesia es seguramente eliminado de esta manera, porque el aliento de las operadas durante las veinticuatro horas que siguen á la operacion tiene frecuentemente un olor característico, siendo á veces tal la eliminacion, que se reconoce el olor del éter desde que se penetra en la habitacion donde se halla la enferma. Es imposible acusar á los vestidos de la paciente, porque este fenómeno se produce de la misma manera cuando despues de la operacion se ha mudado de ropa á aquélla, y no es verosímil que la superficie de la mucosa de las vías respiratorias y de la cavidad bucal conserve durante tanto tiempo el olor del éter. Se sabe, por otra parte, que ciertas mujeres durante el periodo catamenial exhalan un olor desagradable, siendo probable que sea debido á sus-

tancias contenidas en las cavidades uterina y vaginal, sustancias que, alteradas y reabsorbidas, son eliminadas con los gases de la respiración.

Mayrhofer ha llamado recientemente la atención sobre la acción de un elemento que tiene su importancia: la cavidad bucal, y más especialmente la parte comprendida entre los dientes, sobre todo si están cariados, contiene un gran número de bacterias aún en las personas que gozan de una buena salud.

Se sabe también con cuánta facilidad se adhieren las sustancias infecciosas a los vestidos, y que los guantes pueden impregnarse de ellas en alto grado.

Todas estas consideraciones están perfectamente justificadas, y en el estado actual de nuestros conocimientos sobre la infección es imposible abrigar la menor duda a este respecto, deduciéndose de ellas mismas las reglas prácticas. El operador y su personal deben algunos días antes de la operación, siempre que ofrezca algún peligro de infección manifiesto, evitar ponerse en contacto con enfermos u objetos que puedan determinarla. No deben generalmente usar guantes desde veinticuatro horas antes de operar, porque en los guantes usados pueden adherirse sustancias infecciosas, y por otra parte las manos se desinfectan energicamente estando expuestas al aire y a la luz. Veinticuatro horas antes deben tomar un baño general caliente, y deben limpiarse los cabellos esmeradamente. Durante la operación deberán usar una blusa recientemente lavada y que haya sido expuesta a los vapores del ácido sulfuroso. Tampoco visitará el día en que haya de operar el cirujano ningún enfermo y menos ninguna mujer que haya abortado. Mayrhofer recomienda el empleo de un respirador para retener los gérmenes contenidos en la boca y que pudieran ser proyectados en la espiración. Esto nos parece superfluo, porque aun dado caso de que se atribuyera alguna importancia a este peligro, podría el cirujano, antes de la operación, lavarse la boca con un cepillo y un líquido desinfectante. Se debe fijar la mayor atención en el lavado de las manos. No basta efectuarlo en el éter, ni con jabón y cepillo de uñas, empleando el agua clorurada, la solución de ácido fénico o la de permanganato de potasa. Es sabido que cuando los dedos han estado en contacto con sustancias colorantes, con sangre, etc., los pliegues de las uñas retienen pequeñas partículas que no se logra que desaparezcan por los medios precedentes. Bajo la uña sobre todo estas partículas se adhieren de tal modo que no puede hacerse que desaparezcan con el cepillo, y es preciso servirse de un limpia-uñas: a nivel de la matriz de éstas también se adhieren partículas, pero éstas desaparecen fácilmente con el cepillo. En otros casos existen pequeñas heridas y cortaduras, en las cuales pueden acumularse partículas sépticas. El médico debe evitar estas

heridas y cortaduras tanto por la enferma como por sí mismo, porque pueden ser la puerta de entrada de los gérmenes, como saben muy bien los que se dedican á trabajos anatómicos. La dificultad de obtener una desinfeccion completa de las manos justifica la regla que hemos dado anteriormente de evitar, durante algunos días ántes de la operacion, todo peligro y mantenerse alejado de todo lo que pueda originar una infeccion.

Las reglas precedentes tienen por objeto evitar la trasmision de gérmenes pútridos por el médico, el personal asistente y los instrumentos. Si se descuidaran estas precauciones se observaria la produccion de accidentes variables segun las ocupaciones del profesor y de los ayudantes y segun la naturaleza de las enfermedades tratadas en el hospital. En efecto; si un médico que no se ocupa más que de Ginecología no debe jamás dejar de recurrir á la antisepsia; si en una sala ó en un hospital donde sólo se reciben determinada clase de enfermas que no se hallen afectadas de enfermedades infecciosas, no debe dejarse de apelar á todos aquellos recursos, se comprende cuán necesario será no olvidar ningun detalle y con cuánta severidad deben aplicarse estas precauciones cuando en un hospital se reciban enfermas de todas clases, mujeres embarazadas, púérperas, etc., y cuando el médico ejecute toda clase de reconocimientos y operaciones.

Aun con todas estas precauciones la infeccion no es imposible, y cuando sobreviene es preciso guardarse de atribuir la siempre á una aplicacion irregular de la antisepsia. En efecto; despues de toda operacion existen elementos fácilmente alterables, que son desde el primer instante aptos para sufrir la influencia de los fermentos; tales son las secreciones de la herida, la sangre y los tejidos mortificados.

Es preciso, pues, operando, destruir en tanto sea posible esta causa de septicemia, practicando cuidadosamente las ligaduras, limpiando y suturando delicadamente los labios de la herida, etc. Ya tendremos ocasion de volver sobre este asunto al ocuparnos de las operaciones en particular.

Demostraremos más adelante cómo por el desagüe puede asegurarse la eliminacion de todos los productos alterados y cómo tambien podemos oponernos á su descomposicion.

Para evitar la infeccion durante las operaciones se hace tambien frecuentemente uso del *spray*, empleándose hoy muy rara vez la irrigacion continua, que ántes estaba muy en boga. Para el *spray* se emplea el vapor de agua pura ó mezclada con una débil cantidad de una sustancia desinfectante. Este seria un medio muy cómodo y haria superfluas todas las precauciones que dejamos descritas. Pero no ocurre así ciertamente. En efecto; si en determinadas operaciones, en las que se practican en la superficie del cuerpo, ó de una manera general, en

aquellas en que el líquido empleado en las lociones puede verse de una manera continua y completa, se alcanza este resultado frecuentemente, no siempre concurren estas circunstancias, y los mismos preceptos de Lister dan la medida de la poca confianza que debe merecernos el *spray*. Lister recomienda que debe recurrirse á todos los cuidados que anteriormente dejamos descritos.

Criticando la deficiencia de la utilidad del *spray* va más lejos todavía. No obstante que en una operacion se haya empleado este medio, es preciso todavía despues de él recurrir al desagüe, que no puede tener más que un objeto: permitir la salida á los líquidos saniosos, es decir, á líquidos que han sido alterados por gérmenes. Ahora bien; ¿qué interés podría inspirar la salida de líquidos no peligrosos de una herida aislada por un apósito perfectamente antiséptico?

En Ginecología la variedad en las operaciones es mayor que en las demás ramas de la Cirugía. Ya se trata de autoplastias en las cuales no se puede emplear el desagüe ni el apósito antiséptico, ya de laparotomías en las cuales no es posible aplicar ninguna cura sobre las heridas internas (muñon, rotura de adherencias); aquí el mismo desagüe no conviene sino en ciertos y determinados casos, y no ha dado todavía irrecusables pruebas de su valor. Ahora bien; en las autoplastias el *spray* prestará buenos servicios, constituirá un buen procedimiento de lavado, pero nada más, y las lociones permanentes ó temporales practicadas con líquidos desinfectantes por medio de un simple irrigador son tambien activas y de más fácil aplicacion.

El empleo del *spray* es, por el contrario, más incómodo y más penoso para el operador que este último procedimiento.

Por lo que concierne á la laparotomía, el *spray* nos parece ser más perjudicial que útil. Las corrientes de vapor, y esto está fuera de duda, introducen en el mismo espacio de tiempo más gérmenes en la cavidad abdominal que si la atmósfera que rodea á la operada estuviese tranquila, porque con aquéllas se introducen partículas sólidas y gérmenes que flotan en las inmediaciones de la herida. El líquido vaporizado penetra en el tejido peritoneal, se imbebe en el epitelio y provoca con facilidad suma la irritacion y aún la inflamacion, á lo menos cuando se emplea un líquido muy concentrado. Cuando el *spray* ha sido empleado durante mucho tiempo, es preciso hacer una esmerada limpieza del peritoneo, y el endotelio se desprende fácilmente. Estos inconvenientes pueden no tener una gran importancia cuando no intervienen otros factores.

No olvidemos, finalmente, que despues del empleo del *spray* queda una gran cantidad de líquido en la cavidad peritoneal. Ahora la experiencia y la observacion nos han demostrado que en toda inflamacion del peritoneo parietal ó visceral, ya sea esta inflamacion de origen

mecánico, químico ó séptico, se producen rápidamente adherencias que aislan las porciones enfermas de las partes sanas. Este mecanismo es evidente cuando se estudia la perforacion del estómago ó del intestino, y se sabe que los cuerpos extraños y aun las materias fecales pueden atravesar la pared del apéndice vermicular y enquistarse ántes de que se produzca una peritonitis generalizada. Esto no es debido á que elementos sépticos venidos de fuera invadan regiones todavía intactas, sino á que el tejido subseroso es el asiento de una inflamacion que se extiende rápidamente á la manera de una linfangitis. Se sabe, en fin, cuál es la importancia del enquistamiento del pedículo en las ovariotomías y en la amputacion supravaginal. Aquí todavía la peritonitis está localizada en la vecindad del pedículo, cerca de los puntos por donde han pasado los hilos de sutura y alrededor de partes que se mortifican á consecuencia de la presion ejercida por el clamp, que protege las partes sanas del peritoneo.

La irritacion del peritoneo, cualquiera que sea su causa, química, mecánica y aun séptica, puede realmente ser útil, y para probarlo citaremos la eliminacion de masas purulentas por la incision abdominal despues de una ovariotomía complicada. Ahora, si queda liquido sobre estos puntos, el enquistamiento es difícil. Además, los movimientos de las enfermas, los movimientos peristálticos provocados por la existencia de un cuerpo irritante, arrojarán hasta los puntos más recónditos de la cavidad peritoneal los líquidos segregados y con ellos las sustancias nocivas acumuladas cerca de la ligadura del pedículo, cara interna de la incision, etc. Añadamos que el agua destilada misma, apropiándose la albúmina y las sales de la sangre, se convierte en un medio excelente de cultivo para los gérmenes del aire, segun lo ha demostrado cumplidamente Wegener. En fin, la movilidad del líquido, debida á los movimientos peristálticos del intestino, aumenta la rapidez en el desarrollo de estos gérmenes, segun lo ha reconocido tambien Wegener. Nosotros dudamos que la pequeña cantidad de ácido fénico contenido en el líquido pueda dificultar este proceso. Porque se sabe que si una solucion del 2 al 3 por 100 impide durante mucho tiempo la pululacion de gérmenes, no mata la bacteria, y las soluciones más concentradas tienen una accion muy desastrosa sobre el peritoneo. Se admite que las soluciones débiles de ácido fénico se reabsorben rápidamente. Esto no es exacto, y yo no atribuyo gran importancia á los casos de intoxicacion que se producen bastante frecuentemente, acaso porque á este estado viene á añadirse el de debilidad en el cual se encuentran las enfermas. Pero cuando operamos no nos hallamos en las mismas condiciones en que se encuentra colocado el experimentador que inyecta en el peritoneo de un animal cualquiera una solucion bien pura de ácido fénico. En una laparotomía la solucion está alterada por

el aire, la sangre, el suero, etc. La reabsorcion será más lenta, pero el líquido será un buen medio de cultivo para los gérmenes.

Pero se nos dirá que el empleo del *spray* ha permitido obtener en la ovariectomía resultados más satisfactorios que los que antes se obtenían, tanto que Spencer-Wells mismo y Keith le han adoptado definitivamente. Yo dudo que estos operadores hayan obtenido mejores resultados desde que emplean el *spray*.

En efecto; ¿Spencer-Wells no ha practicado 27 ovariectomías seguidas con feliz éxito antes de recurrir á dicho medio? ¿Los resultados de Keith — antes del empleo del *spray* — no son de tal manera felices que sea muy difícil atribuir con justicia á la accion del medio referido el éxito de las operaciones llevadas á cabo despues que este cirujano ha adoptado este procedér? Si ademas tomamos en consideracion, aparte de su valor, de la gravedad y del número de complicaciones, la cuarta serie de ovariectomías de Keith hechas sin el auxilio del *spray*, á pesar de los seis casos de muerte, nos parece más favorable que la última serie en la cual se apeló á aquél, aunque ésta no comprenda más que dos casos mortales. Las complicaciones difíciles son, en efecto, aquí incomparablemente más raras que en la cuarta serie, en la cual vemos, por ejemplo, figurar tres grandes tumores fibro-quísticos. No olvidemos, en fin, que de 200 ovariectomías practicadas sin el auxilio del *spray*, Keith tenía solamente una mortalidad de 16,8 por 100, y que se trataba de cánceres en un gran número de casos, y hagamos notar, por último, que la mortalidad en las operaciones graves era poco más elevada que en las operaciones simples, en las cuales era de 16,15 por 100, siendo en las primeras de 17,14 por 100.

En la mayor parte de las ovariectomías ordinarias el *spray* no provoca ningun accidente cuando el operador no ha omitido el empleo de ninguno de los otros procedimientos antisépticos que tienen una mayor importancia. El *spray* es un buen método de lavado. En las ovariectomías simples nada penetra en la cavidad abdominal porque el mismo tumor se opone á la introduccion de gérmenes. En las operaciones complicadas el peritoneo está casi siempre profundamente alterado y bajo la accion de un líquido irritante reacciona de otra suerte que un peritoneo sano. Ademas, en estos casos la pared abdominal se deja fácilmente deprimir, y es preciso hacer una gran incision por la cual pueda fácilmente hacerse la limpieza del peritoneo y extraer los líquidos que hayan podido penetrar. En otros casos las circunstancias son bien diferentes; se trata de una castracion, por ejemplo, el líquido vaporizado penetrará fácilmente en la cavidad abdominal; el peritoneo está sano, la incision es pequeña, la limpieza de la serosa difícil. Nuestra experiencia nos ha llevado á rechazar el empleo del *spray*.

El tratamiento consecutivo de las operadas debe ser tan simple como sea posible. Si durante la maniobra operatoria se ha podido evitar la infeccion, no se está al abrigo de mayor peligro. Es absolutamente preciso que la operada esté en el reposo más completo. Una vez bien lavada se la acostará entre sábanas limpias y bien calientes, colocando cerca de las extremidades de aquélla y aún alrededor del tronco, si fuera necesario, botellas con agua caliente ó calentadores. Contra los inconvenientes de la anestesia se emplearán los medios ordinarios: hielo, excitantes, inyecciones de éter, etc. Si hubiere colapso se recurrirá á estos medios y á las enemas de vino, mezclado, si fuera necesario, con la tintura de opio, haciendo tomar, si el estómago lo tolera, un poco de mixtura antiespasmódica con agua, té ó café. Más tarde la alimentacion será ligera, los alimentos líquidos ó por lo ménos de muy fácil digestion. Sólo se recurrirá á los excitantes muy enérgicos en los casos de debilidad extremada ó en las personas que estén habituadas á ellos.

No estamos nosotros convencidos de la utilidad del empleo constante de los excitantes muy enérgicos, tales como la mixtura antiespasmódica, los vinos muy alcoholizados, el té de buey, etc., en los primeros momentos que siguen á toda operacion, aunque sea muy grave. Las enfermas mueren muy rara vez de simple debilidad, y en raras ocasiones pueden triunfar los alcoholes del peligro que corre una enferma afectada de septicemia. Sin embargo, consideramos absolutamente justificado su empleo en estos casos.

Pero se ve á mujeres que han llegado al último extremo de la debilidad con un pulso miserable de 130 á 150 pulsaciones, y súbitamente, como por encanto, desaparecen todos los sintomas y el estado general se mejora como despues de la abertura de un absceso. La causa de la debilidad reside rara vez en la inanicion y muy frecuentemente en el veneno que ha invadido el organismo. Nosotros hemos obtenido frecuentemente mejores resultados empleando la leche que recurriendo á alimentos de gran poder nutritivo y á excitantes muy enérgicos.

Más tarde está, por regla general, indicada una alimentacion más nutritiva.

Se debe ademas, en tanto lo permita el estado de la enferma, variar de cuando en cuando su posicion; por ejemplo, cambiar el decúbito dorsal en lateral y dejarla mover un poco las extremidades inferiores. Si esto no es posible, se apela á movimientos que son muy útiles; tales son la elevacion y la flexion de las caderas, las rodillas y las articulaciones de los piés, movimientos que deben ser ejecutados cada una ó dos horas por las enfermeras. Estos medios son excelentes contra la produccion de trombosis.

La cama será hecha de tal suerte que el cuerpo repose sobre la ma-

yor extension posible. En las personas que puedan estar acostadas con las espaldas y la cabeza un poco bajas, es preciso cuidar de que la parte superior del cuerpo esté casi horizontal, en cuyo caso sirven de punto de apoyo el sacro y el dorso casi hasta las espaldas. Los muslos pueden estar en semiflexion si se teme una trombosis ó si se quiere evitar la tension de la pared abdominal. Los colchones de aire y los de agua constituyen medios excelentes.

No debe acometerse un tratamiento local sino cuando existan indicaciones precisas. El empleo general de inyecciones, y sobre todo de irrigaciones vaginales continuas en las operaciones, nos parece más perjudicial que útil. En los primeros días, cuando todavía existe una hiperemia, obran como un excitante mecánico peligroso. Más tarde, cuando el flujo es abundante, las lavativas de limpieza son útiles, principalmente si se introduce la cánula con habilidad y si se emplea una presion débil. No obstante, no son absolutamente indispensables.

Se debe recurrir al cateterismo cuando las enfermas no orinan espontáneamente. Ya hemos descrito detalladamente en el artículo consagrado al exámen de la vejiga los cuidados que deben presidir á esta operacion, no debiendo olvidarnos de que un catarro vesical, aún siendo muy ligero, como se observa frecuentemente, y no dando lugar á síntomas penosos, puede influenciar muy desventajosamente la marcha de la convalecencia y aún provocar accidentes.

La temperatura de la habitacion en que repose la enferma debe ser de 13 á 15° R., y debe vigilarse que la ventilacion sea perfecta. Las corrientes de aire, sobre todo cuando vienen á actuar sobre las partes enfermas ó sus inmediaciones, son ciertamente muy nocivas. Debe tratarse de obtener á la vez una temperatura igual y una buena ventilacion sin corrientes de aire.

Los antiguos operadores atribuían una gran importancia á que las secreciones se efectuaran normalmente, y así evitaban cuidadosamente todo lo que podía hacerlas disminuir. El estado de la piel, sobre todo, les preocupaba mucho, y hacían tomar baños á las operadas para favorecer la secrecion del sudor.

Véanse:

Zweifel. *Du catgut comme agent de transmission de l'infection.* — C. f. Gyn., 1879, pág. 295.

Mayrhofer. *Remarques sur la méthode antiseptique appliquée aux opérations en général et aux laparotomies en particulier.* — *Wiener, Med. Blätter.*, 1879, núm. 30.

Wegener. *Remarques chirurgicales sur la cavité péritonéale considérée surtout au point de vue de l'ovariotomie.* — *Langenbeck's Arch. für Chir.*, t. XX, 1876, págs. 51 y siguientes.

Keith. *The Lancet*, 7 de Septiembre de 1867, 20 de Agosto de 1870, 16 de

Noviembre de 1872. — *Brit. Med. Journal*, 26 de Junio de 1875, ídem 19 de Octubre de 1878.

Semmelweiss. *Die Ätiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers*. Pesth, 1861.

De una manera general los principios más importantes del método antiséptico, tal como hoy se practica, se encuentran en la obra de Semmelweiss. Este autor no se ha ocupado más que de las enfermedades infecciosas y de las puerperales que se han presentado á su observacion. Las Maternidades alemanas han sido más aun que las clínicas quirúrgicas sometidas al empleo de precauciones antisépticas.

Al idear su método antiséptico, Lister ha partido del mismo punto de vista que Semmelweiss. Se ha dirigido á los mismos procedimientos que este último autor para luchar contra la accion de los gérmenes. Pero al mismo tiempo, y éste es un punto importante, guiado por su instinto práctico, introdujo en su método el empleo general del desagüe por los procedimientos de Chassaignac á fin de evacuar rápidamente los líquidos putrefactos.

Todo esto nos parece que tiene un gran interes bajo el punto de vista de la Ginecología. Se debe otorgar la mayor importancia á los procedimientos que permiten evitar la accion de los gérmenes, tomada esta palabra en su acepcion más general y lata. Este es, en el estado actual de la Ciencia, el método antiséptico. En muchas operaciones en las autoplastias, en la mayor parte de las laparotomias, éstos son los únicos procedimientos á que se puede recurrir. Pero se debe considerar tambien como muy importante eliminar los líquidos segregados por la herida, líquidos que pueden estar corrompidos, ó bien que no pueden impedir la fermentacion.

Muchos cirujanos son de esta opinion, y Lister mismo se aproxima á ella en cuanto podemos juzgar de sus publicaciones y comunicaciones. Es relativamente ménos importante impedir la entrada de los gérmenes que el desagüe, las contra-aberturas, la trasformacion en heridas anchamente abiertas de los ventrículos y canalículos que contienen pus, que es lo verdaderamente importante. Estas maniobras constituyen tambien el método antiséptico, pero es un método antiséptico secundario.

En nuestras operaciones de Ginecología, en casi todas las autoplastias, por ejemplo, es preciso recurrir á la antisepsia primitiva, y ocurre lo mismo en las laparotomias. Sin embargo, en este último caso todo cambiará cuando el manual operatorio de la antisepsia secundaria haya mejorado. Los progresos realizados en este sentido, aunque manifiestos, no son todavía bastante importantes para que podamos preconizar el empleo exclusivo de la antisepsia secundaria. Véase Bardenheuer, *Sur le drainage du péritoine*. Stuttgart, 1880.

Por otra parte, es cierto que la antisepsia primitiva debe ser mejorada.

Recientemente Keith ha dado estadísticas concernientes á la ovariectomía mucho mejores que las publicadas hasta entónces. Este operador y otros autores han atribuido al empleo del *spray* una gran importancia. Gracias á este proceder, Keith declara que la mayor parte de las precauciones que nosotros empleamos son superfluas. Este es un punto muy importante para que nosotros no insistamos aqui y para que no mencionemos expresamente que es preciso no operar cuando poco tiempo ántes se ha tenido ocasion de ver en-

fermas afectadas de enfermedades infecciosas y no recurrir á ningun ayudante que pudiera encontrarse en este caso. Las circunstancias en las cuales se encuentran Keith y Spencer-Wells son excepcionales.

Si no estamos mal informados, estos autores se dedican casi exclusivamente á practicar ovariotomías, y, por tanto, apenas tienen ocasion de infectarse.

Es fácil explicar los buenos resultados que se obtienen desde que se emplea el método de Lister. Antes no se adoptaba ninguna precaucion antiséptica ni se empleaba ningun liquido desinfectante. Empleando el método antiséptico ellos procederán muy cuidadosamente en el lavado de las manos, de los instrumentos y de los objetos que hayan de utilizar en la operacion. Finalmente, no olvidemos que es preciso atribuir en parte los brillantes resultados que obtienen al cuidado con que proceden en la eleccion de los casos que han de ser objeto de operacion. Keith estima que la operacion está contraindicada en todos los casos en que se trata de un tumor maligno, y, para guiarse, atribuye siempre una gran impórtancia á la puncion exploradora. Spencer-Wells no está encargado de ningun servicio hospitalario.

No damos una gran importancia á estadísticas que circulan por ahí como verdaderas y corrientes. Deberian estar más detalladas para tener algun valor, porque nada dicen sobre las reglas seguidas por el cirujano en la eleccion de casos operados, y no nos ofrecen sino enseñanzas muy superficiales sobre la presencia y disposicion de adherencias, sobre el estado del pedículo, sobre la existencia de tumores intraligamentosos, sobre el estado del mismo tumor que exige la operacion, sobre las complicaciones, etc.

Estas observaciones incompletas son poco útiles. Cuando un cirujano nos dice que él no practica la ablacion de tumores malignos, es preciso saber qué debe entenderse por *tumores malignos*. No es posible afirmar con verdadera certidumbre si tal enferma está afectada de un tumor maligno ó benigno. La misma puncion exploradora no puede ofrecer una conclusion definitiva á este respecto. Tal cirujano nos dice: «Ved aquí un tumor que se ha desarrollado rápidamente. Está constituido por partes blandas y partes resistentes. Hay ascítis; la enferma ha llegado al enmagrecimiento; el tumor es maligno; yo no la opero.» Pero ved aquí otro que nos responde: «Esto es posible, pero no debemos olvidar que puede tratarse en este caso de un quiste glandular que contenga pequeñas cavidades. Ahora, en este caso, mediante la operacion, la paciente experimentará ciertos cambios, y yo no vacilo en operarla.» Siendo iguales todas estas condiciones, el primer cirujano obtendrá evidentemente una estadística más brillante que el segundo, sin embargo de obrar éste de un modo más racional.

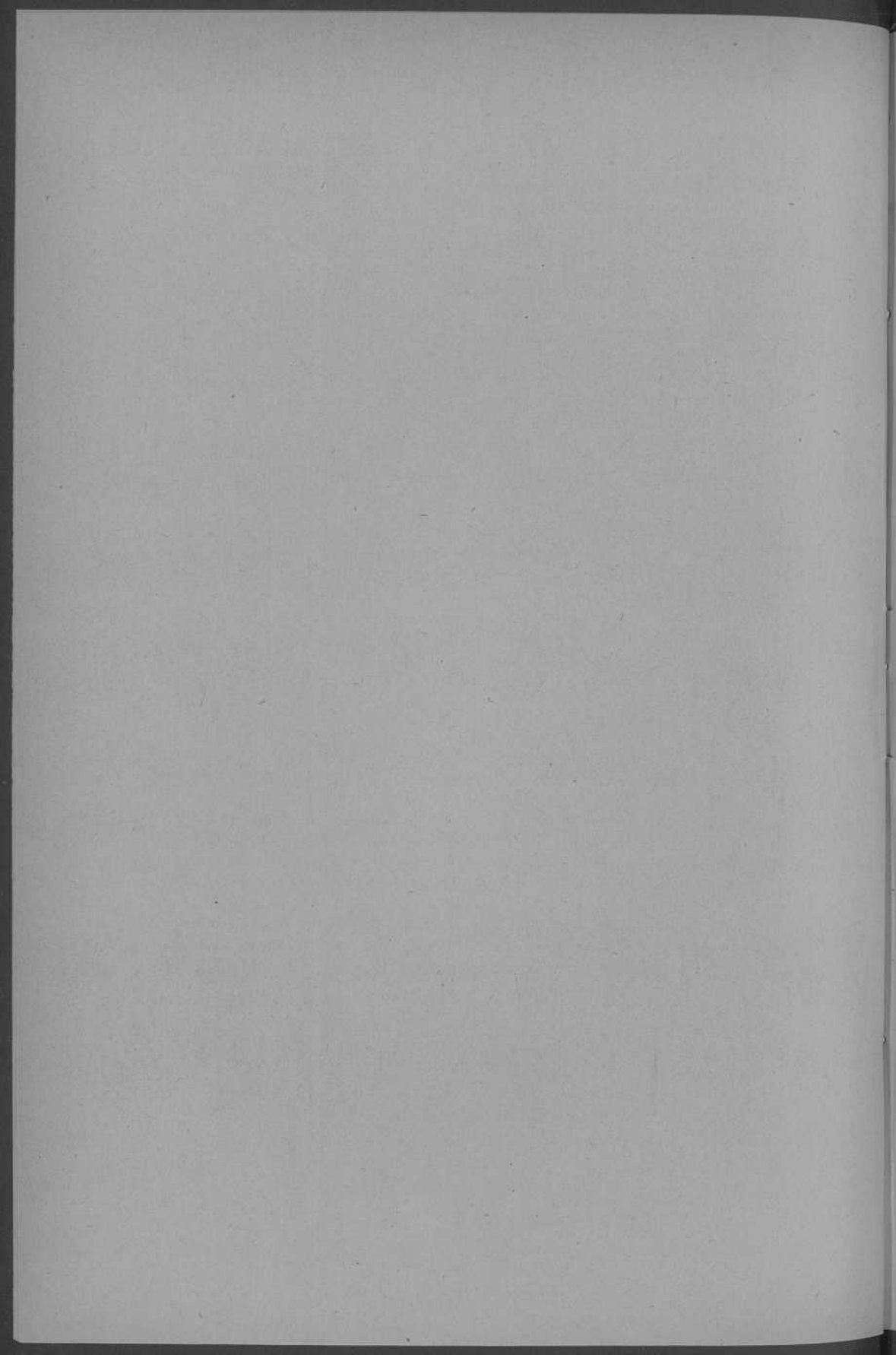
Se estiman, y esto es generalmente justo, las adherencias con el intestino, con el hígado y con la pared de la pelvis como más peligrosas que las adherencias con el peritoneo parietal. También basada sobre este punto se ha establecido una clasificacion de operaciones fáciles y difíciles. Y sin embargo, hay casos muy sencillos en los cuales la operacion es poco peligrosa aunque existan adherencias con el intestino y con la pared pelviana, pero son adherencias flojas, sin vasos sanguíneos y que se destruyen fácilmente. Llegamos, pues, á colocar casos muy sencillos en la categoría de las opera-

ciones difíciles. Hay hasta tumores intraligamentosos que pueden ser enucleados muy fácilmente sin dar origen á ninguna hemorragia importante.

Sólo la clase de tumores intraligamentosos comprende hechos muy diferentes y casos variados.

Se nos dirá que en las estadísticas que abarcan un gran número de casos las causas de error disminuyen; pero ¿estamos en este caso? Cualquiera sabe que es preciso hacer un número extraordinario de operaciones para que se realicen todas las causas de accidentes. Tal práctico hará 100 ovariectomías, de las cuales 70 serán fáciles y 30 difíciles, y tal otro profesor encontrará una proporción inversa.

Un médico que practique en un hospital, que vea enfermas procedentes de las últimas capas sociales, en las cuales se descuidan más las enfermedades, se encuentra siempre en peores condiciones; pero, excepcion hecha del número de casos difíciles que se le presenten, no hay en él tendencia á ser ménos reservado en sus decisiones. En las enfermas que pertenecen á las clases elevadas, una operacion que entrañe riesgos provoca siempre en la enferma y en su familia vacilaciones que el médico debe tener en cuenta aún cuando no participe de ellas. Estas vacilaciones están, por otra parte, justificadas si se tiene en cuenta la situacion de la enferma. En efecto; cuando ella puede procurarse todas las comodidades de la vida, disfrutar los beneficios de una higiene excelente y tener á su disposicion los constantes desvelos de un médico, ofrece, no obstante, complicaciones mayores que tal otra enferma que pertenece á una situacion social ménos favorecida. Estos son los puntos que hoy más que nunca deben estudiarse con suma atencion.



PARTE TERCERA

OPERACIONES

OPERACIONES SOBRE LOS OVARIOS

CAPÍTULO PRIMERO

EXTIRPACION DE LOS TUMORES DEL OVARIO. — OVARIOTOMÍA

LITERATURA

- Th. Schorkopf. *Diss. Med. Inaug. De hydropse ovarii*, 1685.
- Ephraim Mac Dowell. *London, Med. Gaz. V. 35. Eclectic repertory and analytical review*. Filadelfia, Octubre, 1818.
- Nathan Smith. *New-York Med. Record*, Junio, 1822.
- Lizars. *Observations on the extraction of diseased ovaria. Edimburg Med. and Surg. Journ.*, Octubre, 1824.
- Stillling. *Holscher's Annalen. Neue Folge I. Jahrgang, 1841, und Die Extraperitonealmethode der ovariectomie*. Berlin, 1866.
- Ch. Clay. *Result of all the operations for extirpation of diseased ovaria by the large incision*. Lóndres, 1848.
- Atlee. *Americ Journal of med. Sc.*, XXIX.
- Kiwisch. *Klinische Vortraege*, t. II, 1849.
- Fock. *Monatschrift f. Geb.*, VII, 1856.
- G. Simon. *Scanzoni's Beitrage*, t. III, 1857.
- Maisonneuve. *Gazette hebdomadaire*, Diciembre, 1861.
- John Clay. *Med. Times*, Junio, 1862.
- Spencer-Wells. *History and progress of ovariectomy in Great Britain. Med. Chir. Transact.*, 1863, t. XLVI.
- Dutoit. *Die Ovariectomie in England, Deutschland und Frankreich*. Wurzburg, 1864.

Baker Brown. *Transactions of the Obst. Soc.* Lóndres, VII, 1866, y VIII, 1867.

Koeberlé. *Gaz. hebdomad.*, 1337, 1866, y *Résultats statistiques*. París, 1868.

Spencer-Wells. *Diseases of the ovaries*. Lóndres, 1872, págs. 290-314.

Peaslee. *Ovarian Tumors, their pathol. diagn. and treatm.* Nueva York, 1872, págs. 225-322.

Péan. *Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hospice Saint-Louis*. París, 1876, págs. 651-673.

Olshausen. *Die Krankheiten der Ovarien*. Stuttgard, 1877, págs. 214-228.

Keith. *Brit. Med. Journ.*, 1878, 551.

Artículo 1.º—Historia de la ovariectomía. — Estadísticas.

Las primeras tentativas razonadas de ovariectomía datan del principio de este siglo, pero hasta hace veinte años no ha estado clasificada esta operacion entre las verdaderamente científicas. Las generaciones médicas que nos sigan comprenderán con dificultad cómo una operacion tan sencilla en sus principios y tan heroica en sus resultados ha podido encontrar una hostilidad tan marcada entre los cirujanos y los anatómicos; cómo ha podido ser condenada en las obras clásicas y en las revistas periódicas; cómo, en fin, á mediados de este siglo han podido ser acusados sus partidarios de *herir los principios generales de la moralidad médica*.

Y sin embargo, ¿no ha sido legítima esta oposicion? ¿Se sabía á qué peligros estaban expuestas las enfermas afectas de una pequeña herida del peritoneo y no había de ser juzgada como temeraria y bárbara la práctica de una operacion en la cual se abre la serosa abdominal, se expone durante largo tiempo á la accion del aire la masa intestinal, se introduce audazmente la mano en la cavidad de la serosa para destruir las adherencias y se abandonan las ligaduras perdidas que debieran proteger á la enferma contra el peligro de hemorragias secundarias? ¿No equivalía á cometer un acto de atrocidad practicar operacion semejante ántes del descubrimiento de la anestesia? No nos extrañemos de ver cirujanos audaces del valor de Dieffenbach escribir, hablando de la operacion de Lizars, es decir, de esta operacion que nosotros practicamos todavia, en gruesos caracteres: « ¡Lo creo, él habla de eventrar cadáveres! » Pero no nos dejemos llevar por nuestra admiracion á los hombres que se han arriesgado valerosamente á luchar contra procedimientos tan arraigados. Bajo todos los puntos de vista su tarea era difícil. Les faltaba ir lentamente y, por decirlo así, á saltos estableciendo sobre sólidas bases el principio de la operacion y perfeccionar su manual operatorio, y les faltaba, sobre todo, á costa de penosas investigaciones llevadas á cabo á la cabecera de las enfermas ó sobre la mesa del anfiteatro, adquirir nociones precisas sobre la es-

tractura de los tumores ováricos, y les era preciso, en fin, dilucidar el diagnóstico de los tumores abdominales.

Hoy la ovariectomía está colocada en el rango de las operaciones más bellas y más grandiosas. Debe la importancia que tiene á la inutilidad evidente de todos los demás métodos de tratamiento y á la convicción inquebrantable de sus partidarios, ante los éxitos funestos y los ataques odiosos de sus detractores, respecto á la posibilidad de obtener una curación radical gracias á la operación.

Schorkopf fué el primero que emitió la idea, en 1685, de que podía obtenerse una curación completa de un quiste del ovario extirpándole. Durante el siglo XVIII esta idea fué discutida muchas veces por médicos eminentes.

Morgagni la condena; de Haen estima que hasta es peligroso pensar en su posibilidad, porque es preciso temer que un cirujano audaz pueda abrigar la idea de acometerla. Por el contrario, Schlenker (1722), Willius (1734), Peyer (1751), Tozetti (1752), Van-Swieten (1770), Delaporte (1774), Chambon (1798) se pronuncian en su favor. Hunter propone puncionar el saco, y si no existe ninguna adherencia, tirar hacia afuera y extraerle por una abertura que mida solamente 2 pulgadas. Ninguno de estos partidarios de la ovariectomía la practicó; ántes bien, las primeras operaciones de que nosotros tenemos noticias han sido practicadas sin que fuera ésta la intención de los operadores. Tan es así, que R. Houstoun, en 1701, habiendo puesto al descubierto un tumor ovárico por medio de una incisión que medía 5 pulgadas, y viendo, contra lo que esperaba, que la punción no dió ningún resultado, atrajo hacia afuera, valiéndose de las manos y de una espátula de madera, el tumor, que era multilobular y contenía una masa coloidal, y cerró la herida abdominal en seguida por medio de tres puntos de sutura. La enferma curó y vivió aún dieciséis años. Algunos años más tarde Salvador Morand practicó la extirpación de un quiste del ovario, porque tratando de extraer la cánula de un trocar atrajo hacia afuera el tumor. La enferma murió (1).

Ephraim Mac-Dowel, de Virginia, fué ciertamente el primero que hizo una ovariectomía sobre indicaciones precisas y adoptando un manual operatorio razonado. Sin duda alguna fué impulsado á ejecutar esta operación por su maestro J. Bell, de Edimburgo, que profesaba con la mayor energía una gran desconfianza hacia todos los demás mé-

(1) Durante mucho tiempo se ha creído que la primera ovariectomía había sido practicada en 1776 por Laumônier, de Rouen.

No se trataba en este caso de una afección del ovario, sino más bien de un flemón pelviano consecutivo al parto. Laumônier le había abierto practicando una incisión por cima del ligamento de Poupert, y extraído, sin que fuera necesario, un ovario perfectamente normal.

todos de tratamiento, y que creía firmemente que la ovariectomía era una operación practicable.

Mac Dowel hizo su primera operación en 1809. La operada curó, y vivió aún treinta y un años. Practicó después otras 12 ovariectomías, y de las 13 obtuvo 8 curaciones. Durante los cincuenta primeros años de este siglo poco puede decirse de la ovariectomía: pocos operadores la practicaron en gran escala. Las operaciones incompletas, los errores de diagnóstico, estaban á la orden del día; los éxitos eran muy raros.

Bajo la impulsión de Atlée, de Spencer-Wells, de Baker Brown y de Koeberlé, la ovariectomía adquiere una gran importancia.

Estos cirujanos han hecho de la ovariectomía una operación usual; ellos han llevado el manual operatorio al más alto grado de perfección, y con los brillantes resultados por ellos obtenidos han sido derrocadas las últimas objeciones.

Atlée ha practicado más de 300 operaciones y dado á conocer en un Congreso internacional los resultados de su práctica. Spencer-Wells ha contribuido á llevar la ovariectomía bien lejos de las fronteras de su país.

En 1858, Spencer-Wells practicó su primera operación, y el 11 de Junio de 1880 practicaba su milésima ovariectomía (1).

En las 800 primeras operaciones la mortalidad media fué de 25,4 por 100; para las 200 últimas fué solamente de 17 por 100 y de 11 por 100.

Keith (*loc. cit.*) ha practicado esta operación 250 veces: en la primera serie, de 50 casos murieron 11 mujeres; en la segunda y la tercera murieron 8; en la cuarta y la quinta sólo fallecieron 6 y 4 respectivamente.

Dirijamos ahora una rápida ojeada sobre los progresos aportados al manual operatorio.

Los primeros operadores no reconocían, en su mayor parte, las ventajas que ofrece la punción disminuyendo el volumen del tumor. Mac Dowell y otros hacían una enorme incisión partiendo desde el epigastrio hasta la sínfisis. Jeaffreson fué el primero que en 1836 extrajo un enorme quiste practicando en la pared abdominal una incisión que sólo media pulgada y media. Sus compatriotas King, West y Crisp siguieron bien pronto su práctica. Pero más tarde Clay preconizaba todavía la gran incisión de la «operación mayor», desechando el manual operatorio de la «operación menor».

El tratamiento del pedículo ha variado mucho, y durante largo tiempo el interés de los operadores ha estado concentrado sobre este punto. Mac Dowell, Clay y otros cirujanos cogían el pedículo en una

(1) Comunicación escrita.

ligadura y le sacaban hácia afuera, fijándole en el ángulo inferior de la herida. El americano Natham Smith, en 1821, es el primero que intenta cortar el pedículo á nivel de la ligadura y abandonar definitivamente este cuerpo extraño en la cavidad peritoneal. Este método, que es el más sencillo, debía permanecer mucho tiempo sin merecer confianza alguna. Sólo se le aplicaba en un principio á los casos en los cuales no parecía ser aplicable ningun otro procedimiento; la timidez de los cirujanos debe ser atribuida á las opiniones que abrigaban respecto á la probabilidad de que el pedículo entrara en putrefaccion y de que los hilos, desempeñando el papel de cuerpos extraños, provocaran fenómenos inflamatorios. Estaba reservado á una época más reciente establecer por investigaciones experimentales sobre los animales, por los resultados obtenidos sobre las operadas y por los perfeccionamientos aportados al manual operatorio, que la ligadura es el proceder al cual debe recurrirse más frecuentemente.

En 1849, Stilling publicaba los principios de tratamiento extraperitoneal del pedículo. Este debe fijarse al ángulo inferior de la herida; obrando de esta suerte todas las modificaciones patológicas que pueden producirse sobre la herida se realizan fuera de la cavidad del peritoneo y á los ojos del cirujano. Este método fué de nuevo preconizado por Duffin en 1850, y durante mucho tiempo su empleo fué general. Hoy, cuando se emplea este método, se recurre casi exclusivamente al tratamiento por el clamp descrito por Hutchinson en 1858. Este procedimiento merece ocupar toda nuestra atencion, porque á él deben sus grandes y primeros éxitos los cirujanos ingleses y americanos. Sin embargo, desde hace algunos años este método parece perder terreno de día en día.

Desde 1865, Baker Brown había recomendado destruir el pedículo con el cauterio actual; esta práctica ha encontrado en Keith un partidario decidido. Ya, por otra parte, J. Clay, de Birmingham, había recurrido al empleo de este medio para contener las hemorragias sobrevenidas durante la rotura de las adherencias. En suma, el procedimiento de Baker Brown constituye un importante progreso.

Terminaremos aquí este estudio sobre los progresos aportados á la práctica de la ovariectomía, no pudiendo pasar revista á todas las conquistas importantes hechas bajo el punto de vista del manual operatorio ni á todos los trabajos que no por ser teóricos han dejado de contribuir á establecer sobre sólidas bases los principios de esta operacion. Bástenos citar las múltiples experiencias que han demostrado la excelencia de algunos procedimientos operatorios y las investigaciones hechas sobre animales, que han venido á esclarecer muchos puntos en el tratamiento de las operadas. Digamos, en fin, que los progresos realizados diariamente en nuestros conocimientos sobre la

anatomía de los tumores abdominales y la precisión cada día mayor con que podemos establecer el diagnóstico, nos permiten determinar mejor las indicaciones de la ovariotomía y adaptar á los casos particulares el manual operatorio que hayamos elegido. Los anatómicos y los ginecólogos alemanes han hecho en estos diversos sentidos trabajos importantes, sobre los cuales volveremos á insistir en los capítulos siguientes. La aplicación del método antiséptico constituye uno de los progresos más brillantes que se han realizado bajo el punto de vista de la ovariotomía, permitiendo alcanzar éxitos inesperados.

Pero es preciso guardarse muy bien de dar un sentido demasiado restrictivo á esta frase: *Método antiséptico*. Es necesario no creer que se han cumplido las exigencias impuestas por la antisepsia cuando se ha hecho uso del *spray*. Como Semmelweiss y Lister, hagamos todos los esfuerzos posibles para evitar todas las causas de infeccion; pero no olvidemos que Sims y Wegener nos han demostrado cuán peligrosa es la retencion de líquidos putrescibles en el peritoneo.

Los cirujanos alemanes Hegar (1), Nussbaum, Olshausen, Schroeder y otros han introducido las reglas del método antiséptico en el manual operatorio de la ovariotomía ántes que los operadores ingleses. Desde el verano de 1875 ya había Hegar recurrido á ellas, pudiendo publicar en 1877 una estadística de 15 ovariotomías practicadas con éxito.

En su obra sobre las enfermedades de los ovarios, Olshausen (2) reunía 73 observaciones de ovariotomías practicadas segun el método de Lister, de cuyas 73 operadas hubo 13 muertas. En esta estadística 16 observaciones eran personales del autor y en ellas no tuvo más que un caso desgraciado.

En 1878, Schroeder (3) ha publicado 50 observaciones de ovariotomía practicadas con arreglo al método de Lister (del 25 de Mayo de 1876 al 24 de Febrero de 1878).

Por el contrario, Keith (*loc. cit.*) hasta el mes de Marzo de 1877, Thornton, el sucesor de Spencer-Wells (4) en *Samaritan hospital*, hasta el mes de Diciembre de 1877, y Spencer-Wells mismo hasta el principio de 1878, no han comenzado á adoptar el método antiséptico de Lister.

Los párrafos siguientes podrán dar una idea del aumento en el número de ovariotomías en general y de su progresion en cada país.

En el año 1849, Kiwisch contaba 122 operaciones. De este número

(1) *Zur Ovariectomie*. Volkmann's Vorträge, núm. 109.

(2) Stuttgart, 1877, pág. 316.

(3) *Berl. Klin. Wochens.*, 1878, núm. 11.

(4) *Die Diagnose u. chirurg. Behandlung d. Unterleibsgeschew.* Volkmann's Vorträge, núms. 148 y 150.

86 habían sido terminadas, en 22 casos no se pudo efectuar, 14 veces había sido erróneo el diagnóstico; 58 mujeres curaron, 47 sucumbieron y 17 no mejoraron.

De las 292 ovariотomías de que Fock ha reunido datos, en 92 no pudo ser terminada esta operación á causa de errores de diagnóstico ó de extensas adherencias; solamente curaron 120. La estadística de Dutoit, que comprende hasta el año 1863, contiene 702 casos, de los cuales en 585 había terminado la operación, 330 con un éxito feliz y 255 seguidos de muerte. La estadística de Thomas abraza 1.638 ovariотomías de 25 médicos diferentes: 504 fueron mortales, lo que arroja una mortalidad de 30,7 por 100.

Estas estadísticas inexactas é incompletas no ofrecen sino un mediano interés. Es preciso otorgar mucha más importancia á las grandes series de operaciones practicadas por el mismo autor siguiendo un método siempre semejante.

Después Mac Dowell y Nathan Smith en 1821, luego Alban Smith en 1823, y más tarde, en 1829, Rogers, obtuvieron en América algunos éxitos. Pero hasta Atlée, Kymball y Dunlap no adquiere la ovariотomía una gran extensión. Lizars fué el primero que practicó en Edimburgo, en 1825, una operación completa. Hasta 1842 no pueden contarse en este país más que 10 operaciones con éxito feliz. A partir de esta fecha, Clay y Bird practicaron la ovariотomía en gran escala. Hawkins obtuvo en 1846 un primer éxito en el hospital de Londres. En Francia, Woyerkonski hizo en 1844 la primera ovariотomía, y Vaullehard obtuvo en 1847 el primer resultado afortunado.

Pero los resultados funestos de Maisonneuve, de Boinet, de Jobert, de Demarquay, de Sédillot, etc., desacreditaron completamente la ovariотomía, que no tuvo carta de naturaleza sino merced á los esfuerzos de Nélaton á consecuencia de la visita hecha por este eminente cirujano en 1862 á Spencer Wells, y á los éxitos obtenidos por Koeberlé. En estos últimos tiempos esta operación ha encontrado un entusiasta defensor en Péan, que á fines de 1877 había practicado más de 200 ovariотomías.

En Bélgica, Boddlaert obtuvo el primer éxito en 1870. En Suecia, Skoeldberg y su sucesor Netzel, y en Dinamarca Howitz, contribuyeron, con los resultados satisfactorios por ellos obtenidos, á divulgar esta operación. En Rusia las tentativas de Vanzetti en 1846 y las de Haardtman en 1849 habían sido desgraciadas. Pero en 1868 Krasowsky pudo contar 13 éxitos en 24 operaciones. En Alemania fué practicada la ovariотomía por primera vez en 1819, y en 1820 por Chrysmar, que repitió tres veces esta operación. Casi todos los cirujanos importantes han sido hasta estos últimos tiempos adversarios declarados de la ovariотomía. Una vez Dieffenbach intenta la operación,

pero las adherencias eran tan extensas que tuvo que dejarla sin terminar. En 1857, Simson pudo reunir 64 observaciones de ovariotomías practicadas en Alemania: en 12 casos se obtuvo la curación, 46 fueron seguidos de muerte, y en 6 casos la operación intentada fué inútil, ya por error de diagnóstico, ya porque no pudo terminarse. La estadística publicada por Grenser, que comprende 129 casos observados hasta fines del año 1869, era ya mejor, porque de ellos se obtuvo la curación en 62, habiendo terminado por la muerte en 67. Olshausen ha formulado un cuadro que comprende 613 ovariotomías practicadas por cirujanos alemanes hasta principios de 1877. De aquella cifra se obtuvo la curación en 353 casos, lo que arroja una proporción de 57 por 100. En Italia, Peruzzi (*Il Raccoglit. Med.*, 1878) ha encontrado una mortalidad de 63 por 100 en 100 ovariotomías. En España, Rubio nos refiere que hasta 1878 se habían practicado 15 ovariotomías, de las que sólo se obtuvo la curación en 5 casos (*Centralblat f. Gynak.*, 1878, núm. 13).

Art. 2.º — Anatomía patológica.

Rokitansky. *Wiener allg. med. Zeitung*, 1860, núms. 2, 3 y 7. *Ueber Abschnürung der Tuba u. der Ovariend, und über Strangulation der letzteren durch Axendrehung.*

Spiegelberg. *Arch. f. Gin.*, I, *Ueber Perforation d. Ovarialkyst. i. d. Bauchhöhle.*

Waldeyer. *Arch. f. Gin.*, I, *Die epithel. Eierstocksgeschwülst insb. d. Kystome.*

Léopold. *Die soliden Eierstocksgeschw.* *Arch. f. Gyn.*, VI, 2.

Kaltenbach. *Beiträge zur Anatomie u. chirurg. Behandl. der Ovarialtumoren*, *Zeitschrift für Geburtshülfe u. Frauenkrankheiten*. Bd. I, Heft. III, 1876.

Werth. *Zur Anatomie des Stiells ovariell. Geschw.* *Arch. f. Gyn.*, XV, H. III.

Los tumores del ovario que pueden ser objeto de operaciones son, ya tumores epiteliales (quiste coloide ó dermoide, carcinoma), ya tumores en los que predomine el tejido conjuntivo (fibroma, papiloma, sarcoma, mixoma). Muy frecuentemente se observan las formas mixtas. Así, por ejemplo, un quiste puede presentar, en una extensión más ó ménos grande de sus paredes, una estructura mixomatosa ó sarcomatosa (quiste mixomatoso ó sarcomatoso). Pueden también encontrarse tumores que ofrezcan á la vez los caracteres del quiste y del carcinoma. El fibroma es sin duda alguna el tumor ovárico que se encuentra más rara vez. Más frecuentemente se trata de quistes coloides ó de mixomas proliferantes. Los tumores malignos que tienen

asiento en los dos lados y los quistes dermoides no son muy raros. La hidropesía simple de los folículos rara vez tiene importancia en la práctica.

Colocándonos bajo el punto de vista de la operación es preciso distinguir con cuidado los tumores sólidos de los que presentan un cierto número de cavidades más ó ménos voluminosas y llenas de líquido. Es evidente que los primeros, en el número de los cuales colocaremos los fibromas, una parte de los sarcomas y los carcinomas, exigirán una incision de las paredes abdominales mucho más grande que los segundos. El volumen de los últimos, en efecto, puede ser fácilmente reducido durante la operación cuando se trate de un quiste unilocular ó multilocular, siempre que en este último caso exista una gran cavidad. Si se trata de un quiste compuesto de una multitud de celdillas semejante á un panal de miel, que presente en sus paredes porciones duras y resistentes, la operación deberá practicarse como si se tratara de un tumor sólido.

En su principio los tumores del ovario están comunmente situados en la cavidad pelviana. Están aplicados contra la cara posterior ó contra los bordes del útero, al cual impulsan hacia adelante ó hacia los lados. Aumentando de volumen llevan este órgano hacia la cavidad abdominal, ó bien le empujan hacia abajo contra el periné ó le propulsan hacia afuera. En la cavidad abdominal los tumores ováricos están generalmente aplicados inmediatamente contra la pared anterior del abdomen, impulsando el intestino hacia atras y hacia los lados. Es raro encontrar un asa intestinal delante del tumor, pero puede encontrarse en el peritoneo una gran cantidad de líquido ascítico que se derrama entre el tumor y la pared abdominal.

Los tumores del ovario están casi siempre unidos al ligamento ancho y al útero por un pedículo estrecho de longitud variable, en la constitucion del cual toman parte una porcion del ligamento ancho, el ligamento del ovario y generalmente la trompa, de la cual un fragmento más ó ménos largo está aplicado sobre la cara superficial del tumor. En algunos casos excepcionales — sobre todo en los tumores sólidos del ovario, pero tambien á veces en algunos quistes — la trompa no participa de la formacion del pedículo, adhiriéndose solamente al tumor por filamentos fibrinosos más ó ménos anchos, de tal suerte que pueda ser respetada durante la operación.

Los vasos del pedículo vienen de la arteria espermática interna y de las ramas de la arteria uterina. La primera sigue al ligamento infundíbulo-pelviano, las segundas vienen de la línea media y penetran en el pedículo. Las arterias tienen el calibre del cañon de una pluma de ave, las venas el equivalente al grueso del dedo pequeño: si el pedículo es largo y delgado, los vasos son poco numerosos y de gran vo-

lúmen; si el pedículo es corto y grueso, se observa una disposición inversa. Finalmente, el pedículo contiene siempre numerosos vasos linfáticos; nervios, tejido conjuntivo fibrilar y algunas veces también fibras musculares lisas. En algunos casos el ligamento redondo forma parte del mismo, constituyendo un doble anillo.

Nussbaum, Spencer Wells y Werth han descrito pedículos dobles. Esta disposición es debida á que se produce una especie de división en el ligamento ancho distendido, entre el ligamento del ovario y la trompa ó entre sus dos aletas y el ligamento infundíbulo-pelviano.

Es desfavorable bajo el punto de vista operatorio encontrar un pedículo friable, como se observa frecuentemente en los tumores malignos, en los que están contorneados según su eje ó en aquellos cuyas paredes han sufrido la degeneración grasosa.

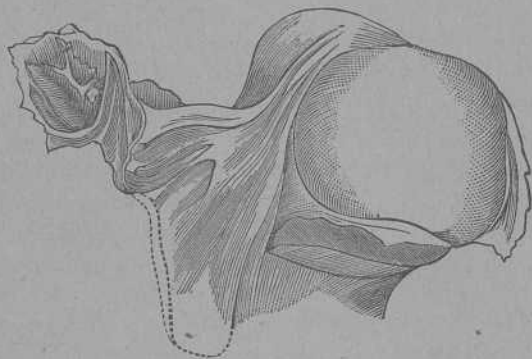


Fig. 96.

La torsión del pedículo trae graves consecuencias; á veces no describe el tumor más que un semicírculo; otras se observa que describen dos vueltas, y muy raras veces cinco ó seis. Si la torsión se efectúa rápidamente, se ven aparecer trastornos circulatorios muy marcados. El éxtasis venoso ocasiona hemorragias, edema; pueden presentarse fenómenos inflamatorios, y en los casos más graves puede sobrevenir la gangrena. Pero si la torsión se ha realizado lentamente, el tumor puede atrofiarse gradualmente, puede perder toda relación con los órganos pelvianos, nutriéndose merced á las adherencias que tiene contraídas con el epiploon, el mesenterio y la pared abdominal. Se dice que en estos casos se ha verificado una trasplatación. Spencer Wells ha operado dos enfermas de esta suerte (se trataba en un caso de un quiste dermoide), cuyas dos operadas curaron.

Si se trata de tumores pequeños no es raro ver que falta el pedículo. Los puntos de union del ovario con el ligamento ancho parecen estar prolongados en relacion con el desarrollo del tumor. Los tumores sólidos pueden ofrecer esta disposicion aún cuando no estén muy des-

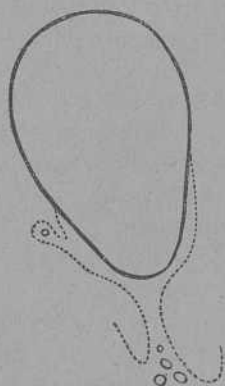


Fig. 97.

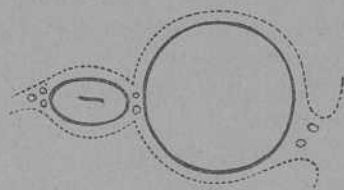


Fig. 98.

arrollados. El pedículo puede faltar tambien cuando se trate de un tumor desarrollado entre las hojas del ligamento ancho, ó de un tumor intraligamentoso (fig. 96). En este caso, una parte del tumor se aloja en la cavidad del peritoneo, en tanto que el resto está comprendido

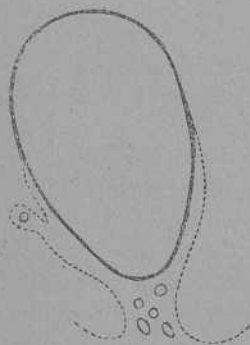


Fig. 99.

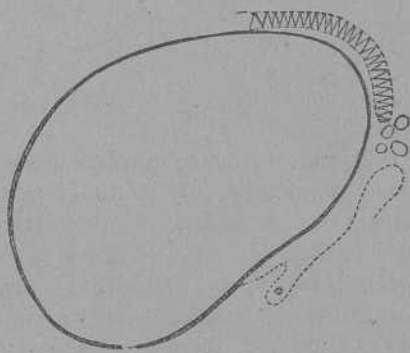


Fig. 100.

entre las dos hojas del ligamento ancho, siendo así extraperitoneal (fig. 97). En los casos en que esta parte está muy desarrollada se puede ver cómo las paredes del tumor se aplican á las paredes laterales de la pelvis, y aún despues de haber desplegado el ligamento infundibulo-

pelviano puede venir á alojarse en la fosa iliaca. Por dentro el tumor impulsa al útero, del cual puede desprender la túnica peritoneal, y cuando el proceso llega á sus últimos límites el tumor puede venir á deslizarse entre las hojas del ligamento ancho del lado opuesto. Los vasos no están reunidos en un solo haz, sino que forman dos enrejados: uno interno, formado por las ramas de la arteria uterina que sigue la trompa, y otro externo, formado por los vasos espermáticos (*figuras 98 y 101*).

El medio de desplegarse los ligamentos anchos varía evidentemente segun el desarrollo del tumor. En ciertos casos, sus paredes pueden quedar aplicadas una contra otra por debajo del tumor (*fig. 97*), estando entónces surcados por algunas venas de pequeño calibre. Pero si el tumor está muy desarrollado, los ligamentos anchos pueden estar completamente desplegados y el tumor en contacto inmediato con el plexo pampiniforme (*fig. 99*) y con el uréter. Olshausen ha observado un quiste papilar desarrollado á cada lado en el interior de los ligamentos. Su segmento extraperitoneal descendía entre el recto y la vagina hasta las inmediaciones del ano.

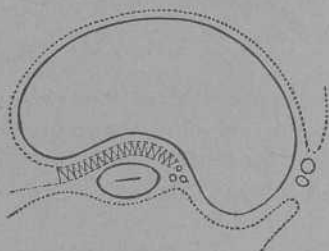


Fig. 101.

Si en estas condiciones el revestimiento peritoneal del tumor viene á contraer adherencias con las partes vecinas (*figs. 100 y 101*), las relaciones pueden complicarse de tal suerte que sea muy difícil orientarse durante la operacion y aún en la autopsia misma. En ciertos casos las dos hojas del ligamento ancho no están distendidas por igual, ó estándolo sólo,

ya la hoja anterior, ya la posterior. Se puede entónces ver en un momento dado que la hoja distendida no es suficiente para cubrir por completo el tumor. El ligamento ancho ofrece cierta resistencia al desarrollo de la masa morbosa, y si la hoja anterior es la principalmente afectada, se ve que el segmento extraperitoneal del tumor ha disecado el peritoneo parietal y avanza por detras de los músculos de la pared abdominal, pudiendo llegar hasta las inmediaciones del ombligo. Si primitivamente deprimía la hoja posterior principalmente, el tumor puede dirigirse hacia la izquierda bajo el mesocólon, á la derecha bajo el mesociego, estando en ambos casos en relacion con los gruesos troncos vasculares ilíacos. El tumor puede tambien dirigirse hacia arriba, disecar el mesenterio y llegar hasta los riñones.

Los tumores ováricos presentan generalmente en su principio una superficie externa lisa y libre; más tarde bajo la influencia de irritaciones mecánicas cae el epitelio, aparece una peritonitis limitada y se

ve, finalmente, aparecer las adherencias. A veces estas últimas son debidas á una inflamacion primitiva de la pared del quiste. Cuando aparecen las adherencias son anchas; pero se las ve gradualmente degenerar en bandas, en cordones, en filamentos delgados, á consecuencia del aumento de volumen del tumor y de las tracciones que sufren durante los movimientos respiratorios y los peristálticos del intestino. Lo más frecuentemente, las adherencias tienen su asiento á nivel de las paredes anteriores y laterales del abdómen, pudiendo estar unido el quiste al epiploon y al intestino, debiendo colocarse en seguida, por orden de frecuencia, las adherencias con el útero, la vejiga, el repliegue de Douglas, el mesenterio, el hígado y la vesícula biliar, el diafragma, el intestino y el bazo. La cara superficial del pedículo puede tambien contraer adherencia con las partes vecinas, y sobre todo con la serosa pelviana, el intestino delgado y el apéndice vermicular. La irritacion del peritoneo puede dar lugar á una exudacion serosa abundante. La ascitis se observa principalmente cuando se trata de tumores duros, y sobre todo malignos. La constitucion del líquido contenido en el peritoneo (mezclado con sangre ó con restos de tumores) debe ser tomada en consideracion cuando se trate de decidir la oportunidad de una operacion.

Entre los accidentes que se producen en el quiste mismo que pueden indicar de una manera especial la operacion, citaremos: las hemorragias en el interior del quiste, la supuracion, la degeneracion pútrida, la perforacion, y, finalmente, la torsion del pedículo de que ya hemos hablado anteriormente. En algunos casos estas complicaciones, la torsion del pedículo por ejemplo, pueden conducir á una especie de curacion natural.

Art. 3.^o — Indicaciones y contraindicaciones de la ovariectomía.

LITERATURA

- Olshausen. *Krankh. Ovarien*, pág. 389.
 Spencer Wells. *Dis. of the ov.*, págs. 315-322.
 Kaltenbach. *Zeitschr. f. Gebh. u. Frauenkrankh.*, t. I, cap. III, 1876.
 Duplay. *Indicat. und Contraindicat. d. Ov. Lyon. med.*, 1878.
 Howitz. *Beitrag zur Lehre von d. Contraindicat. der Ovariectomie*, *Gynaek. u. obstetr. Mittheil.*, t. I, cap. XIV.
 Koeberlé. *Ueber die Indicationen u. Contraindication der Ovariectomie*. *Nouveau Diction. de med. et de chirurgie prat.*, de S. Ballière. *Bull. gén. de ther.*, 1878, Mayo 15.

OVARIOTOMÍA EN LOS CASOS DE PERITONITIS Y EN LOS DE SUPURACION Y DEGENERACION PÚTRIDA DEL QUISTE

Th. Keith. *Lancet*, 1865, pág. 480, y 1877, 3/10.

W. A. Freund. *Beitraege z. Ind. d. Ov. Beitrage d. Ges. f. Gebh.* Berlin, t. II, 1873, pág. 50.

Veit. *Krankh. d. weibl. Geschlechtsorg.*, 2. Aufl., 1867, pág. 504.

Taale. *Lancet*, 1874, vol. I, pág. 906.

Weil. *Prag. med. Wochenschr.*, 1878, núm. 43.

OVARIOTOMÍA DURANTE EL EMBARAZO

Olshausen. *Die Krankh. d. Ovarien*, págs. 99-113.

Smith. *Brit. Med. Jour.*, 1878, 11/8.

Galabin. *Brit. Med. Journ.*, 1880, 15/3.

Hiltas. *Austral. Med. Journ.*, 24/2, 1875.

Lambert. *Lancet*, 1879, 29.

W. H. Byford. *American Journ. of Obstetric.*, 1879.

Erskine Mason. *Le mouvement med.*, 10/1, 1878.

Spencer Wells. *London, Obst. Soc. Meeting*, 4/7, 1877.

Schroeder. *Die Laparotomie in der Schwangerschaft*, *Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.* V, t. XXIV.

Generalidades. — Es un hecho excepcionalmente raro que los tumores del ovario se desarrollen sin ejercer una influencia apreciable sobre la salud. En este caso realizan su desenvolvimiento sin perjudicar a los órganos vecinos, ó aparece uno de esos procesos que nosotros hemos señalado y que conducen a una curacion natural más ó menos completa.

En general, los tumores del ovario alteran la salud y ponen muy rápidamente en peligro la vida de las mujeres á consecuencia del súbito desarrollo y de la presión que ejercen sobre los órganos vecinos. Pueden tambien hacerse peligrosos provocando una peritonitis ó una ascitis.

Entre las circunstancias que agravan el pronóstico, es preciso no olvidar los fenómenos inflamatorios que se desarrollan en el tumor mismo. Las complicaciones varían según la naturaleza del tumor; si se trata de un quiste proliferante, el cirujano interviene principalmente porque el tumor crece con rapidez y comprime los órganos vecinos. Si se trata de un tumor sólido, se interviene á causa de la producción de una ascitis considerable. En los casos de quistes dermoides se hace necesaria la operación lo más frecuentemente por la supuración del tumor y la peritonitis resultante de ella.

Desde que se han hecho más precisos nuestros conocimientos sobre la histogénesis de los tumores del ovario, hemos adquirido la convicción de que, en términos generales, los quistes y los tumores sólidos ó semisólidos no pueden curar espontáneamente, es preciso extirparlos. Si; aún cuando existen otros métodos que parecen practicables, la ova-

riotomía constituye el mejor tratamiento. Todos los demas procedimientos son mucho más infieles en su accion, obligan á perder mucho tiempo y son á veces más peligrosos que la ovariectomía.

De aquí la conclusion siguiente:

« Cuando la extirpacion de un tumor ovárico es practicable, cuando no está contraindicada por motivos serios, debe ser considerada como una operacion preferente; todos los demas métodos de tratamiento no son más que paliativos, no pudiendo ser considerados como curativos sino en raros y excepcionales casos » (Véase el capítulo II.)

Admitido este principio, sólo cabe discutir el momento en que la operacion debe practicarse. No cabe otra cosa sino dar mayor ó menor extension al grupo de tumores que de una manera absoluta ó momentáneamente contraindican la operacion.

¿En qué momento debe ésta practicarse? Aquí las opiniones difieren segun los operadores y segun la impresion diferente que cada uno experimenta cuando medita acerca de los peligros inherentes á la operacion. Unos pretenden que debe operarse desde que se ha formulado el diagnóstico con certidumbre, y dicen: « En toda mujer afectada de un tumor ovárico su vida estará comprometida en un plazo más ó ménos próximo; la operacion inmediata será más favorable porque el estado general de esta mujer es todavía bueno; no será necesario practicar una gran incision en la pared abdominal y no existirán aún adherencias. »

Otros no quieren practicar la ovariectomía sino cuando á ello se ven obligados por la aparicion de accidentes graves, ó porque el tumor ponga en peligro la vida de la mujer. Spencer Wells, que profesa una opinion intermedia, critica con mucha justicia estas dos.

En cuanto á nosotros, operamos con oportunidad, no atendiendo más que al estado general, prefiriendo intervenir antes que se hayan formado adherencias muy extensas. Tal vez se nos dirá que cuando el tumor es muy antiguo está mejor pediculizado, y que en este caso la operacion es más fácil; ésta es una particularidad que apenas puede tomarse en consideracion en algunos casos excepcionales, cuando se trata, por ejemplo, de un tumor pequeño que no esté aún aislado del ligamento ancho. En cuanto á sostener que el peritoneo acostumbrado á una irritacion continua provocada por el tumor habrá ménos peligro de que sea afectado de una inflamacion cuando se practique la ovariectomía, es un razonamiento que no podrá ser considerado por nadie como un motivo de expectacion.

Por otra parte, cuando se estudien las consecuencias probables de una operacion es preciso tener muy en cuenta los accidentes que puedan ser originados por el tumor y por el volumen de la masa que haya necesidad de extirpar.

Cuando se trate de tumores aislados de la pared abdominal, situados en una gran extension, ó de la existencia de una gran cantidad de liquido ascítico, el manual operatorio se hace más difícil y aumentan los peligros inherentes á la operacion.

Si ésta no está indicada por la aparicion de alguna complicacion grave convendrá esperar, para intervenir, á que el tumor haya alcanzado próximamente el nivel del ombligo. Deberá operarse ántes de que la exacerbacion de los dolores, los signos de compresion sobre los órganos pelvianos ó el temor de una afeccion maligna hagan necesaria la intervencion. A este propósito diremos que es imposible precisar de una manera absoluta en qué momento se debe operar, porque existen casos en los cuales los accidentes son tales y de tal índole desde el principio que la castracion está indicada inmediatamente.

Hasta la posicion social de la enferma, que parecia no debía ser tomada en cuenta, se tiene presente cuando se trata de decidir una intervencion operatoria. Tan es así, que nosotros experimentamos una cierta tendencia á operar más pronto cuando se trata de mujeres que pertenecen á la clase obrera y que pierden rápidamente sus medios de subsistencia, de jóvenes expuestas á ser el blanco de sospechas de embarazo, de viudas que son el único sosten de niños pequeños, etc.

Al lado de estos casos, en los cuales gozamos cierta libertad para elegir el momento en que debemos operar, existen otros en los cuales está indicada la intervencion, porque sin ella la vida de la enferma está comprometida ó perdida. Entre estas indicaciones vitales colocaremos las hemorragias en el quiste ó en la cavidad abdominal, tales como las que se observan despues de una puncion en los casos de torsion del pedículo.

Se obrará de la misma suerte en los casos de peritonitis aguda, de supuracion del tumor, de uremia ó de obliteracion del intestino, debidos á la compresion ejercida por el tumor, á una constriccion provocada por las adherencias ó por un enroscamiento del pedículo (1). Witshire y Watson han salvado, practicando *incontinenti* la ovariectomía, á una mujer que á consecuencia de las hemorragias provocadas por un quiste estaba á punto de morir.

Cuando, á consecuencia de la puncion ó de la ruptura espontánea de un tumor, el liquido contenido en el quiste se derrama en el peritoneo, puede sobrevenir una peritonitis aguda capaz de poner rápidamente en peligro la vida de la enferma: entónces está indicada la extirpacion del tumor seguida del lavado del peritoneo. Th. Keith es el primero que ha practicado esta operacion en un caso de peritonitis

(1) Günther, *Thèse inaug.*, Berlin, 1879. *Tall von Axendrehung eines Ovarialtumors mit Stein. Ovariectomie. Heilung.*

desarrollada á consecuencia de una puncion en una enferma que curó rápidamente. La exactitud de la indicacion dada por Keith ha sido demostrada despues por numerosos y brillantes éxitos obtenidos en los casos más deplorables. Si la peritonitis lleva una marcha subaguda, como se observa, por ejemplo, despues de la torsion del pedículo, no es necesaria una intervencion tan precipitada; pero se debe en todo caso operar despues de la desaparicion de los primeros trastornos inflamatorios y no esperar mucho más tiempo para evitar que las adherencias todavía muy laxas al principio puedan hacerse más fuertes.

Los resultados de la ovariectomía son todavía mejores en los casos de supuracion aguda ó de degeneracion pútrida del quiste que cuando se trata de una peritonitis. Numerosas observaciones han demostrado que basta extirpar el cuerpo del delito para ver desaparecer la fiebre ó para observar una elevacion de temperatura de grado á grado y medio en los casos en que ésta era ántes de la operacion inferior á la temperatura normal (Keith).

La ruptura y la putrefaccion del quiste dan lugar á síntomas que se presentan rápidamente y que modifican los resultados del exámen físico. Se perciben todos los caracteres de un derrame libre en la cavidad peritoneal, y si se practica la percusion á nivel del quiste se percibe un sonido timpánico debido al desarrollo de gases en la cavidad de este último (Freund y Teale).

La operacion está contraindicada en todos los casos en los cuales el peligro de muerte está fuera de toda proporcion con las probabilidades de éxito.

Diremos, pues, que:

I. *La operacion está contraindicada en todos los casos en que el tumor está desarrollado en el interior de los ligamentos.* Se comprenderá fácilmente que la operacion es impracticable si el tumor al desarrollarse ha separado las dos hojas del ligamento ancho hasta su base y está en contacto con el suelo de la pelvis ó bien si se dirige bajo el peritoneo pelviano, y sobre todo si su cara externa ha contraído numerosas é intimas adherencias con los órganos vecinos. En este caso si la operacion fuera posible ofrecería muy pocas probabilidades de éxito, porque sería preciso abrir ampliamente la pared abdominal y sería muy difícil obtener una hemostasia completa. El diagnóstico de estas particularidades es frecuentemente muy difícil, prestando en muchos casos útiles servicios el tacto rectal, merced á cuyo proceder podrá determinarse si el tumor está adherido en una gran extension á los bordes del útero y reconocer si avanza hasta la fosa iliaca. En este caso el dedo experimenta la misma sensacion que habitualmente se obtiene en los flemones perituterinos. Pero en ciertos casos es muy difícil y aún imposible concebir una idea exacta de las relaciones del tumor ántes de la abertura de la

pared abdominal. Solamente en este momento es posible decidir de una manera definitiva si la operacion es posible. Para las modificaciones que conviene aportar al manual operatorio en los casos de desarrollo intraligamentoso del tumor, véase el art. 7.º Para el estudio de los procedimientos que pueden en este caso reemplazar la extirpacion, véase el art. 16.

La ovariectomía puede estar contraindicada cuando existen numerosas adherencias entre el tumor, la pared abdominal y el intestino, fenómeno que se observa pocas veces fuera de los casos de tumor maligno con adherencias bastante sólidas para defraudar todas las tentativas operatorias.

II. *La operacion está contraindicada* cuando se trata de un tumor maligno que haya invadido el peritoneo y los ganglios vecinos ó que esté complicado con lesiones cancerosas en otros órganos (estómago, intestino, etc.). No se descuidará jamás examinar con cuidado si los ganglios inguinales hipogástricos ó lumbares están ó no afectados, debiendo también investigarse en los casos de ascitis concomitante si el líquido derramado en el peritoneo contiene ó no restos del tumor. Estas son cuestiones de la más alta importancia (1). Si el peritoneo parece no hallarse afecto, si los ganglios se hallan al parecer en estado normal, la operacion está indicada aunque el tumor sea manifestamente maligno, siempre que sea absolutamente movable ó nade en el líquido ascítico; en cambio, si existen adherencias es preciso renunciar casi completamente á toda esperanza, porque la mayor parte de las veces el cáncer ha invadido el peritoneo.

Hasta ahora, la operacion en los casos de tumor maligno no ha ocasionado sino malos resultados. Muy pocas operadas han sobrevivido solamente algunas semanas ó algunos meses á la operacion (casos de Keith (2), ocho meses; casos de Bautoek (3), un año). Sin embargo, no debe en absoluto ser rechazada la operacion porque no sea más que un recurso paliativo. La extirpacion del tumor puede, en efecto, retrasar la hora de la terminacion fatal en los casos en que la enferma parece amenazada de una muerte inmediata por uremia ó por sofocacion (4).

III. *La ovariectomía está contraindicada* en los casos de afecciones febriles independientes del tumor ovárico, así como en todas las enfermedades crónicas que deben terminarse por la muerte en un breve período de tiempo, cuando la extirpacion del tumor no puede ejercer in-

(1) Véase Kaltenbach. Lugar citado.

(2) *Edimburg med. Journal*, 1868, págs. 289 y 481.

(3) *London Obst. Transact.*, 1873, pág. 2.

(4) Véase Kaltenbach. *Ueber Extirpation maligner Ovarial-tumoren*. *Wien. ner Med. Blätter*, 1880, núm. 29.

fluencia ventajosa alguna sobre la marcha de la enfermedad, ni disminuir la gravedad de los accidentes.

IV. *La ovariectomía está contraindicada* cuando las enfermas han llegado al último grado del marasmo senil. Pero no debe olvidarse que por sí sola la edad no puede ser considerada como una contradicción absoluta. Pueden practicarse con éxito ovariectomías en niñas de tres años y en viejas de setenta y ocho (1).

Estudiemos ahora una cuestión que ofrece el mayor interés bajo el punto de vista práctico.

¿Cuál debe ser el tratamiento de los tumores del ovario que complican la gestación? — Es raro que los tumores ováricos no ejerzan una acción deplorable sobre la marcha del embarazo ó sobre el parto. En estos casos se trata casi siempre de un pequeño tumor, de un quiste de espesas paredes y mediano volumen, que permanecen estacionarios después de muchos años. Aquí puede estar indicada la abstención absoluta.

Pero si se trata de un tumor más voluminoso que presenta una gran cavidad quística, si la distensión de la pared abdominal provoca grandes dolores, la punción prestará muy útiles servicios y hará desaparecer rápidamente todos los accidentes (véase el art. 15). Pero la punción es impotente y aún puede ser peligrosa cuando se trate de tumores sólidos ó multiloculares, de un quiste dermoide ó de un quiste supurado.

Cuando en estas circunstancias se ven sobrevenir signos de compresión sobre los órganos abdominales ó torácicos, cuando es inminente la ruptura del tumor, es preciso elegir entre la interrupción del embarazo y la extirpación del tumor.

El parto y el aborto provocados han sido preconizados por los tocólogos (Barnes). Pero, digámoslo, este medio de tratamiento no pone en manera alguna á las enfermas al abrigo de la funesta influencia que ejercen sobre el tumor el parto y la puerperalidad (hemorragia en el tumor, ruptura, supuración, etc.).

Además, si la extirpación del tumor es, tarde ó temprano, inevitable, la enferma se verá expuesta sucesivamente á dos operaciones peligrosas: el aborto ó el parto prematuros artificiales y la ovariectomía. Así, pues, deberá reservarse la interrupción del embarazo para los casos en los cuales el tumor está en todo ó en parte enclavado en la pelvis; para los casos, en una palabra, en que puedan temerse obstáculos serios si el parto se verifica á término y si se teme practicar la ovariectomía á consecuencia de la inmersión desfavorable (intraúterina) del tumor y la punción por la naturaleza del contenido del tumor.

(1) *Atlée. Americ. Journ. of Med. Sc.*, Abril, 1885.

Es cierto, por otra parte, y así lo demuestran las observaciones, que la ovariectomía puede ser practicada durante el embarazo y que ofrece también durante este periodo una inocuidad relativa. No citaremos como muestra más que las 14 ovariectomías durante el embarazo reunidas por Olshausen en 1877, y que fueron coronadas de éxito.

Añadamos todavía 11 nuevos casos operados por Smith, Spencer Wells (1), Galabin y Schroeder.

De 28 operadas murieron solamente 3; 9 veces se verificó el parto prematuro, sólo en un caso fué el éxito funesto.

Durante el embarazo, la operación puede estar indicada por accidentes que pongan en peligro la vida de la enferma, tales como la ruptura del tumor ó la torsion del pedículo, accidente que parece ser más frecuente durante el embarazo. Moeller (2), Roberto Barnes (3), Ballard (4), han dado cuenta de casos de muerte consecutivos á la torsion del pedículo (peritonitis, perforacion). Handey (5) ha dado cuenta de un caso de íleo mortal debido al enroscamiento del intestino alrededor del pedículo. Spencer Wells ha obtenido un feliz éxito operando á consecuencia de una ruptura sobrevenida al cuarto mes, Schroeder también ha obtenido un feliz resultado en un caso de supuracion del quiste consecutivo á una puncion, en cuyo caso había además prolapso del útero grávido.

Si puede elegirse el momento de la operación es preferible intervenir en los primeros meses del embarazo, porque más tarde los ligamentos anchos están de tal suerte distendidos y contienen tal número de venas ectásicas, que el tratamiento del pedículo es difícil y aún peligroso (Schroeder).

Se han practicado ovariectomías en casos en los cuales no se sospechaba la existencia del embarazo, y se ha operado también en otros en los cuales no se ha diagnosticado la gestacion en el acto operatorio, habiendo sido tomado el útero grávido por un segundo ovario enfermo. Spencer Wells se vió obligado en un caso de esta naturaleza á vaciar el útero que había sido puncionado con un trócar grueso, porque el huevo formaba eminencia á través del orificio de la puncion y que se hubiera roto con los esfuerzos necesarios para hacerle entrar en la cavidad uterina. El huevo fué extraído y suturada con seda la herida

(1) Spencer Wells (*loc. cit.*) ha practicado en conjunto 9 veces la ovariectomía en mujeres embarazadas: en 8 casos curó la madre; en 5 nació vivo y á término y 2 veces se verificó el aborto sin hemorragia ni complicaciones especiales.

(2) Moeller. *Dissert.* Berlin, 1869.

(3) *London Obst. Transact.*, t. XI, pág. 201.

(4) Véase Spencer Wells. *Diseases of the ovaris*, pág. 169.

(5) *London Obst. Transact.*, 1865, pág. 266.

de la matriz, haciendo descender uno de los cabos del hilo de sutura por el conducto cervical hasta la vagina, y pasando el otro cabo por la herida abdominal fué fijado al clamp; la enferma curó. Hillas Lambert y Byford refieren casos semejantes: el útero fué desembarazado de su contenido y la herida uterina suturada; las enfermas curaron. Por el contrario, en todos los casos de este género en que se ha practicado la sutura de la herida de la matriz y no se ha desembarazado á ésta de su contenido, la terminacion ha sido fatal.

Spencer Wells cita dos casos análogos á los precedentes (*loc. cit.*, página 175), uno de los cuales debió ser publicado por Pollock. El aborto tuvo lugar rápidamente despues de la operacion, sobreviniendo lo muerte dos días más tarde. Más recientemente, Erskine Mason, habiendo herido el útero durante una puncion practicada á traves de la pared abdominal, practicó la laparotomia y suturó la herida uterina con catgut. La muerte, precedida por el aborto, tuvo lugar dieciocho horas despues de la operacion (1).

Parece, pues, indicada la operacion de vaciar el útero desde que ha sido herido, y aún extirpar el órgano por la amputacion supravaginal. Más vale obrar así que esperar un aborto inevitable, fiándose en la solidez de la sutura aplicada á nivel de la herida uterina.

Art. 4.º — Preparativos de la operacion. — Instrumentos.

Cuando la operacion no está comprendida en el grupo de indicaciones muy urgentes, se puede someter á la enferma á un tratamiento preparatorio. Tomará baños templados y se vaciará el intestino por medio de lavativas y de purgantes. La víspera de la operacion adoptamos nosotros, para evitar el desarrollo de gases intestinales, el método de Koeberlé (2) y hacemos tomar á la enferma algunas dosis de 50 centigramos de subnitrate de bismuto, al cual añadimos nosotros un poco de acetato de morfina.

El catarro de las vías respiratorias constituye una condicion desfavorable, porque los movimientos debidos á la tos pueden, despues de la operacion, impedir ó retrasar la curacion.

Si el abdómen estuviera muy distendido, puede ser útil una puncion preliminar que desahogue los pulmones y los riñones, haciendo más libres la respiracion y la diuresis; permite ademas evitar una disminucion muy brusca de las presiones intraabdominal é intravascular, la anemia cerebral y el colapso, que pueden ser la consecuencia.

El local de la operacion debe ser espacioso, claro y bien aireado; la

(1) *Med. Times*, 13 de Octubre de 1862.

(2) *Des maladies des ovaires*, etc. París, 1878, pág. 563.

temperatura en él será de 19° á 22° centígrados, siendo muy fatigosa para el operador y no ofreciendo ventaja alguna para la operada una temperatura más elevada. Debe evitarse, por otra parte, el enfriamiento de las vísceras abdominales.

Es preciso que el operador tenga á su disposicion los instrumentos siguientes: un catéter, escalpelos, bisturi agudo y de boton, sondas acanaladas, pinzas de diseccion y de forceps-presion, pinzas de Hegar, pinzas hemostáticas de Koeberlé ó de Péan, tijeras rectas y curvas, ganchos romos, trócares; uno de estos últimos instrumentos será de gran diámetro y se utilizará para abrir la cavidad principal del quiste, teniendo ademas dispuestos otros de menor calibre á fin de poder perforar los pequeños quistes vecinos de la gran cavidad; se dispondrá, por fin, de un trocar explorador, pinzas para extraer el tumor, agujas de Dechamps, un magullador de cadena, cauterios-clamps, hierros al rojo de forma diversa ó el termo-cauterio; todo cuanto es necesario para practicar suturas y ligaduras, hilos de plata, de seda, de catgut de diversos gruesos, esponjas de diferentes volúmenes enteramente nuevas y bien desinfectadas, y porta-esponjas. Los agentes desinfectantes varían segun el método antiséptico que se adopte. Nosotros empleamos solamente agua clorurada ó una solucion de ácido fénico, uata fenicada y un vendaje de cuerpo sencillo. Siempre que se opere segun el método de Lister se dispondrá de pulverizadores de mano ó de vapor, sirviéndose de soluciones fenicadas, tímicas ó saliciladas, así como de todas las piezas de apósito que constituyen la cura de dicho cirujano.

Los trócares empleados para vaciar el tumor deben tener un ancho calibre, á fin de que el líquido pueda salir fácil y rápidamente aunque sea muy espeso. Los instrumentos de este género más comunmente empleados son los de Thompson, de Koeberlé y de Spencer Wells. El trocar de Koeberlé (*fig. 102*) descansa sobre el mismo principio que el de Thompson, pudiendo ser utilizado el gancho de que está provisto para extraer el quiste. Spencer Wells emplea un trocar de doble cánula, de las cuales la interna está cortada como una pluma de escribir y que penetra en la cánula externa, roma hácia adelante merced á una especie de virola de bayoneta. El líquido se vierte por la extremidad posterior de la cánula. El americano Fitch ha modificado este instrumento prolongando su extremidad posterior y contorneándola por abajo á la manera de una culata de pistola: de esta suerte puede ser sólidamente cogido el instrumento y el tubo de cautchuc no se repliega. En el trocar de Fitch la cánula externa presenta una punta que puede ser ocultada por un movimiento de la cánula interna. Para que la pared del quiste no se deslice emplea Spencer Wells dos garfios que se aplican á la mitad de la cánula, y que hundiéndose sus dientes en la pared del quiste la fijan sin romperla.

Para extraer el quiste se emplean pinzas de cucharas anchas de forma cuadrada ó redondeada que no rompan la pared de aquél, y puedan, caso de necesidad, cerrar el orificio de la puncion. La pinza de Nélaton (*fig. 106*) presenta en su cara interna una cuchara provista de pequeñas puntas que corresponden á agujeros situados en la otra cuchara. Otras pinzas presentan sobre su cara interna simples ranuras

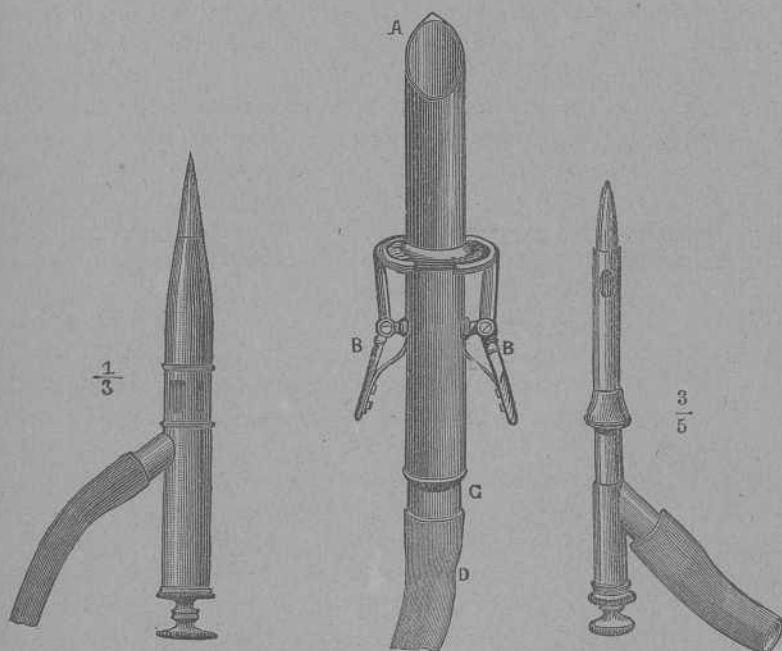


Fig. 102.

Fig. 103.

Fig. 104.

para los tumores duros, en los cuales se emplean sobre todo pinzas de garfio (*fig. 107*) de Koeberlé ó el instrumento más sólido de Péan.

El clamp tiene por objeto obturar por compresion los vasos del pedículo y fijar este último fuera de la cavidad abdominal. Están formados por dos ramas reunidas la una á la otra por una charnela. De una de estas ramas parte un tallo con un tornillo movable (Riegel), cuyo tallo se introduce en una abertura de que está provista la otra rama en el punto correspondiente, al cual se fija por medio de otro tornillo; las ramas están divididas en dos partes: la que actúa más especialmente sobre el pedículo, y los mangos; comunmente estos últimos pueden separarse, desmontándose ó desarticulándose, cuando se ejerce una presion fuerte sobre ellos.

Spencer Wells emplea una pinza para aplicar una contra otra las ramas del clamp. Un buen instrumento de éstos debe comprimir igualmente todas las partes del pedículo sin cortarle; en los clamps de charnela queda más fuertemente comprimida la porción que se encuentra más alejada, pudiendo ser entonces la compresión muy desigual, porque el grueso de las partes abrazadas por el clamp varía, las partes más gruesas del pedículo separan las ramas una de otra, y las partes más delgadas escapan á la compresión. Oprimidas más fuertemente aquéllas, se cortan fácilmente aquellas porciones del pedículo ó bien éste se prolonga, haciendo más difícil la oclusión de la herida abdominal.

Spencer Wells y otros autores han ensayado los clamps fenestrados y formados por dos ramas de compresión paralelas y reunidas en sus

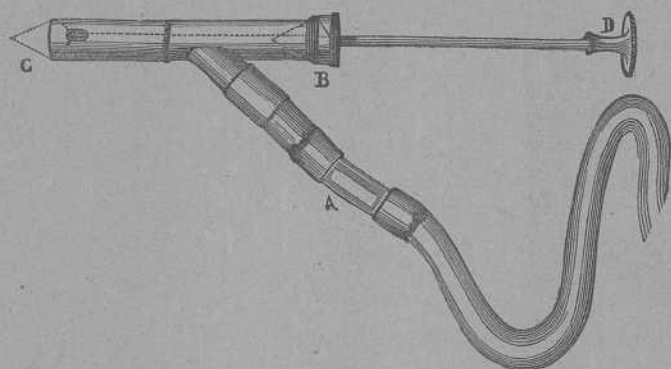


Fig. 105.

dos extremidades por tornillos. Si el pedículo se prolonga mucho puede comprimirse lateralmente por medio de agujas que se introducen por las ventanas de las ramas (Atlée) ó por medio de ligaduras colocadas inmediatamente por debajo del clamp (Spencer Wells). Se han construido también clamps que ejercen una compresión circular (1).

Spencer Wells ha vuelto después á los clamps de charnela. Estos presentan profundas ranuras en sus caras internas á fin de poder coger más fácilmente el pedículo y son ligeramente curvos, según sus caras, á fin de ejercer la menor presión posible sobre la pared abdominal.

(1) Lawson Tait ha dado recientemente un nuevo modelo de un instrumento de esta especie. *The Obst. Journ.*, 1879, núm. 14, pág. 19.

Nosotros empleamos en nuestra clínica un clamp construido por Walb, de Darmstad, que nos ha dado excelentes resultados.

Una de las ramas tiene hacia arriba y hacia abajo una pieza de forma semilunar que viene á insertarse en la rama del lado opuesto por sus dos extremidades. Merced á esta disposicion se determina una compresion más regular sobre la circunferencia del pedículo, que se encuentra reducida á su minimum. El clamp de Koeberlé ejerce una constriccion casi circular; está formado por dos ramas reunidas como las

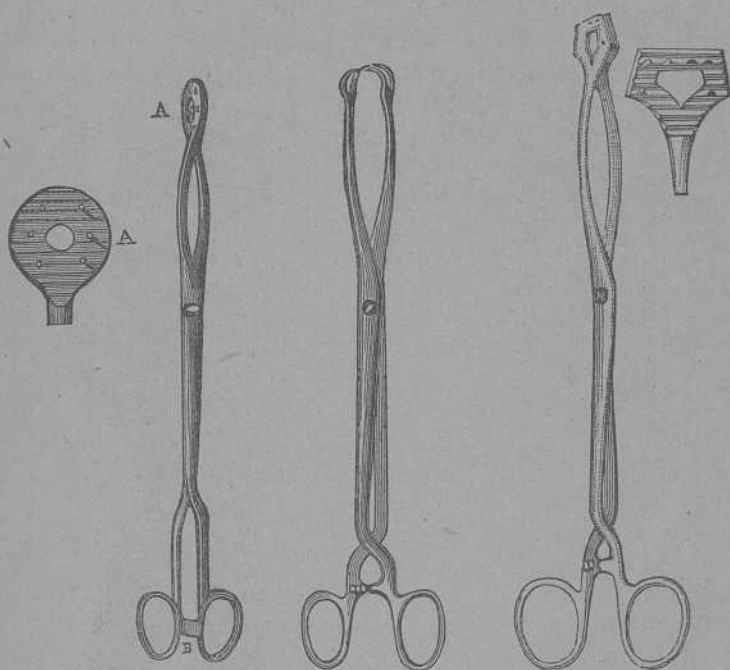


Fig. 106.

Fig. 107.

Fig. 108.

de un forceps; las cucharas, en el punto que deben coger el pedículo, son cóncavas y semicirculares, pudiendo aproximarse por una manivela. Dos anillos semejantes á unas lentes impiden al clamp ejercer una compresion muy fuerte sobre la pared abdominal.

Para cauterizar el pedículo se emplean clamps especiales (clamps-cauterios) provistos de una ancha superficie de compresion: por la cara que corresponde á la pared abdominal están recubiertos de un cuerpo mal conductor del calórico, como, por ejemplo, el marfil (Baker Brown).

Sobre la cara opuesta, el clamp de Baker Brown presenta una ranura de acero, á lo largo de la cual puede deslizarse el hierro candente. El instrumento un poco pesado de Baker Brown puede ser fácilmente reducido á dimensiones más pequeñas si se combina la ligadura con la cauterización del pedículo y si se emplea el termo-cauterio de Paquelin.

Como cama de operaciones basta toda mesa estrecha y suficientemente larga para que la enferma pueda estar echada en ella. Es poco

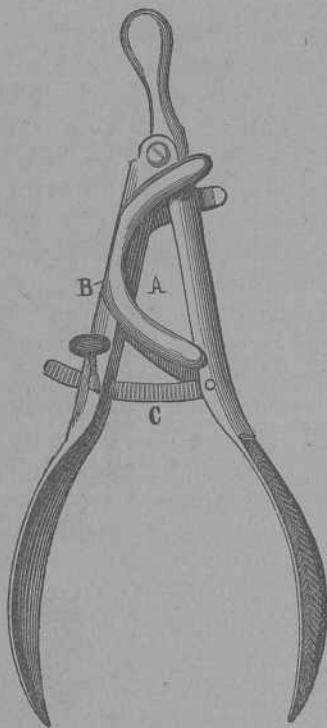


Fig. 109.

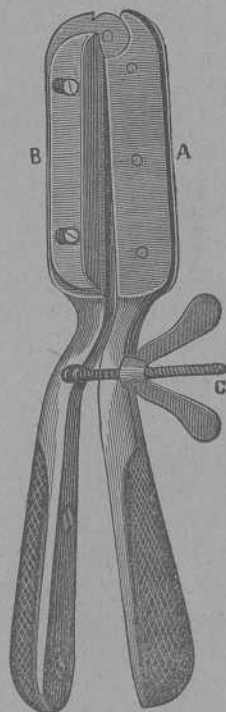


Fig. 110.

recomendable, como quiere Koeberlé, operar sobre la misma cama en que la enferma debe quedar, porque en estas condiciones no puede ser perfecta la antisepsia. Nosotros empleamos generalmente la mesa de operaciones que dejamos descrita en el lugar correspondiente. La enferma será colocada de tal suerte que la region de la pelvis llegue al borde anterior de la mesa, mientras que los muslos, envueltos en ropa de lana, se colocan en las gotieras que les están destinadas. La situa-

cion de la parte superior del cuerpo depende del anestésico que se haya elegido y del estado de las fuerzas de la enferma.

Cuando el local donde haya de verificarse la operacion carezca de luz cenital, debe colocarse la mesa de operaciones de tal suerte que por sus piés esté en relacion con alguna ventana y que la luz venga á caer sobre la derecha del operador. El fondo de la cavidad de la pelvis puede fácilmente ser iluminado por medio de una pequeña lámpara de mano cuando parezca necesario, por ejemplo, cuando se trate de contener una hemorragia.

Son necesarios tres ayudantes. Uno se coloca á la cabecera y se encarga de vigilar la anestesia; otro comprime la pared abdominal sobre el tumor é impide la hernia del intestino; el tercero vigila la salida de la sangre, mantiene libre el campo operatorio, asegura la ligadura de los vasos y ayuda al operador en cada uno de los tiempos de la operacion. Estos dos ayudantes se colocan, cuando se emplea la mesa de operaciones, á los lados libres de la enferma. No es absolutamente necesario tener un ayudante más, pero será útil en las operaciones difíciles para elevar y fijar un tumor pesado, para limpiar el campo operatorio, mantener encendido el aparato de Paquelin, etc. Son necesarios dos ó tres enfermeros para limpiar y presentar los instrumentos y las esponjas, enhebrar las agujas, cambiar las aguas sucias, etc.

La enferma, durante la operacion, tendrá puestas sus medias, su camisa y un cuerpo de franela; estas dos últimas prendas se levantarán hacia arriba y, á fin de evitar que se manchen, se les rodeará de una venda de gutapercha, de tal suerte que quede el vientre al descubierto. Este método es más sencillo, más cómodo y más limpio que el que consiste en cubrir el cuerpo con un trozo de gutapercha, abierto en su línea media y que no deja más campo libre que la region sobre la cual ha de practicarse la incision.

La eleccion de anestésico es muy importante. El medio que produzca mejor el narcotismo y no dé lugar á muchos vómitos es el que merece la preferencia. Los vómitos pertinaces no solamente trastornan la operacion de una manera inoportuna impulsando hacia afuera las asas intestinales, sino que son peligrosos porque favorecen las hemorragias consecutivas. Por estas razones el cloroformo produce por lo comun malos resultados, habiéndolos obtenido nosotros mucho mejores del éter. Spencer Wells elogia el bicloruro de metileno, que él ha empleado en más de seiscientos casos. El protóxido de ázoe, que ha sido experimentado por Sims, no permite contar con una anestesia suficientemente profunda y suficientemente prolongada.

Para prevenir lo mejor posible los vómitos, las enfermas no deben tomar más que una taza de café dos ó tres horas ántes de la operacion. Los vómitos se favorecen con los cambios de posicion, por cuya circuns-

tancia se practicará la anestesia sobre la mesa de operaciones, evitando el transporte de la enferma de una á otra cama. La anestesia será profunda á fin de poder luchar en mejores condiciones contra la hernia de los intestinos. Se utilizarán los primeros instantes de la anestesia para proceder á una última maniobra preparatoria; se jabonará y lavará la pared abdominal con líquidos desinfectantes; se cortarán los pelos del monte de Venus y se practicarán una inyeccion vaginal anti-séptica y el cateterismo.

[Para evitar los vómitos pertinaces, hacer más profunda y fácil la anestesia y dominar mejor la tendencia á eventrarse que tienen los intestinos, creemos de utilidad suma la aplicacion de una inyeccion hipodérmica de cloruro mórfico, un centigramo por gramo de agua destilada, un cuarto de hora ántes de la operacion, procedimiento cuyo éxito hemos comprobado en operaciones diversas. — *M. G. de S.*]

Art 5.º — Apertura de la cavidad abdominal.

Se practica preferentemente la incision de la pared abdominal sobre la línea blanca, porque no se lesiona vaso importante alguno, no se abre ninguna vaina muscular y los labios de la herida ofrecen á ambos lados una movilidad igual. Si se opera por segunda vez una misma enferma se practicará la incision en el lado correspondiente al ovario enfermo, paralelamente á la incision primera y separada de ésta por una distancia de 2 á 3 centímetros. Storer, de Boston, hace la incision á traves del músculo recto, paralelamente á la línea blanca. Hace de esta práctica una regla absoluta, porque opina que el tejido muscular se reune mejor por primera intencion que los tejidos que se encuentran situados á nivel de la línea blanca (1).

Cuando se incide sobre la línea blanca, el bisturí secciona las capas siguientes: la piel, el tejido celular subcutáneo más ó menos rico en grasa, la línea alba, es decir, el entrecruzamiento de las aponeurosis, de los músculos anchos del abdómen, la fascia trasversa con el tejido celular preperitoneal cargado de grasa, y el peritoneo. Algunas veces, á nivel de la línea media se encuentra el uraco obliterado, pero se le puede separar fácilmente. La obliteracion de este conducto no es, sin embargo, siempre completa. Spencer Wells le ha visto obliterado

(1) Mac Dowel hizo también en sus primeras operaciones la incision á 3 centímetros por fuera de la línea alba. Existen otros métodos que no tienen más interes que el puramente histórico; tales son: la incision semilunar, la que partiendo de las falsas costillas va á la cresta iliaca (Bühring), de la sínfisis á la cresta iliaca (Arlée), paralelamente al ligamento de Ponpart (Hartmann) y las dos incisiones formando ángulo recto, una paralela á la línea alba ó situada á su nivel y otra dirigida hácia fuera (King, Dorsey).

en sus dos extremidades, conteniendo en su porcion media concreciones calcáreas. Pernice ha observado en un caso la comunicacion del uraco con la vejiga (1).

El espesor de la pared abdominal á nivel de la línea alba varía mucho. Si el tumor es muy voluminoso, es á veces tan delgada como una membrana, en tanto que en las personas muy gruesas ó cuando existe un edema, su espesor puede pasar de 6 centímetros. La piel entre el ombligo y la sínfisis es más gruesa que entre el ombligo y la extremidad inferior del esternon. A nivel del anillo umbilical, la piel se adhiere fuertemente á las partes profundas merced á la presencia de tejido fibroso privado de grasa. Si la incision ha sido practicada á traves del músculo recto, se tienen que atravesar nuevas capas: la vaina de este músculo formada por las aponeurósisis de los músculos grande y pequeño oblicuos y trasverso, y, en fin, por el mismo recto. Los vasos sanguíneos de la pared anterior del abdómen provienen de la arteria epigástrica superior y de una rama de la arteria crural, cuyos vasos se anastomosan sobre la línea media por ramos comúnmente muy pequeños. Si á nivel de la incision se encuentra una gran cantidad de vasos, se debe casi siempre presumir la existencia de una peritonitis reciente ó de un tumor maligno. Sin embargo, las venas pueden hacerse muy voluminosas á consecuencia de un simple éxtasis prolongado.

La primera incision á traves de la piel y del tejido celular se hace sobre la pared abdominal tensa y á mano levantada. Si la pared es muy laxa, si se opera, por ejemplo, poco tiempo despues de una puncion, se la levanta formando un pliegue que se comprime en su base y se practica la seccion á nivel de su parte superior. Se evitarán los gruesos troncos venosos inclinando ligeramente la incision. En cuanto á los vasos que atraviesan la herida, se les secciona entre dos ligaduras. Si se encuentran venas gruesas á nivel del ombligo, es preciso obrar con precaucion, porque comunican á veces, á traves del anillo umbilical, con una vena umbilical no obliterada. Se practicará la torsion de las arterias pequeñas cogiéndolas provisionalmente con pinzas (2) ó se ligarán. De todas suertes, debe cohibirse siempre completamente toda hemorragia ántes de proceder á la apertura de la cavidad abdominal.

Si los músculos rectos se adhieren el uno al otro, ó si la línea

(1) *Deutsche Med. Vochens.*, núm. 46, 1878. En el caso citado por este autor se observa que siete días despues de la operacion, que habia sido perfectamente hecha, salía la orina á nivel del pedículo por una pequeña fistula que no tenia más diámetro que el calibre de un cabello.

(2) Koeberlé. *De l'hémostase définitive par compression excessive*. París, 1877.—Péan. *De la forcipressure*. G. Denis. París, 1875.

blanca no corresponde exactamente á la línea media, á pesar de todas las precauciones se abrirá la vaina de aquéllos. Si no se consigue evitarlo tirando rápidamente hácia afuera y elevando el borde interno del músculo, se evitará el magullamiento y la rotura de los labios de la herida cortando el músculo paralelamente á sus fibras.

La línea alba y la pared posterior de la vaina del músculo recto pueden ser cortadas de un solo golpe, siendo, no obstante, preferible efectuarlo capa por capa.

Desde que el peritoneo, una vez que el tejido preperitoneal ha sido cortado, queda al descubierto, se le coge con unas pinzas ó con una erina (*fig. 111*), se le levanta y se practica una incision en él con un bisturí. En el orificio de tal suerte practicado se introduce una sonda acanalada ó el dedo y se cortan los tejidos con unas tijeras curvas por el borde ó con un bisturí de boton. Debe cuidarse de que la herida peritoneal tenga las mismas dimensiones que la incision practicada en



Fig. 111.

la piel. No es siempre fácil orientarse acerca del número de capas que han sido cortadas. Se puede creer, por ejemplo, que se ha abierto ya el peritoneo porque el tejido preperitoneal grasoso es muy laxo. En otros casos el peritoneo está distendido por líquido ascítico y ofrece todos los caracteres de un quiste de paredes muy delgadas. También en los casos de adherencias extensas del tumor con la pared abdominal el peritoneo puede perder sus caracteres naturales y ser tomado por la pared de un quiste; disecándole se le separa de la *fascia transversalis* y de los músculos del abdomen. Desde que se ha reconocido el error se penetra más profundamente ó se prolonga la incision hasta que se hayan pasado los límites de las adherencias. Puede también el operador equivocarse en un sentido opuesto, abriendo un tumor adherente en la creencia de tener delante de sí el peritoneo. Cuando el peritoneo está fuertemente engrosado por una inflamación crónica es muy difícil reconocerle, y aún en este caso, después de haberle cortado y de haber visto derramarse una gran cantidad de líquido, distinguiendo con trabajo si se trata de un exudado peritoneal enquistado ó de un quiste adherente por todas partes.

Una vez abierto el peritoneo, el tumor, si no está recubierto por asas intestinales ó por el epiploon, aparece como un cuerpo azulado, liso, reluciente, elevándose y descendiendo según los movimientos

respiratorios. Casi siempre despues de la abertura de la cavidad peritoneal se ven derramarse algunas gotas de liquido ascítico.

Antes de la operacion apénas puede precisarse la longitud que deberá tener la incision.

Preferentemente se comenzará por hacerla de la longitud de la mano, igualmente separada del ombligo y de la sínfisis. Hacia abajo llegará hasta 3 ó 4 centímetros del borde superior del pubis, á fin de no poner al descubierto la cavidad preperitoneal de Retzius y de no abrir así un camino al derrame de pus que se forme fuera del peritoneo. Si es necesario prolongar la incision porque el tumor sea sólido ó adherente, se practicará hacia arriba con las tijeras acodadas sobre sus bordes ó con el bisturi de boton. Si fuera necesario pasar del ombligo al hacer la incision se le contorneará pasando por el lado izquierdo á fin de no lesionar el ligamento redondo del hígado y aún la vena umbilical, acaso no completamente obliterada (1). La incision no debe ser más grande que lo estrictamente necesario; se observará, pues, la práctica antiguamente observada por los partidarios de la operacion *mayor* (Clay). Es preciso, sin embargo, evitar hacerla tan pequeña que sea difícil orientarse en la cavidad abdominal y que no sea posible extraer el tumor sin lesionar y romper los labios de la herida.

Se evitará que las vísceras abdominales se enfrien; no deberán, pues, practicarse grandes incisiones sino en tanto que sean absolutamente necesarias por existir alguna complicacion. Es extremadamente difícil juzgar por las estadísticas la influencia de las dimensiones de la herida sobre el resultado de la operacion.

Art. 6.º — Puncion. — Disminucion del volúmen del tumor.

Ruptura de las adherencias. — Extraccion del tumor.

El tumor, una vez puesto al descubierto, si contiene una cavidad quística será puncionado con uno de los trócares descritos anteriormente, y cuyo tubo de cautehuc se introducirá en una vasija colocada en la misma mesa de operaciones. Si se trata de una gran cavidad quística, el tumor disminuye rápidamente de volúmen, miéntras que un ayudante, aplicando fuertemente las dos manos extendidas sobre la pared abdominal, oprime ésta á medida que el tumor disminuye de volúmen, á fin de impedir de esta suerte la salida de la masa intestinal, impidiendo, por otra parte, que el contenido del tumor caiga en la cavidad abdominal, para evitar cuyo accidente debe ser atentamen-

(1) Si hay hernia umbilical, aconsejan determinados autores practicar la incision á nivel de la hernia; pudiendo así suturar mejor, é incindiendo el saco, obtener una curacion radical de la hernia.

te vigilado el orificio de la puncion, y cuando sea necesario se le debe rodear de esponjas ó de compresas (1). Con este objeto conviene tambien atraer el saco fuera de la pared abdominal en tanto cuanto sea posible. Si el contenido del saco se vierte libremente, si no hay adherencias, el tumor desliza fácilmente hácia afuera á beneficio de las tracciones con una pinza ó con un gancho fijo al trócar.

Para obtener una disminucion suficiente en el volúmen del tumor hay precision frecuentemente de abrir otras cavidades, ya sea por la primera, ya sea por nuevas punciones. Los tumores formados de pequeñas cavidades dispuestas como los alvéolos de un panal de abejas y los que presentan un contenido muy compacto serán extraidos por una larga incision, gracias á la cual podrá introducirse la mano en el interior del tumor, romper las paredes que separen entre si los pequeños quistes y recoger y extraer el líquido contenido en su interior, líquido que tiene análogo aspecto al de las materias fecales. En los casos de tumores sólidos es preciso abstenerse de toda tentativa de compresion y se prolongará la incision hecha en la pared abdominal tanto como sea necesario para extraer aquél. Pretender romper el tumor con la mano ó seccionarle en muchos fragmentos es una práctica funesta, porque expone á las pacientes á todos los peligros de una hemorragia ó á ver derramarse en la cavidad abdominal las materias contenidas en el tumor. El procedimiento llamado de division es muy inconstante y exige mucho tiempo.

En la mayor parte de los casos es preciso romper las adherencias ántes de extraer el tumor. Esta maniobra en cuanto sea posible se ejecutará bajo la inspeccion de la vista del operador.

No se deberá, pues, deslizar la mano extendida entre el tumor y las paredes abdominales y romper con más ó ménos fuerza las adherencias en una gran extension. Obrando de esta suerte no puede trabajarse sino á la ventura, pudieran lesionarse gruesos vasos y provocar grandes hemorragias. En este caso la sangre se fragua insensiblemente un camino hácia la parte libre de la cavidad abdominal siguiendo las adherencias. Si el tumor se adhiere por todas partes á la pared abdominal, se rompen solamente las adherencias alrededor de la herida en una extension que permita coger cómodamente la pared del saco despues de la puncion y prevenir, rechazando la pared abdominal, el peligro de las hemorragias. No se romperán las adherencias extensas sino despues de la puncion, en cuyo momento es casi siempre posible atraerlas poco á poco fuera de la herida.

(1) Péan emplea para vaciar el tumor un trócar muy sencillo provisto de un tubo de cautchuc muy largo y en relacion, á gran distancia de la mesa de operaciones, con una bomba. Mediante una fuerte aspiracion el contenido del tumor sale á traves del trócar sin derramarse sobre la herida.

Si las adherencias son recientes, ceden frecuentemente á una ligera traccion, pudiendo romperse los delgados filamentos que las constituyen con una sonda acanalada, con una espátula ó raspando con la extremidad de los dedos aplicados unos contra otros. Si son fuertes y antiguas, debe recurrirse á las tijeras ó al bisturi y torcer los vasos que den mucha sangre ó ligarlos.

En los casos de adherencias estrechas y circunscritas, Péan extrae desde luego toda la parte de la pared del quiste que está completamente separada de la pared abdominal y reseca en seguida el fragmento que queda en el peritoneo. Tambien pueden emplearse con este objeto el magullador ó el galvano-cauterio para dividir las adherencias en forma de cordón muy ricas en vasos; existiendo ademas el medio de cogerlas provisionalmente en un cepo especial denominado clamp de adherencias (Clay). Nosotros, en estos casos, hemos recurrido comunmente á pequeños clamps-cauterios ó al término cauterio de Paquelin.

Las adherencias con el epiploon se encuentran ordinariamente sobre la pared anterior del tumor, rara vez á los lados ó en la pared posterior. La riqueza del epiploon en vasos gruesos, sobre todo venosos, exige una gran atencion cuando se practica la hemostasia.

Cada vez que un punto da sangre, debe practicarse una ligadura con hilo de seda ó con catgut, cuyos cabos se dejan muy cortos. Ciertas bridas epiploicas gruesas deben ser seccionadas entre dos ligaduras ó ser simplemente cauterizadas despues de practicarse la seccion. Si el epiploon se adhiere en una gran extension de la superficie del tumor, es inútil desprender lenta y penosamente cada punto adherente multiplicando las ligaduras: vale más coger el peritoneo en una ó varias ligaduras en masa y seccionarle, abandonando las partes adherentes al tumor, que se extraen con éste. Si la masa epiploica cogida en la ligadura parece muy considerable, se retira aquélla y se practica una serie de ellas que cada una comprenda una porcion de la serosa. Si hay necesidad de aplicar un gran número de hilos, es preferible hacer volver á entrar el pedículo en la cavidad abdominal. La experiencia enseña que todo epiploon puede ser tratado de esta manera sin peligro para la enferma. En este caso todas las partes que quedan mucho tiempo fuera de la cavidad abdominal deben ser lavadas con líquidos antisépticos ántes de volverlas á colocar en la cavidad abdominal. No es preciso fijar provisional ó definitivamente en la herida de la pared abdominal las porciones que han de ser desprendidas, porque gangrenándose los colgajos impiden la oclusion completa de la cavidad y pueden dar origen á accidentes infecciosos.

Las adherencias laterales superior y posterior del tumor con los intestinos no se ven sino cuando el tumor se atrae hácia afuera. Solas

las adherencias recientes pueden romperse con un cuerpo romo ó por traccion; aquí, más frecuentemente que para las otras variedades de adherencias, hay necesidad de recurrir al empleo de instrumentos cortantes. Con estos últimos debe operarse lo más cerca posible del tumor, y cuando sea necesario será preferible seccionar un fragmento de la pared del quiste adherido al intestino, ántes de lesionar á éste. Pero se debe siempre raspar el epitelio proliferante de la pared del saco (Atlée) ó destruirle por la cauterizacion. Algunas veces, sin embargo, á pesar de todas estas precauciones no puede evitarse una rasgadura superficial de la serosa intestinal reblandecida é hiperemiada. Estas pequeñas heridas sangran con una gran facilidad. Se cogerán con una pinza los labios de la herida y se colocará sobre todo una ligadura. Si no se obtiene resultado, se deprimirán los labios de la herida y se suturará con una aguja muy fina y con seda de tal suerte que la serosa quede aplicada contra la serosa.

Es á veces bien difícil reconocer la pared intestinal, que está hundida ó que ha quedado, bajo la influencia de las tracciones, pálida y exangüe; se puede, por otra parte, confundir con el intestino un pliegue del ligamento ancho, las trompas de Falopio, bridas membranosas y hasta un pedículo ancho y membranoso. Se evitan estos errores desagradables procediendo con una gran lentitud, atrayendo hácia afuera todas las porciones cuya naturaleza parece dudosa, ó siguiéndolas, con el dedo introducido en la cavidad abdominal, hasta su insercion ó su reunion con otros órganos. Sin embargo, operadores muy hábiles pueden llegar, en casos particularmente complicados, á hacer heridas penetrantes en el intestino, heridas que inmediatamente deberán ser suturadas.

Para destruir las adherencias del tumor con el hígado, la vesícula biliar, el diafragma, el estómago ó el bazo, se seguirán las reglas generales que dejamos expuestas anteriormente. De la misma suerte se obrará para obtener la hemostasia. Se alcanzan muy difícilmente estos órganos, y hay necesidad frecuentemente de aumentar las dimensiones de la herida abdominal si se quiere poner al descubierto estas adherencias y evitar las consecuencias desastrosas que entraña la rotura del bazo ó de una vesícula biliar.

Es preciso siempre temer las adherencias del tumor con los órganos contenidos en la grande ó en la pequeña pelvis (vejiga, útero, repliegue de Douglas, fosa iliaca, mesenterio). Estas adherencias, que parecen siempre ser muy antiguas, son muy sólidas, ricas en vasos y frecuentemente muy extensas. Originan grandes dificultades operatorias, porque sólo rara vez se alcanza á destruirlas con la mano introducida en la cavidad abdominal, y hay que practicar tracciones con prudencia, procedimiento que merece poca confianza, sobre todo cuan-

do se ve que el propio peso del tumor extraído ya de la cavidad abdominal sólo en casos excepcionales basta para destruir adherencias recientes (Hegar). Practicando tracciones fuertes se corre el riesgo de desgarrar el tumor, la vejiga, el recto, los uréteres, y aún, si el caso es desfavorable, podrían romperse los gruesos troncos venosos de la pelvis y ocasionar hemorragias difíciles de cohibir. Por otra parte, es muy difícil seccionar estas adherencias con el bisturí porque no se puede atraerlas suficientemente cerca de la herida abdominal. En ciertos casos podrá recurrirse al procedimiento preconizado por Nussbaum. Este autor introduce su mano en el quiste previamente abierto, trata de coger su pared en un punto, y allí hace un pliegue, comenzando desde luego á nivel del promontorio haciendo tracciones, sobre cuyo pliegue llega á retorcer el quiste, librándole poco á poco de todas sus adherencias con la pelvis, con los intestinos y con la pared abdominal posterior. En un caso en que tuvo necesidad de apelar á este procedimiento, la enferma curó. No obstante, cuando se trata de adherencias pelvianas muy sólidas y muy extensas, hay frecuentemente necesidad de interrumpir la operacion y de abandonar una gran parte del tumor en el caso de extirpacion parcial. (Véase el artículo siguiente.)

Ya hemos estudiado anteriormente la hemostasia en los casos de rotura de las adherencias. Cuando los vasos son voluminosos se practicarán ligaduras aisladas ó se recurrirá á una compresion prolongada con las pinzas (Péan, Koeberlé), á la torsion ó una ligadura en masa. Las hemorragias en sábana provinientes de la pared abdominal cesan espontáneamente con frecuencia, bastando en el caso contrario ejercer una compresion prolongada con una esponja empapada en agua clorurada ó con una servilleta enrollada (Koeberlé, Kimball). Si estos medios son insuficientes prestará por lo comun excelentes servicios el hierro candente, no rehusando aplicarlo sobre la pared abdominal, el útero, el epiploon, etc.; nosotros hemos aplicado con éxito el termocauterio de Paquelin al rojo oscuro aún sobre el intestino y sobre la vejiga, no dejándole, sin embargo, obrar sino por irradiacion. Por el contrario, jamás hemos empleado el percloruro de hierro ni ninguna otra solucion estíptica.

Si las hemorragias en sábana son muy abundantes, si provienen de la serosa parietal, sobre la cual no son aplicables las ligaduras aisladas, todavía puede emplearse la acupresion (J. Simpson, Spencer Wells) ó practicarse una sutura (Hegar), en la cual las agujas se pasan á traves de toda la pared abdominal alrededor del punto que sangra, anudando los hilos sobre la pared abdominal por encima de un trozo de tubo de cautchuc ó de otro cuerpo análogo. Si se trata de una hemorragia rebelde en la vecindad de la herida abdominal, se puede, con ayuda de

una sutura, cogiendo en una gran extension el peritoneo (Hegar) (1), ó por medio de unas pinzas de gancho (Kimball) (2), poner en contacto las superficies y separarlas de esta suerte de la cavidad peritoneal.

Si las adherencias son muy extensas y muy vasculares, la hemostasia puede hacerse imposible porque puede verse sobrevenir una hemorragia en sábana, debiendo entónces resolverse á emplear, ya un vendaje fuertemente compresivo, ya el desagüe. (Véase el art. 9.º)

Las hemorragias que se producen sobre la pared del tumor no exigen el empleo de pinzas, la torsion ni la ligadura en masa sino cuando son muy violentas y cuando no se pueden cortar muy rápidamente los vasos del pedículo.

Cuando se trata de un quiste de paredes delgadas é inflamadas, los tejidos son de tal suerte friables que se hace difícil la extraccion del tumor. La pared del saco se rompe en los puntos en que se la coge, y el líquido contenido en el tumor viene á inundar el campo operatorio. Los colgajos de las paredes quedan adherentes mientras que extraemos el tumor, se rompen, dan sangre, se hace imposible el orientarse y reconocer los limites del tumor, y por tanto, de continuar la operacion de una manera regular. Naturalmente, es preciso proceder aquí lentamente y capa por capa. Se evitará toda traccion violenta, se destruirán las adherencias lo más suavemente posible volviendo hácia afuera la pared abdominal, se cogerá cada porcion que se rompa con una pinza roma, se extraerá rápidamente con grandes esponjas el líquido contenido en el tumor que haya venido á inundar la herida, y, finalmente, no se dará ningun paso adelante sin haber asegurado la hemostasia previamente. Si desde el principio de la operacion se reconoce la imposibilidad de extraer un tumor por todos lados adherente sin provocar numerosas roturas de su pared, si el contenido es de mala naturaleza, se deberá practicar el desagüe del saco, cuya pared habrá sido suturada á la herida abdominal. (Véase el artículo siguiente.) En casos de necesidad deberá preferirse este procedimiento á la extirpacion. En los casos de tumores sólidos, sobre todo en los de naturaleza maligna, puede estar tan reblandecida la masa entera del tumor que se rompa por la simple presion de la mano ó bajo la influencia de tracciones moderadas, ocurriendo lo que sucede cuando se trata de un quiste. Se producen entónces grandes hemorragias, de las cuales no se puede triunfar sino por una ligadura rápidamente aplicada sobre el pedículo. Mientras que al tumor se le hace disminuir de volumen y en tanto se le libra de sus adherencias merced á las tracciones practicadas con una pinza especial, se le levantará perpendicularmente hácia arriba

(1) Hegar. *Ueber Castration*. *Centralb. f. Gyn.*, 1879, núm. 22.

(2) *Americ. Obst. Soc.*, 1877, pág. 525.

sin desgarrarle hasta que pueda verse el pedículo. Cogiendo entónces los tegumentos abdominales de cada lado, aplicándolos fuertemente por detras del tumor y elevándolos formando un pliegue, se conseguirá evitar la hernia de las asas intestinales. Con este objeto se puede tambien recurrir á un ayudante que comprimirá el uno contra el otro los bordes de la herida con el pulgar y el índice.

Art. 7.º — Tratamiento del pedículo.

- E. W. Duffin. *Medic. chir. transact*, vol. XXXIV, págs. 1-5, 1850.
 Maisonneuve. *Des Opérations applicables*, etc. París, 1850.
 J. L. Atlé. *North. Americ. med. chir. Rev.* Julio, 1858 (*Écraseur*).
 Sp. Wells. *Clinical remarks on different modes of dealing with the pedicle in ovariectomy*. *Brit. med. J.* Octubre, 1866, pág. 378.
 J. Simpson. *Edimb. med. J.*, vol. V, 1860, pág. 649 (*Acupressure*).
 Tyler Smith. *London. Obst. soc. Transact*, vol. VII, 1865, pág. 66.
 Aveling J. H. *London Obst. soc. Transact*, vol. VII, 1866, pág. 229.
 Masslowsky. *Centralbl. f. d. Med. Wissensch.*, 1868, núm. 56, y *Langenbeck's Archiv.*, Bd. IX.
 Krassowsky. *De l'Ovariectomie*. Saint-Petersb., 1868.
 Tixier. *Le Pédicule et son traitement après l'op. de l'ovariectomie*. Thèse, Strasbourg, 1869.
 Bébee. *Americ. Journ. of med. sc.* Abril, 1871 (*Torsion du pédicule*).
 Sp. Wells. *Diseases of the ovaries*, págs. 359-382.
 Olshausen. *Krankheiten der Ovarien*, págs. 266-295, y *Volk. Klin. Vortraege*, núm. 111.
 Peaslee. *Ovarian tumors*, págs. 435-474.
 Hegar. *Volk. Klin. Vortraege*, núm. 109.
 Keith. *On the results of treatment of the pedicle in ovariectomy*. *Lancet*, 15/4, 1876.
 Bäcker. *Zeitschrift von Martin. et Fasbender*, 1876, vol. I, pág. 366.
 Doran. *Bemerkungen über die voellige intrap. Ligat. d. Stiels*. *Barthol. Hospit. Reports*, vol. XIV, pág. 113.
 Spiegelberg. *Zur Klammerbehandlung d. Stiels*, etc. *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1879, núm. 18.
 Heywood Smith. *Obstetr. Journ. of Gr.-Brit. and Irel*, 1879, pág. 478.
 Thornton. *Die verschiedenen Method. d. Stielversorgung bei d. Ovariectomie*. *Med. tim. and gaz.*, vol. I, núms. 1560 y 1562, 22/5 y 5/6, 1880.

Para el tratamiento del pedículo podemos recurrir á dos grandes métodos.

Podemos atraerle hácia afuera y fijarle en la herida abdominal: éste es el método extraperitoneal. La hemostasia se obtiene por la ligadura, por la compresion ó por medio de clamps.

De este método derivan los procedimientos siguientes:

1.º I. *La sutura del pedículo en la herida abdominal.* Este es el más antiguo porque ya fué propuesto por Stilling en 1841. Después de haber colocado una ligadura provisional, se pasa á través de la pared abdominal y del pedículo una larga aguja de algunos centímetros y se la fija con hilos que se enrollan alrededor de ella circularmente ó en forma de 8. El pedículo se encuentra así dividido á nivel de la herida abdominal en dos mitades. En lugar de este procedimiento de fijación con las agujas, se emplea frecuentemente la sutura anudada. Langenbeck y Storer en 1851 han modificado este procedimiento, no dejando la extremidad del pedículo al aire libre, sino reuniendo por encima de él los labios de la herida abdominal, evitándose así la necrosis del muñón.

II. *El empleo de los clamps.* (Véase lo dicho anteriormente.)

III. *El procedimiento de Grayly Henitt.* El pedículo está dividido en varias partes á nivel de la herida abdominal y los cabos de cada hilo de ligadura se anudan sobre pequeños tallos de acero semejantes á hebillas de zapato, de dos centímetros y medio de largo y de uno y medio de ancho, que se colocan trasversalmente en el ángulo inferior de la herida por encima del pedículo. Este clamp de hebilla no sirve para comprimir el pedículo, sino para fijar los hilos de la ligadura. Debe ejercer sobre puntos distantes la compresión que se ejerciera sobre la herida y permitir vigilar fácil y atentamente por todos lados.

2.º Podemos impulsar el pedículo hácia la cavidad abdominal, hacerle entrar en ella y cerrar la herida del abdomen por una sutura.

Este es el método intraperitoneal. Cuando se emplea este método, se puede asegurar la hemostasia por los procedimientos siguientes:

I. Por la ligadura en masa.

II. Por la cauterización del pedículo con el hierro candente.

III. Por la ablación del pedículo con el asa galvano cáustica (Spiegelberg, Noeggerath, Bruns, etc.).

IV. Por el magullamiento.—Atlée, sirviéndose del magullador de Chassainac y Nott, empleando el magullador lineal, han obtenido buenos resultados. Spencer Wells no ha empleado más que una vez el magullador, y ésta ha sido con éxito.

V. Por la torsión del pedículo.—Método propuesto por vez primera por Maisonneuve: consiste este proceder en dar vueltas un gran número de veces al quiste según su eje hasta que el pedículo ceda. Se tendrá fijo el útero previamente. Humphrey, Macleod, etc., han recurrido con éxito á este procedimiento.

VI. Por la ligadura aislada de los vasos del pedículo.—Los vasos visibles se ligarán antes de la extracción del tumor ó bien después de haber colocado un clamp provisional ó una ligadura en masa, ó se les liga separadamente á nivel de la superficie de sección del pedículo,

cortando los hilos casi al rape. Langenbeck, en una de sus primeras operaciones, habiendo fijado todos los hilos de ligadura en una sola aguja, hizo pasar esta última á través de la pared anterior del abdomen á nivel de la fosa inguinal, habiendo tenido la enferma una hemorragia mortal.

VII. Por la acupresion del pedículo.—Este método ha sido empleado en un caso con éxito por Simpson, que pasó una larga aguja á través de la pared abdominal y del pedículo. Fergusson ensayó la acupresion en un caso; pero no habiendo tenido éxito, tuvo que recurrir á la ligadura.

VIII. Por el método de Masslowsky.—Este procedimiento consiste en diseccionar sobre la superficie del pedículo un manguito seroso cuyos labios vienen á recubrir el muñon y se suturan por medio de un hilo de seda ó de plata (Sims). Masslowsky cauterizaba previamente con el hierro al rojo los vasos sanguíneos.

IX. Por la torsion de los vasos del pedículo.—Heydelfer (1) ha perdido tres enfermas por hemorragia interna empleando este procedimiento. Bêbee (*loc. cit.*) fué más afortunado en seis operaciones en las cuales recurrió á este procedimiento, no habiendo obtenido más que felices éxitos. Bêbee no practicaba la torsion del pedículo en masa, sino porcion por porcion, cogiendo cada arteria y practicando en ella la torsion á medida que las iba seccionando.

Mac Dowel, Chrysmar, Clay y otros han propuesto una especie de método mixto entre los métodos extra é intraperitoneales. Ligan el pedículo mediante un cordon de seda ó de cañamo. Una de las extremidades del hilo de la ligadura se corta muy al rape, sacando la otra por la herida de la pared abdominal. Esta es la ligadura larga (2). El ángulo inferior de la herida queda abierto en una extension de centimetro á centimetro y medio para la eliminacion de las escaras y de los hilos de las ligaduras. Las ligaduras no se desprenden frecuentemente sino despues de semanas y aún de meses, entreteniéndose durante todo este tiempo la supuracion y produciéndose ademas frecuentemente hernias abdominales. Para obviar este inconveniente, Aveling en 1865 ha empleado la ligadura móvil (3), que permite desprender los hilos despues de pocos días. Recientemente Boeker (*loc. cit.*) ha recomendado para este método emplear el instrumento de Bruns para la ligadura temporal de las arterias. Las razones por las cuales los opera-

(1) Peaslee. *Loc. cit.*, pág. 438.

(2) Wawen Green ha modificado el método de la ligadura larga haciendo pasar el hilo á la vagina á través del repliegue de Douglas. En dos casos en los cuales empleó este método sobrevino la *flegmasia alba dolens*, pero terminaron por la curacion.

(3) *Amovible ligatur.*

dores atribuían una gran importancia á la posibilidad de retirar los hilos de la ligadura no tienen hoy razon de ser; nosotros no tememos la permanencia de los hilos de ligadura desinfectados en el peritoneo, y tememos en cambio la penetracion consecutiva de sustancias infecciosas por la herida abdominal si se deja abierta, de tal suerte que consideramos su oclusion completa como requisito necesario constantemente, salvo los casos excepcionales en que es preciso cohibir una hemorragia ó practicar el desagüe. (Véase art. 9.º)

VALOR DE LOS MÉTODOS EXTRA É INTRAPERITONEALES

La sutura del pedículo fuera del peritoneo y el empleo de clamps ó cepos fueron el primer método bien reglado bajo el punto de vista operatorio que puede dar al operador la seguridad contra peligros en parte reales, en parte imaginarios. Merced á él podía luchar con un éxito casi constante contra las hemorragias procedentes de los vasos del pedículo; finalmente, no se ponían en contacto con el peritoneo ni cuerpos extraños (ligadura) ni el muñon. Estas ventajas ofrecían una gran importancia cuando el método antiséptico no era aún conocido. No solamente las hemorragias eran externas, sino que la herida del pedículo evolucionaba á los ojos del profesor como una verdadera herida superficial.

El clamp, sin embargo, no es cómodo sino en los casos en que el pedículo es largo y delgado y puede ser fijado á la herida abdominal sin que sea necesario ejercer violentas tracciones y sin que haya peligro de que se desgarre. Si se emplea este instrumento cuando el pedículo es muy pequeño se observará cómo se producen desgarraduras y cómo se determina una presion excesiva sobre la pared abdominal, que puede ser impulsada hasta contra el promontorio. El clamp secciona frecuentemente muy pronto los tejidos y el pedículo penetra en la cavidad abdominal. Cuando el pedículo es muy grueso es difícil afrontar exactamente los labios de la herida abdominal. Se ha pretendido hacer desaparecer estos inconvenientes dejando adherida al pedículo muy corto una parte de la pared del quiste, y cuando aquél es muy grueso, aplicando una serie de ligaduras por debajo del punto en que se ha aplicado el clamp.

Mas todos estos procedimientos entrañan inconvenientes y no responden sino imperfectamente á su objeto. Pero existen además otras objeciones contra el empleo del clamp: el fragmento comprimido por éste se necrosa y la escara no solamente se limita á la parte situada por encima del clamp y de sus ramas, sino que ordinariamente se prolonga hácia la cavidad abdominal, siguiendo las partes centrales del

pedículo. Cuando se retira el clamp se encuentra muy frecuentemente á nivel del punto en que ha sido aplicado un embudo de 7 á 8 centímetros de profundidad, en el fondo del cual se encuentran todavía restos de tejido necrosado. Esta necrosis del pedículo puede ser el origen de una infeccion para la herida abdominal, por los coágulos situados en los vasos del pedículo, y aún para la cavidad abdominal si las adherencias entre la cara superficial del pedículo y el peritoneo parietal no se establecen rápidamente ó se rompen.

Puede reducirse este peligro á su minimum practicando la cura con las mayores precauciones. Gracias al empleo severo del método antiséptico, con arreglo al cual se lavan el pedículo y los puntos vecinos (véase más adelante), se llega generalmente á mantener el muñon en un estado perfectamente aséptico hasta que se cierra la herida de la pared abdominal. No olvidemos, sin embargo, que el mejor medio de evitar todo accidente infeccioso es el de sustraer completamente el pedículo á la accion de los gérmenes exteriores.

El método extraperitoneal entraña otro inconveniente, porque en el ángulo inferior de la herida todo el espesor de la pared abdominal no se reune por primera intencion. Sin duda se ve producirse rápidamente en el mayor número de casos adherencias entre el pedículo y la serosa parietal, encontrándose así cerrada la cavidad peritoneal; pero el resto de la herida formado por las capas más superficiales de la pared abdominal supura durante mucho tiempo y la cicatrizacion no se efectúa sino despues de la produccion de una capa de mamelones carnosos. La cicatriz así obtenida es endeble, ancha y no ofrece una resistencia suficiente para luchar contra la produccion de hernias, sobre todo cuando las adherencias han estado desde el principio fuertemente estiradas por la retraccion del pedículo ó cuando los movimientos ocasionados por la tos ó por los vómitos proyectan los intestinos en el embudo formado por la herida. Además, con el método extraperitoneal se han observado más frecuentemente la invaginacion intestinal y el tétanos. (Véase el art. 12.)

Las demas objeciones al método extraperitoneal tienen escaso valor. Se ha creido, por ejemplo, que la adherencia del pedículo á la pared abdominal debería dar lugar á accidentes si sobrevenían ulteriormente un embarazo y un parto, provocando dolores á nivel de la cicatriz, disuria, etc. Baum y Baumgartner han tenido, para luchar contra dolores persistentes, que abrir de nuevo la cavidad abdominal y destruir las adherencias que el pedículo había contraído con la pared abdominal, la vejiga, los vasos, etc. Sin embargo, este conjunto de fenómenos debe ser excepcional, y la enferma de Baumgartner, por ejemplo, hubiera podido quedar curada mediante una extraccion completa hecha desde el principio. La existencia de hemorragias catameniales

por la cicatriz del pedículo (fístula pedicular) ofrece poca importancia porque esta pequeña incomodidad desaparece generalmente por sí misma al cabo de algunos meses.

Con el método intraperitoneal la herida del pedículo está en contacto con el peritoneo, escapando á nuestro exámen ulterior á la operación. En cambio, el aire no puede actuar sobre el muñon á consecuencia de la oclusion perfecta de la cavidad abdominal. En la mayor parte de los casos la hemostasia está asegurada por ligaduras y cauterizaciones; ligaduras y escaras que entónces van á parar á la cavidad abdominal. Si se ha recurrido al aplastamiento, á la torsion del pedículo ó á la de cada uno de los vasos que se encuentren, la hemostasia está poco asegurada. El mismo juicio formulamos sobre la acupresion preconizada por Simpson; con cuyo método la aguja no permanece sino temporalmente en la cavidad abdominal, haciendo de esta suerte todavía posibles las hemorragias secundarias.

Hasta ahora solamente dos procedimientos han logrado la aceptación universal, que son la ligadura y la cauterizacion del pedículo con el hierro candente.

Hace muy poco tiempo todavía se ignoraba cómo se producían las adherencias del pedículo, cómo se comportaban las ligaduras y las escaras, y, en fin, cuál era la influencia que podían ejercer sobre el peritoneo. Los experimentos de Masslowski (1) sobre los animales, de Spiegelberg y de Waldeyer (2) (véase más adelante) nos han dado respuestas precisas á estas cuestiones, respuestas que han sido demostradas en los datos recogidos en los experimentos que estos investigadores han realizado sobre los animales, por la Clínica y por las autopsias hechas despues de la ovariectomía.

Las ligaduras practicadas con seda se engloban muy rápidamente en un tejido de neoformacion á consecuencia de las adherencias que contraen los bordes de la ranura formada por el hilo (*fig. 112*).



Fig. 112.

La superficie de seccion del pedículo no queda libre sino al principio porque se adhiere muy rápidamente á los órganos vecinos ó á la serosa pelviana (revestimiento peritoneal del psoas, Spiegelberg). Generalmente el muñon no se gangrena, continúa conservando un minimum de vitalidad gracias á las anastomosis vasculares que se crean entre los vasos de los dos bordes de la ranura que contiene el hilo ó entre los de la superficie de la herida y los órganos vecinos. Pudiera aún ser necesario atribuir cierta im-

(1) *Langenbeck's Archiv.*, t. IX.

(2) *Virchow's Archiv.*, 1868, págs. 44 y 69.

portancia á la absorcion de materiales procedentes de las partes vecinas del peritoneo (Olshausen).

Al cabo de cierto tiempo, por efecto de una nutricion insuficiente, se ve al muñon arrugarse regularmente y reabsorberse por completo. Desde que nos son bien conocidos los hechos de reabsorcion de cuerpos extraños voluminosos introducidos en la cavidad abdominal de los animales no podemos extrañarnos de la produccion de este fenómeno. Bantock, un año despues de una ovariectomía no encontró como vestigios de todo un muñon más que una masa lisa del volúmen de un cañamon cubierto de peritoneo, radicando cerca del borde superior del ligamento ancho y no conteniendo más que el hilo de la ligadura. En una mujer que había sido operada siete años ántes, Hime no pudo encontrar ningun resto de pedículo ni de ligaduras.

Los hilos de las ligaduras se enquistan ó se disuelven totalmente con el trascurso del tiempo. Es muy fácil demostrar directamente la reabsorcion de los hilos de catgut. (Véase Tillmanns, *loc. cit.*) Los hilos de seda ó de lino resisten mucho más tiempo. Sin embargo, de los experimentos tomados de Wagner, Burdach y Middeldorpf resulta que «se les ha visto completamente rodeados de células jóvenes y sus fibrillas totalmente separadas las unas de las otras». Es, pues, verosímil que tambien pueda verificarse una reabsorcion completa de los hilos de seda y de lino, aunque á veces muy lenta, á consecuencia de la accion de los glóbulos blancos y de su trasformacion en células gigantes. No obstante, puede aún interpretarse de diferente manera la reabsorcion de la ligadura. (Véase el art. 12.)

Desgraciadamente, no vemos producirse siempre esta evolucion ideal, pero sabemos hoy á qué deben ser atribuidos los fracasos. Véase, por ejemplo, un muñon que durante la operacion ha sido infectado con sustancias sépticas ó gérmenes; irá rápidamente gangrenándose y será el punto de partida de una peritonitis difusa, ó bien, dando lugar á una peritonitis circunscrita, será bien pronto envuelto por las adherencias. La ligadura y el muñon serán sumergidos en una cavidad purulenta completamente cerrada, que se dilatará en distintas direcciones y que abriéndose hácia afuera para arrojar, no solamente las ligaduras, como lo ha hecho notar E. Martin (1), sino hasta colgajos voluminosos de tejidos procedentes de los ligamentos anchos. Notemos que este absceso no se desenvuelve á veces sino despues de muchos años (2).

(1) *Zeitsch. für Frauenkrankheiten*, I, pág. 370, 1876.

(2) Hegar ha visto fragmentos de músculos; Czerny ha visto reabsorberse en pocas semanas en el interior de la cavidad abdominal de los perros fragmentos de un cáncer; Ziegler ha observado el mismo fenómeno con pequeños trozos de hueso, y Tillmanns (*Archives de Virchow*, t. LXXVIII) con fragmentos de hígado, de bazo, de riñon y de pulmones.

Desde que nosotros hacemos cocer la seda antes de la operacion en una solucion fenicada al 5 por 100, y sobre todo desde que combinamos la ligadura con la cauterizacion del pedículo, no hemos observado absceso alguno intraperitoneal, que antes eran bastante frecuentes. Es muy importante comprimir cuidadosamente el muñon á fin de expulsar la sangre que pudiera contener (Hegar). Esta práctica nos ha enseñado que se puede casi siempre evitar la gangrena del muñon no empleando para hacer las ligaduras más que hilos bien desinfectados (1), desinfectando la herida del pediculo (hierro candente) y haciendo desaparecer los liquidos fácilmente corruptibles que en él pudieran existir.

La importancia de la ligadura nos parece mayor que parecía antes desde que sabemos que el destino del pediculo es muy diferente cuando queda en la cavidad abdominal que cuando se fija a la herida abdominal. Actualmente la ligadura constituye un método cierto en sus resultados y aplicable á todos los casos. El peligro de ver producirse una hemorragia interna á consecuencia de una prematura caída de la ligadura está casi completamente eliminado merced á los progresos del manual operatorio. La estrangulacion del intestino es ménos fácil cuando se ha recurrido á este método que cuando se ha empleado el extraperitoneal. El tétanos ha sido observado dos veces con el empleo exclusivo de la ligadura.

Los únicos inconvenientes que ofrece este método son la posibilidad de una supuracion circunscrita alrededor del pediculo ó de una hemorragia catamenial que se fragüe á nivel del mismo. Hoy los abscesos intraperitoneales se hacen cada vez más raros desde que conocemos mejor las condiciones de su aparicion y los cuidados necesarios para evitarlos; por otra parte, no se han observado aún — abstraccion hecha de los casos en que se ha verificado la caída prematura de las ligaduras — el hematocele menstrual que pueda poner en peligro la vida de la paciente.

Keith ha obtenido resultados favorables de la cauterizacion del pediculo — descubrimiento que constituirá la eterna gloria del genio de Baker Brown. — Las escaras se reabsorben rápidamente. Kaltenbach, por ejemplo, ha encontrado en una mujer que había sucumbido

(1) Hé aquí, por ejemplo, por lo que refirió Häffel, un caso en el cual el absceso no se produjo sino dos años y medio despues de practicada una ovariectomía por Hegar y un año despues de un parto. Radicaba á nivel del ovario que había sido extirpado y se abría por encima de la sínfisis. (*Archiv. für Gynäk.*, t. IX, pág. 319.)

En cuanto á los abscesos circulares descritos por los autores ingleses y desarrollados en la ranura practicada por el hilo sobre el pediculo, nos parece que deben ser atribuidos más bien á una desinfeccion insuficiente que á una constriccion exagerada.

á consecuencia del tétanos, ocho días despues de la operacion, la superficie cauterizada unida ya á la pared abdominal por estrechas adherencias y no presentando más que algunos vestigios de tejidos carbonizados. No existía signo alguno de peritonitis. Dos años despues de la operacion, Heppner (1) encontró todavía algunas partículas de carbon alrededor del pedículo.

La inmunidad del peritoneo cuando existen escaras debidas á la cauterizacion es aún mayor que cuando se ha practicado la ligadura. Los abscesos circunscritos alrededor del pedículo cauterizado apenas parecen posibles. Es digno de notarse, por otra parte, que la cauterizacion es el primero de los procedimientos del método intraperitoneal que ha dado buenos resultados ántes de la introduccion del método antiséptico. Obra, á nuestro juicio, á la manera de un antiséptico, porque destruye las materias sépticas y los gérmenes sobre la herida del pedículo, y la fuerte compresion ejercida por el cauterio-clamp lanza hácia afuera todos los líquidos corruptibles contenidos en el pedículo, que deseca.

Cuando á pesar del empleo del hierro candente se produce la septicemia, puede abrigarse la seguridad de que ni el pedículo ni su herida han sido la puerta por donde el veneno ha invadido el organismo.

La única objecion que puede formularse contra el empleo exclusivo del cauterio-clamp es que no da siempre una seguridad suficiente contra la hemorragia cuando despues de la operacion aparecen violentos movimientos ocasionados por la tos ó por vómitos. Keith mismo ha restringido durante mucho tiempo el empleo de este procedimiento á consecuencia de haber visto en la práctica de uno de sus colegas una hemorragia mortal. Cuando el pedículo es grueso y carnoso; cuando contiene vasos numerosos, pero de pequeño calibre; cuando es suficientemente largo para que pueda aplicarse el cauterio-clamp de Baker Brown, el caso es favorable para la cauterizacion.

Se asegura la hemostasia, no solamente obrando con el hierro candente sobre la superficie de seccion del pedículo, sino aún ejerciendo una compresion intensa y prolongada y cauterizando las partes que se encuentran cogidas entre las anchas caras del instrumento de Baker Brown.

Es preciso transformar así los tejidos en una especie de masa córnea. Nosotros tenemos poca experiencia sobre el empleo exclusivo del cauterio-clamp, considerado como insuficiente para asegurar la hemostasia cuando el pedículo es delgado y contiene vasos gruesos rodeados por una tenue vaina de tejidos.

(1) *Petersb. Med. Zeitsch.*, t. XVII, 1870 pág. 306.

Léjos de nuestro ánimo, sin embargo, la idea de desconocer las ventajas de la cauterización. Despues de haber aplicado una ligadura sobre el pedículo, nosotros le cogemos siempre en un pequeño cauterio-clamp y cauterizamos la herida; es una práctica que nos ha producido los mejores resultados y que ofrece un gran porvenir.

Hoy el método intraperitoneal nos parece que debe ser preferido al extraperitoneal:

1.º Porque el pedículo queda así sustraído á la acción ulterior de los agentes sépticos.

2.º Porque de esta suerte es siempre posible obtener una oclusión completa de la herida abdominal.

Tal es la opinion de la mayor parte de los operadores contemporáneos. Añadamos, en fin, que merced á la introducción del método antiséptico los resultados obtenidos en las operaciones en las cuales se ha introducido el pedículo en la cavidad abdominal no solamente han sido mejores, sino que han sobrepasado los obtenidos por los cirujanos más experimentados, que dejaban el pedículo fijo á la herida abdominal. Es indudable que podríamos aportar aquí un gran número de hechos en apoyo de nuestra opinion, pero los casos publicados son bastante demostrativos: nos demuestran efectivamente que operadores ejercitados no han tenido más que una mortalidad de 8 á 12 por 100, resultado que jamás ha podido obtenerse cuando se fijaba el pedículo á la herida abdominal.

APÉNDICE

Los experimentos realizados por Spiegelberg y por Waldeyer pueden ser colocados en dos series:

A. En los de la primera estos autores escindieron fragmentos de los cuernos del útero y abandonaron las ligaduras en la cavidad abdominal.

B. En los de la segunda extirparon por medio del galvano-cauterio fragmentos del útero.

A consecuencia de los de la primera serie pudieron convencerse de que las ligaduras no entrañaban para el peritoneo el peligro de la producción de ninguna lesion inflamatoria, pudiendo apénas considerarlos como cuerpos extraños. Notemos, sobre todo, que no se produjo ningun proceso de mortificacion bien neto. El primer fenómeno que parece se produjo a consecuencia de la aplicacion de ligaduras fué la adherencia de las partes del pedículo rodeadas por los hilos. Estas adherencias aislaban rápidamente los hilos de todos los puntos vecinos. Cuatro semanas despues de la operacion los hilos estaban ya completamente rodeados de tejido celular y formaban en la superficie del peritoneo pequeñas nudosidades lisas. En otros casos las ligaduras habían deslizado, encontrándose libres en la cavidad abdominal, o bien, habiendo seccionado los tejidos, nadaban en el interior de una pequeña cavidad quística situada en la mitad del pedículo.

La herida uterina no quedaba mucho tiempo libre. Contraía rápidamente adherencias vasculares con la pared posterior de la vejiga, las asas intestinales y los ligamentos uterinos, no encontrándose jamás signos de mortificacion. En un caso el pedículo estaba arrugado y tenía el volúmen de un guisante.

Los experimentos de la segunda serie—escision de fragmentos uterinos por medio del galvano cauterio—fueron practicados en tres per-

ras. Los animales fueron sacrificados seis, catorce y veintidos días más tarde. Desde el sexto día la superficie cauterizada tenía el aspecto de una herida fresca, ofreciendo de trecho en trecho pequeñas partículas negruzcas. El tejido uterino, en una profundidad de 2 á 3 milímetros, ofrecía una coloración roja como si estuviera imbibido el tejido de corpúsculos sanguíneos. La mucosa y la túnica muscular de los cuernos uterinos estaban reblandecidas y necrosadas en una extensión de 2 centímetros á partir de la superficie de cauterización. La sangre estaba coagulada en las venas, pero todo estaba enquistado en los pliegues del ligamento uterino.

Al décimocuarto día las superficies cauterizadas estaban completamente enquistadas. La parte central de la herida estaba fuertemente adherida á la pared posterior de la vejiga.

MANUAL OPERATORIO DE LOS MÉTODOS MÁS USADOS EN EL TRATAMIENTO DEL PEDÍCULO

Volvamos á la descripción del manual operatorio y describamos los tres métodos más comunmente empleados para el tratamiento del pedículo:

1.º *Caso en que el pedículo está fijo en la herida abdominal.* — Antes de aplicar el clamp, el operador debe asegurarse con el mayor cuidado que sólo es el pedículo lo que se ha atraído hácia fuera, y que alrededor de él no hay ningún órgano ni ninguna parte que haya sido comprendida en la herida de la pared abdominal, porque en ocasiones se han cogido en el cepo las paredes de la vejiga, el epiploon, asas intestinales y aún algún uréter. Si el pedículo está ya solo, aislado, se le coloca entre las ramas del clamp entreabierto, ramas que se aproximan fuertemente, ya por medio de su propio mango, ya con la pinza de Spencer Wells. Una vez apresado suficientemente el pedículo, se da vueltas al tornillo en la gotiera dispuesta al efecto, y se amputa el tumor á centímetro y medio por encima del clamp, valiéndose para ello de unas tijeras ó de un bisturí. La porción del muñon que sale fuera de la pared abdominal se cauterizará perfectamente, á fin de que quede cubierto de una gruesa escara capaz de ofrecer una barrera infranqueable á la entrada de gérmenes.

El cloruro de zinc, aconsejado por Hegar para el tratamiento del muñon uterino en la amputación supravaginal del útero, es preferible al percloruro de hierro, al sulfato de hierro y al hierro candente.

2.º *Casos en que se cauteriza el pedículo y se le introduce en la cavidad abdominal.* — En este caso se coge el pedículo en el clamp de Baker Brown, se le cauteriza pasando lentamente y muchas veces por su

superficie un hierro candente que tenga la forma de un hacha. El hierro seguirá la ranura que presenta el clamp. Keith (1) no emplea el hierro candente sino despues de haberle sumergido en agua fría hasta que se haya puesto al rojo oscuro. Para terminar, Keith toma un hierro candente, le sumerge en agua hasta que se ponga al rojo oscuro, y le pasa sobre el muñon hasta que éste haya sido destruido en todo lo que sobrepase el nivel de las ramas del clamp.

Se refresca éste entónces con una esponja empapada en agua fría, se coge por debajo de él el pedículo con las pinzas de Koeberlé y se separa el instrumento abriendo prudentemente sus ramas.

Son precisos diez ó quince minutos, á veces hasta veinte, para ejecutar este tiempo. Toda la parte de muñon que ha sido comprimida y cauterizada en el clamp presenta el aspecto de una placa de consistencia córnea, casi totalmente seccionada, midiendo 2 á 3 milímetros de espesor próximamente. La superficie de amputacion es de un color moreno. Keith retenia el pedículo cauterizado durante mucho tiempo, porque le fijaba, como hemos explicado anteriormente, en el ángulo inferior de la herida, y en la mayor parte de los casos no le introducía sino despues de haber efectuado la limpieza completa de la cavidad abdominal.

Si la hemostasia despues del empleo del hierro candente no fuera completa, sería preciso ligar cuidadosamente el muñon por debajo del punto cogido por el clamp.

3.º *Casos en los cuales se colocan las ligaduras sobre el pedículo.*—Los hilos para ligadura serán hilos enroscados ó trenzados hechos de lino, de seda, de catgut ó de metal (*fig. 113*). Estos últimos no pueden ser alterados por los líquidos, lo cual es una ventaja, pero por otro lado seccionan fácilmente los tejidos ó pueden, por sus extremidades libres, erosionar los órganos vecinos (intestino).

Emmet, Sims, E. Peaslee emplean hilos de plata; Keith emplea un hilo flexible. (Véase Sims, *loc. cit.*) En cuanto á los hilos de catgut ó de seda bien desinfectados, los operadores que recurren á ellos más bien parecen guiarse por hábitos personales que por las ventajas que ofrecen. Los hilos de catgut no ponen al abrigo de la formacion de abscesos intra-peritoneales. Nosotros hemos visto eliminarse por el recto y por la pared abdominal hilos de catgut, ya aislados, ya abrazando restos de los tejidos sobre los cuales habían sido aplicados. Cuando el pedículo es pequeño, cuando puede facilmente ser alcanzado, el catgut presta muy buenos servicios. Pero si el caso es di-



Fig. 113.

(1) *Americ. Journ. of Obstetric.* Abril, 1880, pág. 290.

fácil, si es preciso. obrar rápidamente, nosotros preferimos recurrir á la seda, que aprieta mejor y más rápidamente los tejidos y que se anuda más fácil y sólidamente sin romperse, como acontece con el catgut. En cuanto al número de hilos que debe emplearse, dependerá del espesor y de la solidez de la masa de tejidos que sea preciso ligar. El hilo deberá ser ni muy delgado que corte los tejidos ni muy grueso que no pueda aplicarse y anudarse fácilmente. Cuando nosotros recurrimos á los hilos de seda elegimos los números 6 y 7 para practicar una ligadura parcial y el 8 si se trata de una ligadura en masa ó total. Del catgut empleamos los números 2 y 3 y muy rara vez el 4. Olshausen recomienda para la ligadura de catgut emplear el hilo del número 3 doblado.

La ligadura debe ser aplicada con el mayor cuidado para que no se deslice. Nosotros no nos contentamos jamás con aplicar simplemente el hilo alrededor del pedículo, sino que atravesamos este último en un punto desprovisto de vasos con una aguja redonda fija en un porta-agujas ó con el instrumento de Deschamps. Pasamos así á través del muñon un doble hilo, evitando entónces cruzar éstos, atando juntas las extremidades de cada hilo que hemos colocado alrededor del pedículo. Cuando el muñon es muy ancho se le divide en tres ó cuatro segmentos pasando tres ó cuatro hilos. Para pasar éstos se ha recurrido á instrumentos romos á fin de no lesionar los vasos del pedículo. Despues de haber hecho el primer nudo se debe dar un segundo ántes de haberle apretado (nudo de cirujano) y practicar luégo una presion creciente hasta que se observe una depresion profunda y permanente en los tejidos subyacentes. Entónces se practica rápidamente un segundo nudo, y si se emplea el catgut un tercero. Por debajo de estas ligaduras parciales colocamos despues una en masa que abarque el pedículo todo entero. Esta última da una mayor seguridad é impide el derrame consecutivo de sangre por los puntos en que el pedículo ha sido perforado por las agujas.

Cuando se amputa el tumor es preciso tener cuidado de dejar por encima de la ligadura un fragmento de muñon de un centímetro á centímetro y medio de largo, para evitar el deslizamiento de los hilos.

Se debe exprimir con los dedos la sangre que aún puede contener el muñon (Hegar). Los hilos se cortan muy al rape: toda la parte del pedículo que pueda alcanzarse y sobre todo la depresion formada por los hilos deben ser desinfectadas con una disolucion clorurada débil ó fenicada al 3 por 100.

Para la combinacion de la ligadura y de la cauterizacion véase lo que dejamos dicho.

Si el tumor es muy voluminoso, para que pueda verse fácilmente el pedículo se coge este último, ántes de amputar el tumor, con una

ligadura provisional en masa ó en un magullador metálico ó con un clamp especialmente construido al efecto. Se extirpa entónces el tumor y se coloca tranquilamente la ligadura definitiva por debajo de la parte del pedículo que ha sido provisionalmente ligada.

Cuando el pedículo es corto se debe cuidar de poder abrir el clamp antes de colocar los hilos.

Se ha propuesto cruzar los hilos pasados en el pedículo como se cruzan los anillos de una cadena, creyéndose que las ligaduras parciales quedarán de esta suerte fijadas más sólidamente. Hofmokl recomienda con el mismo objeto deslizar una venda de goma en el surco que forman los hilos. A fin de fijar las ligaduras de catgut que deslizen muy fácilmente, Olshausen recomienda que se apliquen en un surco hecho previamente con un hilo metálico. Otros autores han tratado sobre todo de investigar el medio de abandonar el menor número posible de hilos, principalmente con nudos, en la cavidad abdominal. Por esto propone Tait que se pase un doble hilo á través del muñon, replegando el asa por encima de la parte libre del pedículo y atando juntos los dos cabos del hilo. Nosotros estamos convencidos de que no es posible obtener de esta suerte un nudo muy sólido. En la ligadura en forma de 8 (*fig. 114*), según lo indicó ya Murray en 1865, la aguja se introduce dos veces en el mismo punto *a* de la *fig. 121*. Pero cuando la segunda vez la aguja sale por *b* se la dirige en sentido inverso á la primera, á fin de poder anudar en *c* las extremidades del hilo.

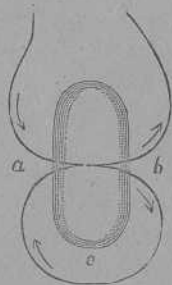


Fig. 114.

Thornton (*loc. cit.*), á fin de evitar las adherencias perjudiciales que pueden formarse con los órganos vecinos, sutura la herida del pedículo con el peritoneo de la excavacion vesico-uterina en tanto que sea posible sin que el pedículo se desgarre.

MANUAL OPERATORIO EN LOS CASOS DE TUMORES INTRALIGAMENTOSOS

Miner. *Buffalo med. and surg. J.*, Junio 1869, pág. 420, y *Americ. J. of med. scienc.*, Octubre 1872, pág. 391 (*Enucleation*).

Urdy. *Examen de quelques cas difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie*, París, 1874.

Kaltenbach. *Zeitschr. f. Gebh. u. Frauenkrankh.*, t. I, 1876, pág. 537 y siguientes.

Hegar. *Extirpat d. Ut. u. d. Eierstoecke durch die Laparotomie*, Wien. *med. Presse*, 1877, núms. 14 á 17.

Schroeder. *Zeitschr. f. Gebh. u. Gynäk.*, t. II, pág. 365.

Olshausen. *Krankheiten der Ovarien*, págs. 289-295, y *Vollkm. Klin. Vort.*, núm. 111.

Müller. *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, año IX, 1879.

Dohn. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1879, núm. 40.

Pueden distinguirse dos grupos de hechos:

1.º *Los ligamentos anchos están incompletamente disecados por el tumor, sus paredes están todavía aplicadas la una contra la otra por debajo del tumor.*

Algunos operadores han propuesto considerar esta parte de los ligamentos que no había sido desplegada por el tumor como formando una especie de pedículo artificial, al cual dejaban adherente una parte de la pared del quiste, cogían estas partes con el cepo, las fijaban en la herida abdominal ó bien las introducían en la cavidad despues de haber aplicado ligaduras sobre ellas. Schroeder (*loc. cit.*) ha empleado tres veces este procedimiento, en cuyos tres casos han curado las enfermas. Dos veces, sin embargo, hubo formacion de exudado alrededor del pedículo. Parece que puede oponerse á este procedimiento una objecion seria: si se ha recurrido al método extraperitoneal, ¿los líquidos corruptibles no pueden aposarse en la parte del quiste que ha quedado ligada y contribuye á formar el pedículo con la parte de los ligamentos que queda indemne? Si se hace uso del método intraperitoneal ¿no deben temerse las recidivas?

La enucleacion del tumor propuesta por Miner (*loc. cit.*) nos parece que no debe dar resultado sino en el caso en que el tumor está poco desarrollado en el interior de los ligamentos. Se coge el peritoneo que corresponde al final del ovario y se aísla con un cuerpo romo del tumor. El dedo se lleva suavemente bajo la porcion central del pedículo siguiendo los haces vasculares. El pedículo está constituido por la parte de revestimiento peritoneal del tumor que ha sido extraído. Este procedimiento nos parece poco recomendable, porque queda entre las láminas del peritoneo que han sido extirpadas una cavidad que es difícil de hacer aséptica y que puede llegar á ser el asiento de una gran hemorragia secundaria.

En suma, debe extirparse totalmente un tumor, despues de haber colocado una ligadura en masa, cuando por parte del útero y de los ligamentos queda una parte suficiente de ligamento que no haya sido desplegada.

Véase ahora cuál debe ser el manual operatorio: con una aguja de Deschamps se reúnen, comenzando por la parte de ligamento que corresponde á la pared de la pelvis, el ligamento infundibulo-pelviano y los vasos espermáticos; despues, con cuatro ó seis ligaduras en masa, se coge la porcion de ligamento ancho que confina con el útero, colocan-

do lo más lejos posible del tumor algunos de estos hilos y lo más cerca posible de él los otros. Para llegar á este fin se cogen las extremidades de cada hilo, y poniéndolos en fuerte tension se les imprime movimientos de sierra, dirigiéndolos ya hácia el tumor ó ya en direccion contraria. Las bandas de tejido que hayan sido cogidas entre dos ligaduras se aislarán en seguida para que hagan el pedículo lo más largo posible. Generalmente, desde que quedan libres las partes laterales del ligamento ancho, las adherencias del tumor al útero y al resto de los ligamentos anchos se hacen más laxas. Tambien se las puede atraer hácia afuera, trasformándolas en estrechas fajas que muchos operadores cogen en el clamp, formando así un pedículo artificial. Aunque Hegar haya obtenido un éxito operando de esta suerte, preferimos el método intraperitoneal ordinario. En lugar de hacer esta diseccion entre dos ligaduras, Hegar recurre frecuentemente al hierro al rojo combinado con la ligadura. Hé aquí cómo opera: coloca las ligaduras en masa lo más lejos posible del tumor; despues, cogiendo el ligamento por encima y á una distancia suficiente de los hilos en un pequeño cauterio-clamp, ó con una simple pinza cubierta de tela húmeda, cauteriza con el termo cauterio de Paquelin. Los resultados son favorables; la hemostasia es completa y, á pesar de la gravedad de la operacion, la curacion tiene lugar sin accidentes sépticos. Una escara desecada protege, en efecto, mejor contra las hemorragias y la septicemia que la reunion de las dos hojas de ligamento ancho por una sutura regular, entre los bordes de la cual pueden filtrarse á la cavidad abdominal pequeñas cantidades de sangre y de líquidos segregados por la herida:

2.º *Una de las dos hojas ó las dos hojas del ligamento ancho están completamente despegadas hasta su base. El tumor presenta un segmento más ó ménos considerable completamente extraperitoneal, rodeado por todos lados del tejido celular de la pelvis.*

Se puede extirpar totalmente el tumor por una simple escision, ó bien diseccionando las paredes del ligamento ancho que cubre el tumor, al cual se hace, operando así, sufrir un verdadero descortezamiento aun en los casos en que está envuelto un poco más arriba en el interior del ligamento. Péan preconiza en este caso la enucleacion por el método de Miner. Secciona trasversalmente (incision circular) una ó las dos hojas del ligamento ancho, las disecciona con ayuda de un cuerpo romo y hace salir en seguida fuera del tejido celular de la pelvis el tumor, ya con el dedo, ya con el auxilio de los instrumentos cortantes. Se asegura la hemostasia empleando las pinzas apropiadas, que se harán deslizar hácia afuera por el ángulo inferior de la herida que queda entreabierta. Tal es el método al cual Péan reserva el nombre de *tratamiento por supuracion*. En algunos casos Péan pudo aislar de la cavidad ab-

dominal la herida pelviana atrayendo y fijando por fuera un labio de la herida peritoneal (hoja posterior del ligamento ancho). En muchos casos Hegar ha obtenido éxitos aislando la cavidad peritoneal y recubriendo la herida de la pelvis y las largas pinzas aplicadas con vendas de seda protectoras introducidas en la pelvis profundamente.

Se concibe fácilmente que la presencia de las pinzas impide practicar la sutura en la herida de la pelvis, y la mayor parte de los operadores se han visto obligados, por consecuencia de lo insuficiente de la hemostasia, á practicar el desagüe por la vagina. Si la parte media del ligamento se encuentra propulsada hácia uno ó hácia los dos lados por un tumor ovárico, si el cuello del útero es largo ó está libre, la amputacion supravaginal del útero y la ovario-histerotomía dan mejores resultados que la simple extirpacion del tumor ovárico, porque fijando hácia afuera el muñon uterino, puede evitarse la exposicion al aire del tejido celular pelviano que ha sido abierto. Miéntas que los quistes paraováricos y los fibromas uterinos se enuclean fácilmente, los quistes intraligamentosos del ovario presentan frecuentemente adherencias muy sólidas con el tejido celular pelviano. Tambien, á pesar de todos los perfeccionamientos aportados al manual operatorio, la enucleacion en este caso es á veces impracticable á consecuencia de hemorragias difíciles de dominar.

Hay necesidad de rodear con una ligadura en masa ó con un alambre toda la parte pelviana del tumor (y estos casos son favorables), ensayando fijar lo más lejos posible y hácia fuera en el ángulo inferior de la herida este fragmento del tumor. Las dificultades con que se tropieza para orientarse en el fondo de la cavidad pelviana son tales en ciertos casos que algunos operadores han cogido y ligado los uréteres. Si la mujer sobrevive puede observarse la produccion de una fistula uretero-abdominal (observacion de Nussbaum, de Hegar y de Müller). Intentando descortezar el tumor se ha llegado á lesionar la vejiga, el intestino, y se han observado hemorragias rápidamente mortales á consecuencia de la desgarradura de los gruesos troncos vasculares de la pelvis.

La hemostasia completa se obtiene muy difícilmente en las partes profundas de la herida abdominal que, cubiertas por el tumor, escapan á la vista. Aquí el hierro candente no puede tener más que un empleo limitado. Las ligaduras en masa no ofrecen confianza más que sobre los vasos espermáticos ó bien sobre los vasos del ángulo superior del útero, donde las trompas y el ligamento redondo proporcionan un buen punto de apoyo al hilo. Por el contrario, los hilos se deslizan muy fácilmente cuando se les aplica sobre otros puntos de los bordes del útero ó sobre los vasos del plexo pampiniforme en la base del ligamento ancho, accidente que amenaza hemorragias consecutivas que pueden ser mortales.

En cuanto á dejar colocadas las pinzas hemostáticas, es una práctica que no deja de tener inconvenientes porque nos hace dejar la herida de la pared abdominal al descubierto y no estamos al abrigo de hemorragias secundarias.

Después de la extirpación completa es muy difícil, ya se haya recurrido ó no al desagüe, mantener en estado de asepsia la ancha herida del tejido celular pelviano; cualquiera que sea, en efecto, el procedimiento empleado, no se puede evitar el estancamiento de algunas pequeñas cantidades de sangre que mezclándose con los líquidos de la herida constituyan materiales sobrado aptos para la putrefacción. Es raro ver faltar los flemones pelvianos, las trombosis extensas en los vasos del plexo pampiniforme, y es muy difícil proteger el peritoneo contra una infección secundaria, aun extrayendo constante y completamente los líquidos segregados por la herida.

De todo lo que precede resulta que la escisión ó la enucleación de estos tumores constituyen operaciones cuyo pronóstico es extremadamente grave. Péan (y otros autores han sido más desgraciados) ha perdido la mitad de sus enfermas en 26 casos en los cuales el tumor había avanzado en grado variable entre las hojas de los ligamentos uterinos. Se comprenderá fácilmente que se ha tratado de encontrar otros métodos para practicar la extirpación total. Kaltenbach, que ha sido el primero en demostrar en todos sus detalles la importancia que conviene otorgar al desarrollo de tumores en el interior de los ligamentos, bajo el doble punto de vista anatómico y quirúrgico, quiere que se reemplace la extirpación por el doble desagüe vaginal y abdominal, al menos cuando se trate de tumores poco voluminosos: esta práctica le ha dado buenos resultados. (Véase el art. 17.)

Schroeder y Müller, partiéndose de los mismos principios, se limitan á extraer solamente una parte del tumor, del cual suturan el segmento pelviano en el ángulo inferior de la herida.

Schroeder atrae por delante de los tegumentos abdominales el quiste, previamente vacío. Le secciona en un punto pobre en vasos ó escinde un fragmento. Hecho esto, y partiéndose de este punto, sutura en la herida abdominal la parte de quiste desarrollada en el tejido subseroso. Si las paredes del saco son muy vasculares no se las secciona hasta después de haberlas suturado. En suma, la operación consiste en afrontar y suturar juntos los labios de la incisión practicada en la pared del

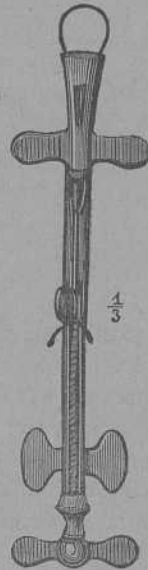


Fig. 115.

quiste con los labios de la herida de la pared abdominal. Sin embargo, puede ocurrir que la circunferencia de la incision del quiste sea mayor que la de la herida abdominal, en cuyo caso no pueden afrontarse los labios de cada una de las heridas si no se restablece la igualdad entre las dimensiones de cada una de ellas. Para obtener este resultado basta hacer numerosos y pequeños pliegues en las paredes del quiste tal como está representado en *a* (*fig. 116*). Schroeder ha adoptado el procedimiento siguiente: extiende perfectamente la pared del quiste á

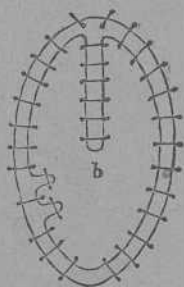


Fig. 116.

nivel del ángulo inferior y de las partes laterales de la herida abdominal, practicando una sutura regular. Una vez que ha llegado al ángulo superior de aquélla, si la pared del quiste es mucho más larga, hace en este punto, pero sólo en éste, un pliegue muy extenso que restablece la igualdad entre la longitud de la incision hecha en la pared del quiste y la de la herida abdominal (*b*, *fig. 116*).

Los labios de este pliegue deben ser suturados el uno con el otro. Schroeder establece entónces un desagüe haciendo comunicar el fondo de este saco con la vagina, en la cual penetra el tubo por el fondo de saco posterior.

Müller ha adoptado el procedimiento precedente, pero no atraviesa la vagina con el tubo de desagüe, contentándose con establecer el desagüe para el fondo de saco.

¿Cómo se verifica la curacion cuando se emplea este procedimiento operatorio? Se observa que la pared del quiste se esfolia, supura ó se cubre de mamelones carnosos y se arruga. Es decir, que es preciso contar con una larga supuracion y con los peligros que entraña, supuracion que así puede durar unas cuantas semanas como unos cuantos meses. Sin embargo, el resultado final es favorable si se le compara con el que ofrece la extirpacion total. En 6 operaciones, Schroeder ha obtenido 2 éxitos: Müller ha empleado este procedimiento 5 veces con buen resultado: Hegar, Dohrn y Kocher han sido tambien afortunados dos veces que han apelado á él. Puede hacerse á esta operacion una objecion importante: no se obtienen resultados radicales sino en los casos de quiste unilocular; si éste es multilocular, es posible una recidiva, debida á la pared del saco que queda en el interior. Tal es, por ejemplo, el caso de la enferma de Kocher, que muchos años despues de la operacion presentaba un tumor que, nacido en la pared del quiste, habia alcanzado el volúmen de la cabeza de un niño. Añadamos todavía que este procedimiento, en los casos en que la pared del saco es friable ó cuando se trata de tumores sólidos ó semisólidos, es casi im-

practicable ó peligroso merced á la presencia de una gran cantidad de sustancias fácilmente corruptibles. Estas consideraciones no carecen de importancia y disminuyen el valor de esta operacion.

Art. 8.º — ¿Cómo deberá examinarse el ovario del lado opuesto y el útero?

Una vez extraído el tumor, debe examinarse el estado del útero y el del otro ovario. Si la operada es jóven y si se observan sobre la cara externa del útero fibromas bien pediculados, se les extirpará, para lo cual se emplea el termo cauterio despues de haber aplicado ó no una ligadura, pudiendo entónces adoptarse el procedimiento de Schroeder. Se escinde la pared uterina á nivel de la insercion del tumor y se cierra la herida del útero con algunas suturas en seda superficiales y profundas. Esta operacion complementaria dificulta poco la curacion, y el operador, obrando de esta suerte, aleja los peligros que más tarde podrían presentarse.

Pero si se trata de un mioma subseroso que tenga un ancho pedículo ó de un tumor intersticial, es preferible practicar la castracion, es decir, extirpar el otro ovario aunque esté sano. La extirpacion del tumor uterino y la amputacion supravaginal de la matriz no deben ser practicadas sino cuando el fibroma es muy voluminoso ó cuando los tumores uterino y ovárico se han desarrollado en el interior de los ligamentos y no forman más que una masa única.

Ya anteriormente hemos hablado del tumor ovárico complicado con el embarazo, y no volveremos á tratar esta cuestion.

Se encuentra fácilmente el otro ovario siguiendo con la mano el borde lateral del útero y el ligamento ancho. Si está afecto se le extirpará como otro tumor cualquiera. La escasa longitud del pedículo hace necesaria la aplicacion del método intraperitoneal para el segundo ovario. Pero aun en los casos en que el pedículo sea largo, este medio de tratamiento es el mejor. Todas las objeciones que hemos formulado anteriormente al método extraperitoneal tienen en este caso una doble importancia, porque es preciso colocar dos pedículos en el ángulo inferior de la herida ó fijar la ligadura del segundo pedículo al cepo de la primera.

La ovariectomía doble, si se ha recurrido al método antiséptico, es poco más peligrosa que la ovariectomía simple, segun lo anteriormente dicho.

Se extirpa el segundo ovario no solamente cuando existe una degeneracion quística de este órgano, sino tambien en otras anomalías de textura, en una palabra, en todos los casos en que la mujer pueda obtener alguna ventaja de la menopausia artificial.

Es preciso examinar muy atentamente los casos en los cuales la enferma tiene gran interes en tener hijos. No debe olvidarse á este propósito que la degeneracion quística al principio, así como la simple hinchazon del ovario, que alcanza dos ó tres veces su volumen normal, no excluyen en manera alguna la posibilidad de la concepcion.

Art. 9.º—Limpieza del peritoneo.—Desagüe.

- Marion Sims. *Sur l'Ovariectomie*.
 Nussbaum. *Bayr. aerztl. Intelligenzbl.*, 1874, núm. 3, y *Brit. med. Journ.*, 1878, 26.
 Spiegelberg. *Arch. f. Gynäk.*, VI, pág. 341; VII, pág. 459; VIII, pág. 520.
 Schroeder. *Sitzungsberichte d. phys-med. Soc. zu Erlangen*, 10/5, 1875.
 Wegener. *Chirurg. Bemerkungen über die Peritonealhoehle, Langenbeck's Archiv.*, t. XX, 1876.
 Martini. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1876, núms. 10 y 11.
 Olshausen. *Berl. klin. Wochenschrift*, 1876, núms. 10 y 11, y *Volkmann's Vortraege*, 111.
 Kaltenbach. *Zeitschr. f. Gebh. u. Frauenkrankheitt.*, t. I, Heft III, 1876.
 Hegar. *Volkmann's Vortraege*, núm. 109.
 G. Bantock. *Brit. med. Journ.*, 1877, 29/9.
 Koeberlé. *Des maladies des ovaires*, pág. 576 y págs. 588-89. París, 1878.
 D. Ott. *Medicinsky Westnick*, 1878, núms. 51 y 52.
 J. Knowsley-Thorton. *Lancet*, 1879, núms. 11, 12 y 13.
 M. Sims. *Americ. Journ. of Obstetr.*, Abril, 1880, pág. 290.
 Bardenheuer. *Zur Frage der Drainirung der Peritonealhoehle*. Stuttgart, 1880.

Antes de cerrar la herida abdominal se deben extraer con sumo cuidado los líquidos procedentes del quiste, el líquido ascítico y la sangre que se encuentren en el peritoneo, cuya serosa debe quedar completamente desecada.

Se emplean con este objeto esponjas cuidadosamente desinfectadas y bien exprimidas. Deberán, y llamamos especialmente la atencion sobre este punto, no haber servido para limpiar la herida abdominal ni para recoger el contenido del quiste, porque no podrían, en efecto, haber sido suficientemente purgadas de la sangre y de los líquidos en que se habían empapado y no se lograria precisamente el objeto propuesto. Se las tendrá colocadas en vasijas especiales llenas de un líquido desinfectante, debiendo reconocerse fácilmente merced á una señal especial, pequeños vendoteles blancos por ejemplo. Se las introducirá en todos los puntos donde pueda acumularse el líquido, en el repliegue de Douglas, en la excavacion vesico-uterina, en las regiones lumbares, renovándose la maniobra hasta que se las retire completamente lim-

pías y secas. Mientras se practica la sutura abdominal, las esponjas permanecerán aplicadas al repliegue de Douglas y detras de la herida abdominal, á fin de poder absorber todos los líquidos que pudieran verterse y derramarse por la cavidad pelviana, así como la sangre á cuya salida puedan dar origen los puntos de sutura.

Es preciso dedicar una gran atencion á este tiempo de la maniobra operatoria. Sin duda alguna nadie teme «la irritacion ocasionada por el contacto de la esponja con el peritoneo», pero debe cuidarse, cuando se introducen las esponjas, que no se desgarran ni se disloquen los intestinos y el epiploon, pudiendo fácilmente ocasionarse una torsion de estos órganos. Para llegar fácilmente al fondo del repliegue de Douglas sin temor de que ocurra este accidente, deberá seguirse nuestro procedimiento; se eleva el útero con dos dedos y se dirigen las esponjas siguiendo la cara dorsal de éstos. Koeberlé aconseja lo contrario: levantar los intestinos con la cara dorsal de la mano, é introducir las esponjas en la pelvis siguiendo la cara palmar de aquélla.

Es preciso tambien cuidarse mucho de contar las esponjas de que se haga uso, de cuyo cuidado estará especialmente encargada una enfermera. Puede suceder, en efecto, que se quede una esponja en la cavidad peritoneal sin notarlo y no apercibirse de ello hasta el momento de practicarse la autopsia. Si se nota la falta hay necesidad de abrir de nuevo la cavidad abdominal para buscar la esponja. El mismo accidente se ha observado en algunos casos con compresas y con instrumentos, principalmente con las pinzas. Spencer Wells pudo en una ocasion extraer con éxito feliz una esponja olvidada en la cavidad peritoneal al día siguiente de practicada la operacion.

En otro caso se trataba de una pinza que se había dejado en el peritoneo (1). Las esponjas de mediano y pequeño volumen especialmente destinadas á limpiar el repliegue de Douglas se fijarán lo más sólidamente posible á un porta-esponjas. Las más voluminosas pueden ser atadas á uno de los extremos de una cinta que por el otro extremo estará confiada á un ayudante por fuera y por delante de la pared abdominal. El olvido de todas estas precauciones nos ha colocado una vez en una situacion desagradable: nos vimos obligados á buscar por espacio de un cuarto de hora en toda la cavidad abdominal y en la de la pelvis una esponja perdida que se había deslizado por detras de la S iliaca y que estaba envuelta por el mesenterio. La enferma curó, no sin inspirarnos ciertos temores durante los días que siguieron á la

(1) Olshausen (*loc. cit.*, pág. 331) ha visto un caso en el cual una pinza olvidada por el operador fué expulsada á los diez meses por el recto, despues de haber originado durante los catorce últimos días vivos dolores abdominales.

operacion. Algunos autores emplean, en lugar de esponjas, compresas calientes y secas.

Puede facilitarse la evacuacion completa de los liquidos derramados comprimiendo la pared abdominal á nivel de las regiones lumbares y del epigastrio, pudiendo tambien, con este objeto, recurrirse á posiciones especiales. Se ha propuesto, por ejemplo, colocar á la enferma, tomando las precauciones necesarias para evitar la hernia de los intestinos, en el decúbito abdominal ó en el latero abdominal. Nussbaum todavía recientemente ha preconizado este procedimiento y practica la operacion en decúbito latero-abdominal, á fin de impedir que la sangre y el contenido del quiste se derramen en la cavidad abdominal. La elevacion de la parte superior del cuerpo, posicion posible cuando se practica la anestesia con el éter, favorece en todo caso la marcha del liquido hácia la cavidad pelviana.

Es muy difícil extraer las masas que provienen del interior del tumor cuando se ha verificado la rotura del saco poco tiempo ántes de la operacion ó cuando no es posible extraer con esponjas el liquido procedente de un quiste por estar estrechamente adherido al peritoneo parietal ó visceral. En estos casos se ha propuesto verter una gran cantidad de liquido antiséptico en las cavidades abdominal y pelviana, y una vez bañados y bien lavados los intestinos, extraer rápidamente el liquido del lavado volviendo á la enferma. Koeberlé y otros cogen el intestino cubierto de masas adherentes entre los pliegues de una servilleta seca y caliente, y limpian dicho órgano haciéndole deslizar entre los dedos.

Ocurre muy frecuentemente durante la operacion que penetran en la cavidad abdominal grandes cantidades de aire, ya sea cuando se destruyen con la mano las adherencias de la pared abdominal y del tumor, ya cuando un quiste lleno de aire se desgarrá á partir del orificio de la puncion. En casos de esta naturaleza nosotros hemos intentado extraer el aire ejerciendo una presion á nivel de las regiones lumbares y del epigastrio, y lo hemos conseguido frecuentemente.

La Clínica y las investigaciones experimentales demuestran superabundantemente cuán importante es desecar bien y de una manera completa la cavidad peritoneal (Koeberlé, Hegar). Los operadores que mejores resultados han obtenido son aquellos que, voluntariamente ó no, han cuidado de hacer una esmerada y cuidadosa limpieza del peritoneo á fin de desembarazar esta cavidad serosa de todas las sustancias putrescibles que podrian quedar acumuladas y de obtener una hemostasia perfecta (pinzas hemostáticas, ligadura de todos los puntos que sangran, empleo del hierro candente). Los magníficos experimentos de Wegener nos han enseñado que los liquidos orgánicos mezclados con gérmenes (aire no desinfectado) no sufren en ninguna parte

del cuerpo una fermentacion tan rápida como la que experimentan en la cavidad abdominal.

Merced á la facilidad con que estos líquidos se reabsorben, se produce una alteracion rápida de la sangre y la septicemia. Si hemos logrado desecar completamente la pared peritoneal podemos cerrar con seguridad esta pared, porque hemos extraído los líquidos que pueden nutrir los gérmenes y hemos destruido las causas de la septicemia. Es muy peligroso creer, como lo hacen Olshausen y Nussbaum, que la aplicacion del método antiséptico nos permite ser ménos escrupulosos en lo que se refiere á la limpieza del peritoneo. Un método antiséptico severo no consiste solamente en alejar lo mejor posible las sustancias cargadas de gérmenes, sino en destruir todos los materiales susceptibles de experimentar la descomposicion pútrida.

Desgraciadamente no siempre es posible desecar completamente y limpiar bien la cavidad peritoneal. La hemostasia absoluta es á veces imposible: la sangre continúa vertiéndose á nivel de los puntos donde existían las adherencias, entre el tumor y la pared abdominal ó el intestino, ó proviene de los vasos situados en el tejido celular que ha sido desgarrado durante la operacion.

Si no se ha logrado desembarazar los intestinos y la serosa parietal de las masas viscosas y espesas que procedentes del quiste les recubren, se ve trasudar, por la superficie del peritoneo irritado, líquido sero sanguinolento. Añadamos, en fin, que la operacion modifica de tal suerte las condiciones de la presion intraabdominal, que en casi todos los casos se observan durante las primeras horas que siguen á aquélla una trasudacion y un acúmulo de sangre en la serosa peritoneal.

Mas ¿en qué vienen á parar estos líquidos?

Ya se reabsorben sin dar lugar á ningun accidente, ya, á pesar de todas las precauciones, sobreviene la septicemia. Sólo de una manera vaga se conocen las causas que favorecen la reabsorcion y la putrefaccion. Es muy difícil decidir si, en un caso dado, es preferible cerrar la cavidad abdominal ó luchar contra la putrefaccion creando una libre salida para los productos segregados. Podríamos decidirmos con conocimiento de causa si pudiéramos siempre recurrir á un método de desagüe peritoneal, inocente y realmente activo. Pero hoy estamos reducidos á examinar en cada caso los peligros que ofrece la retencion de las materias susceptibles de descomponerse y los inconvenientes que entraña el desagüe. Sólo el resultado de este exámen critico es el que debe fijar nuestra linea de conducta.

Ahora bien; no pudiendo comparar hechos que no son comparables, las indicaciones del desagüe profiláctico son todavía un problema, y, podemos decirlo, un problema de los más importantes y delicados

que nos restan por resolver en la cirugía abdominal. Según nuestros conocimientos actuales, parece que la producción de la putrefacción depende:

A. De la cantidad y de la importancia de las sustancias putrescibles ó sépticas que durante la operación penetren en la cavidad abdominal.

B. De la cantidad y de la calidad de los líquidos que después de la operación quedan retenidos en la serosa peritoneal.

C. Del poder absorbente del peritoneo.

A. Es preciso tener en cuenta la cantidad y la naturaleza de los líquidos putrescibles ó sépticos que penetran durante la operación en la cavidad abdominal. El método antiséptico nos permite luchar con bastante éxito contra la penetración de gérmenes ó de sustancias sépticas para que la aparición de la septicemia se haga inverosímil. Sin embargo, sería necesario á este respecto tener una gran seguridad; porque aun cuando antes de la operación sometamos la habitación donde haya de operarse á la acción de los vapores de azufre, aun cuando hayamos recurrido al *spray* y á todas las variadas maniobras que constituyen el método antiséptico, no podemos jamás estar completamente seguros de haber destruido todos los gérmenes peligrosos. Pero aun obtenido este resultado, no debemos olvidar que las sustancias sépticas pueden provenir del canal intestinal, cuando las paredes de este órgano han sido lesionadas. Si hoy un gran número de los operadores más eminentes emplean el desagüe con ménos frecuencia que en otras ocasiones, es preciso atribuir su conducta, no al uso del *spray* ni á las maniobras anteriormente descritas, sino más bien al cuidado y al esmero con que practican la limpieza del peritoneo y la hemostasia.

B. Es preciso tener en cuenta la cantidad y la naturaleza de los líquidos que después de la operación quedan retenidos en la cavidad peritoneal. Es cierto que la sangre pura no es peligrosa, pero es muy raro que se encuentre en estas condiciones después de la ovariectomía. Lo más frecuentemente la sangre está mezclada con materias procedentes de la cavidad del quiste y con los productos de secreción de la herida, putrescibles en el más alto grado. Podemos decir, pues, de una manera general que la presencia de sangre favorece la descomposición de los líquidos y acrecienta el peligro.

Parece también que es preciso no descuidar la importancia que tiene la cantidad de los líquidos derramados. Si, en efecto, es poco considerable, puede, á pesar de la presencia de gérmenes, reabsorberse antes de que haya comenzado la putrefacción. Tan es así, que han podido inyectarse impunemente en animales pequeñas cantidades de líquidos ya alterados, en tanto que la muerte sobrevénia desde

el momento en que estas cantidades llegaban á ser considerables.

C. *¿El poder absorbente del peritoneo está íntegro?* Este es un punto que no deja de tener importancia, segun se deduce de las líneas precedentes. Ahora bien; este poder absorbente parece depender del grado de elevacion de la presion intraabdominal y de los movimientos peristálticos del intestino. Se hace más débil cuando la presion intraabdominal descende notablemente despues de la ablacion de un gran tumor abdominal ó cuando los intestinos, despues de haber estado expuestos al aire durante largo tiempo, se han enfriado, se han paralizado. Estas condiciones, por otra parte, favorecen la produccion de un exudado en la superficie del peritoneo.

Nosotros trataremos de limitar la accion de estos dos factores, evitando el enfriamiento de los intestinos y manteniendo por medio de un vendaje compresivo la presion abdominal en un cierto grado de elevacion. Debemos añadir todavía que el estado histológico del peritoneo, así como el estado general de nutricion, tienen una gran influencia sobre el poder absorbente de la serosa abdominal. Desgraciadamente nuestros conocimientos á este respecto no descansan sino sobre observaciones clínicas muy vagas. Pero, no puede dudarse, en los organismos anémicos y debilitados es casi imposible que no exista algun trastorno en la relacion que hay entre el poder absorbente y el poder exudante del peritoneo. Los procesos inflamatorios antiguos y crónicos que dan lugar al engrosamiento del peritoneo ó á adherencias extensas y fuertes parece que ejercen accion más directa que las inflamaciones recientes sobre el poder absorbente de esta serosa. La situacion se hace muy desfavorable cuando ántes de la operacion ha estado llena la cavidad del peritoneo por una masa viscosa y espesa procedente de un quiste prematuramente roto.

No debemos, pues, recurrir al desagüe cuando el peritoneo no ofrezca ninguna alteracion notable en su estructura, viéndose solamente pequeñas cantidades de líquido sanguíneo ó sero-sanguinolento salir á nivel de las adherencias destruidas durante la operacion, aún en los casos en que hubiera existido una ascitis ántes de aquélla ó en los que la cavidad peritoneal ha estado llena de un líquido procedente del quiste, pero flúido y de buena naturaleza, siempre que la hemostasia haya sido completa y no tengamos ningun otro motivo que nos obligue á emplear el desagüe. En todo caso trataremos de favorecer la reabsorcion aplicando un vendaje compresivo, luchando de esta suerte contra el derrame de líquidos sero-sanguinolentos que pueda efectuarse en el peritoneo.

Pero si la hemostasia ha sido incompleta; si las esponjas introducidas ocho ó diez veces en la cavidad de Douglas se han retirado siempre empapadas en sangre, ó si la sangre salía mezclada con materias

espesas procedentes del quiste; si la herida peritoneal ha sido considerable; si el tejido celular subseroso ha sido ampliamente abierto, el desagüe nos parece indicado. Es absolutamente preciso, indispensable, apelar á él cuando durante la operacion han penetrado en la cavidad abdominal masas sépticas ó pus procedente del quiste, ó bien cuando habiendo sido heridos el intestino, la vejiga ó los uréteres, no se ha podido aplicar una sutura capaz de proteger la cavidad serosa contra la irrupcion de materias fecales y de orina, ó cuando ha habido necesidad de abandonar fragmentos voluminosos de la pared del quiste ó trozos de tejidos reblandecidos, abocados casi fatalmente á la gangrena.

Peaslee, en 1855, ha sido el primero que ha empleado el desagüe con un fin profiláctico. Introducía un catéter elástico en la vagina, haciéndole pasar por el repliegue de Douglas, y lavaba la cavidad abdominal por medio de este instrumento, porque temía la trasudacion de liquido por esta serosa. En 1867, Koeberlé practicó el desagüe con una cánula de cristal que colocó en la herida abdominal cuando creyó probable que los líquidos de mala naturaleza habrían de venir á acumularse en el peritoneo. Keith, Spencer Wells y otros ginecólogos han seguido esta práctica. Sims fué mucho más léjos que estos cirujanos, porque en 1872 recomendó en todos los casos de ovariectomía, aun en los más sencillos, practicar el desagüe profiláctico por el punto más profundo de la cavidad peritoneal, por el repliegue de Douglas. Sims y sus sucesores han cedido de esta exageracion. Pero aunque se haya dejado guiar por ideas falsas, tiene el mérito incontestable de haber provocado en gran parte las investigaciones recientemente hechas sobre las causas y sobre la profilaxis de la septicemia.

MANUAL OPERATORIO DEL DESAGÜE PERITONEAL

El desagüe profiláctico tiene por objeto extraer de la cavidad abdominal, ántes de que entren en putrefaccion, los líquidos trasudados por la superficie de la serosa. La solucion de este problema entraña grandes dificultades. No solamente, en efecto, los líquidos segregados pueden venir á acumularse en los repliegues peritoneales, que son de suyo inaccesibles, sino que tambien pueden ser transportados hácia las regiones superiores de la cavidad abdominal bajo la influencia de los movimientos peristálticos del intestino y de la aspiracion ejercida por el diafragma.

Puede practicarse el desagüe:

A. Por la herida abdominal

- B. Por la vagina.
- C. Por la herida abdominal y por la vagina.

A. — *Desagüe por la herida abdominal.*

Se introducen por detras del útero, en el fondo del repliegue de Douglas y á veces tambien en el repliegue vesico-uterino ó en las regiones lumbares, cánulas de cristal provistas de agujeros, rectas ó curvas, de 16 á 18 centímetros de largo y de 10 á 12 milímetros de diámetro (*fig. 117*). Este instrumento se fija sólidamente á la herida abdominal merced á varios puntos de sutura. Keith dispone el aparato de tal suerte que la extremidad del tubo de cristal corresponde á la parte central de una hoja delgada de gutapercha de unos dos pies cuadrados, la cual está separada de la cánula por tres ó cuatro esponjas fenicadas y bien exprimidas. Estas esponjas absorben todo el líquido que sale fuera, evitando así que se manchen la herida y el vendaje. Al principio se cambian las esponjas cada cuatro ó cinco horas, y más tarde con ménos frecuencia, cuidando de medir las cantidades de líquido que se empapan en las esponjas por medio de un vaso graduado. Hegar sigue un procedimiento más conforme con el método anti-séptico, haciendo pasar la cánula por un orificio preparado en el vendaje abdominal y rodeando la extremidad libre de aquélla con una espesa capa de uata, recubriendo todo en seguida con seda protectora. Para absorber los líquidos acumulados en la cánula se emplea un tallo metálico, cuya extremidad, rodeada de uata fenicada bien limpia, queda fija continuamente en el fondo de un tubo de cristal. De vez en cuando (al principio de hora en hora, despues con ménos frecuencia) se retira este tallo metálico y se limpia el tubo haciendo pasar por él este tallo muchas veces hasta que se retire la uata bien limpia, aplicando en seguida el vendaje como queda dicho anteriormente.

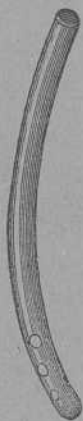


Fig. 117.

Como la extremidad exterior de la cánula está situada por delante del vendaje abdominal, puede llegarse fácil y libremente hasta la cavidad peritoneal sin molestar á la enferma. Gracias á la capilaridad, y sobre todo al *vis à tergo* obtenido por medio del vendaje compresivo del abdómen, el líquido segregado huye hácia los puntos donde la resistencia alcanza su *minimum* y penetra en los ojos de la cánula. Las inyecciones antisépticas son superfluas porque pueden alejarse bastante completamente los gérmenes, y los líquidos segregados son eva-

cuados rápidamente. La cánula de cristal debe generalmente ser retirada hacia el quinto día (1).

B. — Desagüe por la vagina.

El desagüe exclusivo por la vagina ha sido poco empleado hasta aquí después de la ovariectomía. Sims ha experimentado cánulas cortas, cuyas dos mitades en forma de resorte deben mantener abierta la herida que existe en el fondo de saco vaginal. Kaltenbach, en un caso complicado de una gran ascitis, ha empleado el tubo de desagüe de ramas transversales, propuesto por Bardenheuer para la extirpación total del útero. Este instrumento no recogía completamente todos los líquidos que fluyeron y se produjo una septicemia mortal.

C. — Desagüe por la vagina y por la herida abdominal.

El método de Sims, que consiste en emplear á la vez el desagüe por la pared abdominal y la vagina sirviéndose de un largo tubo de caut-

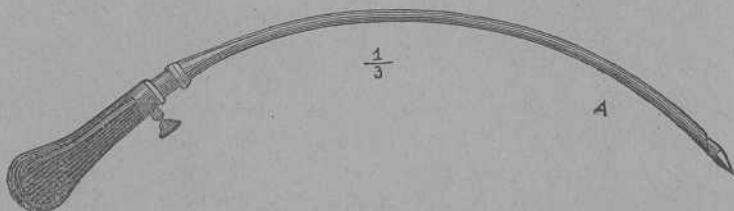


Fig. 113.

chuc, está muy generalizado. En la cavidad abdominal queda de esta suerte establecido el desagüe á nivel del punto más inferior del espacio de Douglas, lo que permite al líquido segregado derramarse completa y libremente, por medio de cuyo método pueden practicarse lavados antisépticos en la cavidad de la pelvis.

Para perforar el fondo de saco vaginal, Olshausen ha propuesto un trocar de grueso calibre provisto de una cánula de 25 centímetros de largo por 1 centímetro de ancho (*fig. 118*).

Se introduce la cánula hasta el fondo del espacio de Douglas, siguiendo la cara palmar de una mano, en tanto que con la otra, introducida en la vagina, se fija la extremidad del instrumento. Un ayudante introduce entonces la aguja en la cánula y la empuja lentamente.

(1) El profesor Ziegler ha encontrado en una operada de Kaltenbach que el líquido recogido en la cánula hacia el cuarto y quinto día no contenía bacteria alguna.

te hacía la vagina hasta que la punta del instrumento llegue á ponerse en contacto con el dedo del operador. Se retira entónces la aguja y por la cánula se hace pasar el tubo de desagüe á la vagina. Olshausen y otros recomiendan operar desde la vagina á la herida abdominal. Con este procedimiento no se llega siempre á puncionar en el punto más profundo del repliegue de Douglas, pero se evita más fácilmente el peligro de lesionar el recto.

Algunas veces, á pesar de todas las precauciones por medio de las cuales se ha intentado evitar los vasos que se habían sentido latir practicando el tacto, la herida del fondo de saco vaginal da mucha sangre por poco voluminoso que haya sido el trócar empleado. Nosotros en casos de esta naturaleza hemos tenido que recurrir á las pinzas de ligar ó la á sutura. Del octavo al décimo día las escaras debidas á la pre-

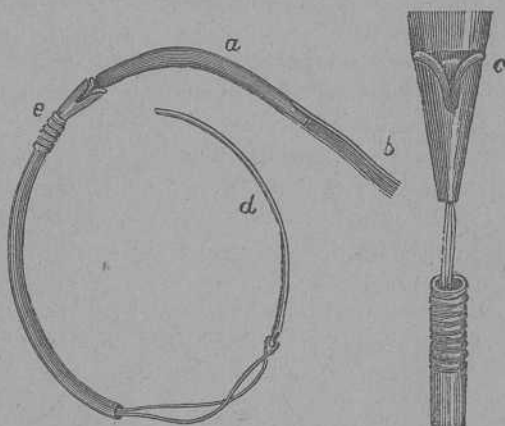


Fig. 119.

sion ejercida por el tubo de desagüe pueden desprenderse, dando lugar á hemorragias secundarias peligrosas.

Para evitar toda lesión de los gruesos troncos vasculares, Hegar emplea un trócar de pequeño diámetro, y una vez hecha la puncion, dilata la abertura y el conducto por medio de un instrumento romo, proceder del que ha obtenido muy buenos resultados. Kaltenbach, apoyándose sobre los mismos principios, emplea un tallo de cautchuc duro y encorvado (*fig. 119 a*) que tenga una longitud de 16 á 18 centímetros y cuyo diámetro aumenta desde su extremidad hasta su parte media, á nivel de la cual alcanza 2 centímetros, disminuyendo de nuevo en el resto de su extension; su extremidad posterior lleva un

tubo de desagüe *b* de un centímetro de diámetro. El tallo conductor lleva cerca de su extremidad una ranura que puede compararse á la gotiera prepucial, y en la cual se coloca un doble hilo cuyas dos extremidades encajan en un orificio, de lo cual da una buena idea la *figura 119*. Se saca el instrumento así dispuesto por la vagina hasta que el tubo de desagüe aparezca en la vulva.

Cualquiera que sea el procedimiento al cual se haya recurrido, el tubo de desagüe debe tener una pared fuerte y un calibre suficientemente ancho para resistir á la compresion ejercida por los tejidos y que no sea fácilmente obstruido por los coágulos, etc. Nosotros empleamos tubos de desagüe que tengan 1 centímetro de diámetro y 60 á 70 de longitud, de los cuales 15 ó 20 traspasan la herida abdominal. El segmento intraperitoneal mide 12 á 15 centímetros. El resto del tubo queda en la vagina y en la vulva, pudiendo, por otra parte, aumentarse su longitud á voluntad añadiendo un tubo de cristal. Este tubo presenta en una extension de 6 á 8 centímetros agujeros que miden cada uno de 3 á 4 milímetros de diámetro; los dos agujeros extremos no deben estar separados el uno del otro más de 8 centímetros, porque dentro de estos límites está siempre el trozo que queda colocado en las cavidades abdominal y pelviana. Hegar atrae la extremidad del tubo hácia afuera, á través del ángulo inferior de la herida abdominal, y cuida de que la otra extremidad del tubo permanezca en una vasija llena de un líquido antiséptico colocada sobre la cama de la enferma ó bien le rodea con una manta de uata fenicada (1).

Anteriormente colocábamos las enfermas en las cuales establecíamos el desagüe vaginal sobre una cama de las llamadas de embudo (2); pero su instalacion es tan penosa y ofrece tan pocas ventajas para las pacientes é impiden tan poco que éstas estén mojadas, que nosotros hemos renunciado á su empleo. Hoy nos contentamos con elevar ligeramente la parte superior de la cama y con sostener el tronco de la enferma á beneficio de almohadones de paja menuda. El tubo pasa bajo los muslos, que descansan sobre un colchon especial, y llega de esta suerte á salir por fuera de la cama. Para que el tubo no sea comprimido por los muslos y no deje un momento de ser permeable basta intercalar á este nivel un fuerte tubo de cristal.

(1) Olshausen recomienda colocar el tubo en el ángulo superior de la herida. El tubo así dispuesto se plegará más difícilmente y desaguará la cavidad peritoneal en una mayor extension.

(2) Esta cama se compone de un colchon formado por tres segmentos, de los cuales el de en medio está perforado y colocado más bajo que los destinados á soportar los piés y la cabeza. La region glútea de la operada reposa sobre un círculo que está herméticamente aplicado al orificio de un embudo metálico.

La mayor parte de los operadores aconsejan que se practiquen inyecciones antisépticas por el tubo de desagüe, á fin de evitar el estancamiento y la fermentacion de los líquidos; otros creen que solamente debe acudirse á este recurso cuando aparezcan los primeros signos de la putrefaccion. Esta segunda manera de obrar no sería legítima sino cuando nosotros pudiéramos evitar con certidumbre la introduccion de gérmenes, y si la perfecta permeabilidad del tubo de desagüe estuviera asegurada. Nosotros apelamos, pues, á las inyecciones antisépticas, y como líquido de inyeccion hemos recurrido lo más frecuentemente el primero y el segundo día á la solucion clorurada débil; más tarde, á fin de evitar las molestias que proporcionan al aparato respiratorio, irritándole, los vapores de cloro, empleamos una solucion salicilica al 1 por 300. Con las disoluciones de ácido fénico es preciso vigilar con mucha atencion la aparicion de síntomas tóxicos. Olshausen, sin embargo, aconseja el empleo de soluciones fenicadas del 1 al 2 por 100, siempre que los tubos de desagüe sean permeables y que el líquido pueda verterse libremente hácia afuera. Se deben, pues, adoptar todas las precauciones necesarias (examen de las orinas, etc.).

Manual operatorio. — El líquido antiséptico, á una temperatura conveniente, se echa en un embudo de cristal fijo al tubo de desagüe, continuándose la operacion hasta que el líquido salga completamente limpio. La frecuencia de las inyecciones dependerá de la naturaleza y de la cantidad de los líquidos segregados. Al principio se practica una inyeccion cada media hora, cada hora despues, más tarde cada dos horas. En algunos casos especialmente graves, Hegar ha practicado la irrigacion continua.

Un desagüe incompleto es más peligroso que la abstencion absoluta. Los líquidos inyectados pueden verterse rápidamente y salir limpios, pero es preciso no deducir de aquí que no hay accidentes que temer. En efecto; pueden estar obturados todos los agujeros del tubo y permanecer estancadas en la cavidad pélvica todas las materias pútridas. Para obviar este inconveniente, Hegar coloca dos tubos de desagüe en la vagina, introduciendo un tubo de cristal cuajado de agujeros hasta el fondo de la cavidad de Douglas. De esta suerte se puede comprobar la utilidad de cada tubo, porque el líquido inyectado puede derramarse por la cánula de cristal ó por el tubo vecino de aquel por el cual se practica la inyeccion.

Si se sospecha la existencia de masas pútridas en las regiones de la cavidad abdominal situadas más arriba, se puede practicar el desagüe de las dos regiones lumbares de la misma. Diremos, en fin, que es muy importante cuando se emplean varios tubos de desagüe á la vez, distinguir las extremidades de cada uno de ellos á beneficio de señales particulares (seccion oblicua, seccion dentada, etc.).

El tubo de desagüe puede obstruirse á consecuencia de la compresion, ó bien porque se oblitere por coágulos de sangre, copos purulentos, granulaciones y aun por el epiploon, que puede encajarse en los agujeros cuando éstos son muy anchos.

Se evitará la compresion del tubo cuidando de evitar la formacion de pliegues y eligiendo un tubo de paredes gruesas.

Se impide la obliteracion del mismo haciendo frecuentes lociones, elevando bastante el embudo para aumentar la presion á la cual está sometido el líquido que se inyecta. Se encontrará á veces ventaja en variar la direccion en sentido de la cual se practicaban las inyecciones, ya haciendo pasar el líquido de la herida abdominal á la vagina, ya en sentido inverso desde la vagina á la herida abdominal, y si se han colocado dos tubos de desagüe se practicará la inyeccion ya por uno ó ya por el otro. Se puede tambien pasar á traves del tubo obliterado un largo estilete provisto en su extremidad de un tapon de uata ó de plumas de ave fenicadas, ó bien de pequeñas esponjas provistas como fiador de un hilo fuerte de seda (Olshausen), atrayendo el tubo hácia afuera todo cuanto sea necesario.

¿Durante cuánto tiempo deben estar colocados los tubos de desagüe?
Todo depende de las circunstancias de cada caso.

¿Se trata solamente de facilitar la salida de sangre y de serosidad que puedan fluir despues de la operacion? Puede retirarse el tubo de desagüe al cabo de tres ó cuatro días. El líquido se derrama en gran abundancia desde el principio y es sero-sanguinolento; bien pronto disminuye en cantidad y se va paulativamente trasformando, hasta que al final del cuarto día se hace frecuentemente purulento. A partir de este instante existe una peritonitis adhesiva que forma una verdadera cápsula alrededor del tubo, y ya éste no puede dar salida á los líquidos acumulados en el peritoneo, y se observa que los inyectados atraviesan el conducto formado de esta suerte, sin llegar á penetrar en la cavidad peritoneal.

Pero si quedan en la cavidad abdominal fragmentos de la pared del quiste ó de un tumor sólido, el tubo de desagüe debe ser mantenido en su puesto mucho más tiempo, aun durante algunas semanas, debiendo cuidarse el operador de renovarles, porque en estos casos está en comunicacion con focos purulentos y sirve para eliminar grandes cantidades de tejidos mortificados. El mejor medio de determinar con precision el momento en que debe quitarse el tubo de desagüe, es regularlo por el aspecto y la cantidad de líquidos que salen despues de la inyeccion y por la marcha de la temperatura de la paciente.

Si el tubo permanece aplicado durante ocho ó más días, se ven penetrar en su interior gruesos mamelones carnosos procedentes de los puntos vecinos, que se rompen cuando se extrae el tubo. El trayecto

fistuloso que subsiste despues de la supresion del tubo se cierra generalmente muy poco tiempo despues cuando no comunica con un foco purulento (1).

INCONVENIENTES DEL DESAGÜE VAGINAL

Las ventajas del desagüe vaginal—eliminacion espontánea de los líquidos que vienen á acumularse en el fondo de la cavidad de la pelvis y posibilidad de lavados antisépticos—parecen absolutamente ilusorias, porque el punto del fondo de saco vaginal por donde pasa el tubo de desagüe no corresponde siempre al punto más profundo del fondo de saco recto-uterino; ademas, por fuera del espacio de Douglas existen á nivel de las regiones lumbares, en el fondo de saco vesico-uterino, otros puntos donde pueden acumularse los líquidos. Por el desagüe vaginal exclusivo no puede darse salida á estos líquidos.

Por otra parte, las inyecciones intraperitoneales no están siempre exentas de peligro porque pueden, en efecto, romper las adherencias que constituyen el mejor medio de proteccion contra la septicemia. Pueden ademas provocar los movimientos peristálticos del intestino (cólicos dolorosos) y favorecer de esta suerte la extension de masas pútridas hasta entónces circunscritas ó enquistadas.

El desagüe vaginal ofrece ademas por sí mismo ciertos peligros. Se hace, en efecto, una nueva herida cuya importancia no debe nunca ser desatendida porque á veces da origen á grandes hemorragias, pudiendo ademas al practicarla lesionarse el intestino recto. Esta herida puede tambien ser la puerta de entrada de agentes infecciosos que penetren por la vagina ó que provengan de los líquidos que se derraman por el tubo de desagüe. Se han observado muchas veces flemones pelvianos en las regiones vecinas de la puncion. Pero no es este punto el que constituye el principal de los peligros del desagüe vaginal: el aire y los gérmenes pueden, en efecto, llegar más fácilmente á la cavidad peritoneal por la vagina que por la herida del abdomen, caminando á lo largo del tubo de desagüe ó por su interior.

Empleando un tubo de desagüe de cristal, una de cuyas extremidades descansa en el fondo de saco de Douglas, estando fija la otra á la herida abdominal, parece á primera vista que no se está tan seguro como con el desagüe vaginal de extraer completamente y á tiempo todos

(1) Un tubo de desagüe puede permanecer en la cavidad abdominal sin provocar ningún accidente. Nussbaum, por ejemplo, refiere un caso en el cual fué olvidado un tubo de desagüe durante dos meses. Al cabo de este tiempo fué extraido por la pared abdominal, despues de pasar la enferma en un baile la noche anterior.

los líquidos que puedan acumularse en los puntos declives, porque deben obedecer á la acción de la pesantez. La experiencia contradice esta opinión y nos enseña que la presión intraabdominal, acrecentada entonces por un vendaje compresivo, basta por sí misma para impulsar los líquidos por el tubo de cristal, de donde se les puede extraer fácilmente, ya por aspiración, ya empleando el método anteriormente descrito. Las verdaderas ventajas del desagüe por la pared abdominal son debidas principalmente á que se emplea un tubo de cristal, es decir, un tubo cuyas paredes no son susceptibles de compresión. Este procedimiento nos ha dado en estos últimos tiempos excelentes resultados. Nosotros le consideramos como el más limpio y el más fácil de poner en práctica. Estos dos métodos, por otra parte, ofrecen inconvenientes que les son comunes: el tubo de desagüe, sobre todo cuando ha habido que destruir adherencias intestinales, puede, en efecto, provocar una gangrena por compresión de la pared intestinal. Así es como Freund, tres semanas después de haber quitado el tubo de desagüe, vió salir un gusano vivo por el trayecto fistuloso.

Añadamos, finalmente, que nosotros no poseemos hoy documentos bastante numerosos para que podamos emitir un juicio definitivo sobre el valor comparativo de estos dos métodos.

Art. 10. — Oclusion de la herida. — Apósito.

Después de la limpieza del peritoneo y de establecer el desagüe se cierra la herida abdominal por medio de una sutura. Los hilos empleados en ella pueden ser de seda fenicada, de plata ó de catgut (Keith).

El punto capital estriba en no recurrir sino á hilos bien desinfectados.

Nosotros practicamos siempre una simple sutura anudada con hilos de seda ó de plata. Cuando los labios de la herida están regularizados por la escisión de masas grasosas que forman hernia por entre los bordes del peritoneo que han sido comprimidos, se colocan al principio suturas profundas cogiendo en una extensión de un centímetro el peritoneo y los bordes de la herida cutánea. Los hilos, separados los unos de los otros á la distancia de un centímetro ó centímetro y medio, se pasan con agujas rectas ó curvas (Spencer Wells) fijas á un porta-agujas. Deben abarcar todo el fondo de la herida, comprendiendo el tejido muscular cuando pueda alcanzarse. Fijando una aguja á cada extremidad del hilo se puede atravesar cada uno de los labios de la herida yendo de dentro afuera, lo que para el principiante no carece de importancia, porque operando así se evitan con más seguridad las lesiones del intestino y del epiploon. Antes de terminar esta sutura peritoneal se tiene cuidado de introducir esponjas entre las asas del

hilo que se separan de arriba abajo á fin de asegurar la limpieza del peritoneo (1). Se aleja en seguida el epiploon de la herida (2) y se atan rápidamente los hilos, despues de haberse asegurado que no se ha cogido el intestino ni el epiploon. Es importante, en el momento de cerrar la sutura, el comprimir fuertemente la pared abdominal, levantándola de cada lado y obligándola á formar un pliegue, á fin de exprimir toda la sangre que pudiera existir entre los labios de la herida. Entre las suturas profundas se colocarán, si fueren necesarias, suturas semi-profundas y superficiales, hasta que los bordes de la herida queden exactamente aplicados el uno contra el otro.

Si se ha de fijar el pedículo por fuera del peritoneo, debe colocarse el hilo más inferior con mucho cuidado y aplicarle bien contra el pedículo, á fin de asegurar un contacto íntimo entre el peritoneo y la cara superficial del pedículo, pudiendo tambien, para que se obtenga este resultado, coger en la sutura la serosa del pedículo. Cuando se ha de poner en práctica el desagüe se debe, por el contrario, evitar coger el tubo con el hilo más inferior. Koeberlé aconseja en este caso dejar un pequeño espacio entre el pedículo y el hilo más inferior, á fin de poder introducir pequeñas esponjas y retirar los productos segregados por la herida y á fin de poder cuidar la limpieza de la cavidad peritoneal. Nos parece ventajoso coger el peritoneo, porque esta membrana se engrosa muy rápidamente y de esta suerte queda la cavidad del peritoneo cerrada y mejor protegida contra la penetracion consecutiva de la sangre ó de los productos de secrecion de la herida abdominal, en una palabra, contra la infeccion secundaria procedente de aquélla. Los experimentos sobre los animales nos enseñan que el epiploon y el intestino se adhieren fácilmente á los puntos de la herida abdominal que no están cubiertos por el peritoneo. Spencer Wells recomienda ademas las anchas cicatrices peritoneales como protectoras de las hernias tardías.

Añadamos que, por otra parte, cuando se cogia el peritoneo se temía ver penetrar por las picaduras en la cavidad serosa la sangre, el pus y las sustancias infecciosas, y se ha creído que el divertículo peritoneal que se producía entre las suturas y la herida de la pared del abdómen favorecía las hernias.

Koeberlé y Olshausen no cogen el peritoneo (3). Entre las demas

(1) Para evitar la supuracion de los puntos por donde pasan los hilos y asegurar al propio tiempo una reunion perfecta, se ha pretendido recurrir á las crines de caballo, á hilos de platino ó á hilos de cobre cubiertos de cautchuc como están los hilos telegráficos.

(2) Para evitar las adherencias del intestino con la pared abdominal.

(3) Olshausen emplea una aguja ligeramenta curva de 12 á 14 centímetros de largo, que introduce en la pared abdominal á una distancia de 5 á 8 cen-

modificaciones de la sutura abdominal citaremos el afrontamiento aislado de los labios de la herida peritoneal por una línea especial de puntos profundos, en tanto que por encima se sutura el resto de la pared abdominal como de costumbre. Koeberlé desde 1874 sutura solamente las aponeurósis de la línea alba sin coger el peritoneo, el tejido celular subcutáneo ni los músculos. Las extremidades de los hilos salen á través de la herida; por encima coloca vendoteles superficiales que se matienen por una capa de colodion.

Cuando el peritoneo ha sido disecado en una gran extension, se le une á la pared abdominal practicando una sutura de pellejero, evitando así la formacion de una gran cavidad en la cual podrían acumularse la sangre y los productos de secrecion de la herida.

Despues de la extirpacion de tumores muy voluminosos, las paredes abdominales están tan adelgazadas á consecuencia de la distension del músculo recto, que no se componen más que de la piel y del peritoneo, haciéndose negativa por espacio de mucho tiempo la presion intraabdominal. Para obviar este inconveniente, Hegar y otros autores han escindido sobre la pared abdominal muy distendida anchas bandas de tejidos.

Una vez anudados los hilos se lavará á la paciente, y cuando sea necesario se la pondrán ropas limpias.

Sobre la herida abdominal se coloca una hoja de uata fenicada y por encima un trozo de seda protectora, inmovilizando todo el abdomen por medio de un vendaje de uata bien aplicado. Este simple vendaje protege la herida abdominal contra los movimientos debidos á los vómitos y á los cambios de posicion, siendo entónces superfluo mantener la sutura fija por medio de vendoteles de diaquilon. La compresion debe ser bastante fuerte durante las primeras horas, pero debe disminuirse desde que sobrevienen los vómitos. No es preciso ejercer una compresion intensa y prolongada más que cuando hay lugar á temer un rezumamiento de sangre y de serosidad en la cavidad abdominal. Inmediatamente despues de la aplicacion del apósito se coloca la enferma en su cama y se la calienta rápidamente por medio de botellas llenas de agua caliente y de cobertores y mantas calientes tambien. La situacion casi horizontal del tronco sobre colchones de paja, con la cabeza ligeramente elevada, facilitan la hemostasia. Las piernas se colocan sobre dos colchones de paja especiales y se sostienen á nivel de los talones y de las rodillas á beneficio de almohadones rellenos de aire.

tímetros de los bordes de la herida, haciéndola salir inmediatamente por delante del peritoneo é introduciéndola en el otro labio de la herida. De esta suerte practica una sutura en una extension de 6 á 8 centímetros.

Art. 11.—Tratamiento consecutivo.

En el tratamiento consecutivo *es preciso ante todo guardarse de hacer mucho*, porque despues de la ovariectomía se corre el riesgo de ocasionar grandes perjuicios. Nos atendremos, pues, á esta regla absoluta: *no hacer nada sin una indicacion precisa*, y esto lo mismo cuando se trata de administrar medicamentos, que cuando se trata de practicar una operacion quirúrgica. La mayor parte de las mujeres, al despertarse, experimentan náuseas y dolores; en otras dominan la debilidad y el colapso. Estos son los sintomas de que principalmente debemos preocuparnos en los primeros momentos, y la enfermera debe recibir á este respecto instrucciones muy precisas.

Contra el estado de *debilidad* y de *colapso* nosotros practicamos inyecciones hipodérmicas de éter, ó de tintura de almizcle ó enemas de vino, y tratamos, por la elevacion de temperatura del ambiente, de elevar la temperatura del organismo de la operada cuando cae por debajo de la normal; si domina la anemia se hace descender la cabeza y la mitad superior del cuerpo, y en caso de necesidad se comprimen las extremidades por medio de vendajes en espiral.

El malestar que experimentan las pacientes y los vómitos que sufren en las primeras horas siguientes á la operacion deben ser generalmente atribuidos á la anestesia. Aumentan cuando las enfermas beben, y casi siempre los medicamentos internos son impotentes para detenerlos. Por esta razon, durante las veinticuatro ó treinta y seis horas primeras deberá limitarse el uso de bebidas. En este período las píldoras de hielo prestan servicios excelentes cuando no excitan la tos. Si los vómitos duran más de dieciocho horas, se obtiene por lo comun un éxito brillante de las inyecciones subcutáneas de morfina que contengan tambien 1 miligramo de atropina. Contra los vómitos debidos á la septicemia son impotentes nuestros esfuerzos.

Generalmente se hacen desaparecer los dolores por medio de lavativas que contengan 20 ó 25 gotas de tintura de opio. Nosotros no practicamos las inyecciones de morfina desde luego sino en las mujeres que están habituadas.

Durante las primeras veinticuatro horas la curacion rara vez es espontánea, por cuya razon debe procederse al cateterismo cada cuatro ó seis horas desde que la enferma comienza á experimentar sufrimientos. A pesar de todos los cuidados que se tengan para no servirse más que de instrumentos bien desinfectados y para lavar el meato urinario ántes de practicar el cateterismo, se observa algunas veces, cuando se ha apelado durante mucho tiempo al cateterismo, aparecer los sintomas del catarro de la vejiga.

Generalmente durante el primer día las enfermas sufren cólicos ventosos muy molestos, que pueden revestir la forma de verdaderos accesos. El vientre se abomba ligeramente. Todos estos síntomas desaparecen rápidamente desde el momento en que son expulsados todos los gases, lo que rara vez ocurre antes del tercer día y en algunas ocasiones al cuarto ó quinto. La mayor parte de las operadas comienzan en este momento á experimentar una sensacion de bienestar, signo que debe ser para el médico de buen pronóstico, porque de esta suerte queda demostrada la permeabilidad del intestino.

Es preciso vigilar con el mayor cuidado que la enferma esté acostada cómodamente, y que esté limpia.

Ya dejamos dicho anteriormente cómo la paciente debe estar acostada, y es muy raro que haya necesidad de variarla de cama antes del cuarto ó del quinto día. Pero en este momento la enferma, bien limpia de la orina y de los líquidos que puedan derramarse y salir por sus órganos genitales, debe ser llevada sobre un colchon de agua á otra cama recién hecha, evitando así las escaras debidas á un decúbito prolongado. Durante los tres ó cuatro primeros días la enferma debe estar sometida á una alimentacion exclusivamente líquida, siendo las comidas frecuentes, pero poco abundantes. Desde que no experimenta náuseas, nosotros administramos un poco de infusion de té ó de café, añadiendo, si hay necesidad, un poco de cognac.

A partir del tercero ó del cuarto día, continuando siempre la vigilancia respecto á la aparicion del menor malestar, haciendo cuanto se pueda para evitarlo y otorgando la mayor atencion á los gustos de la enferma, se le da jugo de carne, añadiéndole ó no un poco de arroz, yemas de huevo ó sopas de tapioca, café con leche, etc. A partir del sexto día, si tiene buen apetito y si se encuentra bien, puede tomar filetes, carne asada ó pollo. Durante mucho tiempo se la prohibirán las legumbres, los manjares farináceos ó susceptibles de provocar fácilmente la produccion de gases intestinales; todo ello en interes de la cicatriz abdominal. Si los vómitos persisten durante mucho tiempo se le administrarán la alimentacion y los analépticos por el recto, y se tratará de apagar la violenta sed que existe en estos casos con enemas de agua natural.

Las deposiciones prematuras pueden, provocando, á pesar de todas las precauciones, la contraccion de los músculos de la pared abdominal, impedir la aglutinacion de los bordes de la herida, ó bien, rompiendo las adherencias protectoras, facilitar la difusion en la cavidad abdominal de masas sépticas, ocasionando la fiebre de esta suerte. Tambien puede observarse en estas circunstancias la prematura caída de una ligadura.

Si se somete á las enfermas al régimen alimenticio que acabamos

de exponer, la produccion de materias fecales es poco abundante y hasta administrar un purgante enérgico á la enferma ántes de la operacion para que trascurren ocho días sin que la paciente deponga. Desde este momento no hay necesidad de asegurar artificialmente el reposo del intestino por los narcóticos. Al octavo ó noveno día se produce una evacuacion por medio de un purgante ligero y haciendo beber á la paciente mucha agua; una constipacion más prolongada puede acarrear tantos inconvenientes y tan notables como los producidos por una defecacion prematura.

Es muy importante bajo el punto de vista del pronóstico y para estar siempre en condiciones de intervenir en momento oportuno, observar con mucha atencion la marcha de *la temperatura y del pulso*. Es muy excepcional, aún en los casos en que el método antiséptico ha sido aplicado con la mayor severidad, observar la completa ausencia de fiebre. Sin embargo, nosotros hemos observado rara vez que la temperatura, que despues de la operacion está en algunos casos por debajo de la cifra normal, se eleva por la tarde del segundo y del tercer día hasta 38°,5 ó 38°,8 en la vagina (38° y 38°,3 en la axila).

Tal es el más débil grado de fiebre resultante de la presencia de una herida. Si alcanza mayor altura la curva térmica, debemos siempre investigar la causa y hacerla desaparecer lo mejor posible. Una temperatura que durante los tres primeros días pase de 39 y 40° es casi siempre debida á una infeccion séptica, excepcionalmente á una inflamacion circunscrita. Se debe pensar siempre en este caso en la posibilidad de una acumulacion de líquidos en el repliegue de Douglas. Si la temperatura se eleva solamente del quinto al octavo día, es preciso pensar en una supuracion de los tegumentos abdominales, en tanto que si se presenta más tarde, revistiendo al principio la forma continua y despues el tipo remitente, es habitualmente ocasionada por la presencia de nódulos inflamatorios intraperitoneales y enquistados, ó debida á la formacion de un absceso.

No debe cambiarse sin indicacion bien precisa el *vendaje* ántes del fin de la primera semana. Se cambiará si hay, por ejemplo, una secrecion abundante, un rezumamiento de sangre por la herida, dolor ó fiebre, ó si se supone la presencia de un foco de supuracion en la herida abdominal. Despues de haber limpiado la herida y retirado los hilos se renueva el apósito. A fin de proteger la cicatriz, todavia reciente, contra las desgarraduras, nosotros colocamos á cada lado de la herida tiras de diaquilon reunidas por vendoteles anudados por delante de ellas. Encima se coloca un vendaje de uata de mediano espesor, cubierto de una capa de seda y mantenido por una venda. Koeberlé coloca tres ó cuatro haces de hilo que se disocian y se colocan en forma de pata de ganso por una de sus extremidades, que se fijan sólida-

mente con colodion á ambos lados de la herida, miéntras que por la otra extremidad que corresponde á la línea media se reunen en haz y sirven para hacer el nudo.

La secrecion de la herida se limita generalmente á algunas gotas de pus que se vierten por los agujeros de los puntos de sutura ó por los puntos de la herida que no están en íntimo contacto. La supuracion no es abundante sino en los casos en que los bordes de la herida han sido maltratados durante la operacion, cuando la pared abdominal estaba edematosa ó muy cargada de grasa, ó bien cuando el método antiséptico ha sido aplicado de una manera incompleta, en cuyos casos no se verifica en una gran parte de la longitud de la herida la reunion por primera intencion. Como la presencia de pus á nivel de los puntos de sutura y la formacion de abscesos en la herida ó en su vecindad puede dar origen á la produccion de erisipelas ó de fusiones purulentas en la vaina abierta de los músculos rectos, es preciso por medio de una incision ó con ayuda de un estilote crear un libre camino al pus, y excusado es decir que en este caso es necesario cambiar más frecuentemente el vendaje.

En algunos casos, ántes ó despues del desprendimiento de las suturas, se encuentran separados los bordes de la herida en una mayor ó menor extension.

Es raro que este sensible accidente sea debido exclusivamente á una accion mecánica, tal como la caida prematura de los hilos, tos ó vómitos. Lo más comunmente el mecanismo es otro distinto: ha habido inflamacion de origen infeccioso en los bordes de la herida y ausencia de reunion por primera intencion, ó bien meteorismo y distension del abdómen por una peritonitis séptica. Los intestinos pueden formar hernia á traves de la herida y aún pueden aparecer fenómenos de estrangulacion. Naturalmente, en este caso se debe introducir el intestino despues de haber reducido su volúmen, si fuera necesario con ayuda de una puncion, consolidando despues la sutura mediante la aplicacion de vendoteles de aglutinante. Este fin no se logra, por otra parte, sino cuando los bordes de la herida han sido separados por accion mecánica y cuando están completamente sanos. El pronóstico en absoluto es desfavorable, no sólo bajo el punto de vista plástico, sino tambien bajo el punto de vista de la salvacion de la vida de la enferma, que está en juego desde que existe una infeccion de los bordes de la herida ó una peritonitis séptica.

Cuando ha quedado fijo el pedículo en la herida es preciso ante todo impedir la putrefaccion del pedículo, y no debe olvidarse que la gangrena se propaga muy léjos por detras del clamp y de la ligadura, siguiendo las partes centrales del muñon. Se aplicará, pues, sobre éste el hierro candente, el cloruro de zinc ó un vendaje seco, cuya uata esté impreg-

nada de esta última sustancia, pudiendo de esta suerte mantenerse los tejidos en un estado aséptico. No se debe retirar el clamp antes del décimo día, porque solamente en este momento existe una adherencia íntima entre el pedículo y el ángulo inferior de la herida. Si se retira más pronto, cae espontáneamente antes de este momento el pedículo y se hunde en la cavidad abdominal profundamente, y aún en los casos más desfavorables puede desprenderse completamente de la herida é infectar el peritoneo. También, cuando el clamp no se retira en tiempo oportuno, el ángulo inferior de la herida presenta la forma de un

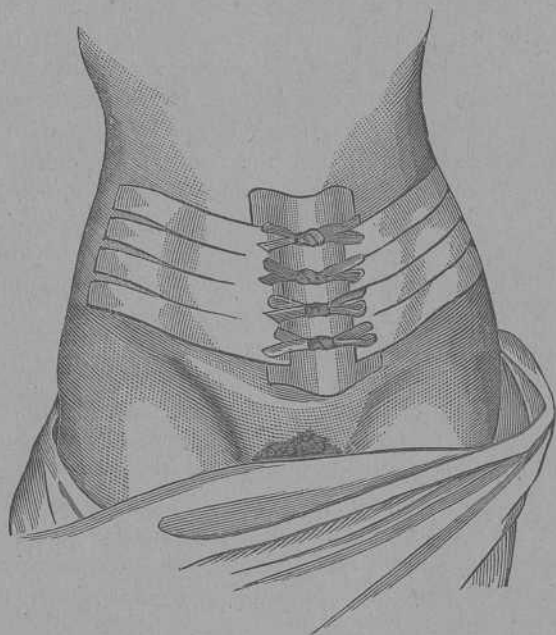


Fig. 120.

embudo más ó menos perfecta, según la intensidad de las tracciones, en el fondo del cual se ven todavía colgajos gangrenosos que no se desprenden completamente hasta en el transcurso de la tercera semana. A partir de este momento esta depresión se llena rápidamente de proliferación granulosa y de retracciones cicatriciales. Es muy raro ver á consecuencia de la abundancia de mamelones carnosos formar salida al pedículo por delante de la pared abdominal, salida que desaparece comunmente á consecuencia de un arrugamiento muy marcado que puede activarse por medio de cauterizaciones.

Art. 12. — Accidentes que pueden preceder ó seguir á la operacion.

Los casos de MUERTE SÚBITA acaecida durante la operacion ó poco tiempo despues de efectuada se cuentan afortunadamente entre las complicaciones más raras. Cuando sobreviene este accidente es preciso en algunos casos acusar á la larga duracion de la anestesia ó á la eleccion de anestésico, recordando á este propósito lo que nosotros hemos dicho en favor del éter y contra el cloroformo en las enfermas debilitadas y abatidas. Otras veces es preciso atribuir la a hemorragias procedentes de la ruptura de vasos venosos de la pelvis ó del epiploon, que han sido heridos durante el acto operatorio. Basta vigilar muy atentamente cada maniobra que se practique, modificándolas segun los casos (por ejemplo, no practicar más que la extirpacion parcial en los casos de desarrollo intraligamentoso del tumor), con lo cual estos accidentes ocurren muy rara vez. La muerte puede sobrevenir tambien muy rápidamente sin que haya hemorragia. En estos casos parece ser debida á la anemia cerebral. Este accidente tiene lugar principalmente despues de la extirpacion de tumores voluminosos, porque la sangre afluye entónces á los vasos abdominales, sometidos á una presion inferior en mucho á la presion normal.

Entre las complicaciones más extrañas colocaremos este accidente, que se designa bajo el nombre de *schoc* (choque traumático). Sólo hasta cierto punto es posible admitir una parálisis del corazon, de origen reflejo, debida á lesiones extensas de las terminaciones nerviosas en los órganos abdominales; en el caso en que ha sido necesario ejercer un traumatismo realmente grave, cuando se han destruido extensas adherencias, sobre todo adherencias intestinales. En estos casos la muerte se produce durante la operacion ó poco tiempo despues. Los experimentos sobre los animales, así como la Clínica, nos enseñan que todo traumatismo que actúe sobre el peritoneo ó sobre los órganos abdominales puede ejercer una accion refleja depresiva sobre el corazon y sobre los pulmones (1). Cuando durante una operacion hay necesidad de practicar alguna larga maniobra sobre los intestinos, se observa frecuentemente una súbita modificacion de la facies de la enferma, los ojos se hunden, el pulso se hace débil y la respiracion jadeante y superficial. Con el reposo todos estos sintomas se atenúan y desaparecen; pero se concebirá fácilmente que puede bastar un traumatismo extenso y prolongado para provocar una parálisis del corazon rápidamente mortal.

(1) Gutsch. *Ueber den Schoc*. Tesis de Estrasburgo, 1878.

Pero si no ha habido gran traumatismo; si la muerte, aunque precedida de todos los signos de depresion, no sobreviene sino al cabo de dieciocho, veinticuatro ó treinta y seis horas, será preciso buscar otra explicacion.

Las investigaciones de Wegener nos han enseñado que puede ser debida *al descenso de la temperatura del cuerpo* á consecuencia de la gran pérdida de calórico á que está sometido el peritoneo, cuando ha estado puesto al descubierto (casos en los cuales se ha descubierto el peritoneo, así parietal como visceral, y la cara superficial del tumor). Esta causa de muerte está casi siempre asociada á otras.

Supongamos, por ejemplo, un caso en que el tumor es voluminoso, que ha contraído adherencias fuertes y extensas con los órganos vecinos; será preciso practicar una ancha incision sobre la serosa; la operacion durará dos horas y media ó más; se encontrarán grandes dificultades para destruir las adherencias y asegurar la hemostasia; puede ser escasa la habilidad del operador y defectuosa la asistencia. Hé aquí una operacion larga y difícil, en la cual observaremos los fenómenos de colapso (temperatura por bajo de la normal, facies especial, postracion, pulso pequeño, lento primero y acelerado despues, respiracion superficial), fenómenos que los ingleses designan bajo el nombre de *schoc*. Tales son los síntomas que preceden á la muerte cuando acaece durante las treinta y seis primeras horas. Es incontestable que una anestesia prolongada, las hemorragias y las dificultades operatorias juegan aquí un gran papel que hay que añadir á la accion del enfriamiento. Pero la influencia de este último predomina muy frecuentemente y nosotros debemos dirigir sobre este punto toda nuestra atencion bajo el aspecto preventivo.

En fin, pueden verse los fenómenos del choque combinarse con los de la septicemia más aguda, y es una verdad que muchos fenómenos descritos anteriormente bajo el nombre de *schoc* deben ser colocados entre los de la septicemia porque coexisten con una elevacion manifiesta de la temperatura y aun con alteraciones anatómicas del peritoneo.

Las lesiones de vecindad más importantes son las del intestino, las de la vejiga y las del uréter.

Lo más frecuentemente estos órganos se desgarran ó se cortan cuando se destruyen las adherencias; inmediatamente despues colocaremos los casos de picaduras del intestino, picaduras hechas durante la sutura, ó, como en el caso de Heath (1), puede herirse el intestino cuando se prolonga la herida abdominal, ó bien cuando, con el bisturí ó con

(1) Heath. *Vischer Orvosi hetilap.*, 1876, núm. 25.

las tijeras, se practica la primera incision. El tratamiento de las heridas del intestino y de la vejiga varía segun la extension y la forma de la herida. Si la desgarradura ó la incision son pequeñas, se cogen los bordes de la herida con una pinza, se los levanta y se practica una sutura con seda lo más fina posible. Si la herida es muy extensa, despues de haber regularizado los bordes de la misma se debe colocar una sutura anudada, regular, que afronte completamente los labios del peritoneo, ligeramente vueltos hácia afuera. No es preciso suturar el intestino á la herida abdominal (1) y practicar así un ano artificial, sino cuando la herida es muy extensa, muy irregular, y cuando la reseccion del intestino, á consecuencia de la extension de las lesiones, parece impracticable.

Los cuatro casos hasta ahora conocidos de *lesion de los uréteres*, que han curado todos, ofrecen un gran interes. En todos estos hechos se trató de extirpaciones muy complicadas de tumores desarrollados en el interior de los ligamentos, ó bien de casos en que ha habido necesidad de practicar á la vez la ablacion del útero y de los dos ovarios (Walther Simon). El uréter fué, ya cortado durante la operacion, ya cogido en una ligadura. En todos desde el principio la orina se derrama en la cavidad peritoneal, más tarde sale por una fístula uretero-abdominal situada en el ángulo inferior de la herida. Sin embargo, se ha visto en un caso que el uréter, cuya extremidad vesical estaba obliterada, no abrirse directamente en la cicatriz de la pared abdominal, sino comunicar desde el principio con una especie de pequeño reservorio colocado entre la pared abdominal y la vejiga.

En el primer caso — extirpacion del útero y de los ovarios por Walther d'Offenbach — la orina se vaciaba por el uréter izquierdo, siguiendo el pedículo que estaba fijo por fuera del peritoneo. Gustavo Simon curó la enferma extirpando el riñon izquierdo (2).

El segundo caso fué observado por Nussbaum. Este cirujano tenía que disecar un tumor que había contraído anchas adherencias con el revestimiento peritoneal del útero; había fijado el pedículo en un magullador metálico. Retiró el magullador al cabo de once días y debió emplear una gran fuerza, escapándose en este momento una cantidad considerable de orina por la herida abdominal. Nussbaum hizo un nuevo uréter. A este fin creó un camino desde la vejiga al reservorio urinario que estaba detras de la herida abdominal, haciendo pasar un trocar por el uréter, y mantuvo abierto este conducto por medio de una cánula hasta que curó la fístula.

(1) Protheroe Smith. *Lancet*, 4 de Marzo de 1871.

(2) *Chirurgie der Nieren*, parte I. Erlangen, 1871.

Hegar y Müller siguieron la misma conducta. Hegar, habiendo cortado el uréter enucleando un tumor intraligamentoso, hizo una herida en la vejiga y ensayó suturar el uréter. Esta tentativa fracasó y la orina se derramaba en parte por la herida abdominal y en parte por el desagüe vaginal. Después de haber retirado este último, el orificio situado en el espacio de Douglas se oblitera y la orina se derramaba solamente por la herida abdominal. Entonces el operador practicó un uréter artificial punccionando la vejiga. La fistula abdominal se estrechó muy lentamente, y al cabo de nueve meses no quedaba más que un canal capilar, por el cual se escapaban únicamente muy pequeñas cantidades de orina.

En el caso de Müller (1) el operador no había extraído más que una parte del tumor y había suturado en la herida abdominal el segmento intraligamentoso inferior del tumor. Hasta el décimo día todo marchaba regularmente; después se formó en la profundidad una fistula urinaria que se prolongaba hasta el uréter. Se hizo comunicar el uréter con la vejiga reuniendo ésta á la herida y tratando de obturar esta última por muchas operaciones plásticas sucesivas. En Septiembre de 1879 quedaba todavía una pequeña fistula.

Debemos siempre temer complicaciones cuando la operacion comenzada no ha sido terminada. Hacemos aquí completa abstraccion de los casos en los cuales se propone solamente el operador hacer una incision exploradora (2), para esclarecer un diagnóstico ó para precisar si debe intentarse una operacion; no hablaremos tampoco de los casos en los cuales la pared abdominal ha sido abierta y después cerrada porque el cirujano ha podido apreciar que la situacion no permite una tentativa quirúrgica. Para nosotros la *ovariotomía es incompleta* cuando se ha comenzado ya la extirpacion del tumor, cuando se le ha punccionado, cuando se han destruido adherencias y que en este momento durante la operacion misma se ha reconocido que esta última era impracticable ó que exponía á peligros muy considerables.

(1) Tercera sesion de la seccion de Ginecología del Congreso de Baden. (*Ueber unsere Glarnleiter fistula.*)

(2) La incision exploradora tiene indicaciones más y más limitadas desde los progresos recientemente realizados en el diagnóstico de los tumores abdominales y en el manual operatorio. Se extirpan hoy gran número de tumores que hasta poco há se consideraban inoperables (tumores del útero, del bazo, del epiploon, hidronefrosis, quistes hidáticos). Si no se puede extirparlos, se puede, después de la laparotomía, intervenir de otra manera. En cuanto á los tumores del ovario, la incision exploradora no puede ser propuesta sino cuando se trata de determinar la situacion desfavorable de un tumor ó su naturaleza maligna. En el primer caso podemos resolvernos á trasformar la operacion practicando el desagüe ó la extirpacion parcial. En el segundo caso la incision exploradora es una operacion que, visto el peligro de la peritonitis, no se intentará sino cuando se hayan puesto en práctica todos los demas procedimientos sin éxito alguno.

Merced á los progresos del manual operatorio estos casos son ahora raros en extremo. Cuando existen adherencias parietales ó intestinales, no son éstas solamente las dificultades del manual operatorio que nos obligan á interrumpir la operacion. Si se trata de un quiste supurado puede temerse, en efecto, ver derramarse el contenido del tumor en la cavidad abdominal; si el tumor es maligno puede reconocerse que por las adherencias se ha propagado á los órganos vecinos. Debemos, en fin, abstenernos de terminar la operacion cuando existen adherencias íntimas con los órganos de la pelvis, ó es preciso correr el riesgo de herir los gruesos troncos vasculares pelvianos, la vejiga ó los uréteres.

En las ovariotomías incompletas el tratamiento debe ser análogo al que nosotros hemos indicado al tratar de la extirpacion parcial y metódica de los quistes intraligamentosos con sutura del saco á la herida abdominal (véase el art. 7.º). Tambien en este caso el tumor que ha sido abierto por una puncion ó por una incision, ó que ha sido parcialmente extirpado, debe ser aislado del peritoneo. Tambien se practicará una sutura que unirá la superficie entera del tumor á los labios de la herida, se multiplicarán las inyecciones antisépticas y se pondrá en práctica el desagüe vaginal para evitar la putrefaccion y la estancacion de productos segregados. En ambos casos la porcion que ha quedado debe desaparecer por supuracion, pero el peligro es aquí más considerable porque debe abandonarse no solamente un segmento abdominal del tumor, sino toda una parte del tumor que ha sido extraida del abdomen, haciéndose de esta suerte muy considerable la superficie supurante. La mujer está expuesta á los peligros de una infeccion séptica inmediata, y más tarde, si escapa de este riesgo, sucumbe frecuentemente á un agotamiento supuratorio, estando su vida en constante peligro por peritonitis intercurrentes, flemones desarrollados alrededor del saco y trombosis con pihemia consecutiva.

El pronóstico se hace aún más deplorable cuando los fragmentos sólidos del tumor han sido extraidos y cuando las partes que quedan están picadas y no pueden ser reunidas á la pared abdominal y aislarse de la cavidad peritoneal. Rara vez basta en este caso el desagüe más completo para eliminar completamente los restos del tumor.

Las *hemorragias secundarias* tienen casi siempre su origen en los vasos del pedículo, en las superficies de las adherencias que se han destruido y en el tejido celular: rara vez provienen de los labios de la herida abdominal. Sin embargo, Bayless (1) ha visto una operada sufrir una hemorragia procedente de una arteria de la pared abdominal veinte horas despues de la operacion.

(1) *Saint-Louis. Med. and. Surg. Journal*, Marzo, 1853.

Las hemorragias secundarias sobrevienen en las veinticuatro primeras horas que siguen á la operacion, ó son tardías y se presentan del octavo al duodécimo día; segun la salida de la sangre y segun el método de tratamiento seguido, la hemorragia es externa ó interna. En un solo caso se efectúa á la vez en las dos direcciones: cuando una hemorragia en su principio interna se fragua salida hácia afuera á través del ángulo inferior de la herida que permanece abierto.

Cuando el pedículo ha sido fijado por fuera del peritoneo la hemorragia es por lo comun debida á que el pedículo ha sido seccionado por el clamp ó por el hilo del magullador, ó á que ha sido desgarrado cuando se ha retirado el clamp prematuramente. En otros casos se trata de una erosion de los vasos de un pedículo que no se ha mantenido en un estado perfectamente aséptico. Miéntas el pedículo esté suficientemente unido á la herida abdominal se puede coger el vaso que sangra directamente con una pinza y ligarle, ó bien taponar el embudo situado en el ángulo inferior de la herida con uata impregnada en la disolucion de percloruro de hierro. Pero si el pedículo está parcial ó completamente separado de los bordes de la herida, debe abrirse de nuevo el ángulo inferior de ésta y ligar el pedículo, ya en masa, ya parte por parte.

En un caso en que había producido una hemorragia semejante al duodécimo día, Koeberlé se vió obligado, despues de un taponamiento infructuoso, á aislar el pedículo, que aún estaba un poco adherido á la pared abdominal, y á coger la arteria ovárica, que daba sangre, con una pinza que hizo penetrar á 6 centímetros de profundidad entre las asas del intestino delgado, en la cavidad abdominal: la enferma curó. En estos casos difícilmente puede evitarse tener que recurrir al desagüe vaginal ó abdominal, porque el peritoneo está infecto á consecuencia de su contacto con la cara superficial del pedículo gangrenado.

Las *hemorragias intraperitoneales secundarias* tienen una gravedad muy diferente segun los casos.

Si la sangre proviene de la superficie de las adherencias que han sido destruidas, no se observa frecuentemente más que un exudado peritoneal teñido en sangre. En los casos más desfavorables — casos por lo general rápidamente mortales — la hemorragia es debida á la caída de ligaduras colocadas sobre el pedículo ó sobre el epiploon. Gracias á los progresos realizados en el manual operatorio estos accidentes funestos pueden evitarse de una manera casi absoluta, en tanto que antiguamente, cuando siempre se ligaba en masa el pedículo, no eran muy raros. Se reconocen las hemorragias intensas en los síntomas de anemia, en el levantamiento doloroso de las dos regiones inguinales y en el gran descenso del repliegue de Douglas. En estos casos de hemorragia intensa el único recurso consiste en volver á abrir la cavi-

dad abdominal y renovar las ligaduras. En muchos casos el diagnóstico entre una hemorragia interna y una septicemia aguda con exudado peritoneal puede ser difícil algunas veces. En esta alternativa el cirujano está cumplidamente autorizado para abrir la pared abdominal con objeto de establecer el desagüe.

Otras veces la hemorragia es catamenial y aparece mucho tiempo después de la operación. Estas hemorragias, á consecuencia de su poca extensión, dan lugar á muy corto número de síntomas, pero pueden ser la causa de una recidiva en el caso de existir una pelvi-peritonitis ya curada, y por la cantidad de sangre derramada pueden poner la vida de la paciente en grave riesgo.

Después de la ovariectomía las causas más frecuentes de muerte son la *septicemia* y la *peritonitis*. Ambas reconocen como punto de partida la penetración de gérmenes en la herida.

La muerte puede ser ocasionada por la septicemia antes de que se produzcan cambios apreciables en la cavidad abdominal, ó sin que la autopsia demuestre otra cosa que un aspecto empañado del peritoneo, un ligero edema del tejido celular retroperitoneal ó la presencia de una pequeña cantidad de exudado sero-sanguinolento.

En la mayor parte de los casos se encuentra á veces una peritonitis más ó menos extensa. Los gérmenes que se han introducido descomponen los líquidos, y éstos se corrompen é irritan el peritoneo, produciéndose una reabsorción y la intoxicación pútrida. La septicemia y la peritonitis raras veces están dissociadas; en otros términos, la septicemia conduce generalmente á una peritonitis difusa (1).

Bajo el punto de vista clínico la enferma presenta, ya los síntomas de una afección séptica, ya los de una peritonitis; en otros casos el estado de colapso en el cual se encuentra la enferma imprime al caso un sello especial. La fiebre, en razón á todas estas circunstancias, no presenta ningún tipo especial; generalmente á las veinticuatro horas, cuando la temperatura de colapso del principio ha desaparecido, se ve al termómetro elevarse á 39°, á 40° y aún por cima de esta cifra. Pero no es ésta siempre la regla general. La temperatura no se mantiene á tan alto grado constantemente, sino que por caídas intermitentes vuelve á descender á la normal, lo que está en contradicción con la gravedad del padecimiento. El pulso nos ofrece signos más positivos porque aumenta de frecuencia hasta el final y al segundo día late 120 ó 140 veces por minuto, siendo pequeño, fácilmente depresible é irregular. Además predominan entre los síntomas de la enfermedad los fenóme-

(1) La peritonitis no sobreviene siempre inmediatamente después de la operación; su aparición puede ser tardía y ser debida á la ruptura de un absceso ó á la perforación de un asa intestinal.

nos de la peritonitis, sensibilidad á la presion en el abdómen, meteorismo y vómitos especiales. Nuestra terapéutica es impotente contra la septicemia primitiva, y aun nosotros creemos, despues de nuestra experiencia, que en los casos de accidentes difusos no ha podido jamás ser conjurada la muerte por la decision heroica de abrir de nuevo la cavidad abdominal desde el momento en que aparecen los síntomas sépticos y eliminar por un desagüe secundario los exudados que se corrompen (1). Los narcóticos en casos muy raros han producido éxito, impidiendo, á consecuencia del reposo del intestino, la difusion de las materias pútridas y localizando de esta suerte la enfermedad. Su empleo está ademas indicado á causa de los dolores y de la agitacion, ademas de la accion que tambien parece que ejercen, y muy activa, contra los vómitos. Koeberlé (2) ha empleado con satisfactorio éxito la bomba estomacal contra los vómitos y el meteorismo. Si á consecuencia de ser muy notable este último síntoma existiera una gran dificultad respiratoria, puede aliviarse á la enferma puncionando el intestino con un trocar capilar. Es tambien necesario puncionar los intestinos cuando éstos vienen á separar los labios de la herida abdominal y es imposible reducirlos por ningun otro medio.

El proceso infeccioso no siempre está generalizado. Los fenómenos de exudacion y de reabsorcion pueden, en los casos favorables, limitarse á una pequeña region del peritoneo en la cual las sustancias descompuestas se enquistan afortunadamente. Tenemos desde entónces un foco circunscrito sero-sanguinolento, purulento ó pútrido, que tiene su asiento en la cavidad peritoneal. En este caso se observa la produccion de algunos signos de absorcion pútrida en los primeros días; elevacion de la fiebre, vómitos, sequedad de la lengua y aun delirio; pero la parte superior del abdómen permanece blanda é insensible, mientras que puede fácilmente reconocerse el foco enquistado en el repliegue de Douglas.

Si entónces no se obra, se ve generalmente sobrevenir la muerte por septicemia ó por rotura del quiste en la cavidad abdominal; siendo muy raro observar que el absceso se abra espontáneamente hácia afuera en una buena direccion, á traves, por ejemplo, del ángulo inferior de la herida abdominal. Es, pues, preciso, desde que se ha reconocido su existencia, vaciar el quiste artificialmente por la vagina. Cuando confina con la pared abdominal, ó bien cuando amenaza abrirse en un punto de ella por perforacion espontánea, puede practicarse el lavado del saco. Spencer Wells, Keith, Freund y otros autores han ob-

(1) Véase la práctica de Schroeder. *Deutsche Med. Wochens.*, Marzo, 1879.

(2) *Archiv. de Tocologie*, Julio, 1876.

tenido resultados muy satisfactorios de la apertura de focos así enquistados.

Una forma de peritonitis completamente diferente de las anteriormente descritas es la que está caracterizada por su principio tardío y su marcha crónica. Aparece cuando las materias duras y secas, tales como, por ejemplo, hilos de ligadura insuficientemente desinfectados, provocan la inflamación ó son vehículo de agentes infecciosos.

En estos casos los tejidos ligados constituyen, en ausencia de los líquidos putrescibles, la sola y única causa de septicemia, faltando los síntomas de ésta como primitiva. La fiebre no es elevada ó no aparece sino al cabo de la primera semana. En la segunda y en la tercera podemos reconocer la presencia de nódulos de exudado alrededor de fragmentos de epiplon, de adherencias que han sido destruidas y del pedículo que ha sido ligado. Los productos inflamatorios enquistados se reabsorben frecuentemente, afectando entonces la fiebre el tipo remitente. En otros casos se produce un absceso intraperitoneal (empiema abdominal circunscrito) y el foco se rompe. Generalmente esta rotura se hace en una buena dirección, hacia el exterior ó en los órganos vecinos (intestinos, vejiga, vagina) y solamente — en estos casos es un hecho excepcional — hacia la parte de la cavidad abdominal que queda libre.

Lo más frecuentemente, la perforación se verifica en el recto y en la pared abdominal; el pus se vierte acompañado de grandes colgajos de tejidos á los cuales permanecen atados los hilos de las ligaduras (1). Después de la extirpación de un quiste intraligamentoso, Kaltenbach se vió obligado á ensanchar con la laminaria el orificio de la perforación que se había hecho en el ángulo inferior de la herida con el fin de permitir la eliminación de numerosos colgajos de tejidos gangrenosos que habían sido ligados, ya con seda, ya con catgut.

A veces se observa la producción de una trombosis venosa extensa que tiene su asiento en los vasos del pedículo ó en otras masas de tejidos cogidos con la ligadura. Esta trombosis puede propagarse hasta las venas de la pelvis y del muslo, y seguir la vena espermática hasta la cava. Puede también observarse la producción de una *flegmasia alba dolens* doble, y en algunos casos, aunque raros, una embolia pulmonar mortal. Las trombosis vasculares pueden estar infectadas por los nódulos purulentos ó pútridos que tienen su asiento en el peritoneo, ó bien por la gangrena del pedículo fijo por fuera de esta serosa. Este trombus puede disgregarse y dar origen á múltiples embolias pióémicas.

(1) Hegar. *Wolkmann's Klinik. Vorträge.*, núm. 109.

En algunos casos la muerte despues de la ovariectomía debe ser atribuida á un aniquilamiento debido á la supuración.

Un accidente que no es muy raro es la *oclusion intestinal*, que puede producirse de maneras muy diferentes. A veces es preciso acusar al cirujano, que ha cogido en la sutura un asa intestinal y la ha atraído con el pedículo fuera de la herida de la pared. Schuh y Schinzinger han visto en la segunda semana despues de la operacion producirse una torsion del intestino por donde hasta entónces todo había pasado bien. En el caso de Schinzinger la torsion había sido ocasionada por

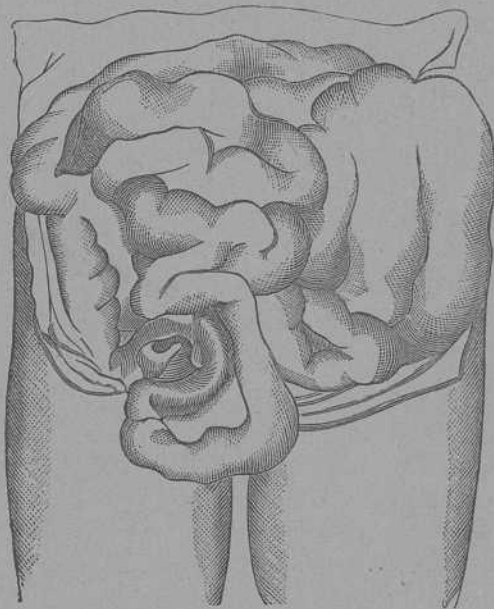


Fig. 121.

el retraimiento del mesenterio, pero ordinariamente el mecanismo es muy diferente. Las asas intestinales (1) están rodeadas por el pedículo fuertemente extendido, y fijadas en la herida abdominal por un largo cordón, vestigio de una adherencia, ó por una parte del epiploon adherente, etc., pudiendo, en fin, hacer un pliegue del intestino á consecuencia de adherencias contraídas por el pedículo con la pared ab-

(1) Schroeder (*Berl. Klin. Wochens.*, 1879, núm. 1 °) ha visto ser sujetado el recto por el pedículo por delante de la articulación sacro-ilíaca.

dominal (1), con el fondo de la cavidad pelviana, la pared de un absceso ó de un órgano cualquiera abdominal (vejiga, útero).

La *fig. 121* representa un caso de esta naturaleza, observado por Spencer Wells.

Se trataba de una parte del intestino delgado, vecina de la válvula ileo cecal, enrollada alrededor del pedículo; la obstrucción era debida á una fuerte flexión entre las partes adherentes del intestino delgado y las partes libres, que estaban ampliamente dilatadas.

No es raro ver combinarse estos dos últimos mecanismos.

Se puede ver, por ejemplo, á un asa intestinal vecina del punto adherente, no sólo plegarse, sino también volverse más ó menos alrededor de su eje. La disposición de estos órganos puede también ser de tal manera complicada que sea muy difícil reconocerlos aún sobre la mesa de autopsias.

Finalmente, un ojal abierto artificialmente durante la operación en el epiploon ó el mesenterio, puede constituir la causa de la estrangulación. (Véase el art. 7.º del cap. III.)

La oclusión intestinal puede aparecer en los primeros días que siguen á la operación, ó semanas ó meses después. En el primer momento se la desconoce con facilidad suma, porque los vómitos, el estreñimiento, la imposibilidad de expulsar gases inmediatamente después de la operación son frecuentemente síntomas que se atribuyen á otras causas.

El diagnóstico es difícil cuando al propio tiempo existen fiebre y peritonitis, porque en este último caso existen casi siempre signos de oclusión intestinal. El diagnóstico es fácil, sobre todo cuando los signos de oclusión interna se producen tardíamente después de una convalecencia hasta entonces normal y cuando estos signos se presentan bajo la forma aguda, pero sin fiebre.

Desde el momento en que se ha establecido el diagnóstico, debe abrirse de nuevo la cavidad abdominal, investigar la causa de la estrangulación y destruirla cuando esto es posible. Los casos más favorables son aquellos en los cuales existe una simple torsión del intestino (enroscamiento de bridas á su alrededor), ó rotura del mismo á consecuencia de estrechas adherencias. Pero las probabilidades de éxito disminuyen cuando se trata de una peritonitis que ha dado origen á adherencias muy extensas, porque en este caso las superficies adherentes que han sido separadas se adhieren de nuevo, dando lugar á una oclusión mortal.

(1) Olshausen ha observado que puede verse sobrevenir la oclusión, en los casos de antiguas adherencias del pedículo al intestino, cuando el pedículo está fijo á la herida abdominal y atrae al último. (Véase *loc. cit.*, pág. 363.)

Los resultados de la operacion parece que han sido muy poco favorables hasta ahora. En muchos casos operados por Hegar en nuestra clinica solamente dos veces ha logrado destruir radicalmente la oclusion. De estos dos casos, en uno de ellos existía una brida alrededor del intestino; en el otro existía una íntima adherencia con la pared de un gran absceso intraperitoneal, que fué abierto al mismo tiempo. La primera enferma murió diez días más tarde (seis semanas despues de la operacion) (1).

Debemos fijar toda nuestra atencion en el tratamiento preventivo. Cuando el pedículo es corto, ó está adherido al intestino, no se debe, bajo ningun pretexto, fijar aquél por fuera del peritoneo. Ya hemos descrito anteriormente las reglas que deben presidir á la limpieza del peritoneo y á la aplicacion de las suturas. Se evitan las adherencias del intestino cogiendo el peritoneo en la sutura y separando el epiploon por detras de la herida abdominal. Es preciso cuidarse de no destruir, por la irradiacion del hierro candente, por lesiones mecánicas ó por el empleo de los antisépticos muy concentrados, el epitelio del peritoneo.

Debemos siempre vigilar el epiploon, destruir las bridas que puedan unirle a la pared abdominal ó á los órganos de la pelvis, obturando los orificios que resulten de la ablacion de partes más ó ménos extensas, etc.

En ciertos casos se observan despues de la ovariectomía *fistulas* por las cuales se escapan las materias fecales, que son siempre debidas despues de la operacion á que la perforacion se establece sobre un punto limitado, ó bien á que un exudado enquistado se rompe á la vez en el intestino y en la parte de la herida que permanece abierta.

Finalmente, las *fistulas* fecales pueden tambien ser producidas por picaduras hechas en el intestino en el momento de aplicarse los puntos de sutura. En un caso de Lyon (2) la herida abdominal estaba incompletamente cerrada; en el fondo se veía un asa intestinal adherente presentando muchas perforaciones de la extension de una cabeza de alfiler, por las cuales se escapaban hacia afuera los gases y las materias fecales. No se obtuvo resultado alguno de las muchas tentativas operatorias que se hicieron. Keith en un caso (3) observó que se formaba un exudado pelviano alrededor del pedículo que había sido introduci-

(1) Citamos como hecho curioso la observacion de Jenks. Este autor vió una enferma que, á partir del noveno día despues de la operacion, presentaba signos de oclusion intestinal. El vigésimo primero día tenía una timpanitis enorme; se la vuelca sobre la cabeza y expele de golpe una gran cantidad de gases por el ano. (*Sur le traitement de la timpanite après l'ovariotomie par le renversement du corps. Amer. Journ. of Obstetr.*, Julio de 1878, página 513.)

(2) *Glasgow. Med. Journ.*, 1867, pág. 161.

(3) *Glasgow. Med. Journ.*, 1867, pág. 295.

do en la cavidad abdominal, cuyo exudado atravesó rompiendo la pared abdominal y después el recto. Después de algun tiempo se observó que además del pus atravesaban el orificio de la pared abdominal algunas materias fecales. La fistula curó espontáneamente. Bryant (1) observó en un caso que los hilos de las ligaduras eran rechazados algunos meses después de la operación por un ano contranatural situado en el ángulo inferior de la herida. En un caso de Spencer Wells, el pedículo, sobre el cual fueron colocados hilos de ligaduras cortados muy al rape, fué después introducido en la cavidad abdominal: un hilo que había sido colocado alrededor de una fuerte adherencia situada en la fosa iliaca izquierda, tenía un cabo que pasaba á través de la herida abdominal. Se observó que á lo largo de este hilo se derramaba primero un poco de pus y después materias fecales. La enferma murió á los veinte meses de la operación, encontrándose en la autopsia, entre el hueso iliaco, el recto y el borde izquierdo del intestino, una cavidad llena de pus que por una parte comunicaba con el recto y por otra con las asas intestinales. Además conocemos las observaciones de Atlée (2), Olshausen (3) y A. Doran (4).

No es raro que la abertura del intestino sea bastante accesible para que pueda cerrarse por medio de una cauterización ó de una sutura. Si el conducto intestinal está, no solamente destruido en un punto de su pared, sino que presenta un espolon, es preciso intentar la reunión, haciendo la operación del ano contranatural (destrucción del ángulo saliente por medio de las tijeras de Dupuytren, etc.). Si la fistula intestinal es muy profunda, comunica con un absceso intraabdominal por un largo trayecto fistuloso. En este caso es preciso limitarse á cuidados de limpieza, vigilando para que no haya retención de los productos segregados por la herida. La fistula se cura algunas veces espontáneamente, como ocurrió en los casos de Keith y Atlée.

Una causa de muerte relativamente frecuente es el tétanos. A los 24 casos reunidos por Olshausen pueden añadirse los 7 nuevos citados por Bardenheuer (5), Boye (6), Gilmann Kimball, Gregory y Parvin (7), en cuyos 31 casos sólo en 4 había sido introducido el pedículo en la cavidad abdominal (Kimball, Stilling (8), Boye). Pero Kimball

(1) *Lancet*, Febrero, 1868.

(2) *Diseases of the ovaries*, pág. 398.

(3) *Americ. Journal of Med. Sciences*, Octubre, 1871, pág. 409.

(4) *Krank. d. Ovarien*, pág. 381.

(5) *Perforating ulcers of the ileum from obstruction after ovariectomy*. *Brit. Med. Journal*, 1879, t. I, pág. 286.

(6) Comunicación escrita.

(7) Boye. *Howitz Gynäk. Obst. Med.* 1878, t. II.

(8) Para los tres últimos, véase Th. Parvin de Indianapolis. *Tetanus after ovariectomy*. *Gynäk. Transact.*, t. II, 1878.

había fijado en la herida abdominal un fragmento del epiploon ligado, y en el caso de Stilling el pedículo había sido cogido en un clamp provisional. Quedan, pues, dos casos en los cuales el pedículo había sido introducido en la cavidad abdominal, contra 27 en los cuales el pedículo había sido fijado á la herida y cogido con cepos, hilos metálicos ó grandes agujas. Estas cifras demuestran que el tratamiento extraperitoneal del pedículo entraña bajo el punto de vista del tétanos, como complicacion, verdaderos peligros que quedan casi por completo eliminados con el tratamiento intraperitoneal de aquél.

Para explicar la frecuencia relativamente grande de esta complicacion debemos recurrir desde luégo á una accion traumática, á una irritacion permanente de los nervios del pedículo por compresion incompleta ó irregular, á una rasgadura cuando se cambia el apósito ó cuando se retira el clamp. Es probable que la compresion insuficiente ó irregular del pedículo juegue un papel muy importante. Tan es así, que Stilling, en tres de sus casos de tétanos, observó que se presentaron hemorragias secundarias por el pedículo. Se había practicado la hemostasia aplicando hilos muy apretados. Tambien en los dos casos de Kaltenbach es dudoso que se hubiera ejercido una compresion suficiente. En un caso el pedículo era grueso y ancho y parecía poco á propósito para la aplicacion de un clamp; en el otro, despues de retirar este instrumento, se observó bajo la escara negra un filamento blanco, cuya naturaleza no fué examinada despues. Cuando se le cogió con una pinza, la enferma, que hasta entónces nada había sentido, acusó un vivo dolor. Dos días despues, al décimosexto de la operacion, se observaron los primeros síntomas de trismo. En el caso de Rose (número 19 del cuadro de Olshausen) el pedículo estaba de día en día más apretado por una ligadura. No podemos saber si las temperaturas bruscamente desiguales ó la infeccion juegan un papel importante en la produccion del tétanos.

La enfermedad se declara generalmente al fin de la primera semana, y la muerte sobreviene al cabo de dos ó tres días. Sin embargo, se ha observado aparecer el tétanos el décimosexto día y durar ocho ó nueve. Hasta ahora no se conocía más que el caso de Spencer Wells que terminó por curacion. Este autor empleaba como tratamiento hacer aplicaciones del curare sobre la herida de un vejigatorio y sobre el pedículo (de un dozavo á un cuarto de grano). En todos los demas casos, el opio, el cloroformo, el cloral, el curare, el haba del Calabar y la atropina han sido absolutamente impotentes.

Bajo el punto de vista profiláctico se debe ante todo comprimir los nervios del pedículo hasta el grado necesario para obtener la destruccion completa de la corriente nerviosa, debiendo ademas preferir el método intraperitoneal, con el cual se elude mejor la funesta influen-

cia del traumatismo y acaso la de la temperatura ó la de la infeccion.

Art. 13. — Pronóstico de la ovariectomía.

El pronóstico de la ovariectomía depende ante todo de la aplicacion completa del método antiséptico, de las condiciones higiénicas de la habitacion donde se opera, y, en fin, de la destruccion de todas las causas capaces de ocasionar la infeccion (1).

La disposicion anatómica del tumor, su estructura, la regularidad con que ha sido practicada la operacion, juegan ademas un importante papel.

Ya dejamos hecha mencion de algunos de los peligros que ofrece la ablacion de un tumor maligno, reblandecido y friable, ó que contenga materias infecciosas ó fácilmente corruptibles.

Cuando no es posible la disminucion de volúmen del tumor, cuando ofrece extensas adherencias, cuando está unido á los órganos de la pelvis, resulta, no solamente un traumatismo más considerable (incision más larga, herida más grande, hemorragia más considerable y lesiones de vecindad), sino que tambien parecen más favorables las condiciones de la operacion para la produccion de la septicemia.

En fin, la dificultad de obtener una hemostasia completa á nivel de las superficies de las adherencias que han sido destruidas, ó del tejido celular disecado; la larga duracion del acto operatorio, es decir, del tiempo durante el cual han estado actuando sobre la cavidad abdominal los gérmenes infecciosos de la atmósfera, son otros tantos elementos que deben tomarse en consideracion cuando se trate de determinar el pronóstico sobre el resultado probable de una ovariectomía. Parece casi cierto, en fin, que en todos los casos en que el traumatismo ha sido muy intenso, los tejidos comprimidos y maltratados ofrecen una fuerza de resistencia menor contra la accion de los gérmenes, al abrigo de los cuales no es posible operar jamás.

Es cierto que la larga duracion del acto operatorio tiene todavía otro modo de actuar: el enfriamiento. Una anestesia prolongada es igualmente desfavorable, y de ello nos hemos ocupado tambien anteriormente.

(1) Los grandes hospitales son poco á propósito para la práctica de la ovariectomía. Mientras que durante nueve años, en el transcurso de los cuales Spencer Wells ha operado en el *Hospital Samaritano*, pequeño establecimiento construido al efecto, en 296 casos la mortalidad fué de 22,29 por 100; en *Guy's Hospital*, en 82 operaciones la mortalidad fué de 54,24 por 100; en *Bartholomew's Hospital*, de 61,90 por 100 en 21 operaciones; en *Saint-Thomas*, de 55,17 por 100 en 29 operaciones, y en *Saint-Georges*, de 72,72 por 100 en 10 operaciones. Véase Spencer Wells. *Brit. Med. Journ.*, 1875, 3 de Marzo.

Fuera de la importancia que es preciso atribuir al estado anatómico del tumor, á la duracion y á la intensidad del traumatismo operatorio, es preciso tener en cuenta como factores de la más alta importancia la habilidad y la destreza del operador y la eleccion de casos. Hagamos notar que queriendo muchos operadores elegir bien los casos en que han de operar, se van mucho más léjos de lo que debieran ir en interes verdadero de las enfermas. Nosotros podemos hacer esta observacion principalmente á propósito de tanta estadística magnífica de las cuales son excluidos todos los casos complicados. Sus autores, en la eleccion que han hecho de los casos operados, se abstienen de manifestar si las indicaciones de la operacion eran sin embargo bien precisas.

Las demas circunstancias tienen menor importancia. Es cierto que un buen estado general en el momento de la operacion es muy satisfactorio, pero en último término es un factor de menor influencia que lo que hasta poco há se ha creido sobre los resultados de la operacion.

Si la edad avanzada de la enferma es una circunstancia desfavorable, es porque se atiende ménos á la disminucion de la fuerza de resistencia del organismo que á la naturaleza del tumor, por lo comun maligno en este caso. A esta edad se encuentran, en efecto, más frecuentemente que en los individuos jóvenes, tumores mixtos con predominio de las partes sólidas ó tumores malignos. Cuando el tumor es muy antiguo, las adherencias son por lo comun más extensas y más fuertes. Koeberlé ha obtenido sus mejores resultados en mujeres de treinta á treinta y cinco años, y Spencer Wells en mujeres de veinticinco á cuarenta y cinco. En cinco niñas, entre dos y doce años, que han sido operadas se ha obtenido la curacion en tres (1).

Art. 14. — Consecuencias de la ovariectomía.

El estado de las mujeres en las cuales se ha practicado con éxito una ovariectomía es interesante bajo muchos puntos de vista. Hubo un tiempo en que los adversarios de la operacion decían que la mujer quedaba debilitada y que la curacion no era duradera. Esta opinion ha sido completamente refutada por los resultados obtenidos por Spencer Wells, por Keith y por otros muchos, merced á los cuales han hecho investigaciones muy curiosas sobre el porvenir que está reservado á las enfermas que ellos han operado.

La ovariectomía unilateral no altera en manera alguna las funciones genitales. Las mujeres quedan en estado de poder menstruar regularmente, concebir y tener hijos. Pueden tener hijos de ambos sexos

(1) Schwartz. *Vorträge auf d. Kasseler Naturforscher Versammlung*

y partos gemelares y trigemelares (1). El instinto genital no experimenta cambio alguno.

La ovariectomía bilateral ejerce la misma influencia en la mujer que la castración. En este caso es muy difícil atribuir de una manera exclusiva á la operación el debilitamiento de las funciones sexuales, y especialmente del instinto genital, porque la esterilidad generalmente era ya producida por la afección de los dos ovarios.

Por lo común las mujeres quedan perfectamente curadas después de la operación. Unas mueren de enfermedades intercurrentes agudas ó crónicas de naturaleza muy diversa, y que en manera alguna son originadas por la enfermedad anterior; otras, en pequeño número, después de meses y aun de años son afectadas de cáncer de los órganos abdominales ó de una afección benigna del otro ovario. En el primer caso se trata simplemente de recidivas del tumor maligno que ha sido extirpado. Nosotros adoptamos esta interpretación aun en los casos en que el carácter maligno de este tumor ha sido desconocido durante la operación, y en los que las masas cancerosas se encontraban envueltas en una cáscara que ha podido hacer creer en la existencia de un quiste de naturaleza benigna. Olshausen ha reunido un gran número de estos casos, á los cuales Hegar puede añadir uno observado por él mismo (2). Por otra parte, se puede siempre admitir con Olshausen que un resto de pared abandonado después de la ovariectomía, ó células caídas en la cavidad abdominal, pueden, aunque provengan de un adenoma ordinario, ser el punto de partida de un carcinoma.

Existe en todo caso una serie de observaciones en las cuales se ha notado la aparición de lesiones en el otro ovario, lesiones que han exigido una segunda ovariectomía, ya algunos meses, ya veinticinco años después de la operación primera.

La primera operación de esta naturaleza ha sido practicada en 1861 por Atlée, de Filadelfia, dieciséis años después de una ovariectomía practicada por Clay. Spencer Wells ha practicado siete veces la ovariectomía en enfermas de esta índole, de ellas en dos con éxito funesto. A los 15 casos de ovariectomía repetida en la misma enferma reunidos por Olshausen (12 curaciones y 3 muertes) es preciso añadir los publicados por Dunrecher (3). El relativamente pequeño número de estos casos demuestra que las afecciones secundarias del segundo ovario no ofrecen un grado de frecuencia especial.

(1) Una operada de Spencer Wells parió, seis años después de la operación, tres gemelos del sexo masculino.

(2) Quiste proliferante, intraligamentoso, al parecer de buena naturaleza. Muerte veintinueve meses después de la operación consecutiva á un carcinoma de los ganglios pelvianos.

(3) *Wiener Med. Blätter*, 1880, núm. 2. pág. 37.

Cuando se practica una ovariectomía en una mujer que ha sufrido ya esta operacion, la incision abdominal debe ser paralela á la primera cicatriz y estar separada de ella de 2 á 3 centímetros próximamente. Siguiendo este consejo se evitará encontrar las adherencias que pueden existir entre el epiploon, el intestino y el pedículo á nivel de la primera incision.

Kheith (1) ha visto en una de estas ovariectomías producirse una hemorragia considerable procedente del pedículo antiguo, que había sido fijado por fuera del peritoneo.

En algunos casos raros puede observarse que tiene lugar la recidiva de un quiste benigno. Hegar ha visto un caso de esta naturaleza. En el mismo lado donde dos años ántes había sido extirpado un quiste proliferante de naturaleza benigna se encontró en la autopsia un tumor intraligamentoso de naturaleza idéntica, que había ocasionado la muerte por la compresion que había ejercido sobre los órganos vecinos.

La *hernia abdominal* se produce á nivel de la cicatriz, sobre todo en su ángulo inferior, constituyendo en muchas ovariectomizadas una enfermedad muy penosa. Estas hernias nos parecen más frecuentes que lo que permiten creer las observaciones publicadas por los operadores. Nosotros las hemos visto producirse aun cuando la cicatriz fuera corta y sólida y aunque nosotros no dejamos salir ninguna operada sin un vendaje abdominal bien aplicado, vendaje provisto de una pelota y de bajo nalgas. La hernia puede adquirir un volúmen considerable, traspasando el de la cabeza de un niño, en las mujeres que pertenecen á las clases obreras despues de un embarazo, y esto á consecuencia de la gran distension del músculo recto y del adelgazamiento extremado de la piel.

Simon y Hegar han intentado recientemente la curacion de estas hernias por medio de una operacion especial.

Simon (2), despues de haber reducido el intestino herniado, deprime la piel hácia la cavidad abdominal; practica entónces una incision en una extension de 2 centímetros, circular, que penetre hasta las capas profundas del tejido celular subcutáneo, y practica una sutura. Las superficies avivadas se reunen en ángulo agudo de arriba abajo (*fig. 122*). Se reunen desde el principio, por una sutura superficial, los bordes internos y posteriores de la herida, y los hilos se anudan al lado de la cavidad abdominal. Se cierra así el fondo de saco cutáneo y se coloca una serie de suturas más superficiales y semiprofundas para aproximar el resto de la superficie avivada (*fig. 123*). Se coloca un pe-

(1) *Brit. Med. Journal*, 26 de Junio de 1875.

(2) Hadlich. *Ueber operative Behandlung der Bauchbrüche*. *Langenbeck's Archiv.*, t. XX, pág. 568.

queño tubo de desagüe en el ángulo inferior de la herida á fin de permitir la eliminacion de los productos segregados por la herida y por la piel, y que se acumularían en el espacio situado por detras de la sutura (Hadlich). En dos casos tratados por este procedimiento, Simon ha obtenido un resultado completamente satisfactorio: en un caso despues de la primera operacion, en otro despues de la cuarta.

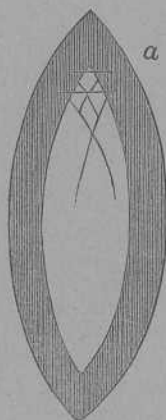


Fig. 122.

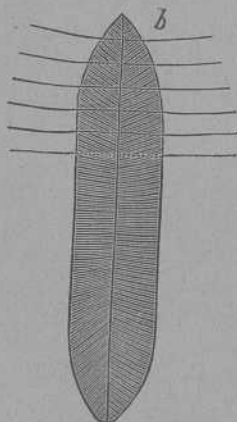


Fig. 123.

Hegar, en 1879, ha seguido una práctica semejante. La superficie avivada tenía la forma de una herradura, abierta por el lado del ombligo. La operacion sólo tuvo éxito en parte, no habiendo podido terminar la curacion despues por circunstancias completamente ajenas á la profesion.

Art. 15. — Ovariectomía por la vía vaginal.

Gaillard Thomas (*Nota bibliográfica núm. 1*) emprendió en 1870 por primera vez esta operacion despues de haberla ejecutado ocho veces sobre el cadáver. Se trataba de un tumor de gran volúmen, como una manzana, movable, en el repliegue de Douglas, provocando dolor y fenómenos de compresion. Colocada la enferma en el decúbito genubraquial, y puesto al descubierto el campo operatorio por medio de un espéculo de valvas y cogido con una pinza el fondo de saco vaginal, abrió por medio de un golpe de tijera el fondo de saco y el peritoneo. Introdujo una sonda en el recto, y colocada la enferma en decúbito dorsal, el tumor, sensible por cima de la incision, fué puncionado y

ral, ligó el pedículo en dos mitades, le introdujo y cerró la herida vaginal con una sutura practicada con hilo de plata. La operación duró treinta y cinco minutos y la enferma curó después de haber sufrido una parametritis del lado derecho.

En otro caso, Thomas (*Nota bibliográfica núm. 2*) no logró extraer por la vagina un ovario aumentado de volumen; el recto fué herido y tuvo que recurrir á la laparotomía; muriendo la enferma al tercer día.

Gilmore (*Nota bibliográfica núm. 3*) extirpó felizmente un tumor que tenía el volumen de una naranja. El pedículo fué ligado y suturado por tres hilos con la pared vaginal. Davis (*Nota bibliográfica núm. 4*) extirpó por la vagina con éxito un tumor que pesaba nueve libras. La incision practicada en la pared vaginal posterior media 4 pulgadas. Por detras y por delante se habían roto con la mano algunas adherencias.

En el caso de Clifton Wing (*Nota bibliográfica núm. 5*) el diagnóstico era incierto, se dudaba entre un hematocele y un tumor ovárico. El tumor, que se insertaba por un ancho pedículo, fué enucleado del ligamento ancho y no se colocó ninguna ligadura. Las asas intestinales que formaron hernia fueron reducidas, la herida vaginal fué suturada y se practicó el desagüe por medio de una sonda. La enferma curó.

Goodell (*Nota bibliográfica núm. 6*) ha extirpado con éxito un tumor supurado que contenía 6 litros de pus y que había sido vaciado previamente por una puncion aspiradora.

Batthey ha operado frecuentemente por esta vía, pero no para extirpar ningun tumor, sino para ejecutar la castracion.

A pesar de las operaciones precedentes, en su mayor parte afortunadas, la ovariectomía por la vía vaginal no tiene un gran porvenir. Este método ofrece grandes inconvenientes: la poca extension del campo operatorio; el gran peligro de las lesiones de vecindad (recto, intestino delgado, etc.); la imposibilidad de obtener una hemostasia completa en los casos de rotura de adherencias, de desgarraduras vasculares, y, por último, la facilidad con que puede ser infectada la herida peritoneal por las secreciones vaginales.

A priori la operación parece ser una intervencion ventajosa en todos los casos de tumores voluminosos que sobresalgan en la cavidad abdominal, así como en todos los tumores amplia y estrechamente unidos á los órganos pelvianos. Sólo la laparotomía permite orientarse suficientemente y alcanzar bien las partes enfermas.

Bajo el punto de vista del manual operatorio, el método no parece practicable sino en los casos en que se trate de tumores pequeños móviles en la cavidad de la pelvis. Ahora bien; en estos casos, por poco indicada que esté la operación, podría intervenir de una manera al atraído hacia la vagina. Se hizo acostar á la enferma en decúbito late-

ménos tan segura como fraguándose un camino á través de la pared abdominal.

La única ventaja de este método, apertura de la cavidad abdominal en el punto más declive y en una pequeña extension, así como la conservacion de la integridad de la pared abdominal (no hay posibilidad de hernia), no puede en los casos ordinarios contrabalancear los peligros que entraña. Sin embargo, este método puede tener valor en determinados casos. Despues de la puncion de pequeños quistes supurados, por ejemplo, puede mejor evitarse la dispersion de los elementos infecciosos en las regiones superiores de la cavidad abdominal, y las sustancias que han penetrado en la de la pelvis se derraman cómodamente por la pared vaginal, que permanece abierta.

La ovariectomía vaginal parece justificada por la disposicion topográfica que en casos raros puede tener un ovario quístico arrastrado fuera de la vulva ó en el interior de un prolapso vaginal. Segun Goodell (*Nota bibliográfica núm. 7*), la primera operacion de esta naturaleza (observacion que permanece inédita) ha sido ejecutada por Atlée en 1857. Este autor extirpó con éxito un quiste situado entre la vejiga y el útero y que había propulsado estos dos órganos fuera de la pelvis.

- 1) *Am. Journ. of Med. Soc.*, Abril, 1860.
- 2) *Americ Journ. of Obst.*, Octubre, 1876.
- 3) *New-Orleans Med. and Surg. Journal*, Noviembre, 1873.
- 4) *Bost. Med. and Surg. Journal*, 2 de Noviembre de 1876.
- 5) *Amer. Gynack. Society*, 1877.
- 6) *Die Krankheiten der Ovarien*, págs. 194 y 195.
- 7) *Loc. cit.* Véase *Centr. für Gynäk.*, 1879, pág. 20.

Art. 16.—Puncion de los quistes del ovario.

La paracentésis del abdómen se practicaba ántes de que fueran conocidos los quistes del ovario, siendo evidente que muchas veces han sido puncionados quistes muy fluctuantes por haber sido confundidos con la ascitis. Solamente en la segunda mitad del último siglo se ha recurrido, conociendo la causa, á la puncion como remedio paliativo ó radical contra los quistes del ovario.

Es muy raro que con una simple puncion se obtenga la curacion radical de un quiste proliferante. En muchos de los casos publicados se trataba evidentemente de quistes paraováricos ó de simples hidropesias foliculares. Es, sin embargo, cierto que un quiste, aún siendo proliferante, que despues de la destruccion de su epitelio secretor hubiera tomado los caracteres de un antiguo quiste por retencion, puede ser curado por medio de una puncion simple (*Nota bibliográfi-*

ca núm. 1). Las metamorfosis regresivas que en los casos de curacion se producen en el interior de la pared del tumor, quedan demostradas por la presencia de colesrerina (Stillmg) y por el carácter aceitoso del contenido del quiste. En los casos en que se ha obtenido la curacion, ya queda estacionario el tumor y no se rellena de nuevo, ya se produce un arrugamiento del saco bajo la accion de una inflamacion simultánea de la pared del quiste y del peritoneo. A veces se obtiene éxito con la puncion; pero más frecuentemente el quiste no se arruga sino despues de punciones repetidas (Jobert tres, Thompson cuatro). El quiste puede rellenarse de nuevo despues de muchos años.

Tambien debemos acoger con gran reserva las teorías que se han emitido sobre la curacion radical de los quistes por la puncion. En muchos casos citados como afortunados no se ha obtenido ciertamente sino un resultado paliativo que se ha prolongado mucho más tiempo que el de costumbre.

Actualmente se intenta la puncion cuando el quiste es unilocular, muy regularmente fluctuante y que contiene un líquido claro y seroso. La curacion puede ser radical; pero si las probabilidades de un buen éxito completo son menores, es preciso no olvidar la escasez de peligros que la puncion entraña por sí.

Hoy no se recurre á la puncion como tratamiento paliativo sino en los casos en que las enfermas no aceptan la ovariectomía, ó bien cuando el cirujano estima muy desfavorables las condiciones para acometer esta operacion. Frecuentemente la puncion permite ganar tiempo; tan es así, que en los casos de embarazo se deberá limitar el profesor á punccionar un quiste unilocular ó un tumor que presente una ancha bolsa. De esta suerte se mejora el estado de la enferma, se aleja el peligro de una rotura y se puede acometer más tarde la ovariectomía bajo mejores auspicios. Spencer Wells ha referido un gran número de casos en los cuales se ha practicado la puncion durante el embarazo; el estado de las enfermas ha mejorado siempre notablemente, y jamás han ocurrido accidentes; todas las mujeres han parido niños vivos, y á veces se ha repetido frecuentemente la puncion en el curso de un solo embarazo.

Cuando el tumor es muy voluminoso, puede convenir practicar una puncion preliminar ántes de proceder á la extirpacion. De esta suerte se suprime la compresion ejercida sobre los pulmones, el intestino y el riñon, haciendo desaparecer las hidropesías y mejorando el estado general.

Si la puncion no ha de ser más que un medio paliativo, no debe haber apresuramiento en practicar la primera puncion, porque el quiste se rellena pronto y las fuerzas de la enferma se abaten rápidamente por la gran pérdida de albúmina á la cual queda sometido el organis-

mo. Debe considerarse como excepcional el hecho referido por Martineau, que practicó la puncion en una sola enferma 80 veces en el espacio de veinticinco años, ó el de Moreau, que en veintiocho años hizo 28 punciones. Cuando se pretende hacer una puncion paliativa debe esperarse á que el tumor dé lugar á fenómenos de compresion manifesta sobre los órganos torácicos y abdominales, ó bien á que por efecto del rápido crecimiento sea inminente una rotura. Excepcionalmente puede estar indicada una puncion en los casos de tumor relativamente pequeño, cuando está enclavado en la pelvis y cuando por la compresion que ejerce sobre los órganos vecinos provoca fenómenos de estrangulacion, violentos dolores neurálgicos, ó cuando durante el parto constituye un obstáculo en la pelvis.

Se emplea muy frecuentemente la puncion para establecer el diagnóstico diferencial entre los quistes del ovario y las formaciones quísticas en otros órganos (hidronefrósis, tumor hidatídico), la ascitis ó cualquiera otra especie de quistes (*Nota bibliográfica núm. 2*). El conocimiento exacto del contenido de un quiste puede tambien contraindicar la operacion. Tal sucede, por ejemplo, cuando, siendo el liquido claro y seroso, se ha empleado, ademas de la simple puncion evacuadora, el desagüe vaginal, ó cuando ha intentado abrirse el saco en la cavidad abdominal (Simpson). Si se escapa una oleada de sangre puede dudarse si practicar la extirpacion. Frecuentemente la puncion nos da idea del estado de las adherencias y nos permite principalmente establecer la distincion entre un simple enclavamiento en la cavidad de la pelvis y la presencia de extensas adherencias.

La puncion exploradora está justificada porque permite aportar al diagnóstico una precision que compensa suficientemente los inconvenientes que pueden resultar bajo el punto de vista de la operacion.

Puede hacerse la puncion:

- 1.º Por la pared abdominal.
- 2.º Por la vagina.
- 3.º Por el recto.

Instrumentos.— Los antiguos trócares, constituidos simplemente por una cánula y una aguja, han sido hoy completamente abandonados y reemplazados por el instrumento de Thompson, que es más cómodo y protege mejor contra la entrada del aire.

La aguja, si el trócar está bien construido, debe pasar la cánula frotando sus paredes. El tubo de cautchuc debe estar lleno de agua, á fin de evitar seguramente la entrada del aire. El instrumento así preparado se introduce en el quiste: se retira la aguja, y el contenido, vertiéndose, viene á mezclarse con el agua, se encuentra en el conducto de desagüe segun las leyes del sifon. Puede mantenerse bajo el agua la extremidad externa del tubo, ó bien ajustarla á un embudo que se le le-

vanta hasta el nivel correspondiente á la altura del líquido contenido en el quiste, y esto basta generalmente para impedir la entrada del aire.

Si la puncion se hace con objeto de vaciar el quiste, se emplean, segun la densidad del líquido, cánulas que midan de 4 á 8 milímetros de diámetro. Cuando los tegumentos son muy gruesos, ó cuando la bolsa está muy profunda, se da una longitud suficiente á la porcion de la cánula situada por delante del tubo de desagüe. En la puncion exploradora bastan el trócar de Récamier ó el aparato aspirador de Dieulafoy.

PUNCION POR LA VÍA ABDOMINAL

Posicion. — Cuando se emplea el trócar de Thompson, la enferma puede estar acostada en decúbito dorsal. Antes, por el contrario, con los trócares antiguos, como el quiste no se vaciaba con la fuerza del sifon, sino por la simple presion de las capas de líquido colocadas por encima de la punta del trócar, por la presion intraabdominal y en parte tambien por la presion exterior, era absolutamente preciso puncionar el quiste en los puntos más declives y la enferma debía estar en pié, ó bien en una posicion mitad sentada y mitad acostada, ó bien descansando sobre un lado, traspasando el borde de la cama una parte de la pared abdominal en la cual se introducía el instrumento.

Eleccion del punto sobre el cual deberá practicarse la puncion. — Cuando el quiste sea unilocular, ó bien cuando contenga un gran saco cuyas dimensiones predominen, se practica la puncion sobre la línea alba, á la distancia ordinaria de la sínfisis, porque en este punto es donde ménos fácilmente pueden ser lesionados vasos importantes. Si el quiste es multilocular ó si se trata de un tumor que contenga partes sólidas, se limita por la palpacion ó la percusion el punto donde está la bolsa más considerablemente llena de líquido correspondiendo con la pared abdominal. Se evitan los puntos donde se encuentran las gruesas venas cutáneas y donde las arterias pueden ser lesionadas, pudiendo obtener indicaciones muy útiles del empleo de la auscultacion.

Se evita la arteria epigástrica puncionando en medio de una línea que va del ombligo á la espina iliaca anterior y superior. Cuando se renueva la puncion se ejecuta ésta en un punto inmediato al en que se verificó la primera ó bien en el mismo punto. Cuando los quistes son pequeños y poco accesibles por la vía vaginal, es muy difícil elegir el punto en que debe hacerse la puncion. Hegar ha puncionado inmediatamente por encima de la rama horizontal del pubis del lado derecho un quiste de las dimensiones de una manzana que ocasionaba vivos dolores neurálgicos. Un ayudante introduciendo dos dedos en la vagina mantenía fuertemente el tumor.

Manual operatorio. — Antes de hacer la puncion se vacia la vejiga

por medio de la sonda y se adquiere la seguridad por la palpacion y la percusion de que ningun asa intestinal se ha deslizado por delante del quiste. El trócar se coloca perpendicularmente á la superficie que debe ser puncionada y se hunde por medio de un movimiento brusco y rápido. En cuanto se haya notado que ha desaparecido toda resistencia es que la punta se halla en el interiór de la bolsa y se retira la aguja. Cuando la pared abdominal es gruesa es preciso emplear alguna fuerza; frecuentemente tambien se ve á la piel deprimirse bajo la presion de la aguja y despues ceder todo de un golpe.

Puede tambien observarse la perforacion de tumores de paredes delgadas en un punto que no corresponde adonde tiene asiento la puncion cutánea. Es preciso, pues, aunque se emplee un trócar de gran diámetro, incindir previamente la piel.

Mientras el quiste se vacía, un ayudante aplica sus manos sobre la pared abdominal, á fin de mantener la cánula mientras el quiste se desagua y á fin de disminuir la súbita depresion intraabdominal en los movimientos de tos ó en las inspiraciones profundas. Por el contrario, es completamente superfluo, cuando se emplea el trócar-sifon de Thompson, aumentar la presion abdominal con un vendaje cruzado para facilitar la extraccion del líquido. Si el derrame se detiene á consecuencia de la densidad del contenido quístico, se puede aplicar un tubo de cautchuc sobre la cánula y con una buena jeringa aspirar el líquido. Si la cánula se obtura por coágulos, se la hará de nuevo permeable haciendo pasar la aguja por el conducto de aquélla. Si el quiste es multilocular, la disminucion de volúmen obtenida por la puncion puede ser insuficiente, debiendo renovarse ésta en otro punto, ó bien, sin hacer nuevas punturas, puede pasarse la aguja en otra direccion, hácia una cavidad vecina.

Algunas veces el derrame cesa porque la cánula está muy profundamente introducida. Es preciso retirarla un poco para que su punta se halle en el centro del líquido contenido en la bolsa.

Es una regla general que no debe operarse muy rápidamente, á fin de evitar un descenso muy brusco de la presion á que está sometida la sangre en los vasos abdominales, comprimidos hasta entónces por el tumor. Los antiguos trócares estaban provistos de válvulas á fin de detener de vez en cuando la salida de líquidos. Operando con el trócar de Thompson basta empujar un poco hácia adelante la aguja y comprimir el tubo de cautchuc ó levantar la extremidad de éste que está fija al embudo.

Debe retirarse la cánula con muchas precauciones á fin de evitar la entrada del aire: se cogen muy sólidamente entre el índice y el pulgar la piel y las paredes del quiste y se retira rápidamente la cánula imprimiéndola movimientos de rotacion.

A fin de cerrar completamente la pequeña herida de los tegumentos y para impedir la salida de sangre, el contenido del quiste ó el líquido ascítico, se pasa á trav3s de toda la pared, á nivel de la puncion, una aguja y se la rodea de unas vueltas de hilo como se hace en la operacion del labio leporino. Spencer Wells ha observado en la práctica de un colega un caso de hemorragia mortal debida á la herida de una vena varicosa que se dirigia desde el ombligo al hígado (la vena umbilical estaba abierta). Las pequeñas punciones debidas al trócar explorador se cubren simplemente con un pequeño disco de uata fenicada.

[No hemos empleado nunca en nuestra práctica el trócar de Thompson, pero no creemos que ofrezca ventajas superiores á las que ofrecen, para practicar punciones de esta índole, el trócar aspirador de Dieulafoy ó el de Potain. Con cualquiera de estos instrumentos puede practicarse la puncion de los quistes ováricos por la vía abdominal, guardando cuantas precauciones quedan indicadas por los Sres. Hegar y Kaltenbach al hacer la descripcion del empleo del trócar de Thompson, el cual no rechazamos; obedeciendo estas indicaciones nuestras simplemente á facilitar los medios de practicar esta operacion. — *M. G. de S.*]

PUNCION POR LA VÍA VAGINAL

La puncion por la vía vaginal ha sido practicada por primera vez en 1775 por Callisen. Puede practicarse cuando el quiste está por completo ó en su mayor parte situado en la pelvis y deprime profundamente el repliegue de Douglas, ó bien cuando las adherencias pélvicas del tumor con el ligamento ancho y el ovario son bastante extensas para contrarrestar la operacion radical. La puncion vaginal puede emplearse aisladamente cuando el quiste es pequeño y está enclavado en la cavidad de la pelvis, pero ofrece escasas ventajas cuando se trata de un quiste voluminoso multilócular cuyas grandes cavidades están en relacion con la pared abdominal. Para esta operacion debe modificarse ligeramente el trócar de Thompson. Debe prolongarse la parte anterior de la cánula, y el tallo que soporta el tubo de cautchuc debe ser soldado en ángulo agudo y no en ángulo recto.

Si se une la extremidad del tubo lleno de agua á un embudo de cristal, se puede sucesivamente vaciar el quiste y practicar en su interior una inyeccion con un líquido medicamentoso. Noggerath prefiere para la puncion vaginal emplear la aguja de un aparato aspirador. En todo caso no ofrece ventaja alguna elegir instrumentos encorvados. Si el quiste está muy alto se coloca á la enferma en el decúbito

dorso-sacro, empleando instrumentos rectos. La puncion se hace sobre la línea media del fondo de saco posterior, en el punto más prominente. Un ayudante, con sus dos manos apoyadas sobre la pared abdominal, empuja el tumor hácia la pelvis, aleja el quiste de la pared abdominal, le fija y le hace aún más prominente. Se hunde el trócar dirigiéndole sobre dos dedos de la mano izquierda, no estando recomendado el empleo del espéculo porque la fuerte tension de la vagina impide al operador orientarse sobre los límites del tumor fluctuante, y se experimentan entónces dificultades para saber en qué direccion debe empujarse la aguja.

La puncion vaginal permite vaciar muy completamente el quiste. Repetida, ya sola ó combinada con otros recursos terapéuticos, se han obtenido de ella resultados radicales. Por el contrario, si se olvidan los cuidados precedentes, este procedimiento puede ser peligroso á causa de las lesiones de vecindad del recto y de la vejiga ó de la entrada del aire.

La puncion rectal se presta á las mismas observaciones anatómicas que la puncion vaginal, pero no ofrece ninguna ventaja aún en los casos en que el quiste sea muy adherente; porque las materias fecales y los gases penetran muy fácilmente en el quiste y provocan su supuracion aguda. Se ha pretendido que esta operacion es ventajosa porque los productos segregados por el quiste supurante son retenidos por el esfínter y no se derraman continuamente como ocurre en la puncion vaginal. Pero no olvidemos que Spencer Wells ha perdido una de sus enfermas á consecuencia de una supuracion aguda del quiste, que estaba lleno de gases.

La enferma debe guardar cama durante algunos días despues de la puncion. El abdómen se inmoviliza y comprime por medio de un vendaje untado. Si se olvidan estas precauciones, la presion intraabdominal, descendiendo rápidamente, puede provocar hemorragias en el interior del quiste ó una extremadísima plétora abdominal y consecutivamente anemia cerebral. Se ha observado en estos casos un profundo debilitamiento y aún la muerte súbita. Esto sucede pocas veces, fuera de los casos en que la enferma ha sufrido la puncion estando sentada, ó en aquellos en que el quiste se ha vaciado con una gran rapidez.

Si se ejerce una compresion muy fuerte sobre el abdómen, despues de la operacion se lucha contra la rapidez con la cual podría llenarse de nuevo el quiste. Baker Brown quiso, hace algun tiempo, practicar la puncion combinada con la compresion, los diuréticos y los mercuriales, constituyendo con todo ello un método de tratamiento radical, del cual obtuvo éxito 11 veces. En ciertas circunstancias el útero puede constituir el agente compresor. Spencer Wells refiere un caso en el cual fué puncionado un quiste la vispera del matrimonio de la pa-

ciente; no obstante, la mujer quedó embarazada y no hubo recidiva.

Entre los accidentes que sobrevienen despues de la puncion debemos todavia señalar los siguientes:

1.º *Las hemorragias.* — Pueden provenir de vasos gruesos situados en los tegumentos, en las adherencias epiploicas, en la misma pared del quiste. Richter, Brünninghausen, Ehrlich, Bunter y otros han referido casos de hemorragia mortal á consecuencia de una rotura de la arteria epigástrica. Miéntras la cánula permanece colocada, los vasos heridos, ya sea en la pared abdominal, ya en la del quiste, están comprimidos, y la hemorragia no se presenta interior ni exteriormente hasta que ha sido retirada la cánula.

Si las proliferaciones papilares, vasculares y friables situadas en el interior del quiste han sido heridas, la sangre se derrama con el líquido de la puncion. Se han encontrado en el interior del quiste, así como en la cavidad peritoneal, hasta 5 ó 6 libras de sangre. La compresion no tiene éxito sino en los casos en que la hemorragia proviene de los tegumentos abdominales. Si el asiento de la hemorragia es más profundo, la compresion triunfa raras veces, y por lo comun no hace más que herir nuevos vasos.

Desde que aparecen los signos de una hemorragia interna deben incindirse los tegumentos para buscar el vaso herido directamente, y si no se logra encontrarle debe practicarse la ovariectomía (*Nota bibliográfica núm. 3.*)

2.º *La supuracion del quiste* es debida siempre á una infeccion directa por instrumentos sucios ó á la entrada del aire. Segun el volumen y las adherencias que el tumor ofrezca, se procederá á la abertura y al desagüe del quiste ó á la ovariectomía.

3.º *La peritonitis* acompaña á la inflamacion de la pared del quiste ó es consecutiva al derrame en el peritoneo de materias contenidas en el tumor. Es tanto más intensa cuanto más infeccioso ó más corruptible sea el contenido del quiste y cuanto más considerable es la cantidad del derrame. La ovariectomía da aqui mejores resultados que cualquier tratamiento sintomático.

4.º *Lesiones de vecindad.* — Si en la puncion vaginal se da á ésta una direccion inconveniente, se producen fácilmente lesiones en la vejiga ó en el recto. Tambien por la puncion abdominal puede alcanzarse la vejiga cuando está repleta (*Nota bibliográfica núm. 4.*) ó un asa intestinal situada por delante del tumor, pudiendo tambien ser alcanzado el útero (*Nota bibliográfica núm. 5.*). Estos accidentes podrán evitarse casi siempre, al ménos cuando se trate de un quiste simple, introduciendo previamente un catéter ó una sonda y practicando con cuidado la palpacion y la percusion. En una autopsia hemos visto nosotros un asa intestinal rodeada por todos lados de un tumor ma-

lignó que había sido perforado de parte á parte. La enferma murió de inanición, no de la herida intestinal.

Si se observan todas las precauciones anteriormente indicadas, la puncion simple es muy poco peligrosa. Antiguamente, por el contrario, ántes de la introduccion del método antiséptico, cuando en las operaciones se empleaban instrumentos no muy bien limpios ó cuando se aplicaba este método indistintamente á todos los casos de tumor ovárico, la puncion no era en realidad una operacion indiferente. Era, sin embargo, bastante ménos peligrosa que lo que decían los partidarios de la ovariectomía en la época en que aún se discutía esta operacion. Tan es así, que Fock ha observado que en 123 casos la mortalidad alcanzaba un 17 por 100 pocos días ó pocas horas despues de la operacion, y un 19 por 100 despues de los seis primeros meses. Otros autores han condenado la puncion, principalmente porque provoca adherencias que acrecientan el peligro para practicar despues la ovariectomía (*Nota bibliográfica núm. 6*).

Esta complicacion no parece, sin embargo, ser fatal porque frecuentemente las adherencias han faltado en los casos en que se habían hecho numerosas punciones (*Nota bibliográfica núm. 7*). Las punciones preliminares son mucho más desfavorables bajo el punto de vista de la ovariectomía que pueda practicarse despues, á causa de la introduccion del aire y de los gérmenes, y porque los cambios que sobrevienen en la cara interna del tumor pueden dar origen á la autoinfeccion.

Se aprecia generalmente como más peligrosa la primera puncion que las siguientes (véase la estadística de Fock). Pero ésto se debe simplemente á que en estos casos se trata de tumores cuya puncion es muy peligrosa; los peligros eran muy considerables al practicar la primera puncion y no ha vuelto á ejecutarse. Tales son los casos en que se trata de quistes con proliferaciones papilares y vasculares en la cara interna, de quistes que contienen líquidos purulentos, hemorrágicos y viscosos, ó de quistes dermoides. Por el contrario, cuando el contenido del tumor es claro y seroso, cuando el tumor está adherido á la pared abdominal, puede renovarse la puncion un gran número de veces.

1) Spiegelberg. *Arch. f. Gynäk.*, t. XIV.

2) Waldeyer. *Arch. f. Gynäk.*, t. I, págs. 266-273; Spiegelberg. *Arch. f. Gynäk.*, págs. 271-282.

3) Waldenstroem. *Virchow's Hirsch's Jahresbericht*, 1873, t. II, pág. 618.

4) Ritournet. *Arch. gén. de méd.*, 1865, pág. 108, t. I.

5) Voisin. *Recueil périodique*, t. VII, pág. 362.

6) La estadística de Spencer Wells demuestra simplemente que el peligro de la operacion aumenta cuando ésta ha sido precedida de punciones. Tan es así, que la mortalidad fué de 27,17 por 100 en las mujeres que habían

sufrido la puncion del quiste de 1 á 18 veces, en tanto que no fué más que de 23,4 por 100 en las que no habían sufrido puncion alguna.

Despues de 1 puncion, mortalidad: 23,57 por 100

—	2	—	34,39	—
—	3	—	21,87	—
—	4-18	—	34,00	—

7) Kaltenbach extirpó felizmente un quiste proliferante que á pesar de 32 punciones no ofrecía vestigio alguno de adherencia.

CAPÍTULO II

OTROS MÉTODOS OPERATORIOS EN LOS CASOS DE QUISTES DEL OVARIO

Art. 1.º — Incisión y desagüe.

LITERATURA

INCISION Y DESAGÜE

- Ledran. *Mém. de l'Acad. de Chir.*, t. III.
A. G. Richter. *Anfangsgründe der Wundarzneikunst*, Goettingen, 1801, tomo V.
Ollenroth. *Heilbarkeit d. Eierstockswassersucht*, Berlin, 1843.
Desprès. *Gaz. des Hôp.*, 1864, pág. 14, y 1873, núm. 95.
Recamier. *Revue méd.*, París, 1839.
Kiwisch. *Klin. Vortraege*, t. II.
Scanzoni. *Krankheiten d. weibl. Sexualorg.*, Viena, 1875.
Noergerath. *Americ. Journ. of Obstetr.*, II, pág. 1. *Ovariocentesis vagin.*
E. Martin. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1874, núm. 24, y *Zeitschr. f. Geburtsh. et Frauenkrankheiten*, I, 1875.
Delore. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 29 Marzo 1876, y *Annales de Gynec.*, Julio, 1876.

INYECCION DE TINTURA DE IODO

- Boinet. *Bull. de thér.*, 1852, y *Iodothérapie*, segunda edicion, 1865.
Discussion in der Académ. de méd., *Bull. de l'Ac.*, XXII, 1856.
J. Simpson. *Clinic. lect. on diseases of women*, 1872.
Scanzoni. *Verh. d. phys. med. Ges. in Würzb.*, t. IX, 1859.
G. Simon. *Monatschr. f. Gebk.*, XXII, 1863, pág. 302.
Schuh. *Wien. med. Halle*, 1864, núm. 8.
E. Rose. *Virchow's Archiv.*, t. XXXV, 1866.

INCISION SUBCUTÁNEA Y ESCISION DE LA PARED DEL QUISTE

Tilt. *Lancet*, 5 Agosto 1848.

J. Simpson. *Loc. cit.*

Gr. Wilson. *Prov. med. Journ.*, 1851.

B. Brown. *Ovarian dropsy*, págs. 145, 173 y 187.

A. R. Simpson. *Glasgow med. Journ.*, Mayo 1869.

LIGADURA DEL PEDÍCULO

W. A. Freund. *Verhandl. d. Schles. f. nat. Cultur*, 28 Mayo 1876.

Produciendo la puncion simple tan rara vez la curacion radical, se ha tratado de impedir que el quiste pueda llenarse de nuevo, manteniéndole continuamente abierto ó combinando la puncion con la inyeccion de un líquido irritante.

I. El primero de estos métodos puede designarse bajo el nombre de desagüe. El saco se arruga y desaparece por supuracion, manteniendo el quiste abierto por la aplicacion permanente de una cánula. El desagüe puede ser practicado:

A. Por la pared abdominal.

B. Por la vagina.

C. En ambas direcciones á la vez.

El desagüe abdominal no es aplicable sino en los casos en que el tumor corresponde por uno de sus grandes segmentos á la pared abdominal. El peligro de la operacion varia segun el grado de distension del saco. La mayor parte de las operadas son afectadas durante los primeros días de una degeneracion pútrida extensa, de la cual no pueden triunfar las inyecciones antisépticas, muriendo más tarde de infeccion purulenta. El peligro es sobre todo considerable cuando ni las adherencias ni la operacion han podido impedir la penetracion en el peritoneo de las materias sépticas contenidas en el quiste. En los casos más favorables la curacion exige muchos meses y aún muchos años, durante los cuales las mujeres quedan expuestas á todos los peligros que se observan en las ovariotoromías incompletas. En los casos considerados como ventajosos se ve durante muchos años subsistir una fistula supurante, no quedando las enfermas al abrigo de una recidiva. Tal fué la conclusion de Thornton en la Sociedad Médica de Londres (reunion de 1.º Diciembre de 1879). Este autor practicó tres ovariotoromías: la primera tres años y medio, cuatro la segunda y once la tercera despues de una tentativa de curacion por la incision y el desagüe. Las enfermas curaron, aunque hubo grandes adherencias y otras complicaciones desagradables (olvido de una esponja y hemorragia secundaria por el

pedículo). El desagüe abdominal no tiene más que un interés puramente histórico, por haber sido el primer método operatorio empleado. Ya hemos visto que se puede recurrir á él en los casos de ovariectomía incompleta, y para su aplicación excepcional, combinado con el desagüe por la vagina, véase lo que decimos más adelante.

La incisión del quiste por la pared abdominal ha sido erigida en método por Ledran en 1737, y hasta estos últimos tiempos ha dado buenos resultados, sobre todo en los casos de tumor supurado adherente por todas partes (Velpeau, Portal, Mussey, Bryant, etc.).

El empleo de una *cánula permanente* ha recibido una acogida más favorable. Esta conducta, puesta en práctica por primera vez por Richter, ha dado resultados satisfactorios en manos de Ollenroth, Pagentecher y Desprès. Jobert ha modificado este método, no dejando la cánula colocada sino durante algunas horas después de la operación, hasta que se haya vertido completamente el contenido del quiste.

A fin de evitar los peligros de una peritonitis difusa ocasionada por el paso por el peritoneo de sustancias sépticas contenidas en el tumor, se ha ensayado el producir adherencias por la aplicación de cáusticos (Récamier, Tavignot, Delore), ó bien haciendo penetrar agujas hasta el interior del quiste; se ha ensayado también el mantenimiento de la pared del quiste estrechamente aplicado á la pared del abdomen, valiéndose de un trocar particular que después de la punción permitía separar sus ramas por medio de un resorte (Rumbeaud, Uytterhoven). Para completar esta reseña añadiremos todavía que se ha recomendado y se ha practicado la abertura del quiste con *cáusticos* (pasta de cloruro de zinc, Demarquay, Howitz) ó con el hierro candente.

El *desagüe vaginal* ofrece una importancia mucho más considerable.

En 1761, Henkel introdujo una cánula por la vía vaginal con mal resultado; pero en 1841, Schwale logró obtener un buen éxito. Más tarde Kiwisch y después de él Scanzoni se declararon ardientes partidarios del desagüe vaginal. Kiwisch, después de haber hecho la punción, prolongó con el bisturí la herida hecha con el trocar, y mantuvo colocado por espacio de muchas semanas un tubo de zinc, por el cual pudo practicar diariamente algunas inyecciones de agua caliente. Scanzoni punciona el quiste por el fondo de saco posterior de la vagina con un trocar recto y bastante grueso, de 10 centímetros de longitud. Si el contenido del saco es muy denso y no se vierte por la cánula fácilmente, se practican unas inyecciones con agua caliente, á fin de hacerle más líquido, y se ensancha la incisión con un bisturí cuya hoja tenga un centímetro ó centímetro y medio de ancho, bisturí que se introduce á través de la cánula. Se deja colocado el trocar de plata á fin de evitar la oclusión prematura de la herida y de permitir al líquido acumula-

do que se vierta fácilmente. En 23 casos tratados por este procedimiento, seis veces se han observado signos de inflamación violenta de la pared del quiste, y estos casos se cuentan entre las curaciones. En cinco enfermas el quiste se llenó de nuevo. Cuatro desaparecieron, ignorándose el resultado, y en catorce observados por el espacio de veinte años la curación parece haber sido radical. Scanzoni ha atribuido tan excelentes resultados á la circunstancia de no haber empleado este método sino cuando la punción exploradora había demostrado el enclavamiento del tumor.

Noggerath ha empleado recientemente el desagüe vaginal bajo una forma diferente. La ovariocentésis vaginal le ha dado frecuentemente buenos resultados cuando los quistes eran muy voluminosos. Después de haber descubierto el fondo de saco posterior con un espéculo de Sims, practica una incisión que á través de la vagina y del peritoneo va directamente á la pared del quiste. Puncionado éste prolonga la abertura practicada y sutura la pared del quiste con la vagina.

Los resultados del desagüe vaginal son incomparablemente mejores que los que ofrece el desagüe abdominal por poco que se elijan bien los casos. Pero este método no da nunca más que resultados incompletos y exige un tratamiento muy largo; además, no permite esperar con seguridad ningún resultado satisfactorio y hace correr á las enfermas serios peligros de muerte. El desagüe vaginal no puede ser, pues, empleado sino en casos excepcionales bien precisos, en los cuales la disposición anatómica es excepcionalmente favorable, en tanto que, por otro lado, las dificultades técnicas y el peligro de la ovariotomía fueran extraordinariamente considerables. Tales son los tumores pequeños, enclavados, situados profundamente en el reglague de Douglas, que no pueden ser dislocados ó que están íntimamente unidos á los órganos de la pelvis ó que se han desarrollado en el interior de los ligamentos. Frecuentemente se trata en estos casos de un quiste dermoide inflamado y supurado.

La operación está indicada generalmente en el estrangulamiento de los órganos pelvianos.

La abertura del tumor en su punto más declive asegura una evacuación completa del líquido, y este último no puede penetrar en la cavidad del peritoneo á causa de la presencia de adherencias. Hegar, en un caso en que no había sido demostrada de una manera cierta la presencia de aquéllas, hizo una aplicación de la pasta de cloruro de zinc á nivel del fondo de saco posterior y practicó en seguida una punción del saco en este punto. Parece más sencillo, en la mayor parte de los casos, seguir el procedimiento de Noggerath. Cuando la pared del quiste es delgada y retráctil, las condiciones son más favorables bajo el punto de vista del resultado de la operación, ocurriendo lo mismo

cuando el tumor es pequeño. La supuración dura mucho tiempo y debilita mucho el organismo de la mujer cuando las paredes del quiste son gruesas. Se forman entonces nuevos focos de supuración y pueden verse masas granulosas, partiendo de la pared del tumor, producir una retención parcial de los productos segregados.

Después de la operación deben practicarse lavados antisépticos y cuidar de que se verifique libremente la salida de los líquidos. La abertura en el fondo de saco vaginal tiene una gran tendencia á estrecharse prematuramente, debiendo ser prolongada de vez en cuando con un instrumento romo ó con un bisturí. Se extraen con la cucharilla cortante las masas granulosas y las excrecencias papilares que se producen en la cara interna del saco, practicando en seguida una inyección yodada ó empleando otros cáusticos ligeros.

Se puede á la vez practicar el desagüe por arriba y por abajo en los tumores de pequeño volumen, intimamente adheridos á los órganos pelvianos, y que corresponden por uno de sus segmentos á la pared abdominal. Récamier hizo en 1839 esta operación. Después de haber practicado una punción abdominal oprime la cánula contra el fondo del quiste en la excavación retrouterina, y después y en seguida hace pasar el trocar por la vía vaginal. Recientemente, Delore ha recomendado de nuevo este procedimiento, combinándole con la cauterización preliminar de la pared abdominal y de la vagina (*Nota bibliográfica núm. 1*). El desagüe doble por el abdomen y la vagina tiene una cierta importancia cuando se trata de quistes supurados, y sobre todo de quistes dermoides que tienen cierta tendencia á romperse, ó que se han roto ya á través de los tegumentos del abdomen. Nosotros hemos empleado en nuestra clínica, con resultados relativamente favorables, este desagüe, que combinamos con las inyecciones antisépticas á través de un tubo de cristal y de cautchú. La curación es de tal suerte lenta, es tan fácilmente trastornada por tantos accidentes, que no se puede ciertamente recurrir á este método sino en aquellos casos de tal índole que la ovariectomía no ofrece ventaja alguna. Con este método, según nos lo ha demostrado un caso de nuestra clínica, es posible la recidiva del tumor á consecuencia del desarrollo de pequeñas masas quísticas en el interior de la pared del mismo.

Art. 2.º—Inyecciones yodadas.

Las inyecciones de yodo han sido recomendadas por Velpeau en 1843, después que hubo observado los buenos efectos de su empleo en el hidrocele. Pero Boinet ha sido el primero que ha constituido esta práctica en método de tratamiento. De 100 operaciones fué seguido de

buen éxito en 62 casos, 6 enfermas murieron y en el resto no produjo resultado alguno. En 1856 dió cuenta Velpeau á la Academia de Medicina de 110 casos tratados por medio de las inyecciones de iodo: de ellos, en 64 se obtuvo la curacion, en 36 no se agravó la enfermedad y 10 murieron. En otros 20 casos de muerte se había dejado la cánula despues de la inyeccion de iodo. Estos casos no deben ser colocados bajo el título de inyecciones simples de iodo. Simpson obtuvo la curacion en un tercio de los casos por él tratados mediante este procedimiento (40 ó 50). Schuh en 4 de 10. En cambio, West no ha observado en 8 enfermas más que una curacion duradera. En 2 enfermas se observó la recidiva al año y medio y á los dos años respectivamente de la operacion. En 8 operaciones practicadas por Simon y Orth no se obtuvo más que una curacion; una enferma murió poco tiempo despues de la operacion y las otras 5 más tarde, por marasmo. En 16 casos Fayth no ha observado más que 3 curaciones duraderas: 2 enfermas sucumbieron, una á consecuencia de una peritonitis y la otra intoxicada por el iodo.

Los resultados de Boinet y de Velpeau, los de Simpson y de Schuh son completamente ilusorios. La mayor parte de las enfermas fueron operadas en los hospitales y perdidas de vista más tarde. Se cuentan, no obstante, como curadas cuando no han muerto poco tiempo despues de la operacion, ó bien cuando en el momento de su partida no habían presentado todavía signo alguno de recidiva. Los médicos que, favorecidos por sus circunstancias, han podido comprobar el estado de la enferma, prueban que la recidiva se presenta muy frecuentemente aún despues de meses y aún de años.

Si los resultados obtenidos son poco considerables, los peligros son muy señalados. A consecuencia del deslizamiento de la cánula ó del rebasamiento que se produce en el orificio de la puncion, los líquidos inyectados pueden penetrar en la cavidad abdominal y ocasionar una peritonitis difusa. Se ha observado igualmente el reblandecimiento de la pared del quiste por la solucion de iodo y su rotura consecutiva. A todos estos inconvenientes vienen á añadirse los peligros del iodismo, y cuando se emplean soluciones alcohólicas, los del alcoholismo agudo, que puede ocasionar delirio durante muchos días. Cuando se emplean soluciones acuosas, como el iodo es más fácilmente reabsorbido, puede dar origen con más rapidez á fenómenos de un envenenamiento súbito, pudiendo sobrevenir la muerte con rapidez suma en medio del colapso. En otros casos las enfermas tienen un escalofrío media ó dos horas despues de la inyeccion; el pulso es pequeño y frecuente, hay tenesmo vesical que dura muchas horas, náuseas, vómitos, gusto al iodo en la boca, olor de iodo característico en el aire espirado y xantopsia. En la orina se pudo conocer químicamente la presencia del

iodo. Según la gravedad de estos síntomas, puede sobrevenir todavía la muerte después del octavo ó del décimo día (Veit, Rose).

Puede oponerse á la inyección de iodo el argumento importante de no ofrecer utilidad alguna sino en los casos de quiste unilocular. Se han observado, es verdad, series de bolsas pequeñas desprenderse, después de la inyección de iodo, de la cara interna de la bolsa grande ó bolsa madre, y los partidarios fanáticos de la inyección de iodo esperaban obtener la reabsorción y el arrugamiento de las cloacas de los quistes multiloculares por medio de inyecciones hechas en las diferentes bolsas. Boinet mismo limitó más tarde la inyección de iodo á los quistes uniloculares que ofrecen un contenido seroso ó purulento, y á partir de este momento obtuvo la curación en el 9 por 100 de los casos empleados.

Después de la inyección de tintura de iodo la curación no es siempre debida á un simple arrugamiento, sino más frecuentemente á la supuración del quiste con todos sus peligros, siendo, por tanto, preciso muchas veces emplear consecutivamente el desagüe (véase Velpeau). En la mayor parte de los casos cuyo éxito se ha publicado ha habido simplemente lentitud ó suspensión momentánea de la secreción de la pared del quiste, y la recidiva sobreviene lentamente (Scanzoni), ó bien el tumor permanece durante mucho tiempo teniendo un volumen moderado.

La acción de la inyección de iodo es muy incierta, tanto que no es aplicable sino en los casos más favorables, y en ellos es más peligrosa que la ovariectomía. En todos los tumores voluminosos es preciso rechazarlo como método radical. Sin embargo, con todas estas restricciones pueden, como en el desagüe vaginal, existir indicaciones excepcionales en los casos de quistes poco voluminosos.

MANUAL OPERATORIO DE LA INYECCIÓN DE IODO, SEGUN BOINET

Boinet recomienda practicar la inyección desde el momento en que está formulado el diagnóstico y la fluctuación es evidente. Punciona siempre el quiste en el punto más declive, directamente por encima del ligamento de Poupert, al lado correspondiente del punto de origen del tumor. De esta suerte se puede vaciar lo más completamente posible el quiste y evitar el deslizamiento de la cánula. Boinet emplea un trocar ancho, porque cuando han sido evacuados los dos tercios del contenido del quiste hace penetrar un tubo de cautchuc por el interior de la cánula. Si el líquido es sanguíneo ó purulento, lava en seguida el quiste haciendo muchas inyecciones de agua caliente, y si el líquido es claro y seroso, practica desde luego la inyección de iodo con una

jeringa. Boinet emplea una mezcla de 100 partes de tintura de iodo con una cantidad igual de agua, á cuya mezcla añadia 4 gramos de ioduro potásico ó de 2 á 4 gramos de tanino (*Nota bibliográfica número 2*).

Durante el tiempo que la solucion de iodo permanece en el quiste, se comprime este último con las manos y se hace tomar á la enferma diferentes posiciones para que el líquido se extienda por todas las partes del quiste. Cuando se retira el tubo de cautchuc se cogen con los dedos de la mano izquierda con fuerza la cánula y las paredes del quiste que rodean el orificio de la puncion y se oprime aquél contra la pared abdominal. Mientras que se retira rápidamente la cánula es preciso tirar al propio tiempo del piston de la jeringa (*Nota bibliográfica núm. 3*).

En lugar de introducir el tubo de cautchuc, algunos cirujanos em-



Fig. 124.

plean un trocar de válvulas para evitar la entrada del aire. Simpson emplea en lugar de la jeringa un tubo de cristal que mide de 250 á 300 centímetros cúbicos. A este tubo se fija otro de cautchuc de 6 á 8 centímetros de largo provisto de una cánula de madera, que puede adaptarse de una manera muy exacta al catéter de que se sirve como trocar para hacer la puncion. Puede obturarse el tubo de cautchuc por medio de un clamp de resorte (*fig. 124*).

Con el trocar de Simpson puede hacerse mucho más cómodamente la inyeccion de iodo, evitándose con más seguridad la penetracion del aire. Basta adaptar al tubo un pequeño embudo de cristal (Hegar), y tan luégo como se ha vertido una parte de líquido contenido en el quiste, se llena el embudo con la solucion de iodo, pudiéndose ademas, ántes y despues de la inyeccion, lavar el quiste con agua.

Para regular á voluntad la concentracion del líquido de inyeccion basta añadir agua á la solucion de iodo, y para regular la presion, elevar y bajar el embudo. Con este aparato puede hacerse muy fácilmente, por la vía vaginal, la inyeccion de tintura de iodo; pero no debe emplearse este procedimiento más que en los casos de quistes pequeños con grandes é íntimas adherencias y que no pueden ser extirpados.

Los ensayos de inyeccion con otros líquidos irritantes, tales como

la disolucion de sulfato de zinc (Hamilton y Scudamar), la disolucion de nitrato de plata ó el licor de sexquicloruro férrico (Olivier) y el alcohol (L'Homme, Jobert), han sido muy poco empleadas, y las pocas veces que lo han sido, con no tan buen éxito como la inyeccion de iodo.

Art. 3.º — Métodos por los cuales se trata de vaciar el quiste en la cavidad abdominal.

Teniendo en cuenta la observacion de que algunas veces la rotura espontánea de un saco en la cavidad peritoneal ha provocado una curacion radical, se ha tratado de obtener artificialmente resultado idéntico.

Escision de un trozo de la pared del quiste. — Se practica, por ejemplo, una gran incision á traves de la pared abdominal, se punciona el quiste y se sutura de nuevo la herida abdominal (Blundell, Baker Brown, Wilson). Si se desconoce la calidad del contenido del quiste, la operacion es peligrosa y fácilmente produce una peritonitis difusa. Añadamos á esto que una operada de Wilson murió de hemorragia interna. Más recientemente, Spencer Wells ha empleado de nuevo este método, pero limitando sus indicaciones á los casos de quistes uniloculares, de paredes delgadas, contenido claro y seroso, no pediculados y que ofrezcan una ancha insercion intraligamentosa. En cuanto despues de la abertura de la pared abdominal se reconoce la disposicion precedentemente descrita, se escinde sobre la pared del quiste un colgajo circular que tenga aproximadamente unos 3 centímetros de diámetro.

Se vacia despues completamente el tumor, y luégo de haber ligado algunos vasos que pueden dar sangre, se sutura la herida de la pared abdominal. Los resultados obtenidos por Spencer Wells en una serie de casos tratados de esta suerte nos obligan á experimentar nuevamente este procedimiento.

Guérin y Tilt han pretendido conseguir el mismo objeto practicando con un tenotomo la incision subcutánea de la pared del quiste. En un caso así operado por Maisonneuve hubo recidiva. Sin puncion preliminar la incision subcutánea es una operacion hecha al azar, corriéndose el riesgo de vaciar en la cavidad abdominal un liquido de naturaleza muy variable, séptico quizás, pudiendo tambien ser fácilmente heridos gruesos troncos vasculares.

J. Simpson ha propuesto un método racional. Investiga por medio de la puncion la naturaleza del liquido contenido en el quiste: si es un liquido claro y seroso, retira el trocar y trata, comprimiendo el quiste durante los días siguientes, de impedir la cicatrizacion de la

herida producida por dicho instrumento, y cuando no obtiene este resultado, hace una pequeña incision en la pared abdominal y practica la puncion con un grueso trócar cuadrangular, obteniendo así una abertura cruciforme que ofrece menor tendencia que la circular á la cicatrizacion.

Finalmente, debemos decir que, por lo comun involuntariamente (en una exploracion), ó voluntariamente, se han magullado pequeños quistes cuyo desarrollo se ha detenido. Noggerath refiere haber magullado, simplemente con ayuda de las manos, quistes del ovario más pequeños que huevos de gallina, despues de estar convencido de la benignidad de su contenido. Jamás ha observado consecuencias funestas del derrame de liquido en la cavidad peritoneal.

Art. 4.^o—Ligadura de los vasos del pedículo.

Esta operacion, practicada con objeto de limitar la llegada de sangre al tumor y de provocar el arrugamiento de éste, ha sido preconizada antiguamente por Hartwich (*Nota bibliográfica núm. 4*), Richardson y Tanner (*Nota bibliográfica núm. 5*), y más recientemente por Antal (*Nota bibliográfica núm. 6*); pero hasta ahora no parece haber sido realmente puesta en práctica más que por Freund. Se trataba de un tumor muchas veces puncionado, cuya extirpacion era impracticable merced á fuertes adherencias pelvianas, pudiendo percibirse el pedículo por el recto. Freund practicó una incision de 3 centímetros de largo, á la derecha de la línea alba, y en la parte superior practicó otra incision transversal dirigida hácia afuera. Puesto el pedículo al descubierto, fue dividido en dos troncos y ligados por un doble hilo de catgut que se introdujo con una aguja curva. La operada se levantó al décimo día y se produjo un arrugamiento manifiesto del tumor. Es muy interesante, bajo el punto de vista patológico, ver un tumor adherente cuyos vasos se han ligado, arrugarse sin gangrenarse. Pero este procedimiento no ofrece ninguna seguridad, porque el tumor puede continuar nutriéndose por vasos voluminosos situados en las adherencias. Así, pues, las indicaciones de la ligadura del pedículo no se encuentran reunidas sino en casos muy raros.

1) En la discusion (*loc. cit.*), Desprès argumentó á Delore con los casos en los cuales se han observado fistulas que han persistido durante cinco y siete años. Los sacos estaban rellenos por granulaciones que alcanzaban el volumen de la cabeza de un niño.

2) West emplea la solucion siguiente:

Iodo.	5 gramos.
Ioduro de potasio.	5 —
Alcohol.	50 —
Agua.	100 —

Schuh y Simpson emplearon soluciones acuosas de $\frac{1}{2}$ á $\frac{1}{8}$, yectando de 100 á 500 gramos de esta solución.

3) La mayor parte de los autores dan el consejo de retirar la solución de iodo al cabo de algunos minutos: este procedimiento fracasa frecuentemente. Seuls, Baker Brown y Schuh abandonaban todo el líquido inyectado en el saco.

4) *Ephem. nat. cur.*, cent. 9 y 10, obs. 100.

5) Véase Baker Brown, *Surg. Diseases of women*.

6) *Allg. Med. Centralzeitung*, 1877, fascículo XII.

APÉNDICE

Artículo único. — Operacion de las hernias del ovario.

LITERATURA

Englisch. *Med. Jahrb.*, 1871, pág. 335.

Werth. *Rudimentaere Entwickl. d. Müller'schen Gaenge. Arch. f. Gyn.*, XII, pág. 132.

Léopold. *Arch. f. Gyn.*, XIV, 3.

Klotz. *Hystero-Cystovariotomie bei einem wahren Hermaphroditen. Langenbeck's Arch. f. Klin. Chir.*, t. XXIV.

Bylicki. *Hystero-ovariocele inguinalis, Przegląd lekarski*, 1878, núm. 27 (Brikscher).

G. H. Balleray. *Americ. Journ. of Med. Sciences*, Octubre 1877.

Weinlechner. *Wien. med. Wochenschr.*, núm. 46, 1877.

De todas las hernias del ovario, sólo las hernias inguinales ofrecen una importancia práctica.

Las hernias congénitas del ovario son frecuentemente bilaterales. Se producen de la misma manera que el descenso de los testículos, porque los ovarios anormalmente dirigidos por los cuerpos de Wolf y el gubernáculo, de Hunter penetran por el anillo inguinal que permanece abierto en el conducto de este nombre, y llegan hasta los grandes labios. El ovario en las hernias inguinales parece que está sólidamente fijo por una base muy ancha á la pared posterior del saco herniario, siendo imposible reducirlo. Añadamos que casi siempre acompaña al ovario y desciende con él en el conducto inguinal el pabellon de la trompa, no siendo raro en las hernias congénitas del ovario observar otras anomalías de los órganos sexuales, tales como la falta de desarrollo de los conductos de Müller, hernia de un cuerno rudimentario del útero, imperforacion de la vagina ó hermafrodismo.

En las hernias inguinales adquiridas el ovario parece generalmente movable y suspendido por su ligamento propio distendido. Frecuentemente está solo, alejado de la trompa, siguiéndole el útero en otros casos y encontrándose á veces en el mismo saco el intestino ó el epiploon. La presencia en el conducto inguinal ó en los grandes labios de los ovarios produce accidentes muy graves. Se puede reducir el ovario herniado cuando es móvil y está situado en la extremidad de un largo pedículo, condicion que no existe sino en las hernias adquiridas, porque cuando esta afección es congénita no se puede hacer otra cosa que protegerla contra las violencias exteriores por medio de una pelota hueca ó de un cojín blando. Frecuentemente, sin embargo, son mal soportados estos aparatos.

Las hernias del ovario provocan comunmente dolores intensos; bajo la influencia de la congestión menstrual adquiere dicho órgano el volumen de una nuez y aun de un huevo de gallina, y se hacen muy dolorosos. Durante los periodos intercalares se observa tambien frecuentemente la presentación de dolores y de trastornos diversos de origen reflejo. Estas inflamaciones periódicas y estos trastornos de origen reflejo repetidos pueden exigir una extirpación uni ó bilateral, haciéndose apremiante algunas veces esta indicación. Tales son los casos de Werth y de Léopold, en los cuales existía al propio tiempo desarrollo rudimentario del útero y de la vagina, y en los que llegó á alcanzar la operación la importancia de una castración.

La inflamación del ovario herniado puede simular completamente una estrangulación heraiaria. Se observa que á los dolores locales propios de toda hernia irreducible se añaden otros fenómenos simpáticos debidos á la irritación peritoneal. El dolor se irradia hácia la region del estómago y hácia los órganos genitales internos, revistiendo algunas veces los caracteres de los dolores de parto: las enfermas experimentan malestar, hipo, y tienen á veces verdaderos vómitos, pudiendo al propio tiempo existir retención de materias fecales. Merced á estos síntomas, en algunos casos de este género se ha practicado el desbridamiento de la supuesta hernia intestinal y hasta ha llegado á confundirse el pabellon de la trompa con el epiploon. Si el diagnóstico de la hernia ovárica estaba bien establecido, debe limitarse el profesor, durante toda la existencia de los fenómenos inflamatorios, á un tratamiento local antiflogístico. Si se produce un absceso debe darse salida al pus disecando cuidadosamente capa por capa. Pero las estrangulaciones propiamente dichas en las cuales está realmente comprimido un largo pedículo son extremadamente raras. Generalmente en estos casos se trata de una inflamación primitiva que se produce en el momento de las reglas. El conducto inguinal es relativamente muy estrecho para el ligamento cuando éste está hinchado. Se produce una constricción

secundaria del pedículo del ovario y á consecuencia de los trastornos sobrevenidos merced á la inflamación en el interior del órgano puede observarse la aparición de la gangrena.

La operación está también indicada en los casos en que existe un tumor. A consecuencia de la posición anormal del ovario en el conducto inguinal ó por delante de él, los tumores se conducen absolutamente lo mismo que en los casos de anomalías en el descenso de los testículos. En 38 casos de hernia del ovario reunidos por Englisch, cinco veces era quístico dicho órgano, una vez canceroso, y, en fin, Blotz, en la clínica de Billroth, ha observado un caso muy interesante de quiste del ovario en un hermafrodita.

En tesis general, la operación de la hernia del ovario no difiere de la herniotomía ordinaria. Como en esta operación, se incinden las paredes del saco capa por capa y se ensancha el cuello por medio del bisturí. Si el ovario no ofrece modificaciones sensibles se le reduce. Bryk, en un caso, desprendió desde luego todo el ligamento ancho que estaba adherido y extrajo un tumor hidatídico del tamaño de una nuez antes de reducir el contenido del saco (el útero con los ovarios). Extirpó en seguida un fragmento de 25 centímetros cuadrados y suturó el anillo inguinal para impedir la recidiva. Pero si las modificaciones inflamatorias son muy intensas, ó bien si existe ya un principio de gangrena del ovario, es preciso practicar la extirpación. En un caso de Balleray, este autor, después de haber reducido el ovario que se encontraba enclavado en un ligamento fibroso trasversal, extrajo 4 onzas de un líquido amarillo sucio que contenía el saco y sobrevino una peritonitis violenta. Cuando se ha abierto el saco á consecuencia de una estrangulación debida á una inflamación simple del ovario, será conveniente extirpar este órgano, que conservará siempre, de otra suerte, tendencia á inflamarse de nuevo. Este procedimiento es preferible al que consiste en incindir simplemente el saco herniario distendido por el exudado.

No podemos consignar aquí sino consideraciones generales á propósito del manual operatorio. La operación varía naturalmente en cada caso según que estemos en presencia de un ovario de tamaño normal, de un tumor provisto de un largo pedículo ó insertándose por una ancha base, ó según que el ovario se presenta solo ó con otros órganos en el saco herniario.

Después de la abertura del saco se debe traspasar el pedículo, formado por el ligamento ancho solo ó bien por este ligamento, la trompa y aún algun cuerno del útero, según su anchura, dividiéndole en dos segmentos además. La ligadura (con seda solamente) debe practicarse con gran cuidado, porque los hilos se deslizan muy fácilmente á consecuencia de la poca longitud del pedículo y de su tendencia á intro-

ducirse en la cavidad abdominal. Se amputa el muñon por encima de las ligaduras y á una distancia suficiente, limitándose, ya á cortarle, ó ya á cauterizarle.

La cuestion del tratamiento del pedículo se resuelve por sí misma cuando se trata de una hernia congénita que se inserta por un corto pedículo en la pared posterior del saco. La escasez de observaciones que hasta ahora poseemos no nos permite decir de una manera cierta cómo debe procederse cuando el pedículo es largo y ofrece una gran tendencia á introducirse en la cavidad abdominal. En el caso descrito por Werth, Esmarch dejó introducirse en la cavidad abdominal al pedículo y recurrió al desagüe de la herida externa. Weingiehnner fija el pedículo en ésta. La hemorragia que se produjo en este caso tuvo lugar por fuera y no en la cavidad peritoneal. Por temor á las hemorragias secundarias, que son frecuentes y debidas al deslizamiento de las ligaduras, nosotros preferimos fijar el pedículo en el conducto inguinal y cerrarle por medio de una sutura.

Hasta estos últimos tiempos no hemos obtenido ningun resultado satisfactorio, ni de la herniotomía, ni de la extirpacion. Casi la mitad de las operadas han muerto (Englisch, *loc. cit.*). La muerte fué debida á la ausencia de precauciones antisépticas, y sobre todo á la imperfeccion de un manual operatorio improvisado, y á que se operaba en casos poco convenientes. Empleando un manual operatorio correcto (ligaduras bien hechas, oclusion de la cavidad peritoneal, combinada cuando es necesario con el desagüe del saco) y apelando al método antiséptico, la operacion en casos de hernias del ovario no entraña peligros particulares.

Las causas de la muerte han sido generalmente: la peritonitis, flemones extensos (en el tejido celular subseroso, desde la herida de la operacion hasta la fosa iliaca y la region renal) ó hemorragias internas (Billroth).

CAPÍTULO III

DE LA CASTRACION

Artículo 1.º — Historia y literatura.

En los pueblos orientales se practicaban frecuentemente en la antigüedad ciertas operaciones en los órganos genitales externos, tales como la extirpación de los pequeños labios y del clitoris y la de dar paso á un anillo á través de los grandes labios. Los griegos y los romanos designaban bajo el nombre de *συντομή*, *castrare*, así á la ablación del útero como á la de los ovarios. Es preciso abstenerse de considerar todos estos hechos como comprendidos en la operación que tiene por objeto extirpar los ovarios. Es, no obstante, cierto que estos pueblos han practicado la castración tal como nosotros la comprendemos. Los reyes de Lydia, Andrómedes y Gyges hacían castrar á las mujeres de sus harems á fin de *iis semper ætate et forma florentibus uteretur*.

Bischoff refiere que un viajero inglés ha visto en la India eunucos hembras que habían sido privados de sus ovarios durante su juventud. El castrador de puercos de Wiérus parece que persiguió un fin moral castrando á su hija á fin de reprimir sus desórdenes.

Los primeros estudios precisos sobre la extirpación de los ovarios sanos ó de volumen normal se han hecho en los casos en que este órgano estaba herniado. Casi siempre la operación fué unilateral. Pott sólo refiere un caso de castración doble. Todas las observaciones recientes, á excepcion de un hecho observado por Esmarch, se refieren á casos de castración unilateral en los casos de hernias del ovario.

A fines del último siglo, Hunter propuso hacer la extirpación de los tumores del ovario al principio de su desarrollo. A pesar de la gran extensión que ha adquirido la práctica de la ovariectomía, hasta ahora

se ha ejecutado muy pocas veces la ablacion de tumores pequeños. En estos casos se operaba por la vía vaginal y se extirpaban así tumores que formaban prominencia en los fondos de saco.

En 1869, Koeberlé extirpó un ovario sano. Se trataba de reducir un útero en retroversion fijando en la herida abdominal el ligamento ancho del lado izquierdo y extirpando despues el ovario.

Aveling refiere que James Blundell había tenido ya la idea de practicar la castracion en los mismos casos en que hoy la practicamos. Este autor estudió experimentalmente la cirugía del abdómen y presentó sus experimentos á la Sociedad Real de Medicina y Cirugia de Lóndres en 1823. Mucho mejor de lo que se hacia en su tiempo, y aún mejor de lo que se hace hoy, apreciaba Blundell los peligros de la herida abdominal. Demostró que las dos trompas podian ser seccionadas y que sin trastornar la vida podian extirparse los quistes del ovario, los ovarios sanos, el útero puerperal ó canceroso, porciones de la vejiga y el bazo. Consideraba la extirpacion de los ovarios sanos como un medio de tratamiento activo en los casos de dismenorrea grave y de hemorragia mensual procedente de un útero invertido cuando estaba contraindicada la extirpacion de este órgano.

En resumen, se extirpaban los ovarios sanos ó poco aumentados de volúmen en los casos de hernias ováricas. Se extirpaban pequeños tumores que por su situacion, por su funesta influencia sobre las partes vecinas (compresion), podian dar lugar á síntomas morbosos; pero no se había recurrido aún á esta operacion en los casos en que el órgano estaba sano ó degenerado, pero poco aumentado de volúmen.

No se resolvía nadie á practicar esta operacion, dejándose guiar por consideraciones de un orden muy diverso. Nadie se proponía hacer desaparecer los fenómenos patológicos producidos directa ó indirectamente por una afeccion de los ovarios. Nadie creía, por otra parte, que haciendo desaparecer las funciones sexuales, y en particular provocando la menopausia, podrían curarse ciertos estados patológicos especiales.

No se creía tampoco que provocando la menopausia, enfermedades como las neurósisis podrían curarse, aunque no tuvieran ninguna relacion con el estado ó las funciones de los órganos sexuales, idea que han sostenido algunos autores americanos.

La primera castracion ha sido practicada por Hegar el 27 de Julio de 1872, con asistencia del profesor Kaltenbach, del Dr. Hüffel y de Müller. Se trataba de un caso de dismenorrea y de neuralgia del ovario, á consecuencia de la cual la enferma era morfiomana. Se extirparon los dos ovarios, que presentaban los signos de una degeneracion del estroma, y numerosos quistes foliculares pequeños. El ovario derecho contenía un quiste folicular del volúmen de un huevo de gallina.

La enferma murió de peritonitis séptica. Un mes más tarde próximamente, el 17 de Agosto del mismo año, Battey hizo su primera operacion en una enferma que padecía amenorrea é inflamacion recurrente del peritoneo y del tejido celular pelviano. En los demas casos operados por él se practicó la operacion por tratarse de neuralgias ováricas, de los trastornos más variados de la menstruacion ó de neurósis. Los ovarios estaban por lo comun alterados, y ofrecian lesiones de la ovaritis crónica y de la degeneracion quística, y estaban dislocados en el repliegue de Douglas. Battey no extirpaba frecuentemente más que un ovario. Thomas y Trenholme han operado segun las mismas indicaciones. Peaslee fué el primero que practicó la castracion en un caso de útero rudimentario en que el ovario estaba en plena funcion. Trenholme fué el primero que la practicó en un caso de fibromioma, en 1876. En Agosto del mismo año, Hegar hizo dos operaciones con el mismo objeto, sin conocer el caso de Trenholme. Hasta principios de 1880, Hegar practicó 50 operaciones bilaterales por causas las más diversas. Sims ha publicado siete observaciones, en cinco de las cuales, sin embargo, no ha extirpado más que un solo ovario.

El falso camino emprendido por Battey y Sims, no practicando por lo comun más que la castracion unilateral, ha conducido á la depreciacion de este recurso operatorio. El peligro es casi el mismo y sólo en determinadas circunstancias puede lograrse el fin propuesto.

El número de operaciones y de operadores se ha acrecentado mucho en estos últimos años. La castracion sólo ha sido rechazada por un corto número de autores. Sin embargo, esta operacion sufrirá aún numerosas modificaciones, tanto bajo el punto de vista de sus indicaciones, cuanto bajo el del manual operatorio, lo cual no tiene nada de extraño tratándose de una operacion quirúrgica tan moderna. En el porvenir acaso puedan establecerse distinciones determinadas entre ciertas operaciones: se podrá, por ejemplo, colocar aparte la extirpacion de pequeños tumores, sobre todo si se trata de neoformaciones especiales.

La ablacion de los tumores tubo-ováricos podría ser colocada en la salpingotomía; pero en el estado actual de la Ciencia, tales distinciones no nos parecen suficientemente justificadas todavia.

Hegar. *Die castration der Frauen*, Volkmann's *Vortraegen Gynaek.*, 42, Leipzig, 1878.

Stahl. *Der anticipirte Klimax durch Exstirpation der Ovarien bei Fibromyomen des Uterus* Boerner's *Deutsche. Medic. Woch.*, Berlin, 1876, núm. 50.

Hegar. *Zur Exstirpation normaler und nicht zu umfanglichen Geschwulsten entarteter Eierstocke* Wittelschoefer's *Wiener med. Woch.*, 1878.

Hegar. *Ueber die Exstirpation normaler und nicht zu umfanglichen Tumoren degenerirter Eierstocke*, C. f. G., 1877, núm. 17, y 1878, núm. 2.

Hegar. *Ueber Castration*, C. f. G., 1879, núm. 22.

Batthey. *Normal ovariectomy*. *Atlanta Med. and Surg. Journ.*, Septiembre 1872.

Batthey. *Normal ovariectomy. A Paper read before the Georgia Med. Associat.*, reprinted from the *Atlanta, Med. and Surg. Journal Atlanta*, 1873.

Batthey's. *Operation by David W. Yandell and Ely M. Clellan reprinted from the American Practitioner*, Octubre 1875.

R. Batthey. *Exstirpation of the functionally active Ovaries*. *Transactions of the American Gynecological Society*, 1876.

R. Batthey. *Is there a proper field for Batthey's Operation*. *Ibid.*, 1877.

Marion Sims. *Batthey's Operation* *British Med. Journal*, Diciembre 1877.

Boerner. *Ueber die Castration der Frauen als therapeut. Moment*. *Wiener med. Woch.*, 1878, núms. 47, 48, 49 y 50.

Tauffer. *Die Castration der Frauen*. *Aus der Pester med. chir. Presse, Buda-Pesth*, 1878, y comunicacion particular.

Spiegelberg. *Castration des Weibes*. *Breslauer aerztl. Zeitschr.*, 1879, número 23.

Engelmann. *Batthey's Operation. Three fatal cases, etc.* *American Journ. of Obstetric.*, vol. XI, núm. 3, Julio 1878.

Engelmann. *The difficulties and dangers of Batthey's Operation*, extracted from the *Transactions of the American Medical Association*. Filadelfia, 1870.

Hofmeier. *Ernährungs- und Rückbildungsvorgaenge bei abdominaltumoren*. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol.*, t. V, pág. 112.

Bruntzel (Spiegelberg). *Vier Castrationen*, *Arch. f. Gynaekologie*, XV, pág. 107.

Aveling. *The Spaying of Women*. *Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland*, 1879, núm. 70, pág. 617, contient une notice historique tres interessante.

Aug. Martin. *Zur Ovariectomie*, *Berliner klin. Wochenschr.*, 1878, núm. 15.

Castration der Frauen, besprochen von Paul Osterloh. *Schmidt's Jahrb.*, CLXXXVI, 1880, núm. 5, pág. 193.

Loebker. *Laparotomíeen in der Gynaek. Klinik in Greifswalde ausgeführt*. *Arch. f. Gynaek.*, t. XIV, pág. 438.

Otto Albert's. *Arch. f. Gynaek.*, XIV, pág. 418.

Schüking. *Centralblatt für Gynaek.*, 1879, núm. 20.

Sänger. *Holl. med. Wochenschrift*, 1879. *Wiener allgem. med. Zeitg.*, 1879 núm. 49, pág. 555.

Langenbeck. *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, 8. Congreso 1879.

Welponer (Braun). *Wiener med. Presse*, 1879, núm. 24, pág. 782.

Richter aus Emden. *Berliner klin. Wochenschr.*, 1880, núm. 7.

Trenholme. *The American Journal of Obstetrics*, 1876, vol. IX, pág. 703 y *Transact. of the American Gynecolog. Soc.*, 1876, pág. 703.

Goodell. *A case of spaying for fibroid of the womb*. *American Journ. of the Medical Sciences*, Julio 1878. *Obstetrical Journ. of Great Britain*, 1879, página 340.

- Goodell. *Boston Med. and Surg. Journ.*, Junio 19, 1879.
- Sabine. *American Journ. of Obstetric.*, Agosto 1875, pág. 359.
- Gilmore. *Atlanta Med. and Surg. Journ.*, Septiembre 1874.
- Pallennach Engelmann. *O. C. Battey's Operation three fatal cases, etc.*
- Thomas. *Transact. of the Americ. Gynecol. Soc.*, 1876, pág. 357 ff.
- Peaslee. *Transact. of the Americ. Gynecol. Soc.*, 1876, pág. 340.
- A. R. Simpson. *Hystory of case of double Oophorectomy. British Med. Journ.*, 1879, Mayo, 246, pág. 940.
- Spencer Wells. *Transact. of the American Gynecological Soc.*, vol. IV, 1879, pág. 198.
- F. Franzolini. *La prima Ooforectomia, etc. Gazzetta Med. Italiana, Provincia Venete*, año XXII, núm. 38.
- Lusk. *The American Journal of Obstetrics*, 1880, pág. 599.
- Heywood Smith. *Brit. Med. Journ.*, 1879, 12 Julio, pág. 41.
- Lawson Tait. *Britisch Med. Journ.*, 1879, núm. 984, págs. 730 y 731.
- Lawson Tait. *Note on Oophorectomy. Brit. Med. Journ.*, 1880, núm. 1.019, pág. 48.
- Dr. Sthal, de Francfort. Comunicacion particular.
- Svenson. *Upsala laekare foerhandl.*, t. XII, 1876, pág. 178.
- Coates. *Hosp. Med. and Surg.*, 23 Diciembre 1876.
- Martini, de Breslan. Comunicacion particular.
- Büchner-Berns, de Amsterdam. Comunicacion particular.
- Kaltenbach. Comunicacion particular.
- Malins. *Two cases of Oophorectomy. Brit. Med. Journ.*, núm. 1.012, página 772.
- Brugisser. *Correspondenzblatt Schweizer Aerzte*, 1880, núm. 8.
- Battey. *Sims remarks, etc. Brit. Med. Journ.*, 1877, núm. 884, pág. 794.
- Savage. *On Oophorectomy. The Obstetric. Journ. of Great Brit. and Ireland*, núm. 87, 1880, pág. 262.
- W. A. Freun. Comunicacion particular.
- Netzel. *Svenska laekare selsk. foerhandl. Hygiea*, 1878, núm. 7; *Centralb. f. Gynaek.*, 1879, núm. 14.
- Kleinwächter. *Arch. f. Gynaekol.*, t. XVI, c. 1.
- Baumgärtner. *Berliner klin. Wochenschr.*, 16, 1879, núm. 5, y comunicacion particular.
- Werth (Esmarch). *Doppelseitige Castration bei Ovarialhernie.*
- Pott. *Œuvres chirurgicales*, I, pág. 492, París, 1777.

Art. 2.º — Importancia de la castracion bilateral.

No puede apreciarse la accion producida por la ablacion de un órgano cuando no se conoce la influencia de este órgano sobre el resto del organismo. Por lo que respecta á los ovarios existen opiniones muy erróneas, y aun el viejo proverbio: *Propter solum ovarium, mulier est*

quod est, no puede ser aceptado sin grandes restricciones. Se han observado frecuentemente, aunque exista una ausencia congénita ó aunque exista una falta desarrollo de los dos ovarios, mujeres que tienen el tipo femenino completamente normal, el seno y los órganos genitales externos bien desarrollados y una pelvis normal. En muchos de estos individuos se ha observado una inclinación pronunciada hacia el hombre y aún un instinto genital exagerado, en tanto que estos fenómenos faltan en otros. El carácter femenino está igualmente muy marcado y es raro que estas anomalías vayan acompañadas de un hábito masculino.

No es raro, pero no es constante, que coincidan con la ausencia de los ovarios una disminucion del desarrollo óseo de la pelvis, una pequeña estatura, disminucion congénita en el diámetro de los grandes vasos, deformaciones del corazon, cretinismo ó idiocia ú otras anomalías del sistema nervioso, y, de una manera general, todos los signos de un desarrollo tardío. Por el contrario, el útero y las trompas faltan ó están por lo ménos detenidas en su desarrollo, no existiendo excepciones bien determinadas á esta regla. La vagina ya está bien ó ya está mal conformada, pudiendo faltar completamente. Es raro que exista una deformidad de los órganos genitales externos. Cuando existe una ausencia unilateral ó falta de desarrollo de un ovario, la matriz es frecuentemente rudimentaria. A veces no está bien conformado más que en uno de los ángulos superiores, en tanto que el otro, que corresponde al ovario que falta ó está mal conformado, falta tambien ó no existen más que vestigios de él. Puede observarse tambien cómo el útero depende del ovario estudiando el hermafrodismo trasversal. En este que se llama hermafrodismo trasversal femenino con ovarios, el útero existe regularmente, aunque por lo demas el tipo sea masculino. En el hermafrodismo trasversal masculino con testículos, el útero falta (sin embargo, con algunas excepciones) aunque la conformacion corresponda al tipo femenino.

En el caso de ausencia de los ovarios ó de defecto de desarrollo, la menstruacion desaparece, síntoma que no es debido á la ausencia ó á la falta de desarrollo del útero, porque esta funcion se produce de una manera habitual y frecuentemente en alto grado en personas cuyos ovarios funcionan y que, sin embargo, no tienen útero ó le tienen en estado rudimentario.

El estudio de estas anomalías prueba que el grado de desarrollo de las trompas y del útero depende del de los ovarios, y que una de las grandes funciones del aparato sexual, la menstruacion, depende del funcionamiento de estos órganos. Pero el estado general del organismo, el desarrollo de la pelvis, el del pecho, el de los órganos genitales externos y aún el de la vagina, el instinto genital y el carácter, son

completamente independientes, ó por lo ménos su dependencia es muy limitada.

No conocemos nosotros la influencia de una extirpacion del ovario hecha durante la infancia en la raza humana. Por lo ménos, el único dato que poseemos sobre esta cuestion es muy incompleto y está sujeto á observaciones. Un inglés, Roberts, pretende haber visto en las Indias Orientales mujeres castradas, las cuales eran grandes, musculosas, sin seno, sin mamas, en las cuales la arcada pubiana era tan estrecha que sus ramas casi se tocaban. El tejido grasoso faltaba alrededor de los órganos genitales externos, los muslos no presentaban ningun desarrollo, como en el hombre, y no habían menstruado jamás.

Cuando se castra á los animales jóvenes se observa como resultado constante un temperamento más tranquilo, tendencia á una suspension en el desarrollo del conducto genital, y no existen los períodos. En cuanto á la influencia sobre el resto del organismo, no se ha observado nada más.

En los animales de más edad, la influencia favorable sobre el desarrollo grasoso es muy dudosa. Casi constantemente no existe el celo, y, segun los veterinarios, los casos excepcionales deben ser atribuidos á una extirpacion incompleta ó á un estado patológico del aparato genital y sus inmediaciones. En la mujer adulta, la funcion de los ovarios desaparece ó es apenas marcada durante el embarazo, y verosimilmente tambien con frecuencia durante la lactancia. Se observa al propio tiempo la amenorrea aunque no ocurra nada de anormal. En los estados patológicos ligados á una degeneracion completa de los dos ovarios, la amenorrea es un hecho casi constante, siendo preciso atribuir las excepciones, ya á que quedan porciones parenquimatosas sanas, ya á trastornos vasculares, sobre todo cuando el tipo de las hemorragias no es completamente asimilable al de las hemorragias catameniales. Puede tambien atribuirse la amenorrea á trastornos simultáneos de la nutricion general.

En la menopausia el ovario se atrofia, y es verosimil que esta atrofia preceda á la del útero, porque la facultad de concepcion desaparece en los cuatro ú ocho años que preceden á esta época. Puede ser que entren en juego otros factores. Sin embargo, puede admitirse como una hipótesis muy verosimil que los huevos no están suficientemente desarrollados para ser fecundados. Con la desaparicion de las reglas se observa muy frecuentemente una serie de sensaciones desagradables y aún estados patológicos muy bien marcados. Lo más generalmente estos estados son de naturaleza congestiva, trastornos vasomotores, tales como coloracion súbita de la cara y del cuello, sudores generales ó locales con tendencia á escalofrios, dolores de cabeza, vértigos, accesos de opresion, dolor en los riñones, sensaciones de peso y

de presión, y dolores en el bajo vientre. Esto mismo se observa generalmente sobre algunos puntos limitados, por ejemplo, á la palma de las manos, á la planta de los piés, donde se observan hiperestésias, prurito, sensaciones de quemadura; existe una gran tendencia á las neuralgias, al mal humor, á la sobreexcitación nerviosa, al insomnio, no siendo raro observar trastornos de la digestión, que por lo común consisten en pérdida del apetito, náuseas y vómitos y estreñimiento ó diarrea. En ciertos casos raros pueden observarse hemorragias que se producen en diversos órganos, la nariz, la lengua, el intestino, las vías urinarias y la piel.

Todos estos síntomas son generalmente irregulares y no afectan ningún tipo especial. Sin embargo, predominan generalmente en la época de las reglas, y sobre todo en su principio.

Rara vez se establece la menopausia de una manera brusca y definitiva. Pasan muchos periodos menstruales sin que se presente la hemorragia catamenial, viéndose despues en una época ulterior sobrevenir una hemorragia abundante. Frecuentemente se observan hemorragias irregulares que se prolongan durante mucho tiempo. Es verdad que, por lo común, es preciso acusar á estados patológicos preexistentes del útero, en particular una hiperplasia del tejido muscular y del tejido celular; mas, sin embargo, puede tambien no existir ninguna causa de este orden. Otras veces tambien en el momento de la menopausia el útero aumenta de volúmen, fenómeno que debe atribuirse á la congestión sanguínea.

Ademas de la atrofia gradual y algunas veces rápida del útero; ademas de la disminución de volúmen de los tumores que pueden encontrarse, se observa el enmagrecimiento de los órganos genitales externos. Los grandes labios se ponen flácidos y pueden tambien presentarse pliegues cutáneos. La pared de la vagina pierde su estructura compacta, volviéndose exangüe y blanda, pudiendo observarse tambien en ella diversas modificaciones. No es raro que se produzca una colpitis, en la cual toma participacion la porción vaginal del cuello. El conducto vaginal está todo él hinchado y rojo, ofreciendo puntos más rojos aún, brillantes, erosiones é hiperemias locales, alrededor de cuyas zonas se observan islotes anémicos, pálidos y secreción purulenta. La vulva está generalmente afectada de la misma manera. El proceso llega frecuentemente á un alto grado, la turgencia y la rubicundez se hacen intensas y las secreciones profusas, purulentas y aún teñidas en sangre. Poco á poco ó muy rápidamente sobreviene la curación; pero el proceso puede tambien seguir una marcha crónica y llegar á determinar adherencias entre la porción vaginal del cuello y el fondo de saco, participando el tejido submucoso de la enfermedad. Puede observarse que la vulva se estrecha, se arruga, pudiendo ocur-

rir lo mismo en todo el conducto vaginal, que en su parte superior se termina en forma de cono. Este arrugamiento es frecuentemente parcial. La vagina presenta entónces una brida sólida y algunas veces una estrechez anular. Estas retracciones pueden tambien producirse en parte sin colpitis, ó por lo ménos con una colpitis muy ligera.

El resultado final de los cambios que se producen en la vagina en la época de la menopausia es muy variable; ya se encuentran las paredes blandas manifestando cierta tendencia al prolapso, ya, por el contrario, el conducto vaginal queda estrechado y contraído. Todos los síntomas de la menopausia que acabamos de señalar reconocen ciertamente causas diversas, ya se mantengan dentro de los límites fisiológicos, ya revistan un carácter francamente patológico.

El más importante es la desaparicion de una hemorragia habitual. No es verosímil *à priori* que los cambios anatómicos, y en particular la dilatacion de los vasos que debe existir durante treinta ó treinta y cinco años que duran las reglas, puedan desaparecer rápida y bruscamente en todos los individuos. En muchos se observa que se verifica una compensacion; en otros, sin embargo, no existe nada semejante. Tan es así, que se observan fenómenos congestivos (presion y peso en el bajo vientre, tumefaccion del útero, colpitis) y á consecuencia de ellos síntomas locales y reflejos. En muchas enfermas, y particularmente en las que estaban ántes de esta época afectadas de algun estado patológico, estos síntomas son más marcados; en otras son ménos violentos. Si la congestion vascular es muy considerable, la sangre puede extravasarse y entónces observamos la presentacion de una hemorragia, hasta el punto de observarse á veces hemorragias típicas en mujeres en las cuales ha pasado mucho tiempo ántes la época de la menopausia. Estos fenómenos reconocen como causa los procesos patológicos que se producen en los órganos sexuales, tales como los pólipos, el carcinoma en su principio, la tuberculósis y tumores ó afecciones que tengan su asiento en otros órganos y que determinen trastornos circulatorios. Tales son las afecciones del corazon y las del hígado.

En casos excepcionales y raros puede observarse la reproduccion de las reglas á consecuencia de una nueva ovulacion. Por lo ménos es ésta de la única manera que podemos explicarnos los hechos en los casos de concepcion observados en mujeres con menstruacion tardía. Acaso la excitacion producida por el acto del coito frecuentemente repetido pueda dar lugar á una nueva vitalidad del aparato sexual.

Como consecuencias lejanas de la menopausia se han citado tambien ciertos cambios debidos en parte á la alteracion del tipo sexual, pero que en parte reconocen otro origen. Entre estos últimos citaremos la tendencia á engrosar, que en todo caso no es constante. Entre los primeros se cuentan: el vello que aparece en diversos puntos de

la cara, la alteracion de la voz, que se hace más grave, el cambio en las ideas y la modificacion en el carácter y la manera de ser de la mujer. En los animales se observan fenómenos análogos. Tan es así, que ciertas aves, sobre todo los pavos, toman frecuentemente despues de la desaparicion de la ovulacion el carácter masculino, y principalmente se les ve cubrirse con plumas tan brillantes como las del macho; en las ciervas la cornamenta se hace más fuerte.

En todo caso los cambios precedentes son muy inconstantes en la mujer despues de la menopausia y raras veces son muy marcados. La influencia del ovario sobre el estado general no es tan limitada ni tan directa como antiguamente se creía, ademas de que la solidez y la dureza de los tejidos y de las formas que existen durante la edad adulta oponen una resistencia importante á la aparicion de estas metamorfosis.

Es preciso, sin embargo, conocer esta descripcion de los fenómenos que se presentan durante y despues de la menopausia, á fin de poder apreciar todas las consecuencias que puede entrañar la extirpacion de los ovarios. La menopausia sobreviene, en la gran mayoría de los casos, inmediatamente despues de la extirpacion, ó bien despues de algunas hemorragias menstruales ó irregulares, siendo muy raro ver que prosigan regularmente, pues lo más frecuente es que sean irregulares. Estas últimas no requieren una explicacion especial; las primeras son debidas á una extirpacion incompleta, porque basta un fragmento muy pequeño del ovario para observar que la menstruacion continúa; existiendo á veces un ovario suplementario. En las ovariectomías dobles, en la ablacion de tumores voluminosos, se observa frecuentemente que continúa el periodo despues de practicadas; aquí es preciso tener en cuenta que el tumor, de uno ó de otro lado, no depende en absoluto del ovario. Hay observaciones que prueban la existencia de estos errores; tan es así que, por ejemplo, en un caso ha sido preciso despues de una ovariectomía doble extirpar un tercer tumor ovárico. En otro caso se observó la produccion de un embarazo despues de una ovariectomía doble.

La atrofia del útero y las modificaciones de la vagina sobrevienen en la castracion de la misma manera que en la menopausia natural. Es muy raro observar una atrofia muy rápida del órgano, tal como reducirse el cuerpo del útero al volumen de una nuez. Se ha hecho constar tambien la disminucion rápida de fibromas preexistentes, siendo evidente que todos estos fenómenos dependen de la ablacion de los ovarios.

Sin embargo, es preciso tambien tener en cuenta la destruccion de los vasos que se produce durante la operacion y las trombosis que se verifican en el interior de los mismos.

Nosotros hemos observado muy frecuentemente la vaginitis en un grado muy intenso, dolores locales y fenómenos reflejos completamente idénticos, y es incontestable que en muchas operadas existe una tendencia á engruesar. Sin embargo, existen otros síntomas en la menopausia natural que no se han observado despues de la castracion: tales son el desarrollo del vello en la cara, el cambio de tonalidad en el timbre de la voz y la modificacion del carácter. Frecuentemente se conserva el instinto genital en grado muy considerable; no obstante, algunas veces ocurre lo contrario. Nosotros no tenemos conocimiento de un número suficiente de hechos para declarar cuándo son más frecuentes los síntomas funestos, si en la menopausia natural ó en la artificial, porque la persistencia de las hemorragias se observa en grados muy diferentes. Parece, sin embargo, que en la menopausia artificial los trastornos vasculares son más considerables y los dolores más numerosos y más intensos, lo cual se explica fácilmente porque en la menopausia artificial existen siempre estados patológicos locales frecuentemente muy marcados. El sistema nervioso está por lo comun afectado, si bien los trastornos vaso-motores y otros existen en grado más considerable. La operacion por sí misma crea ciertos estados anormales á consecuencia de la ligadura de los vasos: trombosis consecutivas, procesos adhesivos y atróficos, etc., etc. La ablacion de los ovarios se hace tambien de una manera brusca, y teniendo en cuenta esta circunstancia, deberá comprenderse cómo los trastornos son la regla y se comprenderá fácilmente cómo la menopausia natural sea más frecuentemente regular y que se efectúe sin accidentes. La influencia de la castracion doble, bajo el punto de vista fisiológico, puede ser expresada en pocas palabras: la menopausia y la esterilidad. Ahora bien; esta última es frecuentemente debida ya á la afeccion á consecuencia de la cual ha de practicarse la castracion. Muy frecuentemente la facultad de concebir, en estos casos, es defectuosa ó dudosa por lo ménos, y en otras mujeres aunque existe es muy limitada. Solamente la facultad de quedar embarazada y de conducir el embarazo hasta su fin falta ó es por lo ménos muy problemática. Puede ser, pues, que la enferma conciba y se haga embarazada, pero su estado es tal que semejante eventualidad no puede ser deseada.

Si por la castracion pierden las mujeres la facultad de concebir, por el contrario, les queda la aptitud para ejecutar el coito. Las consecuencias de la castracion en la mujer son, pues, bajo este punto de vista, en un todo diferentes de las consecuencias de la castracion en el hombre, porque en este último, casi sin excepcion, sobreviene la impotencia. No debemos olvidar á este respecto que la vaginitis y la estrechez de la vulva y la vagina pueden tambien en la mujer hacer el coito más difícil y aun imposible. Solamente un tratamiento apropia-

do permite remediar con facilidad esta circunstancia desagradable. La facultad que las mujeres conservan de practicar el coito explica cómo en ellas no se observan la depresión moral, la melancolía y aún la tendencia al suicidio, que en igualdad de circunstancias se presentan con alguna frecuencia en el hombre.

Para más detalles véase Hegar: *Castration des femmes*, *Wolkmann's Vorträge*, núms. 136-138, *Gynäk.*, 42.

Véase además el art. 5.º del presente capítulo.

Art. 3.º — Indicaciones.

1.º En las enfermas que han llegado á la edad de la menopausia la operacion no está justificada; cuando se practica es solamente con propósito de obtener la desaparicion de las funciones genitales y la involucion de los órganos generadores. Pero las circunstancias son muy diferentes cuando los ovarios están enfermos y es preciso para obtener la curacion extirpar estos órganos ó sus anejos, sin que la desaparicion de las funciones genitales juegue ningun papel en el tratamiento.

2.º No se practicará jamás una castracion sin haber tactado previamente los ovarios y estar asegurados de sus relaciones y de la posibilidad de practicar la ablacion sin hacer correr á la enferma muy serios peligros. Esta práctica se ha considerado por algunos como irrealizable. El reconocimiento de los ovarios es algunas veces, debemos reconocerlo, muy difícil cuando existen, por ejemplo, fibromas ó nódulos inflamatorios. Pero cuando nos es imposible encontrar los ovarios por el tacto, ó cuando no se puede llegar á ellos sino á costa de numerosas dificultades, es por lo ménos muy difícil y peligroso encontrarlos durante la operacion, y si se les encuentra fácilmente, es imposible aislarlos y pediculizarlos. Esta complicacion se observa principalmente en los casos de fibroma.

Nosotros nos hemos separado muchas veces de esta regla, y hemos tenido siempre que sentirlo. En un caso tuvimos que practicar la ablacion de un tumor; la segunda vez nos fué necesario practicar la amputacion supravaginal del útero en lugar de la castracion; la tercera vez no habíamos tactado más que un ovario, y tuvimos que abandonar la seccion vaginal y practicar una segunda incision sobre la línea alba. El éxito de la operacion fué favorable, pero no hemos hecho jamás operacion más peligrosa. Por haberse descuidado, por no haberse sometido á esta regla, es por lo que ciertos cirujanos se han visto en la imprescindible necesidad de abandonar operaciones no terminadas.

3.º Es preciso, en fin, y ésta es una tercera regla, que no haya ningun signo de inflamacion reciente ó aguda. No contamos aquí, como

tiene lugar algunas veces para la ovariectomía, con los procesos sépticos, ó por lo ménos con tendencia á la septicemia. En los casos de quistes del ovario inflamados y supurados, etc., la ovariectomía puede estar, en efecto, indicada para hacer desaparecer estos accidentes. Nadie se ha encontrado jamás en esta situacion cuando de la castracion se ha tratado; sin embargo, si así fuera sería preciso no tener en cuenta la regla que acabamos de dar.

Es igualmente muy raro que la castracion esté indicada á consecuencia de accidentes que pongan en peligro directamente la vida y exijan una operacion inmediata. Se puede casi siempre esperar, cuando existen accidentes inflamatorios, á que pasen los trastornos ocasionados por una inflamacion habitualmente circunscrita. Esperando, pero no esperando mucho tiempo, se evitará el inconveniente de encontrar adherencias muy intimas y se tendrá la gran ventaja de no encontrar exudados ni un tejido ovárico muy blando y muy rico en vasos sanguíneos.

En un principio se practicó la castracion obedeciendo á indicaciones teóricas. Los buenos resultados obtenidos hasta la fecha han demostrado lo bien fundados que estaban estos razonamientos; solamente que estos resultados son todavía poco numerosos, y la aplicacion de principios teóricos á casos concretos entraña grandes dificultades á consecuencia de la variedad de condiciones en las cuales se encuentran los últimos y de las múltiples complicaciones que á cada uno pueden acompañar.

Pueden establecerse las indicaciones de una manera general, pero el cuadro que se trazara de esta suerte estaría sujeto á muchas modificaciones. Precisamente porque estos hechos son discutibles es preciso en todo caso poder razonar sobre un gran número de ellos para sentar una conclusion legítima sobre cuestiones dudosas todavía. Nos sería preciso desde luego conocer con más exactitud ciertos puntos de Fisiología y de Anatomía patológica.

A fin de evitar toda repeticion damos aquí una indicacion general, reservándonos para despues entrar en detalles.

La castracion está indicada en los casos de anomalía y de enfermedad que pongan directamente la vida en peligro, pudiendo acarrear la muerte en un corto espacio de tiempo ó capaces de producir una enfermedad de larga duracion continuamente progresiva y que mate toda sensacion de bienestar y todo goce de la vida. Esto en la hipótesis de que todo otro medio de tratamiento no permita esperar ningun resultado satisfactorio, ó bien que hayan sido empleados todos los posibles sin éxito, en tanto que la ablacion de los ovarios parezca capaz de determinar la curacion.

Las indicaciones particulares descansan sobre las modificaciones anatómicas sobrevenidas en los órganos sexuales y en sus anejos. Es-

tas modificaciones, en casos muy raros (tumores malignos por ejemplo), pueden por sí mismas exigir la operación. Pero lo más frecuentemente no se recurre á la operación sino á consecuencia de la aparición de síntomas peligrosos ó molestos en extremo. Alteraciones anatómicas idénticas tienen consecuencias muy diferentes; ellas van, en efecto, acompañadas de dolores, ya muy violentos, ya poco marcados ó ya completamente nulos. Nosotros reunimos bajo un solo y mismo nombre diferente afecciones que presentan ciertos puntos comunes, pero que por otros caracteres deben diferenciarse. El estado incompleto de nuestros conocimientos en Anatomía patológica fina, cuando se estudian las enfermedades de los órganos sexuales y en particular del ovario, es frecuentemente la causa de la imposibilidad ó de la dificultad que experimentamos cuando queremos establecer esta distinción durante la vida y aun sobre las mismas preparaciones.

El mismo proceso patológico puede dar lugar á síntomas bien diferentes: en tal enferma, por ejemplo, pueden observarse accidentes graves; en tal otra, aunque la enfermedad sea idéntica, se verifica cualquier especie de compensación y no se observa ninguno.

¿Cómo, en efecto, podríamos nosotros comprender que en una mujer que tenga un útero rudimentario y ovarios sanos puedan aparecer síntomas graves, en tanto que en otra, afecta de la misma anomalía, no se observa ningún accidente?

Todos los síntomas, cualquiera que sea por otra parte la lesión del aparato sexual que los produzca, se asemejan mucho; tanto que no podría formularse sino un diagnóstico aventurado, si no se basara más que en el estudio de aquéllos. Más valdría, pues, descuidar esta parte del examen y dar la mayor importancia al examen físico, aunque un estudio serio sobre la relación que pueda existir entre las lesiones anatómicas y los síntomas que provocan no sea inútil.

Estudiemos, pues, en principio, de una manera general, los accidentes susceptibles de indicar la castración.

En primera línea señalaremos los dolores y las sensaciones desagradables, localizados á nivel de los órganos enfermos, dolores que habitualmente se exageran de una manera notable por la presión ó por la actividad funcional de los órganos sexuales, irradiándose hacia puntos más ó menos lejanos. Estos dolores son un síntoma muy importante.

Después vienen los síntomas debidos á trastornos en el funcionamiento de los órganos sexuales: amenorrea, dismenorrea, menstruación débil é irregular, menorragia, dismenorrea membranosa y la persistencia de un flujo sanguinolento en el intervalo de las reglas.

Señalaremos también los signos debidos á la acción ejercida por los órganos enfermos sobre los puntos vecinos; tales son los síntomas

de compresion ó de irritacion directa sobre la vejiga, el recto, los vasos y nervios inmediatos y los puntos más ó ménos lejanos del peritoneo.

Tenemos, ademas, los numerosos síntomas reflejos: trastornos de los órganos de la digestion (salivacion, cardialgia, vómitos), trastornos de los órganos de la circulacion (palpitaciones, irregularidades en los latidos cardiacos), trastornos en el aparato respiratorio (afonía, tos, asma). Se observan tambien las neuralgias del trigémino, de los nervios intercostales, de los plexos lumbares y sacros (neuralgias sacro-lumbares, vaginismo — que tambien hemos observado nosotros que puede ser un fenómeno reflejo debido á una afeccion de los ovarios ó de sus inmediaciones — etc.).

En la esfera del sistema motor vemos las convulsiones, las parálisis, las hemiplegias (convulsiones generales ó parciales, clónicas ó tónicas, parálisis de las extremidades inferiores, tenesmo vesical y rectal).

Cuando se producen semejantes accidentes en los nervios vecinos de los puntos enfermos no debe acogerse sino con grandes reservas la hipótesis de trastornos reflejos, porque pudiera suceder que las ramas nerviosas, aun siendo voluminosas, participaran del proceso morboso.

En fin, muchos trastornos puramente fisicos reconocen por causa afecciones del aparato sexual.

El estudio de los fenómenos de origen reflejo en sus relaciones con las enfermedades sexuales y con la castracion ofrece grandes dificultades. Frecuentemente estas neurósisis constituyen el único ó al ménos el más importante de los accidentes, no siendo raro que las enfermas sólo se quejen de trastornos de esta naturaleza. Ellas no demandan asistencia facultativa sino contra los accidentes nerviosos, y colocan en segundo término completamente los demas síntomas que son ménos marcados.

Se trata, pues, de establecer sobre bases precisas la relacion que existe entre las causas de la neurósisis y las alteraciones patológicas de los órganos sexuales. A este respecto podrán utilizarse los caracteres siguientes:

El dolor aparece en el momento de la pubertad y coincide con anomalías en el modo de aparicion y de evolucion de las reglas. En otros casos aparece durante ó despues de un período de tiempo en el cual las funciones del aparato sexual han sido sobreexcitadas, despues de un período catamenial, los primeros días del matrimonio, el embarazo, el parto, el puerperio, etc.

Cuando empieza este dolor, poco tiempo antes ó poco despues se ven sobrevenir síntomas que por su carácter y localizacion pueden ser atribuidos con certidumbre á un padecimiento de los órganos sexuales

Los síntomas penosos no existen ó no son notables sino durante estos periodos en que las funciones del aparato genital están sobrecitadas; al principio del periodo menstrual principalmente los accidentes son desde luego típicos, no observándose nada de anormal en los intervalos. Más tarde los fenómenos son menos claros, y sin embargo se encuentra siempre un aumento notable en la intensidad de los mismos durante las reglas.

Es preciso tambien vigilar el periodo intercalar, en cuyo momento puede, no solamente observarse el dolor que dejamos ya descrito, sino tambien sensaciones penosas localizadas en el aparato sexual, y flujos mucosos, purulentos ó sanguíneos.

Rara vez suceden las cosas de una manera inversa; rara vez disminuye la neurósis cuando la función está sobrecitada, como, por ejemplo, durante el embarazo ó en el momento de la menstruación, pudiendo frecuentemente reconocerse la causa de esta anomalía. Así es, por ejemplo, que un útero en retroflexión puede estar elevado fuera de la pelvis, que existen nódulos de parametritis reblandecidos durante el embarazo, ó bien que se ha producido durante el periodo catamenial una hemorragia menstrual que ha des congestionado un útero inflamado.

La disminucion ó el acrecentamiento de la neurósis sigue paso á paso la disminucion ó el acrecentamiento de las alteraciones anatómicas y de los síntomas que están bajo la directa dependencia del proceso local.

A veces no ocurre así y es entonces muy difícil referir la neurósis á una enfermedad del aparato genital. Puede suceder, por ejemplo, que un tumor, aumentando de volumen, se eleve de la pelvis, y entonces se observa la disminucion de todos los fenómenos y síntomas de compresión y los accidentes reflejos que eran su consecuencia.

Existen tambien casos cuya intensidad en los síntomas reflejos no está en relacion con la de los fenómenos que tienen su asiento en la esfera genital. Tan es así, que, por ejemplo, puede observarse que la cardialgia y los vómitos constituyen casi los únicos accidentes en la retroflexión, en tanto que existen pocos ó ningun síntoma en los órganos de la generación.

Es posible, pues, á consecuencia de la poca importancia de los síntomas locales, no creer en la existencia de una afección del aparato genital, y sospechar que la neurósis es esencial ó independiente.

Algunas veces el conjunto sintomático se modifica bruscamente; ya los síntomas reflejos dominan ó existen solos, ya, por el contrario, los fenómenos locales del aparato genital se hacen los más importantes.

En los accesos nerviosos existe un aura que parte y se irradia desde los órganos de la generación. El aura principia por el lado donde

se encuentra el órgano enfermo (ovario, ligamento ancho), y los fenómenos convulsivos quedan limitados á este lado del cuerpo, ó bien se extienden partiendo de este punto, pero existiendo siempre en menor grado en el otro lado. Algunas veces en los casos de enfermedad del ovario el acceso se modifica, manifestándose indistintamente, ya sobre un lado, ya sobre el otro, y observándose una hinchazon más ó menos profunda de cualquiera de los dos órganos.

Puede lograrse que desaparezcan totalmente ó al ménos en parte estos síntomas por medio de ciertas maniobras terapéuticas, tales como, por ejemplo, la elevacion de un útero hinchado, la correccion de una inclinacion, de una flexion ó de una version de este órgano, haciendo tomar á la enferma una posicion particular y aplicando un pesario. Una fuerte compresion de los ovarios permite algunas veces interrumpir un acceso que tenga su punto de partida en este órgano.

En fin, se puede luchar con otras causas de las neurósís.

Es fácil ver que las circunstancias sobre las cuales nos apoyamos para establecer las relaciones entre las neurósís y las afecciones de los órganos sexuales tienen un valor muy diferente. Casi siempre es preciso apoyarse sobre síntomas complicados para establecer el diagnóstico, y no es posible evitar errores sino á costa de una gran atencion. Por otra parte, una operacion no está más que excepcionalmente indicada cuando no existe más que una neurósís de esta naturaleza. Es preciso que existan otros dolores y otros accidentes ocasionados por la afeccion del aparato genital. En fin, á propósito de estas neurósís, debemos recordar siempre que el aforismo *sublata causa, tollitur effectus*, no es verdadero en absoluto, sino en cierta medida. Sin duda la afeccion del aparato sexual puede ser la causa, pero poco á poco han podido determinarse modificaciones anatómicas en los nervios y aun en los centros nerviosos, y una operacion no puede hacer desaparecer los accidentes. Se expresa este estado diciendo que la neurósís de origen reflejo se ha hecho estable. En ciertos casos la neurósís dura despues tan poco tiempo, que es inverosímil que haya existido semejante estado de permanencia.

En ocasiones frecuentes, sin embargo, no puede resolverse la duda, siendo sobre todo difícil el diagnóstico cuando los fenómenos nerviosos están generalizados, aunque sea evidente que el punto de partida reside en el aparato sexual.

Los estados anatómicos que indican la castracion tienen su asiento en los ovarios, en las zonas vecinas ó en otras partes del aparato genital.

Los estados patológicos del ovario que indican la castracion son:

Los pequeños tumores con ó sin degeneracion quística de los folículos.

Las afecciones que provocan la hipertrofia y el arrugamiento de este órgano.

Por parte del útero tenemos:

Las anomalías congénitas y adquiridas que hacen imposible ó extremadamente difícil la evacuacion de sangre de las reglas cuando los ovarios existen y funcionan.

Citemos ademas los estados que en realidad no impiden la excrecion de sangre, pero que dificultan su salida de la vulva, deformaciones que pueden tener su asiento en la vagina.

Citaremos, en fin, las alteraciones de estructura del útero, sobre todo los fibromas, las hiperplasias del tejido celular y las anomalías de forma y de posicion de este órgano; y, últimamente, por parte de los órganos vecinos del útero, las inflamaciones crónicas, la periovaritis, la salpingitis, la peri y la parametritis pueden indicar la operacion.

I. — *Pequeños tumores del ovario.*

Se trata en estos casos de quistes foliculares de mediano tamaño, de quistes glandulares, de papilomas, de tumores malignos, de quistes dermoides, de fibromas y de quistes tubo-ováricos, á los que deben añadirse tambien los quistes paraováricos. Estas afecciones provocan la aparicion de neuralgias violentas, de dolores debidos á la irritacion del peritoneo ó á la presencia de una peritonitis adhesiva, de dismenorrea, de síntomas de compresion, de fenómenos reflejos, y en particular de cardialgias intensas; las reglas se adelantan y son muy poco abundantes, pudiendo observarse tambien metrorragias.

En cierta clase de estos pequeños tumores la naturaleza de la neoformacion exige por sí misma la intervencion operatoria. Es preciso, en efecto, extirpar los papilomas tan pronto como sea posible, y lo mismo ocurre con todos los tumores malignos desde que se les ha diagnosticado. En cuanto á los quistes dermoides, permanecen mucho tiempo estacionarios, ó por lo ménos ofrecen largos períodos de suspension en su desarrollo. Pero no sucede lo mismo con los quistes glandulares, y en general no debe jamás esperarse cuando se trata de tumores cuyo desarrollo sufre una época de suspension y permanecen estacionarios. Por otra parte, estos períodos de descanso no siempre constituyen un signo favorable. Durante cierto tiempo el tumor no aumenta de volúmen, conserva el mismo tamaño, á veces aún se hace más pequeño, pero esto obedece á que merced á la torsion del pedículo se han verificado en su interior trastornos de nutricion; y los fenómenos

inflamatorios que se suceden provocan, gracias á las adherencias, dolores muy intensos y aún accidentes que pongan la vida en grave riesgo.

En general, cuando se trata de operar pequeños quistes, todo se resume en pesar en cada caso el peligro de la operacion y la suma de accidentes provocados por el tumor. Si éste es móvil, si tiene un largo pedículo, si ofrece una superficie de insercion claramente limitada, si la parte superior del ligamento ancho es la única afecta cuando el tumor se desarrolla entre sus hojas, aunque los dolores sean ligeros es preciso operar, pues esperando rara vez se obtiene resultado. Es indudable que el pedículo puede con el tiempo estrecharse y pueden producirse en el peritoneo modificaciones que disminuyan los peligros del traumatismo; pero estos son fenómenos con los cuales debe contarse muy poco, y es preciso que reconozcamos que los inconvenientes debidos á las peritonitis parciales, á torsiones del tumor, á adherencias, al desarrollo del tumor entre las hojas de los ligamentos, son ciertamente mucho más temibles. En todo caso, es necesario examinar las enfermas con mucho cuidado y operar cuando se presenten los accidentes.

Si las circunstancias son poco favorables á la extirpacion del tumor; si éste es duro y voluminoso y se adhiere á las partes vecinas, sobre todo á las paredes laterales y posterior de la pelvis, á la vejiga y al útero; si se extiende hasta la base de los ligamentos anchos ó hácia los gruesos troncos vasculares, la castracion puede estar indicada cuando los síntomas son en extremo molestos y muy peligrosos. Se debe en estas circunstancias examinar con cuidado si otros métodos operatorios no pueden ofrecer mayor suma de probabilidades, tales, por ejemplo, como el desagüe vaginal, la escision parcial en los casos de tumores un poco voluminosos, con sutura de los bordes del quiste á la herida abdominal y desagüe por la pared abdominal y por la vagina.

Los pequeños quistes paraováricos pueden exigir la extirpacion porque provocan síntomas penosos de compresion y dislocaciones del útero. Pero lo más frecuentemente, cuando se operan existen complicaciones estando enfermos los ovarios y las trompas.

Los fibromas del ovario crecen habitualmente de una manera muy lenta, son por lo comun pequeños y pueden, no obstante, por los fenómenos de compresion y de irritacion peritoneal que provocan, indicar la ablacion de los ovarios.

Bajo el nombre de quistes tubo-ováricos designamos los tumores más ó menos voluminosos formados por la hidrosalpingitis, generalmente adherente á los ovarios llenos de quistes casi siempre foliculares. En estos casos se observan constantemente vestigios de pelvi-peritonitis bajo la forma de adherencias más ó menos marcadas, pero ge-

neralmente muy considerables. Son éstas de ordinario muy ricas en vasos, tanto que la operacion es peligrosa y difícil y no está indicada sino cuando los dolores son muy vivos. Cuando el sufrimiento de la enferma es poco considerable no debe resolverse el cirujano á practicar la operacion sino cuando las adherencias son poco extensas, cuando no se sospecha la existencia de bridas y cuando es evidente la movilidad del ovario. En fin, la operacion puede aún estar justificada porque estas afecciones no retroceden jamás y porque todos los demás tratamientos sólo ofrecen un resultado nulo.

II. — *Otras afecciones del ovario.*

Todo lo que hemos dicho sobre la relacion que existe entre las lesiones anatómicas del ovario y los signos suministrados por la Clínica se aplica más que á ningun otro caso á los de afecciones ováricas con degeneracion de los folículos en una multitud de pequeños quistes y con proliferacion ó atrofia del estroma.

Seguramente puede observarse esta degeneracion de los ovarios sanos sin que la enferma experimente dolores muy vivos; pero está fuera de duda que en esta afeccion se ven aparecer los síntomas más penosos: dolores fijos é irradiantes, trastornos varios de la menstruacion y trastornos nerviosos (neuralgias, vómitos, angustia precordial, convulsiones epileptiformes, lipotimias, etc.). La castracion nos ha permitido frecuentemente obtener curaciones duraderas en casos en que el exámen anatómico no permitía encontrar otras lesiones que las de una ligera periovaritis con hiperplasia del estroma ovárico. Aquí, sin embargo, existe una laguna en nuestros conocimientos porque no disponemos de medios que nos permitan apreciar las diferencias frecuentemente pequeñas, así como las complicaciones que puede entrañar nuestra decision. Pero esto no tiene nada de extraordinario. Nosotros, es verdad, vemos estados patológicos, á veces los más avanzados — tumores voluminosos, degeneraciones malignas, por ejemplo — evolucionar durante mucho tiempo sin dar lugar á síntomas bien evidentes. Pero no sería lógico querer erigir las excepciones en regla general. Todavía el hecho de que en las enfermedades del ovario los dolores pueden faltar ó no ser sino muy débiles debe hacernos más prudentes y no pasar á establecer de una manera muy precisa la relacion que puede existir entre las lesiones anatómicas y los dolores experimentados por las enfermas.

No debemos olvidar que en todos los casos, cuando observemos un dolor fijo que tenga su asiento en la region ovárica, manteniéndose

fijo ó propagándose á los puntos vecinos, es preciso acusar al ovario y no á ningun otro órgano.

En las castraciones que nosotros hemos practicado, hemos encontrado un estado patológico sobre el cual los clínicos y los anatomo-patólogos no han llamado la atencion sino de una manera muy insuficiente. Sin duda alguna este estado ha debido escapar frecuentemente á la atencion de los anatómicos porque se presenta con una claridad mucho menor despues de la muerte que en vida. Nos referimos á la enorme dilatacion venosa que existe frecuentemente en la extremidad del ovario y en los puntos más próximos á este órgano (1).

Nosotros hemos visto llegar al más alto grado esta dilatacion venosa en los casos de fibroma, habiéndonos visto obligados en uno á practicar la amputacion supravaginal del útero en lugar de la castracion porque la masa varicosa se extendía entre el ovario y el útero. Habiamos herido los vasos colocando las ligaduras y nos parecia imposible detener la hemorragia tan importante que se produjo sin practicar la ablacion de este último órgano.

Hemos encontrado tambien una dilatacion acuosa muy marcada en un cierto número de casos de degeneracion del ovario con produccion de pequeños quistes, proliferacion y arrugamiento del estroma del ovario (2). En algunos casos la túnica folicular del ovario parecia atrofiada. Es cierto que en estos casos la afeccion vascular es primitiva y que en la mujer encontramos una enfermedad que bajo el doble punto de vista anatómico y clínico es enteramente análoga á la que en el hombre se describe bajo el nombre de varicocele. El diagnóstico por si mismo no presenta ninguna dificultad. Se trata frecuentemente de mujeres débiles, poco musculosas, que ordinariamente han tenido muchos hijos; sin embargo, las nulíparas no están al abrigo de estos accidentes. Se encuentran dilataciones venosas en los miembros inferiores, en los órganos genitales externos y en el recto; la pared vaginal y la porcion vaginal del cuello están sembradas de vasos varicosos, edematosos los grandes labios, presentando erosiones que sangran por la causa más insignificante. Los ligamentos uterinos están flácidos

(1) Richet (*Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, París, 1857, pág. 73) ha descrito estas varices. Bertnuz y Goupil (*Clinique médicale sur les maladies des femmes*, t. I, pág. 360) estudian estas varices principalmente en sus relaciones con el hematocele periuterino.

(2) Cleland *Glasgow med. Journ.*, 1880, Febrero, pág. 89, *Centralb. f. Gynäk.*, 1880, núm. 10. Este autor ha descrito un caso en el cual el ovario parecia ser una parte del plexo ovárico considerablemente dilatado. Klebs (*Handbuch der pathol. Anatomie*, I y II, Berlin, 1876, pág. 824) ha señalado la coincidencia de la induracion de los ovarios con las enfermedades del corazon, principalmente con las lesiones valvulares que provocan trastornos venosos.

cundo no existe ningun proceso inflamatorio ni ningun arrugamiento á nivel de los ligamentos sacro-uterinos y de los ligamentos anchos.

Lo más frecuentemente, el útero presenta una movilidad extraordinaria, estando generalmente muy flácidos los tegumentos abdominales. Nosotros hemos observado en un caso un varicocele muy extenso en una mujer que ántes de la castracion habia sido operada ya por un prolapso uterino.

Richet considera como característica la presencia sobre las partes laterales del útero de un tumor blando, pastoso, fluctuante y mal circunscrito; pero no ha estudiado estos caracteres más que sobre el cadáver (1).

Las varices de las venas ováricas provocan dolores que se irradian hácia la region de los riñones; las enfermas acusan ademias una sensacion de calor, de peso y de plenitud á nivel de la region hipogástrica. Estas sensaciones dolorosas se hacen más vivas cuando la enferma está en pié y durante los períodos menstruales, que frecuentemente son más largos y van acompañados de hemorragias muy abundantes. Emmet cita la observacion de una mujer que no podía ponerse en pié sin experimentar una sensacion vivamente dolorosa á nivel del hipogastrio, y le parecia que todo iba á estallar en su vientre. Sobrevinieron vómitos, se acentuó la debilidad, la enferma no podía abandonar el lecho, único medio que le proporcionaba algun reposo, y, en fin, más tarde sobrevino un hematocele que fué puncionado y que curó despues de la supuracion del saco (2).

En todos los casos en que durante la operacion hemos encontrado estas dilataciones venosas los resultados han sido excelentes, y hemos visto siempre desaparecer los dolores. Sin embargo, nosotros vacilamos en considerar este estado patológico como indicante de la castracion, porque es evidente que existen otros medios de tratamiento susceptibles de dar resultados altamente satisfactorios, al ménos cuando los accidentes no son muy considerables.

III. — *Estados del útero que se oponen á la menstruacion ó que impiden esta funcion de una manera muy manifiesta, cuando los ovarios existen y funcionan.*

Se trata, lo más frecuentemente, de lesiones congénitas ó de una suspension de desarrollo acaecida en el momento de la pubertad. Es raro que estas afecciones sean adquiridas. Entre las primeras colocare-

(1) Richet. *Loc. cit.*

(2) Emmet. *The Principles and Practice of Gynäk.* Filadelfia, 1879, página 242.

mos: la ausencia del útero, las diferentes variedades del útero rudimentario, los casos en los cuales se ha encontrado una matriz que ofrece el tipo fetal, infantil, y, finalmente, lo que se llama útero pubescente. Puech designa bajo este nombre un órgano que por su forma llama útero de niña, pero que por su peso y su volumen ofrece un verdadero tipo de suspension de desarrollo. No es imposible en este último caso observar más tarde un desarrollo marcado, tanto que no debe ejecutarse la castracion mientras la paciente no ha pasado la edad en la cual es ya todavía posible observar que se acentúa el desarrollo y en tanto que no se han agotado todos los medios que pueden favorecerle.

En todos los demas casos la cuestion parece muy sencilla; sin embargo, es preciso ser muy circunspectos. Existen, en efecto, mujeres cuyo útero es rudimentario, en las cuales el ovario funciona, y sin embargo no existen sino muy pocos ó ningun fenómeno doloroso. Se ven tambien enfermas que soportan muy fácilmente durante muchos años, y sin que de ello resulte ningun inconveniente para el estado general, fenómenos muy penosos; tales como dolores que se irradian por la pelvis, por el vientre y por el muslo, sensacion de presion en la region pelviana y fenómenos congestivos por parte de otros órganos. Pero cuando se ven aparecer accidentes graves, fenómenos congestivos inquietantes, hemorragias en otros órganos, edemas, sufusiones serosas en otras cavidades, trastornos nerviosos muy marcados, epilepsia ó accidentes epileptiformes y trastornos cerebrales, há lugar á preguntarse si no existe alguna otra afeccion ó alguna otra suspension de desarrollo.

No es raro, en efecto, encontrar estenosis que tienen su asiento en los grandes vasos, lesiones congénitas del corazon, una situacion anormal de los riñones, labios leporinos, defectos de conformacion en los órganos genitales externos, una situacion anormal de los ovarios (ovarios situados en los sacos herniarios), anomalías de los centros nerviosos. cretinismo, idiocia, deformidades del esqueleto ó de otros aparatos ó falta de desarrollo general del cuerpo. Es preciso, pues, no atribuir al desarrollo rudimentario del útero sino una parte de los sintomas que se observan. En efecto; un gran número de las anomalías precedentes son susceptibles de provocar los accidentes que acabamos de describir, debiendo, pues, ántes de pensar en una operacion, asegurarnos de que ninguna de las anomalías mencionadas toma parte en el proceso. No debe, en fin, olvidarse ninguna de las enfermedades accidentales que pueden complicar los sintomas de que acabamos de ocuparnos.

Una vez eliminadas todas estas causas de error, pueden atribuirse con certidumbre á la anomalia del aparato genital los fenómenos do-

lorosos que se observan. Es preciso atribuir aquí la mayor importancia á los síntomas que se producen en el momento de la pubertad, á los dolores irradiantes que provienen de los ovarios y á la sensacion de pesantez experimentada por las enfermas.

Se puede, por lo comun, reconocer con certidumbre que los ovarios funcionan; presentan, en efecto, en su superficie desigualdades, pequeñas prominencias y depresiones. Algunas veces se puede apreciar por el tacto vaginal un folículo aumentado de volumen, formando una prominencia esférica, y se ve que periódicamente aumentan de volumen ya el uno ó ya el otro ovario, observándose que existe una relacion entre la intensidad de los dolores y la de la hinchazon de los ovarios, carácter que es principalmente manifiesto cuando se examinan ovarios situados en sacos herniarios. Se puede, sin embargo, reconocer tambien esta disposicion cuando los ovarios están en su situacion normal, procediendo á un exámen minucioso y atento.

Sentado esto, es preciso estudiar las afecciones adquiridas del útero capaces de oponerse á la menstruacion. Citaremos á este propósito: las obliteraciones completas ó casi completas de la cavidad, obliteraciones debidas á traumatismos sobrevenidos durante el parto ó á consecuencia de la operacion, la atrofia del órgano sucediendo á partos difíciles, cuya pérdida de sustancia sea provocada por el traumatismo ó por la supuracion. Despues de la parametritis se ha observado tambien la atrofia uterina. Puede, en fin, observarse la presentacion de una amenorrea persistente cuando existe en el tejido celular un infarto antiguo. En cuanto á la evolucion exagerada del útero, que tan rara vez se presenta fuera de las afecciones puerperales, y en cuanto á la amenorrea persistente tambien, que se ha descrito á consecuencia de violentas emociones, de traumatismos que conmueven todo el organismo, de enfriamientos sufridos durante el período menstrual ó á consecuencia de un coito violento, etc., conocemos tan poco el papel que en cada uno de estos casos desempeñan el útero y el ovario, que nos parece imposible determinar su respectiva importancia.

IV. — *Estados del útero ó de la vagina que se oponen á la excrecion del flujo menstrual.*

Debemos colocar aquí todas las atresias, todas las estenosis del conducto sexual, ya sean congénitas ó ya adquiridas. La castracion no puede aquí tenerse en cuenta sino en los casos en que no es posible destruir la atresia ó crear un segundo conducto capaz de poder sustituir al que es asiento de la deformacion. Hasta aquí las indicaciones de la operacion son puramente teóricas, y sin embargo parece que están completamente justificadas.

Si existe la retencion del flujo menstrual bajo la forma de hemato-salpingitis ó de hematocele, es generalmente muy difícil encontrar el ovario operando, y esta dificultad, así como la presencia de un quiste sanguíneo, no hace sino aumentar los peligros de la operacion. Por otra parte, en los casos más favorables no ha podido obtenerse una curacion perfecta. La retencion de la sangre ha persistido con toda su gravedad. Además, no debemos olvidar que se han descrito casos de atresia ó de obliteracion incompleta, sobre todo adquirida, del útero en los cuales no ha sobrevenido la hematómetra, y sin embargo era indudable la actividad funcional de los ovarios. Comunmente la estructura del útero está de tal suerte modificada en este caso, que no se realiza la hemorragia menstrual. La atresia no juega por si misma ningun papel; las modificaciones sufridas por el tejido uterino constituyen el todo.

Esto es lo que se pudo observar en el único caso en que se ha practicado la castracion por una atresia adquirida, en cuyo caso el útero se hallaba en retroflexion, era pequeño y estaba adherido á los órganos vecinos, pero no existía hematómetra. Los cambios de estructura experimentados por la matriz á consecuencia de un parto muy penoso fueron tales, que parecieron ser la única causa de los trastornos menstruales sufridos y la atresia parecía no jugar ningun papel en este asunto, aunque era ella la que indicaba la operacion.

V. — *Enfermedades del útero.*

Colocaremos en este capítulo los casos de hipertrofia crónica del útero, con ó sin anomalías de forma y de situacion de este órgano; los casos de version y de flexion, de endometritis crónica y de fibroma. A excepcion de estos últimos, es muy raro que estas afecciones pongan en peligro la vida de la mujer. No debemos, pues, ocuparnos aquí sino de los casos en que existan dolores extremadamente penosos y un resentimiento notable del estado general.

Todavía es necesario que todos los demas métodos de tratamiento hayan fracasado. Además es preciso tener en cuenta la posicion social de la enferma; si, en efecto, puede disfrutar todas las comodidades necesarias y recurrir á todos los recursos del arte, en cuyas circunstancias es muy raro que haya necesidad de apelar á la operacion. Pero la situacion cambia si se trata de mujeres que no cuenten con más recursos que su propio trabajo (1).

(1) Battey. *Brit. med. and Journ.*, 1879, núm. 884, pág. 794.

En suma, para que la operacion esté justificada se precisan las mismas indicaciones que si se tratara de un fibroma.

Los fenómenos que en los casos de fibromioma pueden exigir la castracion son los siguientes:

Sabemos que cuando el ovario falta, el útero falta igualmente ó permanece en estado rudimentario.

Se sabe, por otra parte, que cuando se ha practicado una ovariectomía doble, el útero se atrofia.

Podemos, pues, decir de una manera general que existe una relacion entre el estado de la glándula y el de su conducto excretor.

Se sabe, por otra parte, que despues de la menopausia es regla general que los tumores fibrosos suspendan su desarrollo y aún sufran metamorfosis regresivas y que disminuyan ó desaparezcan todos los fenómenos dolorosos que la enferma experimenta. Esta regla tiene, no obstante, sus excepciones.

Tales son los datos sobre los cuales deben buscarse las indicaciones de la castracion en los casos de fibroma, y la experiencia demuestra que esta operacion está perfectamente justificada.

Salvo algunos casos excepcionales, la castracion ha dado excelentes resultados; pero es preciso, sin embargo, no olvidar que existen excepciones.

Tambien debemos estudiar con sumo cuidado, hasta donde lo permita el estado actual de nuestros conocimientos, la influencia ejercida por la castracion sobre los fibromiomas.

La castracion destruye la glándula.

Con la desaparicion del órgano secretor desaparece la funcion del conducto de excrecion.

Cuando un órgano cesa de actuar, se atrofia.

Estos son los fenómenos que se observan en todos los aparatos. Se observa, en efecto, en los riñones y en los testículos, y basta extirpar uno de estos órganos para ver atrofiarse sus conductos secretores.

La castracion obra de una segunda manera.

Durante la operacion se practica la ligadura de algunas arterias, de un número generalmente considerable de venas, de donde surgen trastornos circulatorios y trombosis que no dejan de representar un cierto papel (1).

Parece que deben tenerse muy poco en cuenta las modificaciones aportadas á la circulacion arterial, y por consiguiente á la nutricion del útero, porque este órgano (y consiguientemente el tumor) contie-

(1) Hegar ha tratado ya esta cuestion. Véase: *De la castration des femmes*, pág. 94. Hofmeier tambien por su parte ha estudiado la cuestion; pero, segun él, la ligadura de las arterias espermáticas juega un gran papel.

ne todavía numerosos vasos despues de la operacion. La castracion, sin embargo, produce un trastorno muy marcado en la circulacion venosa, tanto que poco tiempo despues de la operacion se observa frecuentemente la produccion de una hemorragia muy importante. A estas modificaciones en la circulacion venosa están ligados trastornos en la circulacion linfática. Durante los primeros días que siguen á la operacion el tumor aumenta considerablemente de volúmen. Este es un punto que parece indudable si nos apoyamos en la conviccion por nosotros adquirida examinando las mujeres vivas. En un caso notable, que terminó desgraciadamente, nosotros encontramos el tumor aumentado de volúmen y en un estado notablemente edematoso. Este aumento de volúmen no es más que transitorio, porque retrograda en seguida merced á que la circulacion de retorno no tarda en establecerse por las venas colaterales. La imbibicion que se observa durante el período que acabamos de describir favorece la regresion del tumor, que se produce rápidamente. Pero éste es un fenómeno que no parece que se produce siempre en el mismo grado en todas las partes del tumor. En ciertos casos, en efecto, las venas y los vasos linfáticos no se obliteran sino en parte, quedando dilatados en ciertos puntos. Los trombus se desprenden; el tumor, cuyo volúmen habia disminuido y que á veces durante largo tiempo no habia dado lugar á ninguna hemorragia, aumenta de nuevo de volúmen, se hace blando, se llena de pequeñas y grandes cavidades; en una palabra, toma los caracteres de un tumor fibro quístico. Si el tumor adquiere un volúmen muy considerable, la mujer está ciertamente perdida, porque es imposible pensar en una extirpacion. Sin embargo, si el tumor fuera muy poco voluminoso, si fuese submucoso ó intraparietal, sería posible extirparle enucleándole, porque no se adhiere á la pared uterina sino por un tejido muy laxo (1).

Dados estos conocimientos que poseemos hoy, no parece que debe practicarse la castracion cuando se trata de tumores fibrosos de gran volúmen, debiendo preferirse la extirpacion del tumor cuando la intervencion quirúrgica parezca indispensable; bien entendido, que es preciso que la extirpacion sea posible. No es necesario, sin embargo, considerar la castracion como operacion que debe ser siempre rechazada. Se han obtenido, en efecto, con ella buenos resultados, y el ciru-

(1) Nosotros poseemos ejemplos de estos dos modos de terminacion. Es verosímil que en el caso de Schroeder, publicado por Hofmeier, el tumor estuviera transformado en fibroma quístico. Parece, por otra parte, que el volúmen del tumor debe permitir *à priori* considerar la castracion como método de tratamiento de una utilidad muy contestable.

No deja de tener interes la observacion de que en todos los casos publicados hasta la fecha se ha tratado de tumores intraligamentosos.

jano se encontrará frecuentemente ante fibromas cuya extirpacion sea imposible, y, sin embargo, que el tumor crezca con tal rapidez, sean de tal suerte abundantes y frecuentes las hemorragias y existan síntomas de compresion tan violentos, que esté en inminente peligro la vida de la enferma; en cuyo caso es forzoso intervenir, quedando la castracion como la única operacion, el único recurso posible.

En cuanto á los tumores voluminosos y fibro-quísticos, es preciso fiar al porvenir el medio de obtener un buen método de tratamiento. Es indudable que llegará un día en que se operen los fibromiomas de desarrollo rápido acompañados de fenómenos peritoníticos ó que presenten nódulos de reblandecimiento. Vendrá un día en que ya no se torturará más á las enfermas con una terapéutica incierta y en que podrá dárseles otra esperanza que la lejana que pueden hoy fundar en una menopausia remota. Y desde luégo no se encontrarán tan frecuentemente como hoy tumores muy adherentes de tejido degenerado y enfermas extenuadas por numerosas hemorragias.

En los casos de fibromas subperitoneales que presentan bastante pedículo deberá preferirse la extirpacion, pudiendo, sin embargo, combinar esta operacion con la castracion cuando el útero haya sufrido la degeneracion fibrosa y cuando la amputacion supravaginal parezca ofrecer muy graves peligros.

Si se trata de fibromiomas desarrollados en el espesor de la pared uterina y formando una gran prominencia en la cavidad de la matriz, la castracion es ménos útil, porque despues de esta operacion no quedan las enfermas al abrigo de las hemorragias. Además, si se recuerda bien lo que precedentemente hemos dicho, se verá que las conexiones entre el tumor y la pared uterina pueden muy frecuentemente ser muy laxas. Se deberá, pues, recurrir, finalmente, á una segunda operacion, la enucleacion del tumor por la vía vaginal. Lo más frecuentemente debe elegirse entre la amputacion supravaginal del útero y la castracion, porque se trata de tumores poco voluminosos, no quísticos y desarrollados en el espesor de las paredes uterinas, decidiéndose segun la suma más ó ménos considerable de peligros que entrañan la una y la otra operacion. A veces no será fácil decidirse sino despues de la apertura de la cavidad abdominal, y en ocasiones más tarde todavía. No obstante, en la generalidad de los casos, ántes del principio de la operacion se poseen elementos de diagnóstico suficientes para poder adoptar una de ellas con bastante conocimiento de causa.

En efecto; si el cuello del útero es largo y móvil; si los ligamentos uterinos son depresibles; si el tumor no ha contraído adherencia alguna con los órganos inmediatos; si es fácil atraer aquél fuera de la cavidad abdominal, se practicará la extirpacion de todo el órgano, sobre todo si puede fijarse el pedículo á la herida abdominal ó introducirle

en la cavidad peritoneal sin que resulte ningun inconveniente. Pero por poco corto que sea el cuello uterino; por poco que esté disminuida su movilidad; por poco difícil que sea atraerle fuera de la cavidad abdominal; si existen además extensas adherencias que por su modo de desarrollo el tumor se haya hecho en todo ó en parte intraligamentoso; si los ligamentos uterinos son duros é inextensibles; si, por último, parece difícil transformar el cuello del útero en pedículo, es á la castracion á la que deberá recurrirse.

VI. — *Inflamacion crónica de las trompas, del peritoneo pelviano y del tejido celular periuterino. — Inflamacion debida á la presencia de un proceso patológico en los ovarios ó sostenida por la ovulacion, que aumenta en intensidad.*

Citemos desde luego la salpingitis, la piosalpingitis y la hidrosalpingitis; á veces en estas afecciones está indicada la ablacion de las trompas. En estos casos la extirpacion de los ovarios enfermos parece estar frecuentemente indicada por simples consideraciones operatorias; pero, por otra parte, no existe ninguna razon para dejar en la cavidad abdominal estos órganos, cuyo funcionamiento no puede provocar más que accidentes, y no puede ocasionar utilidad alguna.

Hecha abstraccion de estas consideraciones, existe un cierto número de objeciones que merecen ocupar nuestra atencion. Nosotros nos hemos ocupado ya de este asunto (1), así como Spiegelberg (2). Es raro, en efecto, que las lesiones se limiten á los puntos vecinos del ovario. Se encuentran tambien en puntos lejanos de este órgano los tejidos engrosados, arrugados, á veces inflamados y presentando lesiones pseudo-membranosas; la trompa adherida al útero, á la vejiga, al uréter, etc.; en este caso la operacion no ejerce sino una influencia débil y á veces nula en la marcha de la enfermedad. Sin embargo, en nuestra opinion, la castracion está todavía perfectamente justificada en todos los casos de inflamacion crónica y en todos aquellos en que existen vestigios de una antigua inflamacion, siempre que se encuentren realizadas todas las condiciones de que nosotros hemos hablado.

Se puede observar frecuentemente que la congestion menstrual ejerce una influencia de las más manifestas en la produccion de los fenómenos dolorosos. Estos, en efecto, no pueden aparecer sino durante el período menstrual ó durante los días que le preceden ó le siguen

(1) Hegar. *Ueber Castration Vorträg. auf der Versammlungen Baden. Centralblat. für Gynäkolog.*, 1879, núm. 22.

(2) Spiegelberg. *Castration des Weibes, Breslauer arztl. Zeit.*, 1879, número 23.

Durante este período se observan fenómenos graves de naturaleza inflamatoria, signos de extravasación sanguínea en el peritoneo, y durante el período intercalar todos estos síntomas se atenúan y hasta pueden desaparecer los fenómenos dolorosos. Si entonces examinamos las lesiones anatómicas, vemos que son siempre extensas, que se limitan á los puntos vecinos del ovario, y que si se han propagado más lejos son muy poco marcadas. El ovario y los puntos inmediatos son en particular sensibles á la presión, y esta sensibilidad está singularmente aumentada en el momento de las reglas. Por otra parte, las enfermas localizan muy claramente en este punto las sensaciones desagradables y dolorosas que ellas experimentan. Añadamos, en fin, que estas lesiones pueden ser el origen de una neurósisis.

Al lado de estos casos existen otros en los cuales los dolores no parece que provienen del ovario ó de los puntos vecinos, siendo preciso acusar al estado del útero. Este órgano está dislocado, doblado, su estructura está modificada y se ha hecho asiento de fenómenos congestivos é irritantes debidos á la menstruación. En este caso la castración puede provocar una mejoría manifiesta y aun permitir obtener la curación.

Antes, pues, de acometer una operación que pueda poner en peligro la vida es preciso analizar con sumo cuidado cada caso en particular, estudiar sus síntomas, su patogenia y el mecanismo de su producción. Ya sean neuralgias, ya sean trastornos nerviosos muy graves análogos á los que hemos descrito, pueden, en efecto, reconocer otro origen. Se atenderá principalmente á la presencia de tumores inflamatorios que tengan asiento en los ligamentos, á las nudosidades fuertemente adheridas á la pared pelviana y á bridas cicatriciales situadas en la vecindad de los troncos nerviosos.

Art. 4.^o—Manual operatorio.

Los preparativos de esta operación son análogos á los que dejamos indicados cuando estudiamos la ovariectomía.

Para las reglas del método antiséptico véase lo que también dejamos expuesto en el art. 13 de la Segunda parte.

El momento más favorable para practicar esta operación es la primera semana que sigue al período menstrual. Se puede, sin embargo, operar durante todo el curso del período intercalar siempre que falten al menos ocho días para que aparezca la regla. Cuando se trata de enfermas muy anémicas, sobre todo cuando se opera á mujeres afectas de fibromas y que sufren abundantes menorragias, será conveniente dejar la operación para el final del período intercalar, permitiendo así

á la enferma que reponga el estado de sus fuerzas. Durante la menstruacion que preceda á la operacion, se disminuirá en tanto como sea posible la intensidad de la hemorragia recurriendo á los medios apropiados: taponamiento, ergotina, etc.

Se colocará á la enferma en una posicion que variará segun el procedimiento adoptado por el cirujano para practicar la incision en la pared abdominal y segun la dificultad probable de la operacion.

Si se practica la incision sobre la pared abdominal, la paciente se tenderá sobre una mesa rectangular no muy ancha, colocándose con la parte superior ligeramente elevada y las extremidades inferiores en semiflexion á fin de favorecer la relajacion de los músculos abdominales. La mesa de operaciones de Péan es muy conveniente para este caso, pues en ella puede muy cómodamente elevar el útero y sus anejos con ayuda de la mano introducida en la cavidad abdominal.

En los casos difíciles, cuando el ovario está sólida y profundamente fijo, cuando no se puede apenas movilizar el útero y sus anejos, convendrá colocar á la enferma en el decúbito que se la hace adoptar para ejecutar la operacion de Freund. Spiegelberg, en un caso de este género, encontró grandes ventajas empleando este medio. Por otra parte, se obrará muy cueradamente tomando las disposiciones necesarias para que sea posible hacer adoptar rápidamente esta posicion á la enferma aun en aquellos casos en que *à priori* parezca inútil.

Si se practica la *incision vaginal*, la enferma se colocará desde luego en la posicion de Sims, y una vez abierta la cavidad peritoneal, se colocará en la posicion de la talla.

Son necesarios cuatro ayudantes: el primero, colocado á la cabeza de la enferma, se ocupa exclusivamente de la anestesia; el segundo se coloca á uno de los lados de la mesa de operaciones y ayuda al operador; el tercero comprime las paredes abdominales é impide salir á la masa intestinal, al peritoneo y al epiploon, y el cuarto se ocupa de los instrumentos. Ademas es necesaria una enfermera para cuidarse del lavado de las esponjas. No obstante, cuando no sea posible tener más bastarán tres ayudantes.

El operador deberá tener á su disposicion los instrumentos siguientes: un bisturí convexo y uno de boton; tijeras curvas en la direccion de sus bordes; tijeras curvas en el sentido de sus caras; tijeras rectas comunes; una sonda; pinzas de diferentes modelos; un pequeño forceps ovárico (*fig. 125*); agujas de Deschamps; agujas largas; un catéter é hilos de seda de diferente calibre. Se tendrán ademas dispuestas esponjas grandes, esponjas montadas pequeñas, uata y un vendaje abdominal.

El forceps ovárico (*fig. 125*) presenta dos cucharas fenestradas, de forma oval, cuya cara externa está perfectamente redondeada. Las cu-

charas pueden estar tan aproximadas la una á la otra, que se aplique completamente ésta contra aquélla sin que ninguna víscera pueda deslizarse entre ellas. Es preciso, sin embargo, usar este instrumento lo ménos posible.

La operacion comprende tres tiempos:

- 1.º *Abertura de la pared abdominal.*
- 2.º *Ablacion del ovario.*
- 3.º *Limpieza del peritoneo. — Oclusion de la herida practicada en la pared abdominal. — Aplicacion de un vendaje abdominal.*

1.º *Apertura de la cavidad abdominal.* — Se han elegido regiones muy diferentes para practicar la incision abdominal. Ya se opera á nivel de la línea alba, ya á nivel de la region iliaca por encima de la parte

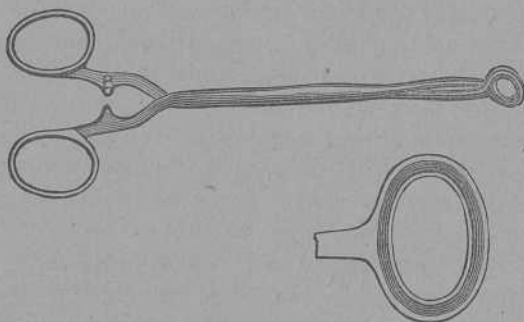


Fig. 125.

lateral del ligamento de Poupart, ya en otros puntos indicados por la situacion especial que puede ocupar el ovario dislocado. Se ha operado, en fin, á nivel del fondo de saco posterior de la vagina.

La incision hecha á nivel de la *línea alba* ofrece la gran ventaja de poder ser prolongada á voluntad cuando se crea necesario. Además, cuando la incision no corresponde exactamente á la línea blanca, ó no corresponde más que en parte, se dejan disociar las fibras musculares, siempre que se las incinda paralelamente á la direccion de aquéllas. Operando de esta suerte se encuentran muy pocos vasos; cuando sea necesario se puede hacer una muesca sobre el músculo recto, pudiendo añadir, finalmente, que esta incision ofrece además la ventaja de ser única.

Cuando todo está en situacion normal se puede, sin grandes dificultades, atraer el ovario á la línea media y aun por delante de los tegumentos abdominales. La resistencia opuesta por este órgano puede, sin embargo, ser muy notable cuando el ligamento infundíbulo-pelviaco no es poco extensible, cuando el ovario se encuentra profundamente

situado en la pelvis, en el repliegue de Douglas ó cuando ha contraído adherencias con los puntos inmediatos. No es raro, cuando existen fibromas, encontrar los ovarios fuertemente rechazados hacia atras ó hacia las partes laterales. En este caso puede tropezarse con grandes dificultades al movilizar el tumor, al atraerle hacia los lados, al hacerle girar sobre su eje, y es difícil y aún imposible llevarle hacia la línea media. Despues de la operacion las complicaciones no son raras. Se han ejercido, en efecto, fuertes tracciones sobre un tumor que se inflama fácilmente; puede sobrevenir la timpanizacion; la sutura aplicada sobre la pared abdominal queda fuertemente tensa y puede romperse, siendo el peligro mucho más marcado cuando se ha practicado una incision muy extensa sobre la pared abdominal.

Los veterinarios recurren frecuentemente á la *incision de Flanken*, incision que hasta ahora apenas había sido empleada en la mujer sino por Hegar. Este procedimiento ofrece ciertamente una ventaja: se llega, en efecto, más rápidamente sobre el ovario, siendo ésta, no obstante, una particularidad que carece de valor, si no es en los casos en que el ovario está más íntimamente adherido que de costumbre á las paredes laterales de la pelvis. En cambio, presenta numerosos inconvenientes. La incision debe, en efecto, ser doble cuando se trata de extirpar los dos ovarios. Los tejidos sobre los cuales se opera están más nutridos de vasos y el bisturí corta oblicuamente las fibras musculares. Añadamos, en fin, que es difícil y aun imposible agrandar la incision tanto como podría desearse. Hemos dicho que por este procedimiento quedaban las fibras musculares cortadas trasversal ú oblicuamente; ahora bien, en estos casos la retraccion de las fibras es muy marcada y cuando se realiza la curacion no existe más que una cicatriz muy tenue, poco resistente. Debemos añadir aún que en los casos en los cuales los ovarios están colocados cerca de la línea media; cuando el ligamento del ovario es corto; cuando el órgano que debe extirparse ha contraído adherencias anormales con el útero; cuando la matriz misma está de tal suerte fija que es imposible desviarla suficientemente hacia las partes laterales, surge una serie de dificultades que son difíciles de dominar.

Todas las objeciones que acabamos de formular son aplicables á los procedimientos en los cuales se practica la incision sobre otros puntos de la pared abdominal que la línea media.

La *incision vaginal* ha encontrado partidarios que la reconocen ciertas ventajas.

Con este procedimiento, en efecto, los líquidos segregados por la herida se vierten fácilmente. Cuando sea necesario puede introducirse un tubo de desagüe por la incision, y se hace posible el lavado del repliegue de Douglas. Añadamos, además, que por este procedimiento

no se ponen en contacto sino muy poco ó nada ni el dedo, ni los instrumentos con las vísceras abdominales y notablemente con el intestino. Es preciso confesar, sin embargo, que los inconvenientes no dejan de ser muy notables. Es á veces muy difícil practicar esta incision, y sobre todo abrir la cavidad peritoneal. En algunas ocasiones el fondo de saco de Douglas está situado muy alto, principalmente cuando existe algun fibroma, en cuyo caso, en efecto, el repliegue peritoneal se encuentra á bastante elevacion. Añadamos, ademas, que el peritoneo está muy poco adherido á la pared vaginal, y que existe á veces entre estos dos órganos una espesa capa de tejido celular laxo que es preciso seccionar ántes de alcanzar la serosa. Se crea de esta suerte un conducto cuyas paredes están constituidas por un tejido que se infiltra con la mayor facilidad. La tension de los ligamentos puede ser tal, aunque todo esté en situacion normal, que sea muy difícil atraer el ovario hácia abajo, y digamos, en fin, que para extirpar este órgano y para disponer el pedículo hay necesidad de operar sin el auxilio de la vista, y que en caso de accidente, de hemorragia, de adherencias íntimas, por ejemplo, es completamente imposible agrandar la incision.

Cuando se hace ésta sobre la línea alba se opera como si se tratara de una laparatomía cualquiera, existiendo, sin embargo, algunas particularidades sobre las cuales debemos insistir. Los tegumentos abdominales no están distendidos y adelgazados, como en los casos en que existe un tumor voluminoso en la cavidad abdominal. El tejido celulo-grasoso es abundante; los músculos rectos están estrechamente abrazados el uno con el otro, pudiendo ser difícil reconocer la línea blanca. El tejido celular subperitoneal se encuentra frecuentemente en gran cantidad, y en cambio el peritoneo no está por lo comun modificado ni engrosado, siendo normales su espesor y su coloracion.

Los vasos sanguíneos son abundantes en la pared abdominal, pudiendo añadir que el espacio que separa el ombligo del borde superior del pubis no se encuentra aumentado, puesto que merece ocupar la atencion del operador cuando se trata de hacer una ancha incision para introducir toda la mano en la cavidad abdominal. En este caso la incision va del borde superior del pubis al ombligo, que aun puede traspasar.

Cuando *à priori* parece que la operacion debe ser facil, nos contentamos con hacer una incision que mida de 6 á 8 centímetros, comenzando de 2 á 3 centímetros por encima del borde superior del pubis, longitud suficiente para introducir tres dedos (1).

(1) Nosotros no hemos recomendado jamás hacer una incision de 2,50 centímetros tal como la practica Lusk. Este procedimiento ha provocado grandes dificultades á su autor, que, por un error sin duda, nos la ha atribuido á nosotros.

Una vez incindidos rápidamente la piel y el tejido celulo-adiposo subcutáneo, se ligan cuidadosamente todos los vasos que den sangre. Hecho esto, se busca la línea alba, que se incinde guiándose preferentemente por la sonda acanalada. Si el cirujano se equivoca, si se ha incindido sobre el músculo, se atrae cuidadosamente hacia afuera con la extremidad de los dedos el borde del músculo, ó bien, sirviéndose siempre de los dedos, se separan los manojos musculares unos de otros en una longitud igual á la que se haya dado á la herida hecha sobre la piel. De esta suerte se llega á la pared posterior de la vaina del músculo recto que se incinde. Si el tejido celulo-adiposo es poco abundante, se le secciona; pero si, como frecuentemente se observa, es muy grueso y viene á formar hernia en la herida, entónces se le escinde.

Terminado este tiempo de la operacion, se contiene la hemorragia.

Falta incindir el peritoneo, y esto merece la mayor atencion. Se le coge al efecto con unas pinzas muy finas y se eleva el punto cogido por éstas formando un pliegue de esta serosa. A nivel de este pliegue se incinde con un bisturí practicando un pequeño agujero, por donde se introduce la sonda acanalada, merced á cuya maniobra será posible, en los casos dudosos, saber dónde se encuentra el instrumento; pues, en efecto, si es difícil mover la extremidad introducida, es prueba de que aún no se encuentra en la cavidad de la serosa. Pero si realmente se ha abierto esta cavidad, se introduce el dedo, tanto como sea posible, á lo largo de la sonda acanalada, y protegiendo de esta suerte las vísceras abdominales, se incinde el peritoneo con el bisturí de boton ó con las tijeras acodadas. Es preciso siempre practicar este tiempo de la operacion con grandes precauciones. En efecto; no es raro ver el epíplon y aún el intestino tan íntimamente adheridos á los dedos y al peritoneo parietal, que es muy fácil herirlos. Se operará con el mayor cuidado, y ántes de dar cada corte de bisturí ó de tijera es preciso asegurarse que no es de temer este accidente.

Abierta ya la cavidad de la serosa, se introducen inmediatamente una ó dos esponjas que alejen las vísceras de la incision, y se aplicarán suturas provisionales destinadas á unir la serosa peritoneal con los tegumentos abdominales, colocando un hilo en el ángulo inferior de la herida, otro en el ángulo superior y uno á cada lado.

Nosotros encontramos una gran ventaja en aplicar esta sutura, que pone al abrigo de un derrame de sangre en la cavidad abdominal y se resguarda durante la operacion el tejido celular, así como las fibras musculares.

Cuando de antemano parece que la operacion ha de ser complicada; cuando, por ejemplo, existen adherencias íntimas, es preferible practicar desde luégo una gran incision. Se puede incindir hasta un punto próximo al borde superior del pubis, siempre que se haya in-

introducido un catéter en la vejiga y que se tenga seguridad de no poder herir este órgano. Por arriba puede prolongarse la incisión hasta el ombligo y aun más allá todavía. Es probable que convenga hacer inmediatamente una muesca sobre el músculo recto, lo cual debe practicarse, por ejemplo, cuando los tegumentos abdominales son poco extensibles, como se observa en las nulíparas, y cuando, habiendo de extirparse tumores provistos de un ancho pedículo u ovarios fuertemente adheridos y situados profundamente, parezca útil desde el principio poder examinar bien la cavidad pelviana.

Cuando se quiere practicar la incisión de Flanken se coloca la enferma en el mismo decúbito que si se tratara de incidir sobre la línea alba. Para evitar que sea herida la arteria epigástrica basta medir sobre la línea media una distancia de 3 á 4 centímetros por encima del borde superior del pubis, y á una distancia de 5 centímetros de este punto que acabamos de señalar es preciso comenzar la incisión, empleando cuya prevención se evita herir la arteria cuando todos los órganos ocupan su posición normal, porque este vaso se encuentra á 5 centímetros por fuera de la línea media. La incisión se hace paralela al ligamento de Poupart, encima del cual estará situada, dirigiéndola hacia la espina iliaca anterior y superior, y debe medir 6 centímetros próximamente. Se divide sucesivamente la piel, el tejido celulo-adiposo subcutáneo, y después de haber ligado algunos pequeños vasos arteriales (las subcutáneas abdominales), se llega sobre la aponeurosis del gran oblicuo y más allá sobre las fibras del pequeño oblicuo y del trasverso. Aquí existe una ventaja cuando es posible: la de crearse un camino separando las fibras musculares unas de otras, disociando con el dedo el tejido muscular. De esta suerte se llega al tejido celular preperitoneal y se ve si está surcado por algun vaso grueso, que se ligará antes de cortarle. Es preciso no olvidar que en ciertos fibromas que forman prominencia á nivel de la línea media las arterias epigástricas pueden estar alejadas de ésta más que en los casos completamente normales. En todo caso se tendrá sumo cuidado en no abrir el peritoneo sino después de haber obtenido una hemostasia perfecta. Para abrir la serosa se eleva un pliegue con las pinzas, se practica una pequeña abertura, que se agranda con un bisturí de botón ó con las tijeras acodadas por el procedimiento que anteriormente dejamos indicado.

Si se practica la incisión sobre otro punto de la pared abdominal se procede de la misma manera, pero observando con el mayor cuidado la dirección de las fibras musculares y la disposición de los vasos.

Si se practica la castración por la vía vaginal, se opera según el procedimiento de Battley, colocando la enferma en el decúbito latero-abdominal, introduciendo después un espéculo corto y ancho que tenga la forma de pico de pato, pudiendo así con él empujar el peritoneo hacia

atras. Ciertos autores, Goodell por ejemplo, recomiendan colocar en seguida á la mujer en decúbito dorsal. Se deprime la porción vaginal del cuello, que se coge con una pinza. Se incinde el fondo de saco vaginal posterior, haciendo sobre la pared vaginal, en la línea media, una incision de 4 centímetros de largo, empleando para ello unas tijeras. No se incinde la serosa has'a haber obtenido una hemostasia completa.

En general, debe preferirse la incision sobre la línea media. Sin embargo, hay excepciones en las que podrá recurrirse con ventaja á los demas procedimientos. Se podrá, por ejemplo, adoptar la incision por el procedimiento de Flanken cuando los ovarios estén fuertemente dispocados hácia las paredes laterales y cuando, poco cercanos del útero, lo estén mucho de las paredes pelvianas, disposicion que, por otra parte, hemos ya señalado estudiando los fibromas. Se practicará la incision en otros puntos de la pared abdominal cuando se haya observado que los ovarios están colocados inmediatamente detras de la pared abdominal en aquellos puntos. Si existe un fibroma que empuja hácia adelante la pared abdominal en la línea media, será preferible la incision lateral.

Se apelará á la incision vaginal cuando los ovarios estén situados muy profundamente y cuando sea posible por el tacto vaginal percibirlos; cuando, en una palabra, baste una incision para alcanzar estos órganos. Pueden observarse pequeños tumores que deprimen con fuerza el fondo de saco posterior, que se encuentra por esta causa adelgazado, y en estas circunstancias debe apelarse á la incision vaginal. Tal es la disposicion que yo observé en un caso de prolapso de la pared posterior de la vagina, en el cual la incision hecha en la pared posterior de este órgano fué coronada de éxito.

II. — *Buscar, coger y atraer hácia afuera el ovario. — Hacer el pedículo*

Este tiempo de la operacion ofrece muy grandes variedades. No nos ocuparemos desde luégo de los casos en que la disposicion topográfica es normal. Si se ha hecho la incision á lo largo de la línea alba, se introducen dos dedos de una mano en la cavidad abdominal, siguiendo la pared anterior del abdómen dirigiéndolos hácia la pelvis. Se trata de impulsar ligeramente hácia arriba al epiploon y á los intestinos. Se obtiene, por lo comun, este resultado introduciendo una esponja, á beneficio de lo cual se mantienen los dos órganos citados últimamente. Este es un procedimiento respecto al cual no debemos olvidarnos de recurrir cuando el epiploon es muy largo y descende notablemente. Una vez que la extremidad de los dedos ha llegado á nivel del estrecho superior, el operador los lleva ligeramente hácia

atrás, tratando de buscar el fondo del útero. Se sigue este último, y por el tacto se dirigen hacia las partes laterales, hacia donde debe encontrarse el ovario. Se engancha, por decirlo así, este órgano y se trata de atraerlo á la herida abdominal, pudiendo, para ejecutar mejor este tiempo de la operacion, introducir el dedo pulgar lo que es posible desde el principio de la operacion. De esta suerte el ovario viene á colocarse delante de la pared abdominal, y aparece seguido de un fragmento de trompa. Si las asas intestinales y el epiploon tienen cierta tendencia á seguir al ovario, empujándole por medio de una pequeña esponja montada, maniobra que es posible porque la mano izquierda del operador está libre y puede ser al efecto utilizada. Cuando el ovario está fijo por delante de los tegumentos abdominales, el operador le coge fuertemente con dos dedos, mientras que un ayudante aproxima por debajo de este órgano los dos labios de la herida. Cuando se quiere ligar el ovario, se confía este cargo á un ayudante, que le coge con los dedos ó con una pinza.

En cuanto á los cuidados que exige el tratamiento del pedículo, se trata de saber si estará solamente constituido por el ligamento del ovario, ó bien comprende, además, un segmento más ó ménos largo de la trompa.

Cuando todos los órganos están en su posicion normal, el meso-ovario es muy corto y se puede temer dejar en la cavidad abdominal un fragmento glandular más ó ménos considerable; es preciso, pues, comprender en el pedículo una parte de la trompa y una porcion del ligamento ancho. Mas ¿á qué procedimiento debe recurrirse para formar el pedículo? Battey emplea el magullador. Hasta ahora los operadores han recurrido casi exclusivamente á la ligadura, para lo cual emplean hilo de seda desinfectado ó catgut. Nosotros no hemos empleado nunca más que la ligadura, sirviéndonos casi siempre de la seda. Basta hacer una ligadura en masa cuando el pedículo, es decir, el ligamento ancho, presenta una gran longitud y es muy extensible. Cuando se presume que sobrevendrá una retraccion muy marcada, se aplica una doble ligadura valiéndose de una aguja de Deschamps muy fina, á fin de proteger los grandes vasos, y se anudan los hilos de cada lado. Es bastante frecuente ver derramarse la sangre por los agujeros de las punturas. Al hacer los nudos es menester cuidarse de no desgarrar los tejidos, y principalmente el peritoneo, cerca de los puntos por donde se pasa la aguja. Puede adoptarse un procedimiento mixto y aplicar una ligadura en masa por debajo de la ligadura doble. Es más prudente aplicar desde luego la ligadura en masa y cuando parece insuficiente practicar por encima la ligadura doble. Es preciso no emplear la seda sino de mediano calibre, y cuando se hacen los nudos apretar con fuerza, sobre todo cuando se coge al mismo tiempo la trompa, porque

este órgano contiene arterias gruesas y ofrece una gran tendencia á escaparse de la ligadura.

Después de haber dispuesto así el pedículo, se puede simplemente seccionarle. Nosotros preferimos aplicar por encima de la ligadura un pequeño cauterio-clamp y seccionar el pedículo con el termo-cauterio de Paquelin. Obrando así, no solamente aseguramos mejor la hemostasia, sino que obtenemos también una desinfección más completa y podemos destruir las bridas de tejido ovárico que pueden no haber sido extirpadas durante la operación.

Es preciso, por otra parte, no olvidarse de examinar el muñón después de haber seccionado y cauterizado el pedículo. Para esto se le coge con dos dedos, asegurándose que por ningún punto da sangre y cuidando de comprimirle á fin de exprimir toda la que pueda contener. Nosotros hemos observado muchas veces que la sangre que queda en los vasos puede ser el punto de partida de una inflamación parcial.

Examinando el muñón del pedículo y el punto sobre el cual se ha aplicado la ligadura, es preciso cuidar de asegurarse que no se ha cogido el epiploon, ni bridas, ni adherencias, ni ningún apéndice epiploico.

Acaso fuera preferible emplear un procedimiento que ofrece la ventaja de dejar en la cavidad abdominal menos cuerpos extraños. Puede ser que por regla general bastara cauterizar simplemente el pedículo y, cuando fuere necesario, practicar ligaduras aisladas sobre los vasos ó hacer simplemente una pequeña ligadura sobre la trompa cuando se comprende este órgano en el pedículo.

Algunos operadores han propuesto recurrir á un procedimiento que difiere un poco de los anteriores, cuando existe una retroversion ó una retroflexión del útero, proponiéndose con él corregir definitivamente la dislocación de este órgano. Con este objeto, cogen el pedículo en la sutura aplicada sobre la herida de la pared abdominal. Stahl ha propuesto fijar el pedículo á la pared del abdomen haciendo una sutura de colchonero. Los resultados obtenidos por él fueron por lo común satisfactorios; sin embargo, fracasó en algunos casos este procedimiento, fracaso que él atribuyó sin duda alguna al relajamiento gradual de las adherencias. Cuando se extirpan los dos ovarios, esta modificación del manual operatorio no nos parece absolutamente necesaria, porque por el solo hecho de la operación los ligamentos anchos se hacen más cortos, sobre todo cuando se extirpa un gran segmento de la trompa. Merced á este mecanismo se observa que la retroversion uterina se corrige, á veces de una manera definitiva en cuanto podemos nosotros asegurarlo. Si la situación anormal del útero persiste, se observa que en este órgano se producen fenómenos de involución que hacen desaparecer los accidentes á que daba lugar la retroversion. Sin embargo, cuando

no se ha practicado más que la castración unilateral, es preciso no fiarse mucho de los resultados, y puede convenir corregir esta anomalía de posición del útero, siendo recomendable en este caso el procedimiento que acabamos de describir cuando es practicable, porque puede ser, en efecto, impracticable ó peligroso cuando el ligamento es duro é inextensible.

Si se ha recurrido á la incisión segun el método de Flanken, se operará absolutamente como acabamos de decir.

Si se practica la incisión vaginal, debe colocarse á la enferma en el decúbito dorsal (después de haber sido practicada la incisión en el decúbito lateral), impidiendo así que el aire penetre en la cavidad abdominal. En este momento la mano que descansa sobre la pared del abdomen empuja con fuerza hacia abajo al útero, en tanto que el índice de la otra mano, introducido en la vagina, penetra en la cavidad abdominal por la herida hecha en el fondo de saco posterior; este dedo, encorvado, engancha, por decirlo así, el ovario, le coge fuertemente y le atrae hacia la vagina, pudiendo entonces ocuparse de formar el pedículo.

El segundo tiempo de la castración puede ofrecer un cierto número de dificultades y accidentes. Insistiremos más adelante sobre las particularidades que se observan en los casos de fibroma. Nos contentaremos con hacer notar aquí que es ante todo extremadamente útil disponer de un campo operatorio bien accesible. Es preciso prolongar la incisión tanto como sea preciso, cuidando de inclinarse hacia los músculos rectos. Si el epiploon y el intestino persisten en venir á obstruir la herida, se hará descender la cabeza y la espalda de la enferma como se practica en la operación de Freund. Si se opera en un cuarto que no recibe nada de luz cenital, se vuelve la cabeza de la enferma hacia la ventana haciendo girar la mesa de operaciones.

Es á veces muy difícil alcanzar y coger bien los ovarios, ya porque estos órganos estén situados muy profundamente, ya porque las asas intestinales ó los fragmentos del epiploon vengan á deslizarse por delante de ellos; entónces se empleará el dedo introducido en la vagina para elevar el útero y, sobre todo, el ligamento ancho situado en el lado del ovario que se ha de extirpar. El taponamiento de la vagina y del recto, recomendado por Alberts, podrá también prestar muy útiles servicios; sin embargo, no nos parece tan útil como el precedente, porque éste permite aumentar y disminuir á voluntad la elevación obtenida.

Es difícil confundir el ovario con otros órganos. Sin embargo, puede confundirse con un apéndice epiploico, con un segmento del intestino ó con un cuerpo extraño contenido en un asa intestinal. El error es más fácil cuando se trata de un pequeño fibroma pediculado. Sin em-

bargo, será posible evitar toda causa de error si se recuerda bien la forma regular de los fibromas, la regularidad de su superficie, su consistencia tan compacta y tan uniforme, su asiento y las adherencias que contraen con el útero. Por otra parte, no hay inconveniente alguno en extirpar estos tumores si alguno se encuentra.

Pueden experimentarse grandes dificultades al atraer el ovario hacia afuera, aunque no exista nada de anormal. Este órgano puede, en efecto, estar íntimamente unido á los ligamentos anchos, que por sí mismos son poco extensibles. Obrando con lentitud y ejerciendo tracciones más ó ménos fuertes, se triunfa generalmente de todos los obstáculos sin hacer correr á la paciente el menor peligro. Cuando sea necesario apelar á esta maniobra convendrá elevar el ovario que se trata de extirpar, introduciendo un dedo en el conducto vaginal.

Pero estas dificultades pueden ser debidas á la presencia de lesiones patológicas de diversa naturaleza. En efecto; á consecuencia de lesiones inflamatorias puede quedar el ovario sólidamente fijado, ya en su situacion normal, ya en una posicion anómala, contra la pared posterior del útero, en el repliegue de Douglas, contra la pared pelviana por ejemplo, y aún se ha visto á aquel órgano pasar por encima del ligamento ancho y estar situado en la fosa vesico-uterina.

En ciertos casos el obstáculo es debido á una causa totalmente diferente. Puede estar dislocado el útero, estar en retroversion por ejemplo, y contraer adherencias en su nueva situacion. En este caso puede ser difícil y aún imposible atraer hacia afuera el ovario. En fin, y este es un hecho que se observa frecuentemente, puede encontrarse en un ligamento ancho, y á veces en los dos, lesiones que le han hecho engrosar, arrugarse, haciéndose completamente inextensible y ofreciendo una resistencia muy marcada á las tracciones, no siendo infrecuente que se combinen todos estos diferentes estados que dejamos descritos.

Las adherencias que mantienen en una situacion más ó ménos fija al ovario no se extienden sino muy poco sobre los puntos vecinos de este órgano. Se ve, en efecto, que esta glándula se adhiere lo más frecuentemente á la trompa y á las partes laterales del útero; no obstante, á veces se extienden estas adherencias al intestino, al epiploon y al mesenterio. En estos casos ya queda el ovario en situacion normal, ya queda más ó ménos dislocado, y en algunos casos raros su pedículo puede encontrarse estirado, adelgazado y á veces roto.

Las adherencias son de forma y extension variables, ya sean filamentosos ó ya membranas; á veces el órgano se encuentra englobado en una masa de exudados fuertes y duros que se adhieren íntimamente á los ligamentos. Cuando las adherencias son extensas, la trompa y todo el ligamento ancho están generalmente afectos. Aquella está profundamente alterada en su estructura y presenta una ó muchas dila-

taciones quísticas, el pabellon está obstruido y por sus franjas está aplicado contra el ovario. El ligamento ancho está engrosado, indurado y presentando numerosos quistes (paraováricos). Cuando el ovario se encuentra dislocado, lo más frecuentemente las adherencias se extienden en una ancha superficie.

La estrechez de las adherencias y su riqueza en vasos sanguíneos son muy variables. Notemos sobre todo que con suma frecuencia los vasos ováricos y los vasos venosos que tienen asiento en la porción de los ligamentos vecinos de este órgano están muy dilatados y aun varicosos, punto que ya anteriormente dejamos indicado.

Cuando se trata de pequeños tumores ováricos desarrollados en el espesor de los ligamentos, la situación es muy variable. Algunas veces estos tumores no son más que muy poco adherentes y puede aislarse los fácilmente sin provocar hemorragia importante. En otros casos las conexiones son muy íntimas y es preciso obrar con cierta fuerza y aun servirse del bisturí para destruirlas, en cuyo caso la hemorragia puede ser muy abundante.

Es muy difícil dar aquí reglas absolutas porque las circunstancias son extremadamente variables.

A veces el ovario está muy adherente, pero los órganos á los cuales está íntimamente unido son de tal modo extensibles, que es posible atraer el ovario fuera de la pared abdominal, haciéndose así accesible á la vista. Una tracción lenta y sostenida puede, sin peligro, triunfar de la resistencia opuesta por los ligamentos.

Pero si las circunstancias no son tan favorables, si la resistencia es muy marcada, ó bien si se teme romper los vasos practicando fuertes tracciones, como es de temer, por ejemplo, cuando aquéllos presentan dilataciones varicosas, es preciso agrandar la incision, practicar una muesca en el músculo recto, hacer tomar á la enferma la posición de Freund y rechazar las vísceras, porque hay necesidad de operar en la profundidad de la cavidad abdominal. Estos son los principales procedimientos á los cuales es preciso siempre recurrir cuando se trata de pequeños tumores desarrollados entre las hojas de los ligamentos.

Nosotros creemos que es preciso no romper las adherencias sin apreciar si son ó no poco extensas, filiformes ó bastante laxas para que puedan romperse sin la menor violencia.

Cuando se opera á la vista se destruyen las adherencias absolutamente como si se tratara de una ovariectomía. En este caso, las adherencias con el epiploon, el mesenterio, el intestino y los apéndices epiploicos no dan lugar á ninguna consideracion especial. Se deberán practicar frecuentemente ligaduras preventivas de los vasos y ligaduras en masa más ó menos considerables. No deberán omitirse estas precauciones sino en los casos en que se trate de adherencias muy

poco vasculares. Es preciso romper las bridas que van del ligamento, de la trompa y de los órganos pelvianos á las paredes de la pelvis ó á la pared abdominal, aunque no sean un verdadero obstáculo á la ablacion del ovario. El intestino puede, en efecto, estrangularse despues de la operacion. Tan es así, que cuando durante esta última se encuentra una brida, es preciso romperla cerca de cada una de sus extremidades á fin de evitar que quede un colgajo flotante capaz de producir fenómenos de estrangulacion. Hé aquí por qué nosotros ligamos y escindimos las franjas epiploicas que encontramos frecuentemente operando.

Cuando la trompa ha adquirido adherencias extensas con el ovario, pueden adoptarse dos maneras de proceder. Se puede, en efecto, coger con el ovario y ligar toda la parte adherida de la trompa, ya esté normal ó ya dilatada. De esta suerte hay necesidad de hacer una ligadura muy extensa, y por poco indurado que esté el ligamento ancho, como se observa generalmente, no basta aplicar una ligadura simple ó doble; es preciso en estos casos multiplicarlas, hacer tres ó seis, medio el más adecuado para oponerse á la retraccion del pedículo y al deslizamiento de los hilos. En fin, en los casos de rigidez del ligamento existe todavía otro peligro. Cuando se anudan los hilos se desgarran los tejidos á nivel de los puntos por los cuales ha penetrado la aguja de Deschamps aún cuando se haya tenido cuidado de alegir una fina y redonda, produciéndose así una hemorragia que, por otra parte, no es generalmente muy intensa. En este caso una ligadura en masa no podría quedar tan suficientemente apretada que quedara asegurada la hemostasia, y es preciso ponerse al abrigo de las hemorragias practicando durante algun tiempo la compresion.

A veces las adherencias no son muy íntimas y se ve á la trompa rodear al ovario formando un círculo ó un semicírculo. En estos casos es preferible romper estas adherencias, pudiendo así verse mejor la region donde se opera, no habiendo necesidad de aplicar tan profundamente las ligaduras, pueden ligarse los puntos que den sangre, y, en fin, viéndose mejor las partes susceptibles de retraerse, es más fácil remediar este inconveniente.

Cuando los ligamentos están muy indurados es á veces imposible obtener pedículo; si no se quiere abandonar la operacion, es preciso pasar hilos á traves de los tejidos de manera que se limite un espacio de forma triangular con el vértice hácia abajo, escindiéndose en seguida todos los tejidos situados entre los hilos y el ovario.

Cuando las adherencias que unen al ovario con el útero, con la pared abdominal y con el repliegue de Douglas se extienden en una ancha superficie, es preciso romperlas por traccion ó por diseccion, teniendo cuidado de suturar los puntos que dan sangre, porque la

parte del útero que confina con las adherencias es frecuentemente muy rica en vasos y se ve á veces sobrevenir hemorragias muy molestas ó por lo ménos un rezumamiento muy marcado; viéndose sobrevenir principalmente este accidente cuando la serosa ha sido disecada en los esfuerzos de traccion, tanto que es preferible en estos casos recurrir al bisturí. Estas hemorragias son frecuentemente muy rebeldes, de las cuales sólo se triunfa en general pasando hilos á traves de los tejidos á cierta distancia de los puntos que dan sangre; pero este procedimiento sólo es bueno á condicion de que se empleen agujas de muy pequeño diámetro y bien redondas.

Debe obrarse de la misma manera cuando estrechas adherencias unen á estos órganos con las paredes pelvianas ó con el repliegue de Douglas, siendo preciso sobre todo obrar con gran prudencia cuando el ovario se encuentra situado en la vecindad de los grandes vasos.

En todos estos casos difíciles es forzoso ante todo operar á la vista, porque querer hacerlo á la ventura es exponerse á los más graves accidentes.

Cuando se trata de pequeños tumores desarrollados en el interior de los ligamentos, la situacion varía mucho segun los casos y segun hemos tenido ocasion de demostrarlo ya. Algunas veces, no obstante, es posible disecarlos sin gran dificultad y sin riesgo de herir los vasos. Pero generalmente se tropieza con grandes dificultades que son tanto más marcadas cuanto más abajo descende el tumor, hácia la base de los ligamentos, ó cuanto más se extiende hácia la pared pelviana: los quistes pequeños revientan. En estos casos es preciso destruir las adherencias, pudiendo presentarse una hemorragia interna. Cuando nos encontramos en presencia de estas circunstancias, que pueden por lo comun diagnosticarse ántes, nosotros consideramos contraindicada la operacion, y si no pueden apreciarse hasta que se lleva á cabo, es preciso abandonarla cuando esto es posible; pero es muy tarde para obrar de esta suerte, debiendo extirpar el tumor aislándole con instrumentos romos y debiendo asegurar la hemostasia con ligaduras.

En los casos de fibroma la situacion es en extremo difícil, y frecuentemente se observan accidentes. Puede, por ejemplo, no encontrarse el uno ó el otro ovario, no pudiendo nosotros aconsejar en este caso que se tire hácia afuera de la cavidad abdominal del tumor, cuya presencia exige la castracion. Esta conducta, en efecto, vendría á ser el origen de violentos trastornos circulatorios, el tumor tomaria un color amarillento ó rojizo, la serosidad se rezumaría por su superficie, y aumentando rápidamente su volúmen, sería imposible introducirle en la cavidad abdominal sin aumentar las dimensiones de la incision. Todas estas particularidades aumentarían mucho los peligros de la operacion.

Cuando no se ha podido encontrar el ovario, puede tambien observarse cuando existen fibromas una resistencia muy marcada que se opone á las tracciones ejercidas sobre la glándula ovárica. Este órgano, en efecto, está muy alejado de la incision abdominal, y se encuentra, ya situado en las partes laterales, ya en las superiores ó ya en las inferiores de la cavidad abdominal. El meso-ovario es tan corto, que este órgano descansa inmediatamente sobre el tumor, con el cual ha contraído adherencias anormales. Entónces debe ensayarse levantar el tumor introduciendo la mano en la vagina, y empujar así el ovario hácia arriba á fin de hacerle más accesible. Si se hubiera recurrido á la incision de Flanken sería preciso dirigir el ovario hácia el lado sobre el cual se hubiese practicado la incision. Algunas veces se obtienen ventajas de hacer girar el tumor alrededor de su eje, maniobra de la que se obtienen resultados tanto mejores, cuanto más fácilmente es movable el tumor. No podemos aconsejar en este caso que se atraiga éste completamente fuera de la cavidad; por el contrario, conviene prolongar la incision, incindir el músculo recto, y aún, cuando es absolutamente necesario, practicar una segunda incision en un punto más conveniente. Es preciso en los casos de fibroma no ejercer fuertes tracciones para extraer el ovario que ha sido cogido.

Existen, en efecto, en estos casos grandes dilataciones venosas y manojos varicosos que fácilmente podrían romperse.

Es frecuentemente muy difícil en los casos de fibroma disponer el pediculo, porque el meso-ovario es muy corto y las hojas del ligamento ancho pueden estar completamente disociadas la una de la otra; en este caso es necesario aplicar numerosas ligaduras, teniendo cuidado de observar si existen vasos importantes cuando se pasan las agujas. Puede ser útil suturar los dos labios de la superficie escindida, con seda muy fina. Si se produce una hemorragia por los puntos por donde han penetrado las agujas, se tratará de contenerla por la compresion si la superficie sobre la cual se inserta el tumor es de tal suerte ancha que no puede apelarse á la ligadura en masa.

En un caso nos fué imposible contener la hemorragia que se produjo en el momento de pasar las agujas. Existían numerosas varices á nivel de los ovarios y de los puntos vecinos, habiéndonos visto obligados á practicar la amputacion supravaginal del útero, que practicamos con feliz éxito para la enferma, que curó. Cuando se emprenda una castracion por la existencia de un fibroma, deberán hacerse todos los preparativos necesarios para practicar la amputacion supravaginal.

En cierto número de casos en los cuales se había practicado la castracion se han observado hemorragias durante ó inmediatamente despues del segundo tiempo de la operacion, siendo preciso atribuir este accidente al rezumamiento de la sangre que se verifica por la superfi-

cie de las adherencias rotas, ó al deslizamiento de los hilos de las ligaduras.

En el primer caso puede ser bastante débil para que pueda esperarse una hemostasia espontánea, sobre todo despues de la oclusion de la herida de la pared abdominal y de la aplicacion de un vendaje apretado. En este caso no debe temerse la aparicion de fenómenos graves debidos á la pérdida de sangre; pero la situacion no es ménos peligrosa, porque la sangre así derramada constituye un elemento de nutricion para los gérmenes. Segun nuestra experiencia, todos los medios antisépticos no nos parecen suficientes para ponernos seguramente al abrigo de la septicemia; por lo tanto, si no nos es posible asegurar la hemostasia por los medios apropiados, es preciso recurrir al desagüe.

No queremos insistir más sobre la influencia de las tracciones ejercidas sobre un hilo de ligadura ya anudado con objeto de fijar el muñon á la herida de la pared abdominal. Hemos visto ya que era peligroso aplicar pinzas por encima de la ligadura con objeto de fijar el pedículo, porque al retirar el instrumento se ejercen siempre algunas tracciones sobre los hilos de seda.

Este accidente (el desprendimiento de la ligadura) puede todavia reconocer otra causa: puede, en efecto, ser debido á no haber apretado el nudo suficientemente.

En fin, el hilo puede caerse tambien cuando el pedículo ó el ligamento son muy gruesos y sobre todo muy duros. El ligamento, en efecto, puede, despues de haber sido estirado, retraerse fuertemente; la ligadura no se desliza, propiamente hablando, pero el ligamento se sale fuera de la ligadura. Es, pues, más seguro aplicar en este caso muchas ligaduras bien apretadas. Si á pesar de todas estas precauciones se produce este accidente, sería preciso poner la herida al descubierto, coger el ligamento con los dedos, atraerle hácia afuera y aplicar nuevas ligaduras. Excusado nos parece añadir que es necesario extraer con el mayor cuidado la sangre que se haya derramado.

III. — *Limpieza del peritoneo. — Oclusion de la herida abdominal.* *Tratamiento consecutivo.*

En la generalidad de los casos la limpieza del peritoneo se hace muy rápidamente. Cuando la castracion es simple, la hemorragia es, en efecto, muy poco considerable; sin embargo, no debe jamás omitirse la introduccion de esponjas, á fin de asegurarse que el peritoneo queda bien seco. Es bastante frecuente ver romperse un fólculo mientras se atrae el ovario hácia afuera, accidente que tambien puede ocasionarse cuando se trata de un quiste pequeño lleno de sangre ó de

suero. Es preciso en este caso extraer el líquido derramado con esponjas, siendo innecesario advertir que es necesario además practicar con sumo cuidado la limpieza del peritoneo y que hay necesidad de redoblar la atención cuando se hayan extirpado pequeños tumores cuyo contenido se haya derramado en la serosa peritoneal.

¿Cuándo debe apelarse al desagüe? Es imposible en el estado actual de la Ciencia precisar este punto de la práctica. Parece que es conveniente no recurrir á este procedimiento cuando existe solamente una simple trasudación serosa debida á una irritación ligera y crónica del peritoneo, ó á trastornos circulatorios. Por el contrario, el desagüe parece estar indicado cuando existe una inflamación reciente é intensa del peritoneo, ó cuando el líquido exudado está fuertemente teñido en sangre ó cuando ha habido necesidad de operar sobre tejidos que dan mucha sangre. Nosotros no nos hemos encontrado jamás en presencia de casos de esta naturaleza, si se exceptúa uno en que se trataba de una mujer afecta de una hiperplasia del tejido celular de los dos ovarios y de peritonitis crónica (tuberculosa), habiéndose presentado un exudado sero-sanguinolento en cantidad de tres cuartos de litro próximamente. Apelamos al desagüe y la enferma quedó perfectamente curada. En cambio, nosotros hemos encontrado frecuentemente pequeñas cantidades de exudado seroso en los casos de fibroma, de periovaritis y de piosalpingitis.

Está principalmente indicado que se proceda con el mayor cuidado á la limpieza del peritoneo cuando durante la operación ha habido necesidad de romper adherencias recientes ó antiguas. Es preciso introducir muchas veces las esponjas á fin de asegurarse de que no existe ningún derrame sanguíneo.

Se cierra la herida de la pared abdominal por medio de una sutura que se practica como si se tratara de una ovariectomía. Sin embargo, aquí es preciso no olvidar que la pared abdominal no estaba distendida antes de la operación por un tumor. Dicha pared es generalmente gruesa, rica en vasos y contiene una cierta cantidad de tejido grasoso. Además, la incisión no es jamás muy larga, no ocurriendo tan frecuentemente que los labios de la herida sean maltratados y que el peritoneo se encuentre separado de las otras capas de la pared. Si se ha tenido cuidado, durante el primer tiempo de la operación, de practicar las suturas provisionales de que hemos hablado, se puede generalmente evitar en gran parte todos los inconvenientes.

Se resecarán con cuidado todos los tejidos que hayan sido magullados, así como las masas grasosas que vengán á formar hernia en la superficie de la herida. Se tendrá cuidado de anudar sólidamente los hilos, sobre todo á nivel del ángulo inferior de la herida, donde los tejidos son generalmente muy ricos en vasos sanguíneos, siendo éste el

mejor medio de obtener una hemostasia completa y una reunion por primera intencion, porque se opone á toda acumulacion de sangre, etcétera, entre los labios de la herida. Una vez terminada la sutura, se oprimen el uno contra el otro los labios de la herida á fin de asegurarse una vez más que la sangre no se acumula en ningun punto. Cuando sea necesario deberá aplicarse en estos puntos una segunda sutura abrazando una gran cantidad de tejidos. Una vez bien seco todo, se aplica una capa de uata sobre la herida, recubriéndole con una tela impermeable, aplicando por último un vendaje abdominal uatado ordinario. En cuanto á la compresion, es preciso observar todas las precauciones que hemos indicado al ocuparnos de la ovariectomía.

Cuidados consecutivos y accidentales que se producen despues de la operacion. — Muy poco de particular tenemos que decir aquí respecto á los cuidados consecutivos. Remitimos al lector á lo que dejamos dicho en el art. 3.º de la Segunda parte y á lo que hemos consignado al tratar de los cuidados que deben dispensarse á las operadas de ovariectomía.

Por lo general, se ve inmediatamente ó poco tiempo despues de la operacion aparecer metrorragias que es preciso atribuir á trastornos circulatorios y que no dejan de ser útiles porque disminuyen la presion intravascular. Estas hemorragias no deben inquietarnos sino en ciertos casos de fibromas. Generalmente no podemos hacer nada contra ellas: en casos extremos podríamos recurrir á las inyecciones de agua caliente, pudiendo tambien colocar á la enferma con el tronco y la pelvis elevados y la cabeza baja.

No hemos observado jamás el tétanos despues de la castracion.

En cierto número de casos se han observado despues de la operacion sintomas de oclusion intestinal. Parece que en este caso debe acusarse á la existencia de adherencias entre las asas intestinales y el pedículo, á una ligadura que haya cogido un apéndice epiploico, á la aparicion de adherencias entre los tegumentos abdominales y los apéndices epiploicos ó antiguas bridas que atravesasen toda la pequeña pelvis. Deberá cuidarse de evitar todas estas causas de complicacion durante el acto operatorio. Si se encuentra un apéndice epiploico, se le escindirá despues de haber aplicado sobre él una ligadura. Cuando se aprietan los hilos aplicados sobre el pedículo, se cuidará de examinar muy bien si se ha cogido en la ligadura algun otro órgano que pueda ser estrangulado. En fin, se observa si existe alguna brida que atraviese la pelvis, en cuyo caso se escinde ó se corta entre dos ligaduras.

Creemos, ademas, que una fuerte compresion del abdomen puede dar lugar á un estreñimiento tan prolongado que dé origen á sintomas de oclusion intestinal. Si así fuera, se debería recurrir á los medios apropiados: se haría descender parte del tronco de la enferma elevando la pelvis; se recurriría á las duchas de aire ó de agua al conducto

intestinal; en fin, se debería, en último término, abrir de nuevo la cavidad abdominal; si bien, desgraciadamente, este último procedimiento no ha dado hasta ahora buenos resultados.

Si se produce una peritonitis séptica, es preciso, si no se ha apelado al desagüe, abrir de nuevo la cavidad abdominal, aunque esta nueva operacion ofrezca muy pocas probabilidades de éxito. En los casos de peritonitis circunscrita se recurre á los medios habituales de tratamiento: opio, hielo, etc.

Despues de la operacion puede observarse un cierto número de accidentes que modifican singularmente los resultados. En efecto; las cicatrices y las adherencias pueden provocar la aparicion de fenómenos dolorosos y desagradables ó molestos. No obstante, es cierto que por lo comun hemos podido nosotros, despues de un tratamiento prolongado, hacer desaparecer del todo ó disminuir al ménos estos fenómenos dolorosos. Lo más frecuentemente en los hechos de que hablamos, es menester atribuir los fenómenos observados á la existencia de una pelvi-peritonitis adhesiva, anterior á la operacion; al empleo de hilos de seda que no habían sufrido una desinfeccion completa; á la presencia de un pediculo ingurgitado de sangre y que había experimentado los efectos de la accion de los gérmenes, ó bien á la produccion de pequeñas hemorragias en las inmediaciones del muñon.

Art. 5.º—Resultados de la castracion doble.

MORTALIDAD Y MORBICIDAD.—PRONÓSTICO.—RESULTADOS FUNCIONALES

Nos será posible fijar rápidamente la mortalidad y sus causas estudiando el cuadro siguiente:

1.º Hegar: 50 operaciones, 7 casos de muerte = 14 por 100.

4 peritonitis sépticas.

3 oclusiones intestinales.

2.º Otros operadores: 76 operaciones, 17 casos de muerte = 22,37 por 100 (1).

(1) En 76 operaciones hubo 12 en las cuales no se ha encontrado ni notado ninguna modificacion anatómica de los órganos sexuales y especialmente del ovario. Desgraciadamente no existen los documentos necesarios para poder interpretar bien estas dos frases: «no se ha encontrado» y «no se ha notado», lo que sería muy conveniente para poder formular una interpretacion seria. Nosotros hemos utilizado estos 12 casos bajo el punto de vista de la mortalidad y de la morbilidad, y aun bajo el aspecto de las modificaciones aportadas á las funciones menstruales.

Véanse:

Transaction of the American Gynecol. Soc., 1876, vol. I, pág. 104, obs. 3.
Ibid., pág. 105, cas. 5 y 6.

- 1 por inanición (?)
- 2 — agotamiento (?)
- 8 — peritonitis séptica.
- 2 — peritonitis secundaria pihémica.
- 3 — hemorragias internas por caída de ligaduras.
- *2 — causas no precisadas.

Véase la estadística de la morbilidad:

1.º — Hegar ha practicado 50 operaciones.

Morbilidad: 15 casos, ó sea el 30 por 100.

- 6 por abscesos intraperitoneales.
- 4 — peritonitis circunscritas de mediana intensidad.
- 1 — absceso perivaginal despues de una tentativa de incision vaginal.
- 2 — trombósis.
- 2 — catarros de la vejiga.

2.º — 76 operaciones. — Otros operadores: 9 enfermas.

- 4 por abscesos intraperitoneales.
- 1 — sépticemia.
- 1 — enfermedad de naturaleza dudosa con escalofrío.
- 1 — trombósis de la iliaca derecha.
- 1 — neumonía.
- 1 — catarro de la vejiga.

Es muy cierto que en esta segunda serie la morbilidad no siempre ha sido observada.

Si examinamos la estadística dada por Tait, la encontramos muy favorable, porque de 28 castraciones hubo solamente dos casos de muerte. (*Brit. Med. Journ.*, 1880, núm. 1.019, pág. 48.)

En cuanto á las complicaciones susceptibles de ocasionar la muerte, es preciso colocar en primera línea la *septicemia* y la *peritonitis séptica*. Si no se tienen en cuenta ninguno de los cuatro casos en que la causa de la muerte no ha sido precisada, ni aquellos en los cuales se acusa á la inanición y al agotamiento, se observa que es preciso atribuir á esta causa los dos tercios de la mortalidad. Dos veces la *peritonitis fué secundaria*. Entre las demas causas de muerte es preciso citar la *oclusion intestinal* (estrangulacion por una adherencia situada entre el epiploon y el peritoneo parietal por bridas situadas en la pelvis). En ciertos casos este accidente se produce porque se ha cogido un apéndice.

Batley. *Brit. Med Journ.*, 1880 núm. 1.005, obs. 10, 13, 14 y 15.
 Spiegelberg. *Arch. f. Gyn.*, t. XI, pág. 114, obs. 4.
 Goodell. *Obst. J. of Gr. Brit.*, 1879, núm. 77, pág. 340, obs. 3.
 Schucking. *C. f. G.*, 1879, núm. 20.

ce epiploico en la ligadura ó por una flexion del tubo intestinal. En segunda línea colocaremos las *hemorragias internas* debidas al deslizamiento de los hilos de ligadura.

La cifra de la mortalidad varia segun la naturaleza de las afecciones por las cuales se ha practicado la castracion. Es muy baja cuando se trata de pequeños tumores, degeneraciones foliculares con pequeños quistes y afecciones uterinas (excepcion hecha de los fibromas). La mortalidad no es muy elevada en los casos de lesiones inflamatorias que tienen su asiento alrededor del ovario; sin embargo, en bastantes de los casos publicados no ha podido terminarse la operacion, siendo, pues, muy difícil formar un juicio serio sobre esta cuestion. La mortalidad es, sobre todo, muy elevada en los casos de fibromioma.

La proporcion de éxitos obtenidos por la castracion crece de dia en dia, y puede afirmarse que esta operacion no es hoy tan mortal como inducia á creer antiguamente. La antisepsia se hace mejor, el manual operatorio es más perfecto y la cifra de mortalidad desciende notablemente.

Es preciso, ante todo, otorgar la mayor importancia al tratamiento del pedículo. Es tambien evidente que es necesario atribuir una parte de las peritonitis generalizadas y de las inflamaciones circunscritas observadas despues de esta operacion á una hemostasia incompleta, al rezumamiento de sangre, que no por ser poco marcado es ménos peligroso, siendo ésta igualmente la causa que nos permite explicar la gran mortalidad y el gran número de hemorragias mortales que se observan en los casos de fibroma. Nosotros hemos dicho ya cuán difícil es en estos casos ocuparse del pedículo ovárico. En fin, disminuirá mucho la mortalidad haciendo una eleccion racional de los casos en que la operacion parece indicada.

El pronóstico es muy variable, dependiendo de las circunstancias especiales de cada caso. Si, en efecto, el ovario es poco ó nada adherente, si los tejidos que unen á este órgano con los ligamentos anchos son muy laxos y se prestan á la distension, el peligro es casi nulo, siempre que puedan alejarse todos los peligros de infeccion.

La situacion se hace muy grave:

Si existe un pequeño tumor disecando las hojas del ligamento ancho y viniendo á implantarse cerca de su base.

Si el ovario ha contraído adherencias vasculares con la pared pelviana, el útero ó la profundidad del repliegue de Douglas.

Si existe una torsion del pedículo de estos tumores con disgregacion de la pared del quiste é inflamacion secundaria adhesiva.

Si el ovario está inmediatamente aplicado sobre fibromas desarrollados en el interior de los ligamentos.

Cuando existen numerosos vasos varicosos en los tejidos donde debe practicarse la ligadura.

Añadamos, finalmente, que la situación no es favorable cuando las enfermas han llegado al último grado de la anemia y presentan una pared abdominal gruesa y mucho tejido adiposo, como frecuentemente se observa en estos casos.

Hoy podemos hacer nuestro diagnóstico con precisión bastante para que nos sea posible hacer el pronóstico de una operación mejor de lo que podríamos hacerle apoyándonos sólo sobre la estadística (1).

La influencia sobre la función menstrual de la castración y, de una manera general, sobre las hemorragias uterinas, puede establecerse fácilmente según el cuadro que abajo insertamos. En los primeros días que siguen a la operación se observa generalmente la producción de una hemorragia que dura generalmente algunos días, pero cuya duración puede ser más larga, sobre todo si se trata de fibromas; pero en este caso suele ser poco abundante. Nosotros no tenemos en cuenta esta hemorragia, que sin duda alguna es debida a la ligadura de los vasos y a modificaciones en la circulación.

En 50 casos de operaciones de Hegar hubo 7 muertes, de 2 no hubo noticia alguna. Quedan 41 casos que pueden servir para una estadística:

1.º — Menopausia inmediata.	31
2.º — Menopausia después de hemorragias regulares ó irregulares.	5
3.º — Menopausia después de la enucleación ulterior de un fibroma.	1
4.º — Derrame de sangre irregular, débil, que dure todavía.	1
5.º — Flujo sanguíneo irregular, débil, después de una menopausia que duró cuatro meses.	1
6.º — Reglas regulares que más tarde se suspendieron.	1
7.º — Hemorragia con menopausia de cinco meses, proliferación y degeneración linfática de un fibroma.	1
TOTAL.	40

(1) La Memoria de Tait apenas puede ser utilizada, porque los datos sobre la indicación, la marcha y el resultado final de las operaciones dejan mucho que desear.

En una serie de 76 operaciones practicadas por otros autores se cuentan 17 casos de muerte. En las mujeres que han sobrevivido, 6 sufrían antes de la operacion amenorrea, á consecuencia de deformacion ó de atrofia del útero; en 4 casos no se indica la causa de la amenorrea preexistente; en 4 casos se expresa claramente que la extirpacion fué incompleta; 8 observaciones no van acompañadas de noticia alguna, y 7 casos son muy recientes para que podamos tenerlos en cuenta. No quedan, pues, más que 30 casos, á saber:

1.º — Menopausia.	18
2.º — Menopausia despues de dos ó tres hemorragias de apariencia menstrual ó irregular (se trataba de fibroma).	2
3.º — Una hemorragia cinco meses despues de la operacion, durante los cuales estuvo suspendida la menstruacion.	1
4.º — Hemorragias intestinales durante los seis meses y medio que siguieron á la operacion practicada en casos de fibromas. . . .	4
5.º — Debilidad de las reglas.	1
6.º — Reglas regulares.	2
7.º — Hemorragias continuas en casos de fibroma. En uno de estos casos cesó la hemorragia algunos meses despues de la operacion. Se trataba de un tumor enorme. . .	2
TOTAL.	30

Si examinamos la primera de estas estadísticas, vemos que en 87,8 por 100 de los casos sobrevino la menopausia inmediatamente despues de la operacion ó despues de hemorragias de tipo irregular. No teniendo en cuenta más que la segunda estadística, este resultado no se obtuvo más que en el 67 por 100. Pero la diferencia es mucho ménos marcada si consideramos las operaciones núms. 3 y 4 de la segunda serie como habiendo provocado ulteriormente la menopausia. Las cifras son entónces 87,8 por 100 para la primera serie, y 83,3 por 100 en la segunda. Esto parece cierto para el caso núm. 3, en el cual hubo una pausa de cinco meses despues de la operacion, y en el que la causa ocasional de la hemorragia era evidente. Es tambien verosímil para el caso núm. 4, porque ya se menciona la atrofia del fibroma que existía. La diferencia que existe entre las cifras de una y de otra serie bien puede ser debida á que las enfermas comprendidas en la primera estuvieron mucho más tiempo en observacion.

En cuanto á las otras consecuencias fisiológicas de la castracion, tales como la atrofia del útero, las modificaciones sobrevenidas por parte de la vagina y los síntomas penosos de la menopausia, fenómenos todos ellos de que ya hemos hablado anteriormente (véase el artículo 2.º de este capítulo), no nos inducen á hacer ninguna consideracion especial. Notemos, sin embargo, que los fenómenos penosos que se observan despues de la castracion y que son debidos á la menopausia pueden revestir una intensidad extremadamente marcada y enmascarar durante los primeros tiempos los ventajosos resultados de la operacion. Se pueden observar tambien algunos síntomas que deben atribuirse á la enfermedad por la cual se ha ejecutado la castracion, y que subsisten, ó bien algunos fenómenos dolorosos debidos á una peritonitis adhesiva. El médico y la enferma pueden dudar de los resultados de la castracion.

Sin embargo, en la generalidad de los casos la curacion ha tenido lugar, y estos accidentes penosos no deben temerse sino cuando la operacion parecia indicada por fenómenos inflamatorios crónicos.

Los resultados de la operacion bajo el punto de vista de la curacion de la enfermedad preexistente son completamente favorables. Es muy difícil demostrar esta proposicion colocándose bajo un punto de vista exclusivamente general.

Nos es, pues, necesario precisar los diferentes casos en los cuales se ha practicado la operacion.

I. — PEQUEÑOS TUMORES

1.º 13 operaciones hechas por Hegar.

Caractéres del tumor: grandes quistes foliculares, dermoides, glandulares, paraováricos, tubo-ováricos; combinacion de varios tumores: quiste dermoide de un lado y glandular del otro, paraovárico de un lado y tubo-ovárico del otro, quiste glandular contorneando el eje del órgano en uno de ellos y quiste tubo-ovárico en el otro.

Mortalidad: 2 casos.

1 de peritonitis séptica.

1 de encarcelacion.

Morbicidad: 5 casos.

2 abscesos intraperitoneales perforantes.

2 peritonitis circunscritas.

1 trombosis del lado izquierdo.

Resultados obtenidos en lo que respecta á las hemorragias menstruales:

9 menopausias.

- 1 hemorragia irregular, reproducida cuatro veces, despues de las cuales sobrevino la menopausia.

- 1 hemorragia débil é irregular.

Resultado final: desaparicion completa ó casi completa de los dolores, 10.

Fenómenos dolorosos manifiestamente debidos á un estado congestivo y á adherencias peritoneales. Los dolores no desaparecieron sino al cabo de un año en un caso.

- 2.º Otros operadores: 5 casos.

Hegwood Smith, Engelmann, Sthal, Svensen, Coates. — Carácter de los tumores: quiste alveolar con folículos esparcidos en el estroma; quiste del paraovárico con el ovario aumentado de volúmen; quiste dermoideo; carcinoma.

Mortalidad: 1 por peritonitis séptica.

Morbicidad: no precisada.

Estado de la funcion menstrual: no observado.

Resultado final: cuatro veces afortunado.

II. — DEGENERACION DEL ESTROMA Y DE LOS FOLÍCULOS

- 1.º Hegar: 3 casos.

Mortalidad: 0.

Morbicidad: 1 catarro vesical.

Estado de la funcion menstrual: 3.

Resultado final: muy bueno en 2 casos.

El dolor fijo curó; los sintomas nerviosos subsisten en un caso.

- 2.º Otros operadores: 11 casos.

Pallen, Simpson, Thomas, Sims, Tait, Martini, Buchner-Berns, Tauffer, Malins, Kaltenbach, Lusk.

Mortalidad: 3 casos.

Peritonitis séptica. 1

Inanicion. 1

No precisada. 1

Mortalidad: no se ha observado nada.

Estado de la menstruacion:

Menopausia. 3

Amenorrea. 1

Una sola hemotragia menstrual. 1

Hemorragias menstruales no dolorosas. 1

Observacion muy corta. 1

Resultado final:

Bueno. 5

Bueno, pero con observacion muy corta.	1 (1)
Observacion muy corta.	1
Sin resultado.. . . .	1 (2)

NOTAS.—Es cierto que colocando los casos en las categorías en que acabamos de hacerlo, no estamos completamente al abrigo de todo error; frecuentemente el estado anatómico es mal precisado, existiendo igualmente algunas incertidumbres bajo el punto de vista de las complicaciones. Es desde luego muy difícil distinguir claramente la degeneracion del ovario y las lesiones inflamatorias de este órgano de las lesiones del útero, ó de precisar la existencia de un quiste tubo-ovárico y la ausencia de toda inflamacion. Día llegará en que, pudiendo apreciar mejor los hechos, tendremos mucha más confianza en los resultado de la castracion.

La enferma fué observada por espacio de dos meses, durante los cuales no se observó ningun acceso.

III.—AFECCIONES UTERINAS QUE SE OPONEN Á LA SECRECION MENSTRUAL

Otros operadores: 7 casos.

Mortalidad:

Peritonitis séptica. 1

Morbicidad:

Absceso intraperitoneal abierto á traves de los tegumentos. 1

Resultado final:

Muy bueno. 3

Caso incierto á consecuencia de la falta de indicios 1 (3)

Casos observados durante corto tiempo. 2

NOTAS.—En 5 casos se trataba de anomalías congénitas, tales como estado rudimentario del útero, útero unicorne, ausencia de vagina. En un solo caso se trataba de atrofia uterina; una sola vez ocurrió una deformidad.

(1) Tait. Accesos epilépticos, amenorrea.

(2) Thomas. Pequeño mal. Se habían encontrado en los ovarios corpúsculos de Paccini,

(3) Langenbeck.

IV. — FIBROMIOMAS DEL ÚTERO

1.º Hegar: 13 casos.

Mortalidad:

Peritonitis séptica. 3

Morbicidad: 5 casos.

Abscesos intraperitoneales perforando los tegu-
mentos abdominales. 2

Peritonitis circunscrita de intensidad media. . 2

Absceso del tejido peri-vaginal sucediendo á una
tentativa de incision sobre la pared vaginal. 1Hemorragia menstrual, repitiéndose nueve ve-
ces despues de la operacion; menopausia
luego. 1Hemorragia despues de una menopausia de tres
meses de duracion. Enucleacion. 1Reglas suspendidas durante cinco meses, más tar-
de hemorragias, el tumor toma de nuevo un
gran desarrollo y sufrido una degeneracion
linfangiectásica. 1

Resultado final:

Curacion radical con disminucion del volúmen
del tumor y menopausia. 7Curacion completa despues de que las reglas se
repitieron durante nueve meses. Meno-
pausia. 1Curacion completa con menopausia despues de
una enucleacion hecha más tarde. 1 (1)Mejoria temporal con disminucion del volúmen
del tumor y menopausia. Más tarde el vo-
lúmen del tumor aumentó de nuevo, sufrió
la degeneracion linfangiectásica y la muer-
te sobrevino nueve meses despues de la ope-
racion. 1 (2)

OBSERVACIONES (1). — Se trataba de un fibromioma desarrollado en el ligamento del lado derecho, que presentaba un volúmen bastante considerable. El ovario derecho estaba íntima y fuertemente adherido al tumor y situado al lado izquierdo de la línea media. Tres meses despues de la operacion sobrevinieron violentas hemorragias, el cuello estaba abierto, y el tumor, por su segmento inferior, se enclava-

ba en el orificio uterino. La enucleacion, difícil de practicar, fué llevada á cabo por nuestro colega Fehling, de Stuttgart, con feliz éxito.

(2) Tumor intraligamentoso que presentaba un volumen colosal: la enferma estaba muy débil.

2.º Otros operadores: 21 casos.

Trenholme, Kaltenbach, 3; Goodell, Freund, 5; Martin, 2; Martini, Hofmeier-Schroeder, Stahl. Tauffer, 2; Richter, Spiegelberg, 2; Netzel.

Mortalidad: 5.

Peritonitis séptica.	2
Peritonitis secundaria y pihemia.	1
Hemorragia interna por caída del hilo de ligadura.	1
Causa no precisada.	1

Morbicidad: 3.

Absceso intraperitoneal abierto en diferentes puntos.	1
Trombosis en el lado derecho.	1
Afeccion de naturaleza dudosa acompañada de escalofrios.	1

Estado de la funcion menstrual:

Menopausia.	8
Hemorragias irregulares durante los tres primeros meses. Menopausia.	1
Hemorragias irregulares producidas en los tres ó seis primeros meses despues de la operacion.	4
Hemorragia presentando dos veces el carácter de flujo menstrual, no teniendo una vez carácter preciso. Menopausia.	1
Suspension de toda hemorragia durante tres meses; despues nuevas hemorragias como antes.	1
Hemorragias como antes.	1

Resultado final: desaparicion del tumor.

Menopausia.	6
Disminucion del tumor despues de una ó de dos hemorragias.	3
Disminucion no apreciada. Menopausia observada.	2
Disminucion no apreciada. Hubo dos hemorragias menstruales en el curso de cuatro meses.	1
Observado expresamente que el tumor no se ha-	

bía modificado. Las reglas y las hemorragias desaparecieron por espacio de nueve meses.	1
Desaparicion no apreciada. Hemorragias como antes.	1
Aumento de volúmen del tumor y hemorragias.	1

OBSERVACIONES. — Estos casos se refieren á tumores que tenían un volúmen colosal. Si se considera como habiendo sido seguidos de curacion todos los casos en los cuales se ha observado la disminucion de volúmen del tumor con produccion de una menopausia más ó ménos tardía, ó aquellos en los cuales no se ha observado nada respecto al estado del tumor, pero que se ha obtenido la menopausia, puede formularse el cuadro siguiente:

Castracion en los casos de fibroma: 34.

Curacion.	21
Curacion dudosa.	2
Alivio temporal.	1
Ningun resultado.	2
Mortalidad: 23,5 por 100.	8

V. — HIPERTROFIA. — VERSION Y FLEXION DEL ÚTERO

1.º Hegar: 11 casos.

Mortalidad: 2.

Encarcelacion é íleo.	2
-------------------------------	---

Morbicidad: 1.

Cistitis.	1
-------------------	---

Estado de la funcion menstrual:

Menopausia.	7
---------------------	---

Menstruacion débil una vez, y despues menopausia.	1
---	---

Menopausia durante cinco meses, despues hemorragias ligeras, presentándose de una manera irregular.	1
---	---

Resultado final:

Muy bueno.	6
--------------------	---

Desaparicion de los fenómenos dolorosos, subsistiendo los nerviosos.	2
--	---

Ninguna mejoría á pesar de la menopausia. Subsisten los dolores hipogástricos.	1
--	---

2.º Otros operadores: 4 casos.

Engelmann, Langer, Welponer-Braun, Battey.

Agotamiento de fuerzas (?).

Morbicidad: no apreciada.

Estado de la función menstrual:

Amenorrea antes y después de la operación. 2

No apreciado. 1

Resultado final:

Bueno. 2

Alivio. 1

OBSERVACIONES. — En un caso se realizó la curación de la epilepsia, curación comprobada durante cuatro meses (Welponer-Braun). Antes de la operación existía una amenorrea, nada de ovulación (?). El ovario contenía algunos folículos quísticos, el útero era pequeño y existía una gran retroflexión.

Es muy difícil dilucidar los casos de amenorrea acompañada de fenómenos nerviosos importantes. Es preciso sobre todo observar el estado del útero y del ovario; lo más comúnmente no se posee una idea bien clara sobre el estado del uno ó del otro de estos órganos. Es generalmente imposible reconocer si los síntomas patológicos son debidos al estado del ovario ó al del útero.

VI. — PERIMETRÍTIS. — PARAMETRÍTIS. — PERIOVARÍTIS. — SALPINGÍTIS

1.º Hegar: 10 casos.

Mortalidad: 0.

Morbicidad: 3.

Absceso intraperitoneal abierto en el intestino. 2

Trombosis del lado izquierdo. 1

Estado de la función menstrual:

Menopausia. 6

Menopausia que duró cuatro meses; después hemorragias irregulares acompañadas de dolores abdominales. 1

Reglas regulares al principio, después con intervalos mayores. 1

Sin resultado conocido. 2

Resultado final:

Muy bueno. 4

Alivio con la menopausia; sin embargo, dolores de vez en cuando. 1 (1)

Dolores al lado izquierdo debidos á la producción de hemorragias irregulares, aparecien-

do despues de una menopausia y una salud perfecta durante cuatro meses.	1
Dolores abdominales, flujo blanco, tuberculósis del peritoneo.	1
Ningun resultado. Continúan las reglas.	1 (2)
Sin novedad.	2 (3)

OBSERVACIONES.—(1) Salpingítis intensa y numerosas adherencias. Existía muy verosimilmente una flexion ó estenósis del uréter, de donde se originaban accesos de cólicos nefríticos preexistentes á la operacion.

(2) Tuberculósis descubierta durante la operacion. El estroma ovárico estaba notablemente hiperplasiado y en la cara superficial del ovario existian numerosos y pequeños nódulos fibrosos. La cavidad peritoneal contenia medio litro próximamente de serosidad sanguinolenta. El útero estaba notablemente engrosado y afecto de endometritis. La convalecencia no fué interrumpida por ningun accidente; no hubo casi fiebre; las reglas, que ántes eran muy violentas, no se reprodujeron, al ménos durante los seis meses que la enferma permaneció en observacion.

(3) La ablacion de los ovarios, que estaban fuertemente adheridos al ligamento ancho, en el cual estaban enclavados, no pudo ser completa, existiendo ademas nódulos inflamatorios comunicando por un trayecto fistuloso (orificio de desagüe) con la vagina.

2.º Otros operadores: 16 casos.

Batley, 3; Alberts, Sims, Engelmann, Freund, Stahl, Kleinwachter, Spiegelberg, Malins, Savage, 2; Kaltenbach, 2; Baumgartner.

Mortalidad: 3.

Peritonitis séptica.	1
Hemorragia secundaria.	2 (1)

Morbicidad: 4.

Septicemia.	1
Absceso de la pelvis.	1
Catarró vesical.	1
Neumonia.	1

Operacion no terminada: 4.

Fragmentos del ovario retenidos en el pedículo.	1
Fragmentos de folículos escindidos más tarde sobre el pedículo.	1

Estado de la menstruacion:

Menopausia.	3
Amenorrea ántes de la operacion. Despues de la	

operacion hemorragias irregulares cada tres y siete meses.	1
Reglas regulares.	1
Reglas regulares en casos en que la operacion fué incompleta.	1
Casos muy recientes para que sea posible obtener conclusiones.	5
Resultado final:	
Bueno.	2 (2)
Bueno (existía una amenorrea antes de la operacion y hubo hemorragias irregulares despues de ella).	1
Casos dudosos, colocados entre los afortunados porque la menstruacion no ha dejado de ser regular.	1
Sin resultado bajo el punto de vista de la menstruacion (operaciones incompletas).	4
Menopausia sin efecto.	1 (3)
Casos muy recientes.	4

OBSERVACIONES. — (1) Es preciso notar aquí cuán frecuentes son las hemorragias secundarias por caída ó relajacion de los hilos de ligadura. Es preciso tener sumo cuidado cuando se colocan las ligaduras en masa, y cuando el ligamento es rígido ó grueso. Heger ha observado muchas veces en estas circunstancias aflojarse las ligaduras más sólidas en apariencia. En esta estadística es digno de notarse el gran número de operaciones incompletas.

(2) En este número es preciso contar un caso en el cual hubo desaparicion de accesos epileptiformes.

(3) Es preciso no atribuir en este caso el mal resultado obtenido á la presencia de restos ováricos abandonados durante la operacion, no siendo dudoso que los accidentes eran debidos á los residuos inflamatorios que existían alrededor del ovario.

Art. 6.º — De la castracion unilateral.

En la mayor parte de los casos en que la castracion está indicada, el propósito que se abriga al practicar esta operacion es el de abolir las funciones del aparato genital, siendo preciso obtener la menopausia, á cuyo precio solamente pueden obtenerse serios y positivos resultados. Es preciso, pues, naturalmente en estos casos extirpar los dos ovarios, no debiendo contarse como efecto seguro con la atrofia del segundo, como lo ha observado Pernice en un caso. Hay, sin embargo,

estados patológicos que parecen depender directa ó indirectamente de una afeccion que está localizada en uno de los dos órganos, pudiendo entónces admitirse la probabilidad de obtener la curacion no extirpando más que uno de ellos, el enfermo. Se puede, por ejemplo, extirpar con éxito un solo ovario aumentado de volúmen, situado detras de un útero en retroversion. La castracion unilateral está tambien justificada cuando los síntomas reconocen un origen mixto; cuando, por ejemplo, es preciso acusar el padecimiento, no solamente al ovario, sino tambien á la trompa y al útero. Puede entónces operarse de tal suerte que el ovario enfermo sea extirpado y que pueda obrarse sobre las lesiones de la trompa y del útero. ¿Se trata de una retroflexion, por ejemplo? Se extirpa el ovario y al propio tiempo se corrige aquella anomalia.

Sin embargo, las indicaciones de la castracion unilateral son muy limitadas. Es raro, en efecto, observar degeneraciones foliculares y fenómenos inflamatorios localizados alrededor del ovario que no existan más que en un solo lado. Se sabe muy bien, por otra parte, que los fenómenos patológicos localizados en un ovario ó en su vecindad se propagan con facilidad suma al ovario del otro lado.

No se han obtenido buenos resultados sino en los casos en que un ovario está inflamado y situado profundamente en el repliegue de Douglas, en tanto que el otro, completamente sano, ocupa su situacion normal.

Lo más frecuentemente, esta operacion no está indicada más que en los casos de tumores (quiste glandular, dermoide, fibroma). Pero es preciso no olvidar que aún en estos casos están generalmente afectados los dos ovarios, sobre todo cuando se trata de papilomas ó de tumores malignos.

Es raro observar pequeños quistes paraováricos que indiquen por sí solos la extirpacion.

En resumen, lo más comunmente, los síntomas que exigen necesariamente la operacion son debidos á una enfermedad del ovario ó de sus inmediaciones, siendo muy raro que sólo esté afectado uno de estos órganos, pudiendo hacerse la misma observacion aún á propósito de los quistes foliculares.

La castracion unilateral no está, pues, indicada más que en un número muy limitado de casos y los resultados que ha dado están léjos de ser demostrativos. Existe, sin embargo, un cierto número de hechos en los cuales parece lógico correr los riesgos de la operacion.

Véase, por ejemplo: una mujer jóven que desea vivamente tener hijos. El estado de los ligamentos y de la trompa es tal que no es posible el embarazo. Parece que una castracion unilateral podrá hacer más fácil la concepcion, extirpando un órgano que se encuentra dislocado y que arrastra tras él ó empuja al útero ó destruyendo una ano-

malia de posicion de este último (retroversion). Es cierto que el ovario abandonado en la cavidad abdominal está enfermo, pero no parece estarlo hasta un punto tal que sea imposible la ovulacion ni que parezca necesario extirparle. Los fenómenos son tales, en una palabra, que la ablacion de un solo ovario basta para obtener una curacion completa ó por lo ménos una mejoría notable. En este caso puede estar indicada la castracion unilateral.

Se ha practicado frecuentemente la extirpacion de pequeños tumores unilaterales. Tales son los casos de Spencer Wells, que en uno de tumor adenoides sólido hizo la laparotomía. La operada sucumbió. (Véase *Diseases of the Ovar.*, t. I, pág. 154.) Este mismo autor, en un caso de embarazo complicado con ascitis y fibroma del ovario, practicó la laparotomía con éxito. (Idem, t. II, pág. 51.)

Berry operó en un caso de quiste del ovario izquierdo, quiste que fué atraído hácia afuera á través de una rasgadura hecha en la pared vaginal durante un parto artificial. Buen éxito. (*Transact. of the Obst. Soc. of London*, t. VII, 1866, pág. 261.)

Thomas operó en un caso de quiste multilocular del ovario derecho. Incision sobre la pared vaginal, curacion despues de una complicacion de parametritis. (*Diseases of women*, 4.^a edicion, pág. 732. *Transact. of the Am. Gynecol. Soc.*, 1876, pág. 351.)

Gilmore. *Follikularcyste des linken Ovariums* Incision hecha sobre la pared vaginal. Curacion. (*New-Orleans Med. and. Surg. Journ.* 1873, pagina 341.)

Stockes. *Follikularcyste einem Prolaps der untern Scheidenwand*. Incision sobre la pared vaginal. Curacion. (*Brit. Med. Journ.*, 1875, pág. 487.)

Batthey. *Gestielte Dermoidcyste des linken Ovariums*. Incision hecha sobre la pared vaginal. Curacion. (*Brit. Med. Journ.*, 1874, pág. 146.)

Girsztowt. Quiste dermoide pasando á través de una pequeña perforacion de la pared posterior de la vagina, perforacion que fué producida durante el puerperio. Incision en la pared vaginal. Curacion. (*Gaceta Cesarea*, 1876.)

Thomas. Pequeño tumor del ovario; fracasó la incision hecha sobre la pared vaginal, y se hizo la laparotomía. Muerte por peritonitis. (*Transact. of the Americ. Gynecol. Soc.*, 1876, pág. 352.)

Wing. *Einfache Ovarial cyste*. Incision hecha sobre la pared vaginal. Curacion. (*Boston Med. and. Surg. Journ.*, Noviembre 1876, pág. 516.)

Schroeder. *Enteneigrosser tumor des rechtem Ovariums Retroflexio uteri*. Laparotomía. Curacion. La retroflexion uterina curó. El pedículo fué fijado á la herida de la pared abdominal. (*Berliner Klin. Woch.*, 1879, núm. 1.)

Conozco 10 casos de extirpacion unilateral del ovario.

Sabin. *Engelmann, Batthey's opérations*. *Am. Journ. of Obst.*, t. XI, Julio 1878.

Batthey. *Transact. of the Gyn. Soc.*, 1876, t. I, págs. 103 y 104, cas. 2 y 4. Trenholme. *Ibid.*, pág. 703.

Sims. *Brit. Med. Journ.*, 1877, núms. 884 y 886, cas. 2, 3 y 4.

Pernice. *Arch. f. Gynaek.*, t. XIV, págs. 452 y 453.

Yo no conozco ningun caso de muerte. Tres veces, sin embargo, se han observado fenómenos inflamatorios de alguna gravedad. Una vez la convalecencia fué muy lenta. En cuanto á los resultados obtenidos, son generalmente buenos. En 5 casos no se observó mejoría alguna, y aún se agravaron los fenómenos dolorosos; dos veces el resultado fué favorable; se trataba de una retroversion, y en uno de ellos se fijó el pedículo en la herida abdominal. No fué posible en el otro caso recurrir á este procedimiento; el útero quedó despues de la operacion en su situacion normal. Reconocemos, sin embargo, que en ninguno de estos dos casos estuvieron las enfermas sometidas á observacion durante un espacio de tiempo suficiente.

En un caso de fibroma el resultado fué favorable: el ovario no extirpado estaba rodeado por todas partes de adherencias, y no era posible extirparle. Despues de la operacion se observaron todavía dos hemorragias, pero muy ligeras; la duracion de la operacion fué tambien aquí muy corta.

Es de notar que en estos dos casos el estado general de la enferma mejoró notablemente.

APÉNDICE

Artículo único.—Puncion de los quistes tubarios.—Salpingotomía

LITERATURA

- Froriep *Notizen aus dem Gebiete der Naturheilkunde*, Bd. X, XI.
Tyler-Smith. *Lancet*, 1849, I, pág. 529.
Peaslee. *Ovarian tumors: their pathology, diagnosis and treatment*, páginas 104 y 105.
A. Haussmann. *Ueber Retentionsgeschwülste schleimigen Inhalts*, etc., Zurich, 1876.
Lawson Tait. *Brit. Med. Journ.*, 1878, 11/5.
V. Mosetig-Moorhof. *Wien. Med. Wochenschrift*, núm. 20, 18/5, 1878.
Baumgartner *Sitzungsbericht d. Kdsseler Naturforscherversammlung*.
Kocks. *Centralblatt f. Gyn.*, 21/22, 1878, núm. 26.
Martin. *Berliner Gesellsch. f. Gebh. u. Gyn.* Sesión de 25/11, 1879, y 9/12, 1879.
Feldmann. *Extirpat. einer doppelseitigen Pyosalpinx*. Diss. inaug., Göttingen, 1879.
Bandl. *Krankheiten der Tuben, der Ligamente*, etc. *Billroth'sches Handbuch der Frauenkrankheiten*, fasc. 5.

En la mayor parte de las histerotomías y de las ovariectomías, así como en la castración, se extirpa un fragmento más ó ménos considerable de una de las dos trompas. Obrando así se obedece solamente á consideraciones de orden operatorio: la trompa, en efecto, se adhiere á veces de una manera muy íntima á la cara superficial del tumor ó constituye un fragmento del pedículo.

Entre las afecciones propiamente dichas de la trompa que pueden exigir una intervencion quirúrgica, señalaremos:

1.º La hematosalpingitis, tal como se la encuentra en los casos de atresia del útero y de la vagina. (Véase el tomo II.)

2.º Los quistes tubo-ováricos, cuyo tratamiento es idéntico al que debe seguirse en los casos de quistes del ovario.

3.º La hidropesía de las trompas y la piosalpingitis.

Cuando existe hidrosalpingitis, las trompas se asemejan á asas intestinales, en la superficie de las cuales hubiera una serie de pliegues y de depresiones. Es raro observar que las trompas adquieran, distendiéndose, el volúmen de la cabeza de un niño. En cuanto á los casos en los cuales se han encontrado en su interior 100 libras de líquido, parece que se les ha confundido con quistes ováricos.

Cuando el saco es voluminoso impulsa al útero hácia las partes laterales ó viene á colocarse detras de la cara posterior de este órgano para descansar en el repliegue de Douglas. Se observa con bastante frecuencia que el tumor contrae adherencias en este punto con la serosa peritoneal. Si su volúmen aumenta, entónces uno de los fondos de saco laterales de la vagina desciende notablemente y el tumor puede elevarse en la cavidad abdominal como si se tratara de un tumor ovárico.

En la piosalpingitis el tumor es generalmente mucho ménos voluminoso, y se observan casi siempre en su vecindad signos manifestos de una inflamacion más ó ménos antigua.

Cuando la trompa forma un saco voluminoso distendido por un líquido puede dar lugar á fenómenos dolorosos, lo mismo que si fuera un tumor ovárico.

Pero es preciso entónces temer la rotura del saco, que es un hecho muy frecuente.

Una simple puncion, en los casos de que nos ocupamos, puede ofrecer muchas más probabilidades de éxito que en los casos de tumor ovárico. No se trata, en efecto, aquí más que de tumores por retencion, sin que exista en la pared la menor modificacion de estructura capaz de producir líquido.

Se ha pensado si sería posible alcanzar el saco tubario practicando el cateterismo uterino, pero se ha tenido presente que no ha sido hasta ahora sancionado por la práctica este procedimiento, aunque, sin embargo, esté fuera de duda que en casos excepcionales el catéter uterino puede avanzar hasta la trompa.

En cuanto á la opinion emitida muchas veces por Frankenhauser y Bandl de magullar entre las dos manos la trompa enferma, no ha tenido buena acogida. Es, en efecto, una práctica que parece demasiado peligrosa, porque el quiste puede romperse en la cavidad abdominal y se sabe que no es siempre posible afirmar que el quiste no contiene nada de pus. En estos casos se multiplican los peligros á los cuales está expuesta la enferma.

Cuando el saco se encuentra situado en el espacio de Douglas, es preciso desde luégo intentar la puncion por la vía vaginal.

Hasta ahora no poseemos sino muy pocos materiales con ayuda de los cuales nos sea posible poder juzgar esta operacion, y por las observaciones que han sido publicadas parece que los autores han distinguido siempre con cuidado los pequeños quistes del ovario, los exudados enquistados en el peritoneo y los tumores de que estamos ocupándonos.

Simpson ha tratado de esta manera gran número de casos, y en ocho de ellos una simple puncion ha bastado para obtener la curacion. La reaccion quedó siempre limitada al espacio de Douglas, en ningun caso fué importante y tampoco en ninguno hubo recidiva.

Si se recurre á este procedimiento, convendrá operar segun todas las reglas que hemos dado al estudiar la puncion de los quistes del ovario por la vía vaginal. Convendrá sobre todo cuidar de no tener que recurrir á trócares muy finos; ésta es una precaucion importante cuando se trata de un tumor que pueda contener pus y cuando las adherencias de este tumor con el plano pelviano no sean muy evidentes.

Si despues de la puncion simple se llena el quiste de nuevo, si se observa la supuracion, ó bien si desde el principio se ha podido comprobar la existencia de masas purulentas en el tumor, es preciso mantener abierto el saco, y á este fin, ó se prolonga el orificio de la puncion, ó se coloca un tubo de desagüe, etc.

En un caso en el que hubo recidiva, Frankenhauser hizo una nueva puncion con un trócar de 5 milímetros de diámetro, y durante diecisiete dias dejó colocado un catéter de doble corriente, por el cual practicó inyecciones antisépticas de permanganato de potasa.

El saco se rellenó muchas veces, pero los líquidos segregados se vertían fácilmente hacia afuera, y siete meses despues de la primera puncion la enferma estaba en buen estado.

Cuando el tumor forma una prominencia considerable en la cavidad abdominal es preciso recurrir á la *extirpacion*. En este caso, en efecto, ciertas partes del tumor no podrían ser accesibles por la vía vaginal.

Cuando la hidropesía de la trompa es considerable, es raro que pueda establecerse el diagnóstico de una manera precisa ántes de la operacion. Lo más comunmente es que en estos casos se crea que se trata de quistes del ovario. Tan es así, que, por ejemplo, Peaslee vió en una autopsia que un tumor puncionado tres veces, y habiéndose extraído cada vez 18 litros de líquido, no era otra cosa que una hidrosalpingitis, á pesar de que durante la vida se había calificado de quiste ovárico. Lawson Tait hizo la laparotomía en un caso de peritonitis subaguda, y en lugar de un tumor del ovario que él creía encontrar, vió una trompa inflamada, fuertemente distendida por el líquido, del cual extrajo por la puncion 6 litros, siendo de naturaleza hemorrágica (no

existía ninguna atresia del útero ni de la vagina). Lavó el saco con una disolucion fenicada, colocó un tubo de desagüe en la herida y suturó la pared abdominal. Al cabo de cuatro meses la enferma estaba curada.

El 18 de Noviembre de 1877, Hegar extirpó una trompa afecta de hidropesía y extrajo próximamente un litro de líquido, habiendo podido antes de la operacion establecer con cierto grado de certidumbre el diagnóstico, teniendo en cuenta las depresiones lineales que presentaba el tumor. Martin y Schwartz han extirpado tambien trompas llenas de líquido seroso ó purulento. En otros casos la hidro y la piosalpingitis han sido consideradas como complicaciones accidentales de la ovariectomía, y han tenido que resolverse á extirpar estos tumores (Martin, Mosetig-Moorhof).

En ciertos casos, mucho más frecuentes, ha sido necesario, haciendo la castracion, practicar la extirpacion de una trompa llena de un líquido seroso ó purulento, y muy comunmente la salpingitis, sola ó complicada con cierto número de accidentes, ha exigido la operacion (Hegar, Martin y Baumgartner). Kaltenbach se ha visto obligado á practicar la extirpacion de una trompa en un caso de ovariectomía. Por el lado sano la trompa se adhería á la pared de un saco herniario situado en la region inguinal. Existía tambien entre esta brida y el fondo de la pelvis una especie de ventana que demostraba hallarse todo dispuesto favorablemente para una estrangulacion intestinal.

El manual operatorio de la *salpingotomía*, es decir, de la extirpacion de una trompa distendida por líquido, es absolutamente el mismo que el de la ovariectomía. Notemos especialmente que en los casos en que el tumor ha contraído adherencias extensas con el ligamento ancho es preciso aplicar una gran cantidad de ligaduras en masa, y que para impedir el deslizamiento de los hilos es preciso recurrir de una manera casi exclusiva á la seda.

APÉNDICE

Se ha propuesto recientemente un cierto número de operaciones en los casos de lesiones funcionales de la trompa. Citemos particularmente el cateterismo, propuesto en 1849 por Tyler Smith á fin de luchar contra la esterilidad.

En un orden inverso de ideas, Froriep y Kocks han propuesto obliterar las trompas y obtener de esta suerte una *esterilidad artificial* en mujeres en las cuales el embarazo ó el parto podría poner su vida en inminente peligro. Proponiendo una operacion parecida, Froriep se había fijado solamente en los casos de estrechez pélvica en los cuales únicamente la operacion cesárea podía terminar un embarazo de todo tiempo. Kocks, por el contrario, consideraba la *esterilizacion* como indicada en ciertas afecciones generales, como, por ejemplo, las enfermedades del corazon, de los pulmones, del hígado, etc.

Froriep ha intentado obtener la obliteracion de la trompa practicando la cauterizacion con el nitrato de plata, á cuyo efecto inventó un instrumento en 1850. Kocks, con el mismo objeto, ideó una sonda uterina galvano-cáustica. Dirigía el instrumento hácia el punto que debía llevar la cauterizacion y recurrió á él en 1878 en un caso de «afeccion crónica del pulmon derecho».

Es dudoso que la cauterizacion produzca los resultados que se tratan de obtener; en todo caso, es ésta una operacion cuyo valor no puede ser fácilmente comprobado y que tampoco puede apelarse á ella sin vacilaciones por una parte y sin exponer á la enferma á serios peligros por otra.

ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO PRIMERO

	Páginas.
PRÓLOGO DEL TRADUCTOR.	V

INTRODUCCION

Consideraciones generales.	11
------------------------------------	----

PARTE PRIMERA

CAPÍTULO PRIMERO

DEL DIAGNÓSTICO EN GINECOLOGÍA

Art. 1.º — Manera de proceder al exámen de la enferma. — Anam- nesia.	17
Art. 2.º — Cama de exploracion. — Mesa de operaciones.	20
Art. 3.º — Posicion del cuerpo. — Estacion.	23
Art. 4.º — Posicion del cuerpo. — Décubito dorsal.	26
Art. 5.º — Décubito abdominal.	32
Art. 6.º — Décubito lateral y latero-abdominal.	36
Art. 7.º — De la anestesia.	38
Art. 8.º — Métodos de exámen. — Division.	43

CAPÍTULO II

EXÁMEN CLÍNICO SIN INSTRUMENTOS

Art. 1.º — Inspeccion.	44
Art. 2.º — Medicion.	45
Art. 3.º — Percusion y auscultacion.	46
Art. 4.º — Exploracion manual del abdómen y de la pelvis en ge- neral.	48

	Páginas.
Art. 5.º — Palpacion abdominal.	51
Art. 6.º — Del tacto vaginal y del tacto rectal.	53
Art. 7.º — Exámen combinado. — Palpacion del abdómen combinada con la exploracion del canal genital.	55
Art. 8.º — Exámen combinado. — Palpacion abdominal con exploracion simultánea por el recto, ó por el recto y la vagina.	59
Art. 9.º — Exámen combinado. — Exploracion de la vejiga y canal de la uretra.	64

CAPÍTULO III

DE LA EXPLORACION INSTRUMENTAL

Art. 1.º — Exámen de la vejiga y de la uretra. — Cateterismo. . . .	68
Art. 2.º — Exámen de la vagina, de los fondos de saco vaginales y de la porcion vaginal. — Exámen con el espéculo. . . .	72
Art. 3.º — Exámen del útero. — Sonda uterina.	84
Art. 4.º — Dilatacion incurvada del conducto cervical. — Exploracion de la cavidad uterina.	93
Art. 5.º — De los métodos que permiten descubrir y examinar la mucosa rectal.	105

PARTE SEGUNDA

CAPÍTULO ÚNICO

OPERACIONES ELEMENTALES EN GINECOLOGÍA

Art. 1.º — Inyecciones vaginales. — Aplicacion de tópicos á la mucosa vaginal y á la porcion vaginal del cuello.	109
Art. 2.º — De las inyecciones intrauterinas. — De la aplicacion de materias medicamentosas al canal cervical y á la cavidad del cuerpo uterino.	120
Art. 2.º bis. — De los pesarios y otros aparatos análogos.	132
Art. 3.º — Pesario intrauterino.	148
Art. 4.º — Taponamiento de la vagina.	156
Art. 5.º — Del hierro al rojo y de los cáusticos.	158
Art. 7.º — De la sangría local.	163
Art. 8.º — Del vendaje abdominal.	167
Art. 9.º — De la fecundacion artificial.	171
Art. 10. — De las inyecciones submucosas é intersticiales.	176
Art. 11. — Del masaje.	178
Art. 12. — De las suturas. — De la hemostasia.	181
Art. 13. — Tratamiento de las enfermedades que pueden complicar las heridas. — Influencias estacionales y locales. — Aislamiento de las enfermas. — Instrumentos. — De la	

mujer que ha de ser operada. — Del operador y sus ayu- dantes. — Pulverizacion é irrigacion. — Tratamiento consecutivo.	197
---	-----

PARTE TERCERA

OPERACIONES

Operaciones sobre los ovarios

CAPÍTULO PRIMERO

EXTIRPACION DE LOS TUMORES DEL OVARIO. — OVARIOTOMÍA

Art. 1.º — Historia de la ovariectomía. — Estadísticas.	220
Art. 2.º — Anatomía patológica.	226
Art. 3.º — Indicaciones y contraindicaciones de la ovariectomía. . .	231
Art. 4.º — Preparativos de la operacion. — Instrumentos.	239
Art. 5.º — Apertura de la cavidad abdominal.	246
Art. 6.º — Puncion. — Disminucion de volúmen del tumor. — Rup- tura de las adherencias. — Extraccion del tumor.	249
Art. 7.º — Tratamiento del pedículo.	255
Art. 8.º — ¿Cómo deberá examinarse el ovario del lado opuesto y el útero?	275
Art. 9.º — Limpieza del peritoneo. — Desagüe.	276
Art. 10. — Oclusion de la herida. — Apósito.	290
Art. 11. — Tratamiento consecutivo.	293
Art. 12. — Accidentes que pueden preceder ó seguir á la operacion. .	298
Art. 13. — Pronóstico de la ovariectomía.	312
Art. 14. — Consecuencias de la ovariectomía.	313
Art. 15. — Ovariectomía por la vía vaginal.	316
Art. 16. — Puncion de los quistes del ovario.	318

CAPÍTULO II

OTROS MÉTODOS OPERATORIOS EN LOS CASOS DE QUISTES DEL OVARIO

Art. 1.º — Incision y desagüe.	328
Art. 2.º — Inyecciones iodadas.	332
Art. 3.º — Métodos por los cuales se trata de vaciar el quiste en la cavidad abdominal.	336
Art. 4.º — Ligadura de los vasos del pedículo.	337

APÉNDICE

Artículo único. — Operacion de las hernias del ovario.	339
--	-----

CAPÍTULO III

DE LA CASTRACIÓN

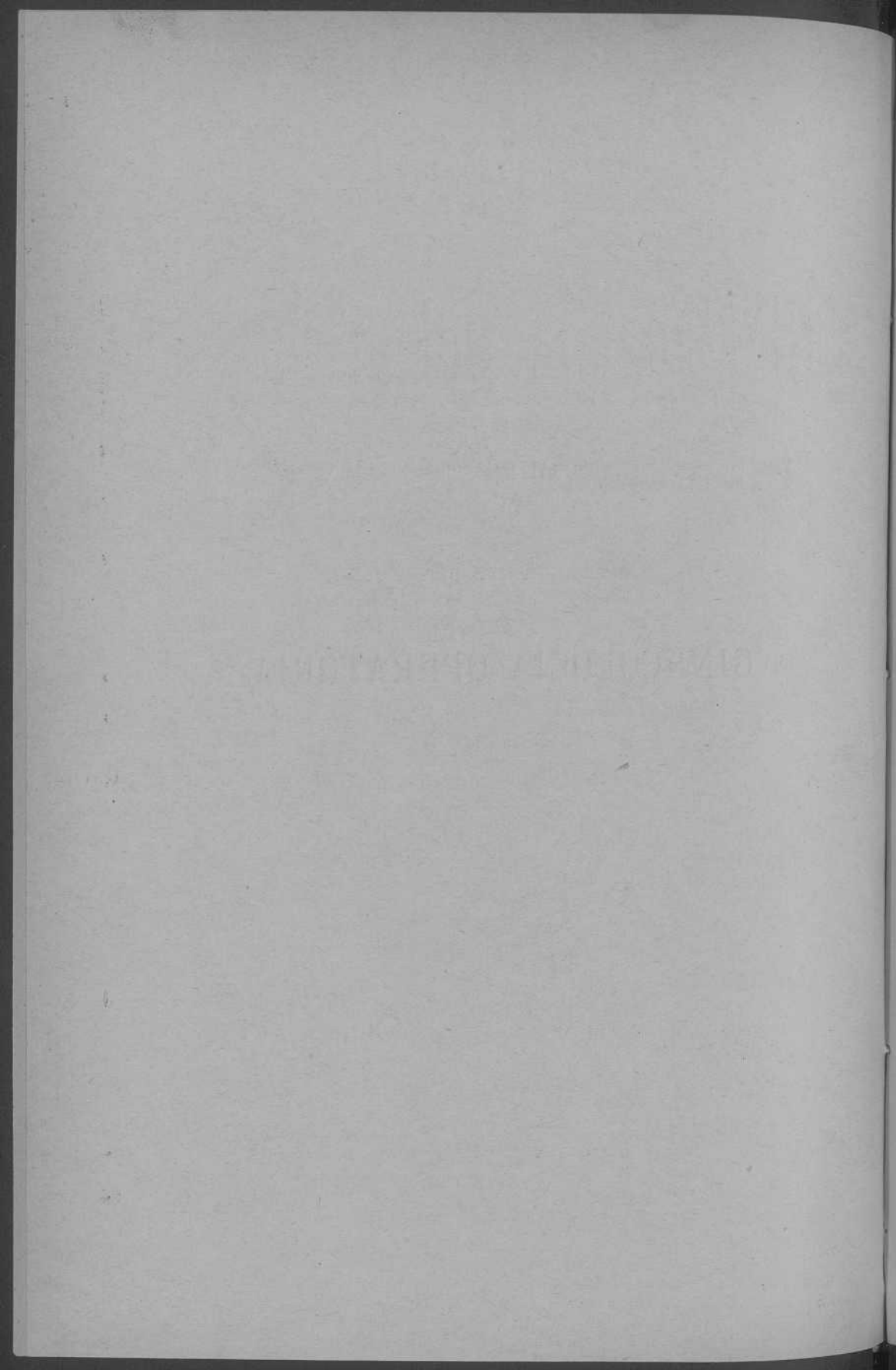
Art. 1.º — Historia y literatura.	343
Art. 2.º — Importancia de la castración bilateral.	347
Art. 3.º — Indicaciones.	354
Art. 4.º — Manual operatorio.	372
Art. 5.º — Resultado de la castración doble. — Mortalidad. — Mor- bidad. — Pronóstico.	391
Art. 6.º — Sobre la castración unilateral.	404

APÉNDICE

Artículo único.—Punción de los quistes tubarios.—Salpingotomía. .	408
---	-----

FIN DEL ÍNDICE DEL TOMO PRIMERO

TRATADO
DE
GINECOLOGÍA OPERATORIA



BIBLIOTECA ESCOGIDA DE EL SIGLO MÉDICO

TRATADO

DE

GINECOLOGÍA OPERATORIA

CON LA EXPOSICION DE

LOS PROCEDIMIENTOS EXPLORATORIOS EN GINECOLOGÍA

POR

A. HEGAR | R. KALTENBACH

Director de la Clínica ginecológica

Profesor extraordinario de Ginecología

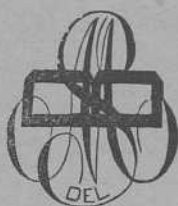
en la Universidad de Friburgo

VERTIDO AL CASTELLANO, ADICIONADO Y ANOTADO

POR EL

DOCTOR MARIO GONZALEZ DE SEGOVIA

Profesor de la Maternidad de Madrid

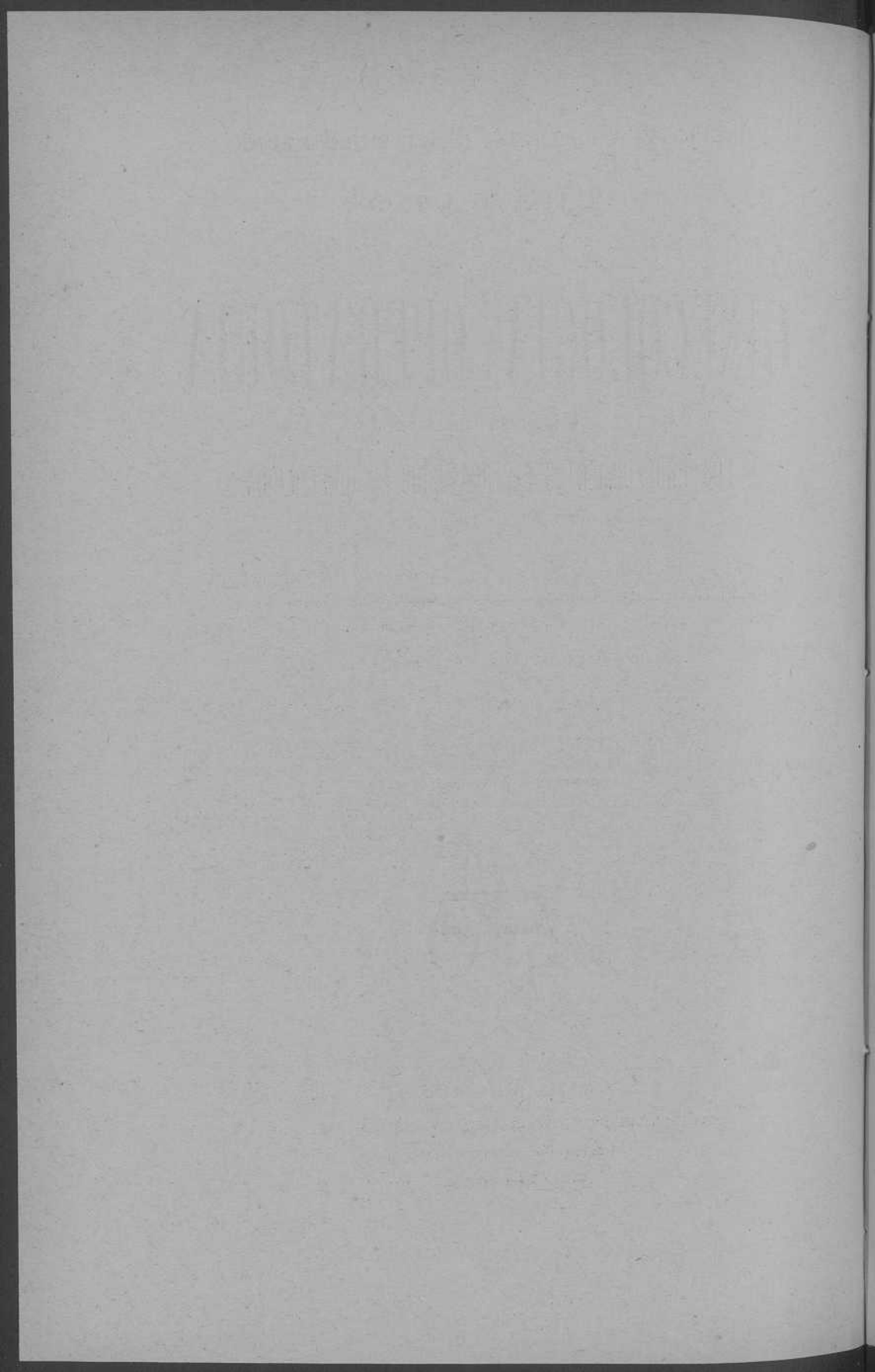


MADRID—1887

ESTABLECIMIENTO TIPOGRÁFICO DE ENRIQUE TEODORO

Amparo, 102, y Ronda de Valencia, 8

Teléfono 552



Costo 19 pesos (an valor 17)

TRATADO DE GINECOLOGÍA OPERATORIA

PARTE PRIMERA

OPERACIONES SOBRE EL ÚTERO

CAPÍTULO PRIMERO

EXTIRPACION TOTAL DEL ÚTERO

Artículo 1.º — Historia de la operacion. — Bibliografía.

- Schenk v. Grafenberg. *Observat. medic.*, Frankf., 1600, lib. IV.
Marschall. *Medic. Chirurg. Salzburger Zeitung*, 1794, t. I, pág. 136.
Langenbeck. *Bibl. f. Chirurg. u. Ophthalm.*, t. I, 5, 551.
Sauter. *Die gänzliche Exstirpation d. carcinomat. Geb.*, Constanz, 1822.
Gutberlet. *Siebold's Journ.*, t. I, S. 228.
Blundell. *Med. Gaz.*, 1828, S. 840.
Delpech. *Bull. de l'Académie de Méd.*, 1830.
Récamier. *V. Siebold's Journ.*, t. X, S. I.
Zieter. *Medic. Zeitschr. Russl.*, Julio 1848.
Breslau. *De totius uteri exstirpat.*, *Monatssch.*, 1852.

DE LA OPERACION DE FREUND

W. A. Freund. *Eine neue Methode des Exstirpation der ganzen Uterus.* *Samml. Klin. Vortr.*, núm. 133. *Centralbl. f. Gyn.*, núm. 12, 1878. Véase ademas: *Vorträge und Discussion auf den Naturforscherversammlungen zu Kassel und Baden.*

- Fränkel. *Berl. klin. Wochenschr.*, núm. 31, 1878.
Kocks. *Arch. f. Gyn.*, XIV, pág. 127.
Oechschräger. *Arch. f. Klin. Chirurg.*, XXIII, pág. 423, 1878.
B. Credé. *Centralbl. f. Chir.*, 1878, núm. 32, y *Arch. f. Gyn.*, XIV, página 430.

- Léopold. *Centralbl. f. Gyn.*, 1878, núm. 23.
 Massari. *Wien. med. Wochenschr.*, núms. 45 y 46, 1878, y *Centralbl. f. Gyn.*, 1879, núm. 11.
 Binswanger. *Anatomische Beiträge zur Indicationsfrage der Freund'schen Operation. Centralbl. f. Gyn.*, núm. 1, 1879.
 Bruntzel. *Arch. f. Gyn.*, XIV, 245-70.
 Täplitz. *Bresl. arztl. Zeitschr.*, núm. 3, 1879.
 William (Alexander). *Med. Times and Gaz.*, I, pág. 37, 1879.
 Löbker. *Arch. f. Gyn.*, XIV, pág. 460.
 Reuss. *Arch. f. Gyn.*, XV, pág. 135.
 Fritsch. *Centralbl. f. Gyn.*, 1879, núm. 17.
 Lœvenstein. *Saint-Petersb. med. Wochenschr.*, 1879, núm. 18.
 Bunge. *Allg. Med. Centralz.*, núms. 47 y 48.
 Hazlewood. *Michig. Med. News*, 1879, 10/11.
 Schink. *Inaug.-Dissertat.*, Berlin, 1879.
 Spiegelberg. *Arch. f. Gyn.*, XV, fasc. 3, y XVI, fasc. 1.
 Ahlfeld. *Med. Wochenschr.*, núm. 1, 1880.
 Solowieff. *Arch. de Tocologie*, 1880.
 Kuhn. *Centralbl. f. Gyn.*, 8/5, 1880.
 Bardenheuer. *Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle*, Stuttgart, 1880, y *Comunicacion particular*, 6/8, 1880.
 Bottini. *Gaz. Med. Prov. Venet.*, 1880, núm. 5.
 Krabbel. *Centralbl. f. Gyn.*, núm. 18, 1880.
 Rydygier. *Berl. klin. Wochenschr.*, núm. 45, 1880.
 Lenkenheld. *Zur Totalexstirpation des Uterus. — Zeitschr. f. Gebh. und Gyn.*, VI, c. 2.

SOBRE LA OPERACION POR LA VÍA VAGINAL

- Coudereau. *La Trib. Méd.*, 1875, 564 y 565.
 Nöggerath. *Americ. Journ. of Obstetr.*, Enero 1877.
 Czerny. *Ueber Ausrottung der Gebärmutterkrebse. Wien. med. Wochenschrift*, 1879, núms. 45-49.
 Woelfler. *Berliner Chirurgencongress*, 1880, IV. Véase tambien: *Ibidem*, deux cas par la voie vaginale.
 L. Lane. *Pacific. Medic. and Surg. Journ.*, 1880, Abril.
 Schröder. *Ueber die Exstirp. des carcinomat. Uterus von der Scheide aus. Verhandlungen der gynäk. Sektion deutscher Naturforscher in Danzig*, 1880.
 Baum. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1880, núm. 46.
 A. Martin. *Zur Technik der vaginalen Uterusexstirpation. Centralbl. f. Gyn.*, núm. 5, 1881, *Communication au Berl. Chirurgencongress. Ueber vaginale Uterusexstirpation.*
 J. Müller. *Ueber die Exstirpation uteri vaginalis. Deutsche med. Wochenschrift*, 1811, núms. 17 y 11.
 K. Schröder. *Ueber die theilweise und vollstaedige Ausschnendung der carcinomatoesen Gebärmutter. Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.*, VI, c. 2, página 213.

SOBRE LA DISECCION SUBPERITONEAL

Hennig Allg. *Wien. med. Zeit.*, núm. 39, 1876, y *Protokoll der Hamburger Naturforscherversammlung*.

Lane. *S. Francisco Pacific. Med. and. Surg. Journ.*, 1878, y Czerny, 1, c.

SOBRE LA EXTIRPACION DEL ÚTERO EN PROLAPSO

Langenbeck. *V. Siebold's Journ.*, t. X, S. 1, cas. von 1829.

Gebhardt. *Arch. d. Danischen Gesundheitscolleg*, 1836 y 37, y Oppenh. *Zeitschr.*, t. XII, S. 515.

Jürgensen. *Oppenh. Journ.*, t. IX, S. 570.

Corradi. *Lo Sperimentale*, Agosto 1876.

Kehrer. *Beitraege zur klinischen u. experimentellen Geburtskunde und Gynaekologie*, 1879, t. II, H. 1, pág. 140.

Kaltenbach. *Centralbl. f. Gyn.*, núm. 11, 1880.

Los antiguos trabajos sobre la extirpacion total del útero (en los casos de gangrena ó de reblandecimiento de un útero en prolapso) se refieren exclusivamente á la ablacion de tumores ó de segmentos del útero invertido y formando hernia á traves y por fuera del conducto vaginal. Schenk de Grafenberg reunió en el año 1600 una estadística de 20 operaciones próximamente, comprendiendo los casos de Carpus, de Zacutus Lusitanus y de Andrés de Crucé, que en 1560 hizo una operacion en un caso de carcinoma. Las mujeres privadas del útero de esta suerte, podían todavía menstruar más tarde, concebir y ser madres (*Nota bibliográfica núm. 1*). Desde luego no debe darse gran importancia á esta observacion.

En 1852, Breslau reunió otra estadística de 56 casos de extirpacion total del útero practicados durante este siglo; pero solamente un pequeño número merecen ser considerados como casos de verdadera extirpacion total, en el sentido que atribuimos hoy á esta palabra. En la mayor parte de ellos se trataba de la ablacion de la pared uterina en inversion ó de extirpaciones parciales del útero, ya por la vía vaginal, ya por la pared abdominal, ó, finalmente, á lesiones practicadas durante el parto por médicos y matronas ignorantes y atrevidos (*Nota bibliográfica núm. 2*).

La historia propiamente dicha de la operacion de que nos ocupamos comienza en el momento preciso en que se formularon las indicaciones y en que se describió el manual operatorio de una manera exacta.

Si hacemos abstraccion de aquellos casos en los cuales existía una inversion, de los que nos ocuparemos en un capítulo especial, la extirpacion total del útero ha sido hasta aquí practicada casi exclusivamente en los casos de tumores malignos y solamente de un modo

excepcional en los de prolapso simple. Wrisberg y Monteggia fueron los primeros que, á fines del último siglo, propusieron extirpar todo el útero en los casos de cáncer. Las primeras operaciones practicadas por Marschall en 1783 y por Langenbeck en 1813, operaciones ambas que han sido practicadas en casos de prolapso del útero, no parece, si se las estudia con algun rigor, que deben referirse á hechos de extirpacion total. Además, en estos dos casos parece muy dudoso el diagnóstico de cáncer. Sin embargo, los ventajosos resultados obtenidos por Langenbeck tuvieron una gran influencia y el método de descortezamiento subperitoneal del útero, propuesto por tan eminente cirujano, encontró durante largo tiempo numerosos partidarios (*Nota bibliográfica núm. 3*).

En 1814, en un concurso propuso Gutberlet el método siguiente para la extirpacion del útero por la vía abdominal:

Una vez abierta la pared del abdomen á nivel de la línea alba, un ayudante debe deslizar en la cavidad abdominal su mano untada de una sustancia grasa y separar con ella las asas intestinales de los órganos alojados en la pelvis. Otro ayudante introduce en la vagina un instrumento de forma parecida á la de una copa y maniobra de tal suerte que cogiendo la porcion vaginal del cuello con dicho instrumento, pone en fuerte tension todas las partes blandas que unen al útero con los órganos vecinos. El operador secciona entónces por la herida abdominal todos estos tejidos valiéndose de un escalpelo. Durante este tiempo de la operacion el ayudante encargado de mantener los intestinos comprime la arteria iliaca hasta que han sido ligados todos los vasos. En 1825, Langenbeck operó por primera vez con arreglo á este procedimiento, habiendo sido desgraciado el éxito de la operacion.

La primera extirpacion por la vía vaginal de un útero canceroso no en prolapso fué practicada en 1822 por Sauter, el cual dividió desde luego los fondos de saco vaginales practicando una incision circular y, siguiendo el método de Langenbeck, trató de separar el útero de su revestimiento peritoneal. Como no tuviera éxito la operacion, y como, por otra parte, había lesionado la vejiga, abrió el repliegue peritoneal anterior, dividió los tejidos que sobre las partes laterales unian al útero con las trompas y los ligamentos anchos, y despues, cogiendo el fondo del útero con la mano y haciendo bascular á este órgano, destruyó las adherencias que le unian con el fondo de saco posterior. Las asas intestinales herniadas fueron reducidas, y estando echada la paciente en posicion completamente horizontal, se practicó el taponamiento vaginal con hilas. La enferma no perdió más que libra y media de sangre, se restableció completamente y murió cuatro meses más tarde á consecuencia de un edema pulmonar. En la autopsia se ob-

servó que los fondos de saco vaginales que habían sido disecados estaban reunidos concéntricamente. En el fondo de saco peritoneal, un asa del intestino delgado estaba adherida á la herida de la serosa. Los órganos abdominales estaban sanos.

Blundell, en 1828, extirpó por la vía vaginal un útero que tampoco estaba en prolapso. Seccionó desde luego todo el fondo de saco posterior, despues el anterior; por la herida posterior trajo hácia sí, por medio de una erina doble, el fondo de la matriz, seccionando despues, sucesivamente, los ligamentos laterales del útero. La paciente murió un año despues de la operacion con una estrechez cancerosa del recto.

El método seguido por Récamier en 1829 se distingue del puesto en práctica por Sauter en que, despues de la abertura del repliegue anterior del peritoneo, seccionó aquel cirujano con el bisturí de boton sólo los dos tercios superiores de los ligamentos anchos, en tanto que el tercio inferior, comprendiendo la arteria uterina, cogido entre el índice y el pulgar, fué ligado bajo la proteccion de estos dedos. La hemorragia fué regular y la ligadura fué quitada al décimo día, habiendo sido considerada como curada la enferma al trigésimocuarto por Dupuytren, Roux y Richerand.

En 1830, Delpech recomendaba una combinacion de los métodos hipogástrico y vaginal. El útero debía ser atraído fuertemente hácia afuera de la herida practicada sobre la pared abdominal, debiendo ser atacados por la vía vaginal los tejidos que unen este órgano con la matriz. Era preciso, pues, para seguir este procedimiento, practicar desde luego una incision sobre la línea alba, elevar el útero á expensas de la distension de los ligamentos anchos, seccionar éstos en ambos lados, ligar los vasos y, en último término, destruir los medios de union del útero con el recto.

Más recientemente se han practicado extirpaciones totales del útero por la vía vaginal con feliz éxito. Tales son las operaciones practicadas por Kieter de Kasan, en 1848, y por Hennig. A este pequeño número de curaciones pueden oponerse próximamente treinta casos desgraciados, en los cuales la muerte sobrevino rápidamente por colapso, hemorragia ó peritonitis, revelando ademas la autopsia lesiones de los órganos vecinos: vejiga, intestinos, uréteres, etc. Así, pues, en 1874 no podíamos nosotros emitir nuestro juicio acerca de este asunto por la escasez de datos que teníamos á nuestra disposicion. Ademas, Kaltenbach exponía el deseo de poseer un método operatorio verdaderamente racional que pusiera al abrigo de la hemorragia y de las lesiones de vecindad, que permitiera la oclusion completa de la herida del peritoneo y que impidiera el derrame en la cavidad abdominal de los productos segregados por la herida (*Nota bibliográfica núm. 4*).

En 1878, Freund, satisficiendo los deseos precedentes, propone un

nuevo método que por vez primera coloca sobre una base realmente científica esta operacion, hasta entónces apénas empleada sino de una manera empirica y brutal. Los primeros resultados obtenidos por Freund y por los cirujanos que desde luégo aceptaron su método fueron de tal suerte afortunados, que bajo el punto de vista del pronóstico se fué mucho más allá de lo que hubiera podido preverse.

La operacion de Freund ha venido á ser el punto de partida de numerosos trabajos escritos referentes al tratamiento quirúrgico del cáncer del útero, y el mérito de Freund no ha disminuido en manera alguna, á pesar de que cierto número de indicaciones por él establecidas para practicar la operacion hayan sido descartadas por la experiencia, y á pesar de que en la mayor parte de los casos se otorgue hoy la preferencia á otros métodos.

Hoy, en efecto, los resultados obtenidos por Bardenheuer — en doce operadas nueve curaciones — nos han enseñado que obramos más cuerdamente no practicando la oclusion de la herida peritoneal, sino apelando al desagüe. Por otra parte, más recientemente todavía, Billroth, Czerny, Schröder, Martin y otros han practicado la extirpacion total del útero canceroso por la vía vaginal con tan buenos resultados, que, segun la propia opinion de Freund, debemos considerar el viejo método de Sauter-Récamier como el único al que debe recurrirse en la práctica.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Seviranus. *De efficaci medicina*, lib. III, 1646, pág. 122.

2) Aunque apénas debe considerarse como una verdadera operacion la incision practicada sobre un útero invertido, ó bien extraído á traves de una desgarradura sobre la pared de la vagina y del cuello, existen, no obstante, seis casos en los cuales se ha obtenido la curacion. Estos casos han sido publicados en los *Archiv für Gynäk.*, t. XV, y pertenecen:

1 caso á Wrisberg.

4 casos á Breslau.

1 caso á Schwartz.

Todos son importantes, cada cual bajo diferente punto de vista, pareciéndonos sobre todo importante hacer notar que en un cierto número de ellos la hemorragia fué muy ligera, lo que nos parece debe ser atribuido, no solamente á las precauciones á que se recurrió durante la operacion, sino tambien á la flexion y á la torsion de los vasos. La herida peritoneal quedaba abierta, produciéndose una especie de desagüe natural.

3) Langenbeck describe este método en los términos siguientes: «Llegaba de esta suerte á la porcion del útero, que se encontraba cubierto por el peritoneo como por un verdadero lienzo. Disecaba cuidadosamente el peritoneo del tejido muscular del útero, cuidando de no lesionar la serosa, y atraía despues gradualmente el útero hácia afuera. Operando de esta suerte llegaba

hasta el fondo del útero, y pude separar este órgano de la serosa, no quedando adherido á esta última más que un trozo de músculo que me pareció completamente sano, y la diseccion resultó tan perfecta, que el peritoneo se asemejaba á una bolsa abierta en la vagina y completamente vacía. La hemorragia fué abundante, pero se detuvo fácilmente apelando á la ligadura. Los ovarios que Langenbeck creyó haber extirpado quedaron en la cavidad abdominal, segun lo demostró la autopsia. (Véase Langenbeck: *De tot. uteri extirp.* Diss. Goett., 1842.)

4) *Op. gyn.*, 1.^a edicion, pág. 217.

Art. 2.º—Extirpacion por la vía abdominal. Operacion de Freund

Es preciso ante todo que el intestino recto esté vacío, resultado que se obtiene mediante una alimentacion ligera y con ayuda de purgantes. Se practican previamente inyecciones vaginales antisépticas con soluciones fenicadas, y aún, si fuera necesario, se aplicarán á la porcion vaginal del cuello soluciones de ácido fénico cáusticas al 10 por 100. Se destruirán por medio de la cucharilla cortante ó apelando al cauterio actual las masas reblandecidas y degeneradas de naturaleza cancerosa. Cuando la porcion vaginal del cuello sea muy voluminosa puede ser necesario practicar la amputacion previa de la misma, á fin de no dificultar la ligadura de los ligamentos anchos (*Nota bibliográfica núm. 1*).

La paciente estará echada de tal suerte que la parte superior del tronco esté dirigida del lado del hueco por donde penetre la luz, y situada más baja que la pelvis y los miembros inferiores. El ángulo formado por la columna vertebral y el plano del estrecho superior está de esta suerte aumentado y es posible operar más fácilmente en la cavidad pelviana.

Se comienza la incision inmediatamente por debajo del ombligo, y se continúa en direccion de la línea alba hasta que venga á confinar con el monte de Venus. Se fija el peritoneo al ángulo inferior de la herida por dos ó tres puntos de sutura provisionales que reunan la serosa á los tegumentos del abdómen, porque no debe de olvidarse que merced á la gran laxitud del tejido subseroso, el peritoneo ofrece una gran tendencia á desprenderse y encogerse hácia adentro. Estos puntos de sutura sirven tambien para fijar la vejiga contra la sínfisis, atrayendo el útero hácia adelante y haciendo bien permeable el ángulo superior de la herida.

Si los intestinos están en completo estado de vacuidad, se precipitan generalmente por sí mismos en la parte superior de la cavidad abdominal cuando la enferma está colocada en la posicion que acabamos de describir, y en caso contrario, es fácil elevarlos valiéndose al

efecto de compresas. Si la falta de flexibilidad de las paredes abdominales, ó bien el desarrollo considerable de gases, hacen imposible ó dificultan esta maniobra, se rodean los intestinos con una compresa caliente y bien desinfectada, atrayéndolos hácia afuera y fijándolos á la pared abdominal. En estos casos es muy conveniente hacer accesible la cavidad abdominal seccionando trasversalmente los músculos rectos inmediatamente por encima de su insercion en los pubis — tenotomía de los músculos rectos (*Nota bibliográfica núm. 2*).

A fin de permitir el libre acceso al campo operatorio por la vagina ó por el recto cuando estos conductos están estrechados y rígidos, se dilata previamente la cavidad vaginal con un *colpeurynter* (Freund, Spiegelberg, Hegar), ó durante la operacion se dilata la ampolla rectal (*Nota bibliográfica núm. 3*).

Una vez puesto al descubierto el campo operatorio, se fija el cuerpo del útero con un asa de hilo pasada á traves de este órgano, ó bien,

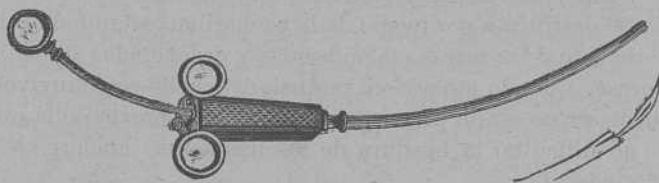


Fig. 1.

si la pared está reblandecida y degenerada, con una pinza de pólipos fenestrada. Se practican entónces tracciones de este órgano hácia afuera, haciendo una triple ligadura sobre los dos ligamentos anchos. Cuando se practique la ligadura del derecho se dirigirá el útero hácia arriba y hácia la izquierda; sirviéndose entónces de una aguja provista de un largo hilo doble, se atraviesa el ligamento ancho comenzando por la cara posterior y pasándolo despues á traves del ligamento del ovario; una de las extremidades del hilo está acompañada de la trompa, en tanto que la otra viene á abrazar al ligamento redondo.

Se opera de la misma suerte para el lado izquierdo, sólo que entónces es preciso dirigir el útero hácia arriba y á la derecha. Se atan fuertemente en cada lado las extremidades de los hilos, extremidades que deben ser muy largas y que han de ser atraídas hácia afuera por un ayudante. Para colocar los dos hilos más inferiores, hilos que deben atravesar las arterias uterinas, se emplea un largo trocar-aguja (*fig. 1*).

Este instrumento se compone de una aguja que puede ser impelida hácia adelante y que, abandonada á sí misma, se vuelve hácia atras,

quedando entónces cubierta por todos lados por la cánula. El instrumento se lleva (oculta la aguja) hácia el fondo de saco vaginal en la direccion del borde anterior del ligameuto ancho, debiendo practicarse la puncion, si no hubiese edema, á un traves de dedo próximamente de la porcion vaginal. Cuando por los movimientos de elevacion y de traslacion hácia adelante y atras que se imprimen al útero se ha reconocido bien la posicion de este órgano, se perfora la parte anterior de la cavidad peritoneal. Se facilita esta operacion colocando un trozo de corcho detras del punto que debe ser perforado, trozo de corcho al cual viene á fijarse el trócar. La aguja está entónces enfilada, debiendo ser retirada despues. Para saber el punto exacto en que es preciso punccionar el borde posterior del ligamento ancho, se deberá reconocer la situacion de la arteria uterina por medio de la palpacion bimanual. Finalmente, el hilo se anudará cuidadosamente, apretando todo cuanto sea posible.

Freund ha observado una gran resistencia al pretender apretar el nudo, y frecuentemente la arteria uterina, á pesar del hilo que pasa por debajo de ella, da sangre con más ó ménos fuerza despues de la escision del útero.

Para practicar la escision del útero se ejecuta sobre la cara anterior de este órgano una incision horizontal que divida el peritoneo y que esté situada á 2 centímetros por encima de la vejiga, cuya situacion exactamente precisa puede reconocerse introduciendo un catéter en ella. Se prolonga esta incision á cada lado hácia los ligamentos anchos, dándole una forma curva. Se divide de la misma manera el peritoneo que recubre la cara posterior del útero, pero en este caso la incision debe estar situada más hácia abajo que hácia adelante y á 2 ó 3 centímetros por cima del punto más inferior del repliegue de Douglas. Se fijan los labios anterior y posterior del peritoneo con asas de hilos de seda, lo que facilita mucho la aplicacion de suturas peritoneales que habrá necesidad de practicar más tarde.

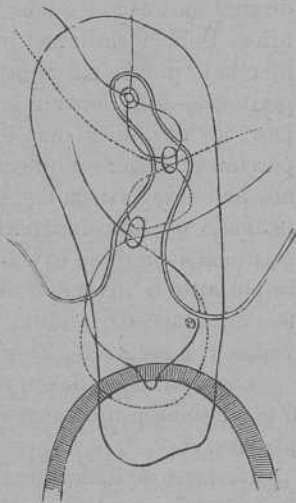


Fig. 2.

Partiendo de esta incision, se disocia desde luégo con el mango del escalpelo y despues con los dedos el tejido celular que rodea al cuello lo mismo hácia atras que hácia adelante. Se penetra de esta suerte

hasta los fondos de saco vaginales que aparecen en el fondo de la herida bajo la forma de un pliegue de color amarillo rojizo. Se secciona la pared de la vagina con un cuchillo curvo, prolongando por cada uno de los dos lados la abertura así practicada: se introducen entónces uno ó dos dedos de la mano izquierda de arriba abajo á través de la herida que acaba de hacerse, y se alcanza de esta suerte el orificio de la matriz, elevando hácia la pelvis la porcion vaginal, que se va gradualmente aislando de las adherencias que la unen con la vagina. Elevando el útero se facilita manifestamente la diseccion del tejido celular y se evita más fácilmente la seccion de las ligaduras inferiores que están á la vista. Si los pequeños vasos seccionados dan sangre, lo cual durante la operacion no deja de ofrecer grandes inconvenientes, debe hacerse la torsion del cuello uterino de manera que cese completamente ó casi completamente la hemorragia.

Se atraen hácia afuera por la vagina las seis asas de hilo, se vuelve hácia este conducto la herida de los ligamentos anchos ejerciendo una traccion más fuerte sobre los dos hilos superiores, hilos que se reconocen porque se les debe haber provisto, á guisa de señales, de láminas de zinc más cortas ó más largas que las que distinguen á los demas hilos. Debe recordarse que al principio de la operacion hemos recomendado que se pasen otras asas de hilo por los labios de la herida peritoneal que deberán utilizarse para suturar el peritoneo. Freund pasa los dos hilos más externos por los labios del peritoneo y por la porcion de la serosa que cubre las trompas y los ovarios; si estos órganos han sido extirpados, el hilo pasa por las trompas y por encima del pediculo ovárico. La herida se encuentra de esta suerte completamente aislada de la cavidad peritoneal. Freund considera como muy importante la inversion de los ligamentos anchos, porque de esta suerte se produce un nódulo cicatricial que reemplaza al útero entre la vejiga y el recto.

Los ovarios no deben dejarse sino en las mujeres que han llegado á la edad de la menopausia, debiendo ser extirpados en las mujeres jóvenes.

Despues de haber practicado la limpieza del peritoneo y cerrado la herida abdominal, segun las reglas ordinarias, Freund introducía en la vagina un tapon de uata empapado en aceite fenicado al 10 por 100, ó un trozo de tela empapado tambien en aceite fenicado. Más tarde hacía, segun las necesidades, lavados vaginales antisépticos y retiraba por medio de una débil traccion los hilos de ligadura, que deberían quedar colocados durante catorce ó dieciocho días.

Bardenheuer ha aportado importantes modificaciones á la operacion de Freund. Antes de abrir la cavidad peritoneal, este cirujano aísla lo mejor posible el útero de la vagina. Si el carcinoma se extien-

de á lo léjos por la pared de este conducto, circunscribe la parte enferma. Abre en seguida la cavidad abdominal, y la extremidad superior de los dos ligamentos anchos la liga por fuera con catgut y por dentro con seda. El peritoneo y el tejido celular pelviano que recubren el útero por delante y por detras los disecca y liga aisladamente los vasos que dan sangre. Bardenheuer, en sus primeras operaciones, ligaba la última porcion de los ligamentos anchos partiendo de arriba abajo y empleando gruesas agujas fuertemente encorvadas y fijas á un porta-agujas, empleando tambien algunas veces los hilos de plata. Más tarde abandonó todas las ligaduras en masa y ligaba cada vaso aisladamente, procediendo capa por capa.

Cuando el útero ha sido escindido entre las ligaduras, cuando la hemostasia está asegurada, se hacen deslizar los ligamentos anchos hácia la herida de la vagina y se introduce por este conducto un tubo de desagüe ancho. La *fig. 3* representa el primer modelo empleado por Bardenheuer. Consiste en un doble tubo vaginal, del cual cada mitad mide 1 centímetro de diámetro. Un tubo solamente presenta agujeros. El otro está privado de ellos, y sirve para practicar las inyecciones intraperitoneales. A su extremidad peritoneal el tubo de desagüe está fijo á un tubo trasversal de 2 á 3 centímetros de largo, que presenta una serie de orificios y que sirve para fijar el desagüe precedente por una parte, y por otra para desaguar la pequeña pelvis en sentido trasversal. Despues, Bardenheuer ha empleado un aparato de desagüe todavía más complicado. Este aparato está formado por un tubo vaginal, dividido en tres segmentos, estando sólo cerrado el de en medio. En su extremidad peritoneal, este tubo está dividido en cuatro ramas, de las cuales una es suficientemente larga para poder volver á salir á traves de la herida abdominal. El aparato todo entero debe estar cubierto en la pequeña pelvis por una pequeña membrana de cautchuc delgada, y debe ser cuidadosamente aislada de los intestinos. Las ramas trasversales del tubo de desagüe situadas, deben estar ligeramente fijadas con hilos de catgut al punto que se haya elegido.

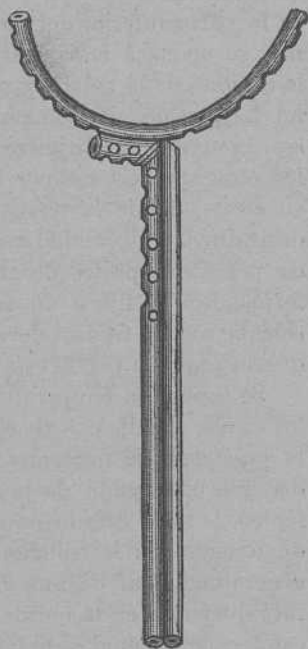


Fig. 3.

Terminada la limpieza del peritoneo y bien cerrada la herida abdominal, se practica un lavado á través del tubo de desagüe con una solucion salicilada.

Bardenheuer otorga una gran importancia á la aplicacion de un gran vendaje de cuerpo que ejerza una buena compresion y que abraze la parte inferior del tórax. Se inmoviliza de esta suerte el diafragma, se opone á la aspiracion de los líquidos que pudieran existir en la cavidad de la pelvis, y se disminuyen los movimientos del intestino. La presion ejercida por el vendaje impide que los productos de secrecion puedan dirigirse hácia las partes superiores del abdómen y les obliga á verterse por los orificios de los tubos de desagüe, punto, en efecto, donde la resistencia es ménos considerable. Excusado es decir que la extremidad vaginal del tubo de desagüe debe estar rodeada por todas partes de gasa usada, mantenida por un vendaje en forma de T y fija á un vendaje de cuerpo. La enferma debe estar echada con el tronco elevado (já pesar de la anemia!), de tal suerte que la pequeña pelvis esté situada en el nivel más inferior.

Se tomará la temperatura cada dos horas, y en cuanto aparezcan los signos más ligeros de septicemia, en cuanto se eleve la temperatura, en cuanto se presente la lengua seca, etc., se limpia el tubo de desagüe con ayuda de una pluma desbarbada empapada en ácido fénico, y si el estado no mejora se practican inyecciones por el tubo de desagüe con la solucion salicilada. El tubo de desagüe se quita generalmente al décimo día, ejerciendo sobre él una ligera traccion é introduciendo en la herida cubierta de mamelones carnosos un largo catéter, por el cual se practican los lavados.

Recientemente ha aceptado Freund por completo todas estas modificaciones aportadas á la operacion que lleva su nombre por Bardenheuer: extirpacion total por la vías vaginal ó abdominal combinadas, abandono de la ligadura en masa, desagüe (*Nota bibliográfica núm. 4*). Inmediatamente ántes de la operacion y ántes de anestesiar á la enferma, aísla el cuello de la vagina (*Nota bibliográfica núm. 5*). Segun ha demostrado Freund por investigaciones hechas en el cadáver, el útero se hace entónces de tal suerte móvible que puede ser levantado, despues de la apertura de la cavidad abdominal hasta por delante y por encima de la sínfisis, pudiendo entónces disecarse como un tumor. Los grandes vasos que atraviesan el ligamento ancho deben ser aislados y ligados ántes de ser seccionados. Para atraer hácia arriba al útero se emplea la pinza de Freund.

La matriz queda entónces exangüe y no hay que practicar sutura al lado de la línea media. Con este procedimiento se abrevia mucho la duracion del acto operatorio y la intervencion se hace ménos penosa. Los uréteres quedan al descubierto, pudiendo fácilmente evitarse

lesionarlos, y aún es posible extirpar en el tejido celular pelviano, cuando esto es necesario, pequeños ganglios infartados é infectados, que con los antiguos procedimientos hubieran escapado á la atencion del operador.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Credé, para asegurar el libre acceso á la cavidad abdominal, ha propuesto hacer la reseccion de una parte de la pared pelviana anterior, como tiempo preliminar de la operacion de Freund.

2) Fritsch aconseja desinfectar el intestino haciendo tomar á la enferma durante largo tiempo el clorato de potasa.

3) Albert's. *Archiv. für Gynäk.*, t. XIV, pág. 416.

4) Comunicacion escrita, 10 de Marzo de 1881, y Linkenhel, *loc. cit.*

Véase tambien:

Rydygier. *Loc. cit.*

Kolaczek (*Vortrage*, 17 Diciembre 1881, *in der Schles Gesellesch*) propone reemplazar la ligadura en masa por la ligadura aislada de los vasos.

5) Freund atribuye á Breisky la idea de comenzar la operacion por la incision vaginal á fin de no dejar las partes que puedan estar afectadas en los fondos de saco. La combinacion del método hipogástrico con el vaginal, que ya había sido propuesta por Delpech (véase más arriba), ha sido erigida en método por Bardenheuer.

APÉNDICE

La mayor parte de las modificaciones aportadas á la operacion de Freund, que han sido propuestas y llevadas al terreno de la práctica, se han referido á las ligaduras ó á la sutura del peritoneo. Se ha propuesto, por ejemplo, sustituir á las tres ligaduras de Freund dos ó cinco ligaduras, abarcando cada ligamento ancho. Kocks ha propuesto coger la parte inferior de este ligamento por medio de un largo porta-hilos encorvado, operando de esta suerte despues de haber aislado la vejiga y el recto, lo cual constituye una modificacion digna de ser atendida. Ciertos autores, Reuss en particular, han propuesto en lugar de la tercera ligadura la aplicacion de un aprieta-nudos de Cintrat alrededor de la base de los ligamentos anchos. Massari, para poder distinguir bien el uréter y para evitar coger este órgano en la ligadura, ha propuesto introducir en este conducto desde el principio de la operacion un catéter de pequeño diámetro. Para obtener este resultado recurría á un espéculo uretral de Simon. Schröder ha modificado tambien la sutura del peritoneo.

Freund (el hermano del autor de la operacion que describimos), despues de numerosas tentativas sobre el cadáver, ha propuesto un método mixto extra é intraperitoneal, seccionando los ligamentos anchos por medio del termo-canterio despues de haber sido cogidos estos últimos con compresores.

Art. 3.º — Extirpacion por la vía vaginal.

A. — EL ÚTERO ESTÁ EN SU SITUACION NORMAL

Coudereau y Nøgerath han empleado procedimientos preferibles á los que habían sido empleados ántes de ellos.

Coudereau, despues de haber seccionado la vagina y abierto la excavacion vesico-uterina, cogía el útero con una pinza de ganchos y le colocaba en anteversion; pasando en seguida por encima del órgano un asa metálica cogía en masa todos los tejidos que rodean al útero. Por este pedículo formado con el peritoneo y los ligamentos anchos pasaba una aguja gruesa, por debajo de la cual aplicaba un segundo hilo. Extirpa entónces el útero y sutura la vagina comenzando por la parte anterior, fijando el pedículo al ángulo posterior de la herida y dejando los hilos colocados.

Nøgerath, en un caso en el cual existía un cáncer del fondo del útero, abrió los fondos de saco anterior y posterior por medio de un cuchillo galvano-cáustico y seccionó los ligamentos anchos con ayuda de un magullador metálico. La hemorragia fué muy ligera y la muerte tuvo lugar al cuarto día por septicemia.

Los métodos operatorios preconizados por Czerny, Billroth, Schröder y A. Martin no difieren en suma sino en algunos puntos de escasa importancia.

Los tiempos principales son los siguientes:

1.º Hacer accesible la vagina por medio del espéculo de Sims y obligar á descender al útero por medio de un asa de hilo pasada á través del cuello ó por medio de una pinza de garfios cogiendo los dos labios del mismo.

2.º Circunscribir la porcion vaginal y el tumor y abrir totalmente el fondo de saco vaginal por delante.

3.º Disociar la vejiga del útero, introduciendo, si hay necesidad, segun el procedimiento de Coudereau, un dedo en la vejiga.

4.º Abrir el fondo de saco posterior de la vagina, así como los repliegues peritoneales anterior y posterior.

Schröder prolonga con ayuda de las tijeras la abertura hecha en el espacio de Douglas, llegando así hasta los ligamentos recto-uterinos; despues, introduciendo dos dedos de la mano izquierda en el repliegue vesico-uterino, hasta por encima del fondo del útero, divide sobre aquéllos el peritoneo.

Para alcanzar los tejidos que reunen al útero con los ligamentos anchos (*Nota bibliográfica núm. 1*), se puede ranversar la matriz hácia adelante (Czerny), hácia atras (Schröder), ú obligarla á descender mucho (Billroth). La torsión y la tension de los vasos produce una

hemostasia muy enérgica. Cuando el caso es sencillo se puede fácilmente atraer el útero hacia afuera de la herida por el repliegue de Douglas, cogiendo el fondo del órgano con dos dedos. Si el cuerpo del útero es voluminoso, se experimentan serias dificultades para llevar á cabo estas maniobras. A fin de dominarlas, Schröder coloca el útero en retroflexion cogiendo lo más alto posible el fondo de este órgano con una pinza de garfios. Martin emplea un instrumento que tiene la forma de una sonda y provisto de una extremidad piriforme y atrae el cuerpo del útero hacia la herida del peritoneo, que mantiene abierta con ayuda de un separador vaginal.

Obtenido este resultado, se cogen los dos ligamentos anchos en una serie de ligaduras en masa y se escinde el útero en su parte interna de manera que se deje al pedículo la mayor longitud posible. Se experimentan grandes dificultades cuando se trata del primer ligamento, porque debe operarse casi completamente en el interior de la vagina. Es más fácil aplicar estos hilos alrededor del segundo ligamento porque el útero es ya movable y puede ser atraído hacia afuera de los órganos genitales.

Schröder coloca desde luego á cada lado una ligadura total, por delante de la cual coloca todavía dos ligaduras parciales para las mitades superior é inferior del ligamento.

Hofmeier y Martin seccionan los anejos del útero despues de haber aplicado ligaduras aisladas. Billroth no coloca las ligaduras en masa sino despues de haber aplicado un cepo.

Si despues de la escision del útero se prolongara la hemorragia, se podría obrar directamente sobre los puntos que dan sangre; pero si los anejos han sido extirpados con el útero, aquella maniobra operatoria se hace casi impracticable y es preciso tratar de coger el vaso sanguíneo en una sutura profunda (Schröder).

Cuando en una mujer todavía reglada (*Nota bibliográfica núm. 2*) parece estar indicada la extirpacion de los ovarios y las trompas, será necesario atraer hacia afuera y no extirpar estos órganos hasta despues de haber ligado los ligamentos anchos, porque no solamente es difícil pasar una ligadura por detras de los ovarios cuando los ligamentos infundibulo-pelvianos están en gran estado de tension, sino que tambien los hilos se deslizan muy fácilmente.

Martin dice que no ha encontrado jamás dificultades en la ablacion simultánea de las trompas y de los ovarios.

Despues de la extirpacion total del útero por la vía vaginal, la mayor parte de los operadores han dejado hasta ahora abierta la cavidad del peritoneo, practicando lavados antisépticos á traves del tubo de desagüe. No debemos, sin embargo, desconocer que no vamos aquí á

contar con las objeciones que en la operacion de Freund se opongan á la oclusion de la cavidad abdominal. La hemostasia puede ser completa, y puede por lo comun evitarse la infeccion de la cavidad peritoneal por las masas cancerosas, al ménos en los casos en que el útero pueda ser atraído hácia abajo notablemente.

Poco á poco puede hacerse una revision en las ideas á propósito de la necesidad del desagüe en los casos de extirpacion por la vía vaginal. Schroeder coloca simplemente en medio de la herida del peritoneo un ancho tubo de desagüe, pero sutura las partes laterales de la herida que han sido ranversadas hácia la vagina; opera, en una palabra, con arreglo al método preconizado por Kaltenbach en los casos de extirpacion del útero que se encuentra en estado de prolapso.

En el Congreso celebrado en Berlín en 1881 por la Sociedad de cirujanos alemanes, Mikulicz se ha pronunciado de una manera absoluta, apoyándose en la conducta seguida en la clínica de Billroth, contra el método que consiste en dejar abierta la herida del peritoneo, porque el derrame de los líquidos no se efectúa con facilidad.

El antiguo método de Langenbeck, que consiste en *descortezar el útero de su revestimiento peritoneal*, ha sido preconizado de nuevo en estos últimos tiempos. Tan es así, que Lane, despues de haber seccionado los fondos de saco vaginales, aisló de su revestimiento peritoneal todo un útero canceroso que ofrecía una longitud de 0^m,105, empleando tijeras romas y una cucharilla cortante, vigilando cada movimiento de los instrumentos con un dedo índice introducido en la vejiga y otro dedo en el recto. Debió ligar una docena de vasos. El tejido peritoneal, que no había sido tocado, era tan delgado como una hoja de papel, y se elevaba ó descendía bajo la influencia de los movimientos respiratorios. El operador hizo en la bolsa así obtenida lociones con una solucion fenicada al 2 por 100, y colocó despues en aquélla una esponja empapada en el mismo líquido. La enferma curó.

Czerny ha practicado la extirpacion subperitoneal en un caso en que el útero era canceroso [el resultado aparece representado en una figura (*loc. cit.*)], no pudiendo obtener la decorticacion sino practicando muchos ojales en el peritoneo. La enferma curó al cabo de cuatro semanas.

La observacion de Hennig es muy diferente, porque se trataba de un caso en que el fondo de la matriz fué extirpado con su revestimiento peritoneal. Estaba rodeada de numerosas y antiguas adherencias que obturaban completamente por debajo la cavidad serosa.

La adherencia del peritoneo al útero por cima del nivel del orificio interno rara vez es tan laxa que pueda hacerse la diseccion sin peligro alguno. Este procedimiento, al ménos en los casos de carcinoma, no

podría generalizarse. La ancha herida que se produce, dificilmente puede ser sustraída á la accion de los agentes sépticos. Además, cuando existe un cáncer del cuello es imposible hacer una diseccion tan completa, y si el cáncer tiene su asiento en el fondo del órgano, es preferible extirpar tambien el peritoneo para evitar las recidivas posibles. El descortezamiento será más útil en los casos de prolapso de un útero hipertrofiado. En este caso se ejecuta la operacion con un objeto plástico.

B. — EL ÚTERO ESTÁ EN PROLAPSO

La extirpacion total del útero en el caso de prolapso es una operacion muy simple. Ha sido ejecutada por Langenbeck y Corradi en los casos de cáncer, y por Gebhard, Jürgensen, Kehrer y Kaltenbach en los casos de prolapso simple.

Los procedimientos operatorios á los cuales habían recurrido todos estos autores eran muy imperfectos. Corradi, por ejemplo, colocaba un tubo elástico alrededor de la pared vaginal en inversion, despues de haberse asegurado que no existia ningun asa intestinal en el fondo de saco así formado. Colocaba el tubo á 2 centímetros por debajo de la vulva; hecho esto, extirpaba el útero canceroso empleando el galvano-cauterio. Para completar la hemostasia embadurnaba el pedículo con percloruro de hierro.

Kaltenbach, en un caso en el cual se trataba de un simple prolapso del útero, recurrió al procedimiento siguiente, el cual, en sus líneas generales, puede ser aplicado á la mayor parte de los casos en que exista prolapso.

Despues de haber colocado sobre las partes laterales ligaduras en masa abrazando la arteria uterina, se secciona circularmente la pared de la vagina alrededor de la porcion vaginal del cuello. Partiendo de esta incision circular, se disecciona el cuello todo entero hasta las inmediaciones del orificio interno, como si se tratara de practicar la extirpacion total del útero. Hecho esto, se abre el fondo de saco peritoneal posterior, se hace descender el cuerpo del órgano á traves del espacio de Douglas, que acaba de abrirse anchamente ejecutando esta maniobra con los dedos.

Terminado este tiempo y practicada la torsion de los ligamentos anchos sobre sí mismos, se cogen éstos en muchas ligaduras en masa, á la parte interna de las cuales se escinde el útero, dando al pedículo la mayor longitud posible.

Se reunen, finalmente, por una sutura trasversal los bordes anterior y posterior de la serosa.

Se tiene cuidado de desinfectar la herida hecha en el tejido celu-

lar situado por encima de la vagina, tocando aquélla con una solución de cloruro de zinc al 2 ó al 3 por 100 y haciendo la cura con algodón fenicado ó empapado en la solución de cloruro de zinc. Todo este aparato se mantiene con un vendaje en forma de T.

Es preciso abrir el fondo de saco de Douglas á la altura del repliegue vesico-uterino. Operando de esta suerte se tiene la ventaja de reducir el volumen de los tejidos que, en las partes laterales, unen el útero á los órganos vecinos.

Las ligaduras en masa pueden entónces aplicarse mejor. Para evitar que sean lesionados la vejiga y los uréteres basta, al hacer la disección, operar siempre muy cerca del tejido muscular uterino. En los casos de prolapso simple es preciso suturar siempre la herida del peritoneo. Se puede tambien recurrir á la sutura en los casos de cáncer, porque el campo operatorio es muy fácilmente accesible, toda vez que el útero está en prolapso, pudiendo tambien, durante la operación, evitarse el paso de materiales cancerosos al peritoneo y siendo, por tanto, inútil el desagüe.

Practicando la eversion de la herida de los ligamentos anchos y tocándola, como acabamos de indicar, con la solución de cloruro de zinc, nos opondremos á la infección del peritoneo.

NOTAS

1) Martin opera sobre el mismo lecho, á fin de evitar toda lesión de los órganos vecinos y de oponerse á la hemorragias secundarias por deslizamiento de los hilos de las ligaduras.

2) Una operada de Schroeder, en la cual se habían dejado los ovarios, experimentó, durante los días que precedieron inmediatamente á la época de las reglas, dolores extremadamente vivos.

Art. 4.º—Resultados obtenidos hasta ahora en la extirpación total del útero.

Ahlfeld, á principios de 1880, reunió una estadística de 68 casos de operación de Freund. De este número, en 4 no se terminó la operación, 13 enfermas curaron y 49 sucumbieron. En dos casos de Bardenheuer el resultado no era todavía conocido.

Si añadimos á estas cifras los resultados publicados despues de la estadística de Ahlfeld, tendremos el cuadro siguiente:

	Número de operaciones	Curacio- nes.	Muertes.	Operaciones incompletas.
Estadística de Ahlfeld (<i>Nota biblio- fica núm. 1</i>).	66	13	49	4
Bardenheuer.	12	9	3	»
Hegar.	2	»	2	»
Kuhn.	2	1	1	»
Spiegelberg.	1	1	»	»
Freund.	3	1	2	»
Solowieff.	1	»	1	»
Kocks (<i>Nota bibliográfica núm. 2</i>). .	2	1	1	»
Bottini.	1	»	1	»
Krabbel.	1	»	1	»
Rydygier.	1	»	1	»
Reuss.	1	»	1	»
TOTALES.	93	26	63	4

La mortalidad, pues, para estas operaciones, cuando han sido terminadas, es de 71 por 100, cifra que corresponde de una manera muy exacta con los resultados obtenidos por Freund, según el cual la mortalidad era de 73 por 100 (*Nota bibliográfica núm. 3*).

Ninguna de las enfermas que han sobrevivido ha sido radicalmente curada. En todas ellas, que han permanecido en observación durante largo tiempo después de haber sido operadas, hubo recidiva.

En ninguno de los casos operados con feliz éxito por Freund ha observado que falte la recidiva. Ya en Agosto de 1880, de 25 mujeres curadas, 8 habían muerto á consecuencia de la recidiva (*Nota bibliográfica núm. 4*).

Los resultados en los casos de extirpación total por la vía vaginal son mucho más satisfactorios.

	Número de operaciones.	Curacio- nes.	Muertes.	Operaciones incompletas.
Germey.	1	1	»	»
Billroth.	3	2	1	»
Scherde.	2	»	2	»
Schröder.	7	6	1	»
Hofmeier.	1	1	»	»
A. Martin.	11	6	2	3
Baum.	4	2	2	»
Lane.	1	1	»	»
Olshausen.	2 (N. 5)	2	»	»
TOTALES.	32	21	8	3

Segun el precedente cuadro, vemos que en 29 operaciones completas la mortalidad es solamente de 25 por 100. No se puede precisar todavía nada acerca de las recidivas, porque en la mayor parte de los casos las enfermas no han permanecido suficiente tiempo en observacion. Los hechos referidos por Czerny (*Nota bibliográfica núm. 6*) y por Martin (*Nota bibliográfica núm. 7*) demuestran, por otra parte, que no faltan las recidivas.

De seis casos de prolapso incurable tratados por la operacion, uno solo, el de Kehrer, ha sido seguido de muerte el día décimotercero (*Nota bibliográfica núm. 8*).

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) De esta estadística es preciso eliminar dos casos de Bardenheuer, cuyo resultado no es todavía conocido.

2) Segun una carta recibida el 23 de Septiembre de 1880.

3) Carta recibida el 10 de Marzo de 1881.

4) En los dos casos de Bardenheuer se trataba de una recidiva. Una vez se practicó la operacion por la vía vaginal; el décimo día despues de la operacion se produjo un estrangulamiento interno, no habiendo ocurrido nada de anormal durante este lapso de tiempo. En el segundo caso se trataba de un sarcoma del útero que recidivó en el ligamento ancho del lado derecho. El tumor había invadido la pared del ciego y hubo necesidad de escindir un fragmento de este intestino. Las consecuencias de la operacion fueron regulares (Comunicacion escrita del 16 de Setiembre de 1880).

5) Comunicacion escrita del 19 de Mayo de 1881.

6) En la autopsia, que se practicó tres meses y medio despues de la operacion, existía ya un ganglio infartado é infiltrado del volúmen de una manzana.

7) Véase Müller, *loc. cit.*

8) Véase Kehrer, *loc. cit.*, y Kaltenbach, *loc. cit.*

Art. 5.º — Crítica de estos métodos.

Las cifras precedentes demuestran cuánto pone en peligro la vida la operacion de Freund en su forma original. Los peligros son principalmente debidos á la dificultad extraordinaria que se experimenta para obtener una hemostasia completa. Las arterias uterinas (*Nota bibliográfica núm. 1*) y sus gruesas ramas no pueden ser obliteradas sino de una manera muy incompleta por ligaduras en masa. Los tejidos que han sido comprendidos en la ligadura se escapan frecuentemente despues de la escision del útero. Las ligaduras, aunque los hilos hayan sido fuertemente apretados desde el principio, llegan á hacerse insuficientes, sobreviene la hemorragia, y no hay otro recurso que ais-

lar los vasos que dan sangre á nivel de la herida y ligarlos directamente. Y aún cuando el tronco principal de la arteria uterina haya sido aislado, las ramas arteriales que de este tronco se desprenden, por venir á unirse en ángulo agudo en el cuello y en la vagina pasando por encima del fondo de saco vaginal, pueden dar mucha sangre. Casi siempre, despues de la ablacion del útero se observan hemorragias que proceden de pequeños vasos situados cerca de la vejiga, del recto y de la vagina (ramas terminales de las arterias vesical, vaginal y hemorroidal). Frecuentemente, las hemorragias venosas que proceden de venas privadas de válvulas del tejido celular periuterino son más importantes que las hemorragias arteriales (plexos vesical, utero-vaginal y pampiniforme). Pocas veces puede recurrirse en este caso á la ligadura directa. Si se quiere practicar una ligadura profunda, se abren frecuentemente nuevos vasos, y si se pretende descubrir mejor los vasos que dan sangre, es preciso disecar en una gran extension el tejido extremadamente laxo que rodea al útero.

Estas hemorragias prolongadas y abundantes tienen para las operadas una importancia tanto más grande, cuanto que las enfermas están ya abatidas y anemiadas por flujos sanguíneos ó purulentos, pérdida del apetito, privacion del sueño, etc. En tres enfermas que sucumbieron sin lesiones aparentes en la cavidad abdominal, Binswanger (*loc. cit.*) ha encontrado una considerable degeneracion grasosa en el corazon.

UN NÚMERO CONSIDERABLE DE OPERADAS MUEREN POR HEMORRAGIA.

La dificultad en practicar la hemostasia viene á ser el origen de otros peligros, porque obliga á prolongar mucho la operacion. Los cirujanos más hábiles no pueden á veces terminar la operacion en dos horas, dos horas y media y aún más, principalmente cuando en la pared abdominal existe una gruesa capa de tejido grasoso, en cuyo caso pueden aumentar las dificultades de la operacion. Durante este tiempo toda la cavidad de la pelvis, una parte de la cavidad abdominal, y en muchos casos una gran parte de los intestinos extraídos de esta cavidad, están expuestos al contacto de materias sépticas, para el desarrollo de las cuales constituye un elemento tan favorable la sangre que se vierte despues de la operacion. Aquí encontramos otra vez las relaciones, sobre las cuales hemos insistido ya, entre la hemostasia incompleta y la septicemia. Ésta se produce mucho más fácilmente á consecuencia de la infeccion de la cavidad peritoneal por materias cancerosas. Es casi imposible evitar, al ménos en los casos de carcinoma del cuello, el contacto directo entre el peritoneo y la ulceracion cancerosa cuando durante el último tiempo de la operacion el operador maniobra con los dedos ó con los instrumentos en la cavidad abdominal y en la vagina (*Nota bibliográfica núm. 2*).

Es muy fácil lesionar los órganos vecinos, sobre todo la vejiga y los uréteres, y esto constituye el origen de accidentes muy graves (*Nota bibliográfica núm. 3*). Debe temerse abrir ó desgarrar la vejiga cuando se aísla el útero, y coger y aún algunas veces cortar los uréteres cuando se aplican las ligaduras inferiores. Muchas operadas, en efecto, han sucumbido con síntomas de uremia. En tres casos mortales observados por Bardenheuer había sido abierta la vejiga dos veces. En un caso el uréter había sido cogido en la ligadura. Se puede también lesionar el recto y aún la S iliaca del colon y el ciego, cuando estos segmentos del tubo intestinal han sido invadidos por el neoplasma.

En un caso observado por Freund, la muerte fué ocasionada por una peritonitis debida á una perforacion intestinal. Se trataba, es cierto, de un sarcoma que unía la vejiga á la S iliaca.

Entre las demas causas de muerte citaremos el ileo (Freund) y el choque traumático (*schoc*), que se produce sobre todo cuando durante la operacion ha habido necesidad de extraer los intestinos de la cavidad abdominal. Puede ser tambien debida la muerte á la intensidad del traumatismo operatorio, al excesivo enfriamiento que resulta de la abertura prolongada de la cavidad peritoneal y á la parálisis de los vasos intestinales. Las ventajosas modificaciones aportadas por Bardenheuer á la operacion de Freund han disminuido notablemente los peligros de la misma. Aislando previamente el útero de la vagina se descubre mejor el campo operatorio, se facilita la hemostasia, se abrevia la duracion del acto operatorio y se evitan notablemente las lesiones de los órganos vecinos. Sin embargo, la seccion de los fondos de saco vaginales puede ocasionar hemorragias importantes. Apelando al desagüe vaginal y á los lavados antisépticos de la cavidad pelviana se disminuyen los temores de septicemia. No obstante, aún es muy grave la operacion de que tratamos.

La extirpacion total del útero por la vía vaginal es ménos peligrosa, no solamente porque es posible obtener una hemostasia más perfecta, sino tambien porque la abertura del peritoneo es ménos extensa, lo que ciertamente evita el enfriamiento, las rasgaduras intestinales y la parálisis de los vasos del intestino. Este procedimiento permite, por otra parte, luchar con más facilidad contra la introduccion en la cavidad peritoneal de gérmenes sépticos y materias cancerosas, porque la herida del peritoneo ofrece poca extension y está situada muy favorablemente. Encontraremos la prueba de todas estas ventajas, no solamente en la cifra poco elevada de la mortalidad, sino tambien en el estado de las operadas. En efecto, apenas se observan con este procedimiento los signos tan graves de colapso que se encuentran despues de la operacion de Freund. Las operadas se asemejan á las puer-

peras cuyo puerperio es normal (Schröder), pero que han perdido mucha sangre. No se observa en ellas síntoma alguno de colapso, y su pulso se eleva rápidamente despues de la operacion. Hasta ahora la muerte, en la mayor parte de los casos, parece que debe ser atribuida á la septicemia consecutiva á un desagüe insuficiente. Una de las operadas de Schröder sucumbió tres horas despues de la operacion á consecuencia de una hemorragia interna procedente de la rasgadura de uno de los ligamentos anchos.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) La arteria uterina, ántes de llegar á la pared lateral del útero, forma una curva cuya convexidad se encuentra dirigida hácia el lado de la pared vaginal; á nivel del cuello del útero el tronco de la arteria se encuentra alejado de él proximamente á distancia de 1 centímetro. (Véase Kocks, *loc. cit.*)
- 2) En un caso de sarcoma situado sobre el fondo del útero, Freund hizo la sutura del orificio uterino á fin de mantener limpio el campo operatorio.
- 3) Massari. *Centralb. für Gynäk.*, núm. 11, 1879.

Art. 6.º — Indicaciones de la extirpacion total del útero.

En los casos de cáncer ó de sarcoma del útero no debe practicarse la extirpacion total sino cuando el tumor no puede ser completamente extirpado ni por escision parcial del órgano por la vía vaginal ni por amputacion supravaginal por la vía abdominal. Además, la neoformacion no debe extenderse tan léjos alrededor del útero que sea imposible incindir sobre tejidos sanos.

Es muy raro que se encuentren reunidas todas estas condiciones. La operacion no está, pues, indicada sino:

Quando el útero es movable en todas direcciones.

Quando por un exámen bimanual no se ha descubierto ninguna infiltracion en la vagina, en los ligamentos anchos ni en los sacro-uterinos.

Es preciso, sobre todo, examinar si no existen en el tejido celular de la pelvis nudosidades que por su disposicion se asemejen á las cuentas de un rosario.

Freund y Schröder consideran como indicada la extirpacion total:

En los casos de cáncer del cuello principiando por la mucosa (cáncer glandular) y traspasando el orificio interno para invadir el cuerpo del útero.

En esas formas de cáncer y de sarcoma que despues de haber comenzado en el cuerpo del útero se han propagado al cuello.

La extirpacion total no está contraindicada sino:

En los casos de cancroide simple de la porcion vaginal del cuello (coliflor).

En los de cánceres y sarcomas del fondo del útero que no alcanzan al cuello.

Los resultados que se obtendrán en el porvenir merced á las modificaciones ventajosas del manual operatorio, demostrarán cuáles son, en los límites que acabamos de indicar, las indicaciones de la extirpacion total del útero. Actualmente, á consecuencia del escaso número de éxitos obtenidos, las apreciaciones de los autores son muy variables. En tanto que los unos no quieren practicar la extirpacion total sino en los casos en que el útero es completamente movable y los anejos están perfectamente intactos, Bardenheuer ha obtenido la mayor parte de sus buenos resultados en los casos difíciles, en los cuales el cáncer se había propagado ya á la vagina.

Colocándonos bajo el punto de vista en que Bardenheuer estaba colocado, podemos con justicia dirigir una ojeada al porvenir. Este autor pensó, en efecto, que habría de llegar un día en que se podrían extirpar el riñon del lado enfermo, así como el uréter, ó unir éste con el recto (cuando la vejiga está enferma se puede obrar de la misma suerte con los dos uréteres).

Las probabilidades de curacion radical por la extirpacion total son muy escasas, porque cuando el cáncer se ha extendido hasta el cuello, es raro que el tejido celular que rodea al útero y los linfáticos no hayan sido invadidos por elementos cancerosos que es imposible reconocer sin el auxilio del microscopio. Esto, por otra parte, demuestra la rapidez con que se desarrollan las recidivas aún en los casos en que se creía haber operado en un tejido perfectamente sano. En los casos de sarcoma no son mejores los resultados. Cuando se trata de un tumor blando, los anejos del útero son afectados más rápidamente que cuando se trata de un cáncer duro; así resulta de las investigaciones de Spiegelberg y de otros autores. Sólo una enferma afectada de sarcoma, operada por Bardenheuer, ha permanecido más de un año sin que manifestamente haya sido afectada de recidiva.

En suma, pueden obtenerse en los casos de cáncer del útero, como en los de cánceres de otros órganos, las mamas por ejemplo, resultados paliativos, y deberíamos por ello felicitarnos si no hubiéramos de considerar los peligros tan considerables y si pudiéramos prometernos que duraran mucho tiempo los resultados mencionados. Pero, hasta ahora, la experiencia se muestra poco favorable. Es indudable que las enfermas que sobreviven á la operacion se reponen muy pronto: desembarazadas de sus dolores y de las secreciones que agotan sus fuerzas, recuperan rápidamente estas últimas, se modifica notablemente el estado general y, aún cuando sobrevenga la recidiva, la intensidad de

los dolores es generalmente ménos viva que en las mujeres que no han sido operadas (*Nota bibliográfica núm. 1*). Pero la recidiva sobreviene siempre muy rápidamente, tanto que despues de la escision parcial del útero no parece que las mujeres operadas hayan sobrevivido mucho más tiempo que si la enfermedad hubiese sido abandonada á sí misma. Las primeras manifestaciones de la recidiva se presentan casi siempre en la cicatriz ó en el tejido celular pelviano de las inmediaciones. Podríamos, pues, evitar la recidiva, ó al ménos diferir durante mucho tiempo su aparicion, practicando la operacion oportunamente y raspando el tejido celular pelviano segun ha propuesto recientemente Linkenheld. Nosotros nos decidiremos quizás á operar pronto cuando los peligros de muerte á consecuencia de la extirpacion total hayan disminuido mucho. Sólo el porvenir podrá demostrarnos, entre la operacion de Freund modificada y la extirpacion total por la vía vaginal, cuál de las dos ofrece más ventajas y asegura, entrañando ménos peligros, una proteccion más duradera contra la aparicion de recidivas (*Nota bibliográfica núm. 2*).

Ya Freund, en su primera publicacion, había declarado que la extirpacion total del útero podría reemplazar á la seccion cesárea seguida de la operacion de Porro, cuando el cáncer del cuello ocasionara un obstáculo al parto por las vías naturales. Hasta ahora sólo Bischoff ha operado segun esta indicacion (*Nota bibliográfica núm. 3*).

Una mujer de cuarenta y un años de edad, en cinta por la séptima vez, se presenta el 13 de Diciembre de 1879 en la clínica de Bâle. Había llegado á la trigésimacuarta semana de su embarazo y sufría hemorragias muy abundantes. La porcion vaginal, fuertemente excavada, presentaba de trecho en trecho masas reblandecidas y friables. El conducto cervical parecía tener una longitud de 11 centímetros y presentaba en su periferia masas carcinomatosas. Se recurrió á las inyecciones de agua caliente, al taponamiento vaginal, á pesar de cuyos medios sólo momentáneamente pudo cohibirse la hemorragia. La mujer estaba extremadamente débil y parecía que iba á sucumbir en pocos días á consecuencia de las pérdidas de sangre. El pulso latía 164 veces por minuto; el parto por las vías naturales parecía imposible aún despues de múltiples incisiones practicadas en el tejido enfermo. Practicando la operacion cesárea y la operacion de Porro, se dejaba el carcinoma, origen seguro de futuros desastres, y no era dudoso que la muerte sería el epílogo de esta obra. Sólo la operacion de Freund parecía ser la única á que podría recurrirse para obrar radicalmente.

El 17 de Diciembre se hizo la laparatomía. Despues de haber aplicado un tubo de cautehuc alrededor del cuello, se incinde la pared uterina y se practica la extraccion de una niña viva. Se ejecuta despues la operacion de Freund segun el método clásico, aplicando tres ligaduras

en masa á cada lado. Desgraciadamente, el fondo de saco vaginal izquierdo estaba infiltrado y hubo necesidad de prolongar la incision. Sobrevino entonces una fuerte hemorragia arterial y venosa que no cedió sino á la aplicacion de la ligadura mediata. El pediculo ligamentoso fué dirigido hácia la vagina y se suturó la herida pelviana, practicándose en seguida la trasfusión. El pulso oscilaba entre 124 y 140 pulsaciones. Once horas despues de la operacion, de una manera súbita é inesperada, sin síntoma alguno de fiebre ni indicios de colapso, se vió sobrevenir la muerte. La autopsia demostró que el uréter izquierdo había sido cogido en una ligadura y que existían en el tejido subperitoneal dos ganglios del volumen de una nuez infiltrados de una materia cancerosa; aparte de esto, nada de anormal existía en la cavidad abdominal.

ELECCION DE MÉTODO

Una vez aceptada la extirpacion total, debe, en general, preferirse en el estado actual de nuestros conocimientos la extirpacion por la vía vaginal, porque, á la verdad, ofrece ménos peligros. Sin embargo, este método no siempre podrá reemplazar á la operacion por la vía abdominal, porque permitiendo descubrir más completamente el campo operatorio, el método de Freund ofrece ventajas incontestables en los casos difíciles, en los cuales está notablemente aumentado el cuerpo de la matriz, así como en aquellos en que deben ser extirpados los ovarios.

Existen ademas otras circunstancias que deben ser tomadas en consideracion cuando se trata de la eleccion de procedimiento operatorio; tales son, por ejemplo, la abundancia de tejido grasoso en las paredes abdominales, la longitud y el calibre de la vagina y la resistencia á las tracciones que pueda oponer el útero.

La extirpacion debe practicarse por la vía vaginal cuando el útero canceroso se halle en estado de prolapso.

Hasta ahora la extirpacion total ha sido empleada muy pocas veces en los casos de prolapso simple. En muchos de los casos descritos como tales (Gebhardt, Jürgensen), se acometió la operacion porque se sospechaba una afeccion maligna del útero. Recientemente, Kehrer y Kaltenbach sólo han operado con deliberado propósito en un caso de prolapso simple.

Kaltenbach se ha visto obligado á practicar la extirpacion total de un útero en prolapso porque, ensayado el descortezamiento del órgano lo más alto que es posible, fué involuntariamente abierto el fondo de saco posterior del peritoneo en una gran extension.

Esta operacion es tan fácil y relativamente tan poco peligrosa, que, á nuestro juicio, debe ser elegida en el porvenir como método

curativo en ciertos casos de prolapso complicado. La operacion puede, ademas, ofrecer ventajas bajo el punto de vista exclusivamente plástico cuando existen infartos, miomas ó está notablemente aumentado el peso del cuerpo uterino, ó bien cuando la longitud de la matriz ha aumentado de tal suerte que no parece que se pueda obtener una retencion completa estrechando la vagina.

Por otra parte, puede decidirse la extirpacion del órgano, hallándose en estado de prolapso, cuando existan endometritis crónicas ó flexiones en ángulo agudo (como en el caso de Kehrer). De todas suertes, en circunstancias semejantes debería preferirse la extirpacion total del útero por la vía vaginal al método recomendado por Müller (véase el art. 3.º del cap. II del presente tomo) en los casos de prolapso desfavorables. Este método consiste en fijar en la pared abdominal el pedículo del útero, cuando se ha practicado la amputacion supravaginal.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) La desaparicion de los dolores despues de la extirpacion y el que sean ménos intensos en los casos de recidiva lo vemos confirmado, por ejemplo, en una comunicacion escrita de Kocks (23 de Septiembre de 1880). Las dos operadas, que habían curado, sucumbieron á consecuencia de las recidivas, de las cuales una se presentó á los trece meses de verificada la operacion. En cambio, una mujer á quien no había podido decidir á que se operara en Septiembre de 1877, vivía todavía en Agosto de 1880.

2) La extirpacion por la vía vaginal obra en este sentido, porque se opone más fácilmente durante la operacion al paso de los elementos cancerosos á los vasos linfáticos.

3) Comunicacion escrita de 7 de Febrero de 1881.

CAPÍTULO II

EXTIRPACION PARCIAL DEL ÚTERO POR LA VÍA ABDOMINAL.—
AMPUTACION SUPRAVAGINAL DEL ÚTERO.—HISTEROTO-
MÍA.—EXTIRPACION POR LA LAPAROTOMÍA DE TUMORES
UTERINOS SUBSEROSES.

Artículo 1.º—Historia y estadística de estas operaciones.

Czerny. *Zur Hysterotomie, Vortrag. a. d. gynäk. Section der Badener Naturforscherversammlung.*

T. Savage. Birmingham J. Allen, 1879, 6 casos, 5 éxitos.

Thornton. *Lancet*, 8/5 1880. *Obst. Soc. Meeting*, 1/4 1880.

Dorff. *Centralbl. f. Gyn.*, núm. 12, 1880. *Beitrag zur Technik un Nachbarbehandlung d. Amp. ut. supravag. bei Fibromen.*

Kœberlé. *Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode suspubienne.* Strasbourg, 1864. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1866, núm. 72.

Péan. *Hystérotomie. De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie. Étude sur les tumeurs qui peuvent nécessiter cette opération*, por J. Péan y L. Urdy. París, A. Delahaye, 1873, y *Gaz. des Hôp.*, núms. 99 y 102, 1871; *Gaz. obstétr.*, 1877, núm. 7; *Académie de Méd.*, sesiones 20/3 1877 y 18/11 1879; *Leçons de clinique chirurgicale*, 1876, págs. 674-704, y 1879, páginas 808-830.

Pozzi. *De la valeur de l'hystérotomie*, etc., París, 1875.

Kimball. *Boston med. Journ.*, 1874, 9 extirpaciones del útero, 3 curaciones.

Hegar. *Berliner klin. Wochenschr.*, Marzo, 1876.

Billroth. *Wien. med. Wochenschr.*, 1876, núms. 1 y 2, y 1877, núm. 40.

Kaltenbach. *Zeitschr. f. Gebh. u. Gynäk.*, 1876, II, pág. 186.

Krassowsky. *St.-Petersb. med. Wochenschr.*, núm. 27, 1876.

Kleeberg. *St.-Petersb. med. Wochenschr.*, XXVI, núms. 1, 2, 1887, y número 41, 1879.

Spencer Wells. *Obst. Transact.*, XI, pág. 73; *Med Times*, 29/7 1871; *Brit. med. Journ.* Mayo y Diciembre 1878.

Schröder. *Berliner klin. Wochenschr.*, 15/10 1877, y *Vortrag auf der Badener Naturforscherversamml.*, 1879, «*Zur Technik der Extirpation von Abdominaltumoren.*»

P. Müller. *Ueber Extirpation d. Ut.* *Correspondenzbl. f. Sciez. Aerzte*, 1878, núm. 20.

Wood. *Cincinnati Lancet and Clinic.*, 1879, 15/2, 8 casos, 5 curaciones.

Miculiz. *Wien. med. Wochenschr.*, núms. 19-22, 1879.

Rokitansky. *Wien. med. Presse*, 1879, núms. 22, 24, 25.

Lossen. *Berl. klin Wochenschr.*, 1879, núms. 14 y 15.

La extirpacion parcial del útero por la vía abdominal, reservada hasta poco há para los casos de fibromiomas voluminosos, ha sido recientemente practicada en casos de tumores malignos (Hegar, Müller, Schröder). Respecto á algunas indicaciones raras véase el artículo 3.º. No es preciso extirpar el tumor sin tocar al útero sino en los casos en que se trate de un fibromioma. Esta última operacion merece el nombre de miotomía que Schröder la había dado. La amputacion supravaginal del útero en los casos de fibroma, histerotomía de Péan, debe ser considerada como una operacion mucho más vasta, que merece ser claramente distinguida por su denominacion de la precedente.

Bajo el punto de vista de las indicaciones y del manual operatorio, la miotomía propiamente dicha y la amputacion supravaginal en los casos de fibromas presentan tantos puntos de contacto, que para evitar repeticiones las estudiaremos ambas en un mismo capítulo.

Anteriormente, cuando en los casos de fibromas uterinos se practicaba la laparotomía, se trataba casi siempre de un error de diagnóstico. Se pensaba en un tumor del ovario, ó bien, en la duda, se practicaba primero una incision exploradora, y desde que se conocía la realidad se dejaba de proseguir la operacion á causa del desarrollo enorme de los vasos. Así se condujeron Lizars en 1825 y Dieffenbach en 1826. De 14 hechos de este género, en 5 la muerte fué el resultado de la operacion.

En un principio se limitaban los cirujanos á extirpar los fibromas uterinos pediculizados. La primera operacion de este género fué practicada por Granville en 1837, sin éxito. Por el contrario, Atlée y Lane, en 1844, extirparon con buen éxito unos pólipos subserosos.

En 1843, Clay y Heatd acometieron las primeras amputaciones parciales del útero á consecuencia de tumores subserosos que se insertaban en una ancha base ó eran intersticiales. Las dos operadas sucumbieron por hemorragia pocas horas despues de la operacion. Los primeros éxitos han sido obtenidos por Burnham (*Nota bibliográfica núm. 1*) en Junio de 1853, y por Kimball (*Nota bibliográfica núm. 2*) en Septiembre de 1853.

En el caso de Burnham se cogieron desde luego en una ligadura dos quistes del ovario y un tumor pediculado del útero, y despues de haber sido seccionados se extirpó el útero mismo, porque tambien presentaba algunos tumores intersticiales. Se ligaron las dos arterias uterinas. Despues de la operacion sobrevino una inflamacion muy intensa con supuracion abundante por la herida abdominal y por la vagina, habiéndose levantado la enferma el día trigésimoquinto.

Kimball operó un caso en el que un mioma intersticial había provocado violentas hemorragias. A fin de no exagerar la longitud de la herida abdominal, el operador enucleó desde luego los nódulos fibrosos aislados, despues de haber pasado á nivel del istmo dos hilos dirigidos de delante atras, uniendo las extremidades á los lados del útero y anudándolas. Despues de la ablacion del cuerpo uterino, Kimball extrajo las ligaduras hácia afuera á traves del ángulo inferior de la herida, que fué cerrada por cuatro puntos de sutura. Ocho meses despues de la operacion no se habían aún desprendido las ligaduras.

En 1864, Péan reunió una estadística de 50 operaciones de gastrotonía en casos en que se trataba de tumores uterinos. Solamente en 35 casos (12 curaciones y 23 muertes) pudo ser terminada la operacion. En los 12 casos curados figuran 7 extirpaciones de tumores pediculados (2 casos de Atlée, 1 respectivamente de Lane, Fletcher, Hays, Herff y Nelson) y 5 amputaciones supravaginales del útero con ó sin ablacion simultánea de los ovarios (casos de Burnham, Kimball, Boyd, Clay y Kœberlé); solamente Kimball y Kœberlé operaron despues de haber hecho un diagnóstico preciso y recurriendo á un manual operatorio razonado; más tarde se publicaron los felices resultados de las operaciones de Stilling, Spencer Wells, Storer, Kœberlé, etcétera.

A Péan corresponde todo el mérito de haber establecido esta operacion sobre bases científicas. Ha sido el primero que ha dado un método operatorio preciso y que ha operado en casos bien diagnosticados y á consecuencia de indicaciones perfectamente claras. En 1873, de 9 laparotomías practicadas en los casos de tumores fibrosos del útero, Péan obtuvo 7 curaciones. Hasta fines de 1879 practicó 46 histerotomías, en las que obtuvo éxito satisfactorio 30 veces, estadística acerca de la cual ha dado detalles en la sesion de 18 de Noviembre de 1879 á la Academia de Medicina de Paris. Los buenos resultados obtenidos por Péan han dado un gran impulso á la propaganda de esta operacion y hoy se cuentan por cientos las operaciones que se practican en Alemania, Inglaterra, Rusia y América. Los cuadros estadísticos de Péan y de Gusserow (*Nota bibliográfica núm. 3*) no pueden tener valor, á consecuencia del inmenso desarrollo que recientemente ha

alcanzado esta operacion. Además, estas estadísticas generales no tienen más que una importancia secundaria, porque se reúnen y confunden en ellas los resultados obtenidos con diferentes procedimientos.

En Alemania, Hegar practicó en 1875, con éxito, las dos primeras extirpaciones de fibromas, operando por la pared abdominal; pero bien pronto siguieron el mismo camino Billroth, Kaltenbach, Schroeder, etc. Entre las estadísticas publicadas por algunos médicos podríamos citar la de Kœberlé (*Nota bibliográfica núm. 4*), que en 19 laparotomías acometidas en casos de fibromas uterinos obtuvo 9 curaciones. Hasta 1879, Spencer Wells (*loc. cit.*) contaba 24 extirpaciones completas de tumores uterinos, curando de las 24 operadas 9. Al lado de estas operaciones completas hay que contar 21 operaciones incompletas ó incisiones exploradoras. Billroth, en 25 histerotomías ha obtenido 10 curaciones. Thornton, en 12 laparotomías practicadas en casos de tumores uterinos terminó la operacion en 10, sucumbiendo 2 operadas y una de aquéllas en quienes no se completó la operacion. En el índice bibliográfico dejamos ya anotadas estadísticas ménos importantes.

El método de Péan, que consiste en fijar por medio de un hilo metálico el pedículo uterino fuera del peritoneo, apénas ha dado buenos resultados á otros operadores. Por esta razon, bien pronto sufrió diversas modificaciones. Sin embargo, no se ha realizado ningun progreso real y positivo sino por Kleeberg, que ha propuesto rodear el pedículo uterino por una ligadura elástica.

Los brillantes resultados obtenidos en la ovariectomía con el abandono del pedículo en la cavidad abdominal nos han obligado á elegir para la histerotomía el tratamiento intraperitoneal del pedículo. Siendo muy peligrosa la ligadura en masa del pedículo uterino, se han hecho los mayores esfuerzos y se han empleado las tentativas más variadas para sustituirla por la sutura de la herida uterina y la ligadura aislada de los vasos. Pero hasta aquí ninguno de estos métodos, de los cuales hemos de volver á ocuparnos detalladamente, ha dado serios y positivos resultados. Por el contrario, Hegar ha introducido recientemente en el método extraperitoneal modificaciones ventajosas tan notables, que este procedimiento parece que debe ser el procedimiento del porvenir. Los principales tiempos del método de Hegar son los siguientes: aplicacion de una ligadura elástica alrededor del pedículo del útero, oclusion exacta de la cavidad del peritoneo y aplicacion del hierro candente y del cloruro de zinc sobre el pedículo. Los resultados obtenidos desde 1879 por este método traspasan los obtenidos hasta esta fecha por otros procedimientos; por ejemplo, de 12 casos complicados en los cuales Hegar y Kaltenbach (*Nota bibliográfica núm. 5*) hicieron la amputacion supravaginal, una sola mujer, el número 11, sucumbió, no á consecuencia de septicemia, sino de una parálisis cardíaca.

ca debida á la anemia profunda que ya sufría la enferma antes de la operacion (*Nota bibliográfica núm. 6*).

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Nelson's Americ. Lancet*, 1865, y *Lyman's Report. Boston*, 1856.
- 2) *Boston Med. and surg. Journal*, 1855.
- 3) En 1873, Péan reunió en el trabajo citado anteriormente 44 casos de ablacion parcial y total del útero por el método suprapubiano. En esta estadística se contaban 14 casos de curacion. En 1878, Gusserow reunió 17 casos de extirpacion de fibromas pediculados, en los que hubo 12 terminados por muerte, ó sea un 70,5 por 100; 55 casos de amputacion supravaginal del útero con 32 casos de muerte, ó sea un 58 por 100, y 41 casos de laparotomía para la ablacion de tumores fibro-quísticos, entre los que hubo 19 muertes, ó lo que es igual, un 46,3 por 100. (Véase *Die Neubildungen des Uterus*, Stuttgart, 1878.)
- 4) S. Gusserow. *Loc. cit.*, pág. 90.
- 5) De siete laparotomías practicadas para extirpar tumores fibrosos del útero, Kaltenbach no perdió más que una enferma. De estas operaciones, las tres últimas fueron practicadas con arreglo á los nuevos procedimientos.
- 6) Durante muchos meses antes de la operacion, la enferma había sufrido un tratamiento preparatorio, taponamiento, etc. La sangre que se vertía por la herida de la pared abdominal era muy fluída y de un color sucio. La muerte sobrevino al tercer día con signos de parálisis cardíaca. La cavidad peritoneal estaba en un estado completamente normal.

Art. 2.º—Anatomía de los fibromas subserosos é intersticiales del útero.

Quando se practica la laparotomía se trata casi exclusivamente de fibromiomas subserosos ó intersticiales.

Los miomas subserosos son frecuentemente múltiples y se asemejan á pólipos externos ó peritoneales. Frecuentemente, á consecuencia de la irritacion mecánica del peritoneo, provocan la aparicion de una ascítis muy considerable y flotan en medio de este líquido como las partes fetales en el líquido amniótico (*Nota bibliográfica núm. 1*).

Los miomas subserosos solitarios provienen del fondo y de la cara posterior del útero (*fig. 4*), segun Kœberlé. En este punto están pediculados, ó por lo ménos su base es muy estrecha y semeja un pedículo. Es muy raro verlos adherirse por una ancha superficie al fondo y al cuerpo del útero.

Los miomas intersticiales provienen tambien casi siempre del fondo y del cuerpo de la matriz. Dejan el cuello intacto en una extension más ó ménos considerable; sin embargo, algunas veces le estiran en

sentido de su longitud. Se encuentran tambien, pero de una manera excepcional, nódulos fibrosos aislados en el cuello, ó bien esta parte del útero parece participar de la infiltracion fibrosa que invade todo el órgano, recubriendo el tumor, que forma prominencia hácia la mucosa, pero que nace en el cuerpo del útero.

La forma exterior y el estado de la cara superficial del tumor dependen de la disposicion de las capas externas constituidas por el tejido muscular uterino. Si el tejido de este órgano forma un revestimiento completo, el tumor presenta una cara superficial lisa y su forma es esférica ú oval. Pero si el tejido muscular presenta en diferentes puntos nódulos fibrosos, ó bien si existen á la vez nódulos fibrosos subserosos, intersticiales y aún submucosos, la forma del tumor se torna muy irregular.

Si el tumor parte del fondo del útero ó de uno de los ángulos de este órgano, los ovarios ocupan una situacion casi normal y están situados casi al nivel del estrecho superior. Pero en los casos de tumor intersticial del cuerpo del útero, son impulsados hácia arriba, absolutamente lo mismo que en el embarazo, si bien quedan situados simétricamente á cada lado del tumor, pudiendo percibirse á traves de la pared abdominal.

Es muy frecuente que los ovarios sufran una degeneracion quística ó fibrosa cuando los fibromas uterinos son muy voluminosos. Frecuentemente tambien las trompas, á consecuencia de la retencion de los productos segregados, forman sacos considerables.

Los tumores que parten del segmento superior del útero crecen generalmente por fuera del ligamento ancho, si bien cuando las partes inferiores de la matriz quedan intactas les constituyen una especie de pedículo. Por el contrario, si el tumor parte del segmento inferior del cuerpo del útero, disocia las hojas del ligamento ancho y se extiende hasta el cuello. Se han observado casos en los cuales la disociacion de los ligamentos anchos se prolongaba sobre uno ó sobre los dos lados hasta á nivel de la pared pelviana. Por otra parte, el ligamento ancho todo entero y el peritoneo que recubre su cara anterior pueden ser empujados hácia arriba por tumores intraligamentosos; asimismo la vejiga puede algunas veces ser elevada hasta á nivel de la region umbilical (Péan). Otras veces se observan solamente entre las hojas del ligamento ancho algunos nódulos salientes y abollados, mientras que el cuello conserva su volúmen normal. Se ven, en fin, casos en que se trata de tumores nacidos en el cuello y que desarrollándose bajo el peritoneo pelviano, provocan signos penosos de compresion sobre los órganos alojados en la cavidad que éste tapiza.

Los fibromiomas voluminosos, y sobre todo los tumores situados bajo el peritoneo, presentan frecuentemente colecciones líquidas, de-

generaciones quísticas de diversa naturaleza, constituyendo entonces tumores fibro-quísticos, ya se trate de una infiltración edematosa, ya de una ectasia de las lagunas linfáticas (*fibromioma linfangiectásico*). En este caso, las partes rellenas de líquido se hacen cada vez más voluminosas, confluyen y forman cavidades cubiertas de un revestimiento epitelial; por último, existen en el interior del tumor nódulos degenerados conteniendo fibras muculares, sangre, fibrina, elementos celulares y detritus de naturaleza variada. Schuh ha encontrado, en un caso, 20 litros de un líquido oscuro acumulado en un tumor de esta

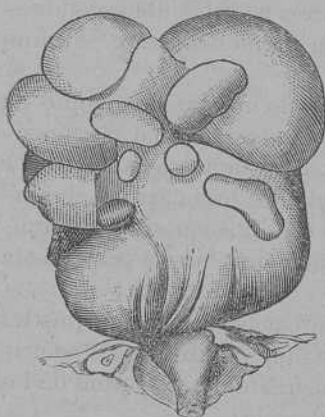


Fig. 4.

naturaleza. Spencer Wells ha extirpado un tumor implantado en el fondo del útero cuyas partes sólidas pesaban más de 8 kilogramos y que además contenía 24 litros de líquido y 6 kilos de fibrina degenerada (fig. 4).

Péan y Urdy (*Nota bibliográfica número 2*), Demarquay, Lebec (*Nota bibliográfica núm. 3*) y otros han descrito también quistes uterinos sin que hubiera fibromas al mismo tiempo. Pueden implantarse entre el peritoneo y el útero (quistes subperitoneales) ó bien en el tejido uterino mismo.

Es difícil establecer con precisión los caracteres anatómicos de los cuatro casos operados por Péan (*Nota bibliográfica núm. 4*). En un caso parece que se trataba de un sarcoma del útero complicado con hidrómetra en una mujer de cincuenta y tres años. En los tres restantes el contenido, que oscilaba entre 7 y 10 litros, era de naturaleza hemorrágica, ó parecía una verdadera mezcla de sangre y pus.

El edema simple del tumor puede provocar la formación de masas mixomatosas á consecuencia de la invasión de numerosas células redondas semejantes á los nódulos (mixomioma de Virchow). También se ha descrito muchas veces la transformación sarcomatosa (miosarcoma, mixosarcoma). En la enferma á quien se refiere la fig. 4, dibujada según un caso de Spencer Wells, otro profesor había extirpado, once años antes, la mitad de un maxilar á consecuencia de un tumor fibroso.

En los casos de fibroma uterino las adherencias con los órganos vecinos son muy raras, más que en los tumores del ovario. Y no obstante, no es raro observar que el rápido crecimiento de un fibroma del útero da origen á la presentación de peritonitis circunscritas.

Cuando estas adherencias existen se trata, lo más comunmente, de miomas solitarios, subserosos, ó de tumores quísticos que ya han sido puncionados. Estas adherencias son, ya reticuladas y extendidas á una gran superficie, ya formando cordones compactos muy vasculares que insertándose en la pared abdominal, el epiploon ó el intestino, aportan al tumor abundantes elementos de nutrición. Kceberlé ha visto tres arterias del calibre de la radial partir del epiploon y terminar en el tumor. Frecuentemente se encuentran en el interior de estas adherencias venas que tienen el volúmen de un dedo. Los vasos son generalmente poco importantes cuando el tumor está pediculado y completamente desligado del útero.

Los tumores que se insertan ampliamente en un ángulo del útero reciben una gran cantidad de sangre por las extremidades terminales de las arterias útero-ovárica y uterina, lo cual se explica porque los tumores implantados en este sitio crecen tan rápidamente y constituyen, por lo comun, el objeto de nuestras intervenciones operatorias. La existencia de vasos arteriales y venosos en los fibromiomas intersticiales concuerda con un crecimiento rápido de estos tumores. Los haces vasculares dependientes de las arterias uterina y útero-ováricas están situados sobre el borde del tumor y arrastran por debajo del peritoneo, como si se tratara de un útero grávido. Al practicar la ablación se encuentran á nivel del cuello gruesos vasos que ocupan espacios llenos de tejido celular laxo, espacios de forma prismática, situados entre el borde del útero y las hojas de los ligamentos. También en el tumor los vasos venosos y los capilares están manifestamente prolongados, y el tumor puede tomar un aspecto cavernoso (fibroma telangiectásico, sarcoma cavernoso). No es raro encontrar bajo la cara superficial del tumor y en el interior de los ligamentos venas que tengan el calibre de un dedo. En la mayor parte de los tumores intra-ligamentosos el plexo pampiniforme se hace asiento de numerosas varices.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Se han observado igualmente ascitis enquistadas en los casos de fibromas múltiples. (Véase Péan. *Clinica quirúrgica*, 1876, núm. 210.)
- 2) Péan y Urdy dicen (*loc. cit.*): «La bolsa del quiste está formada, en este caso, por el tejido uterino mismo, ya que haya conservado sus caracteres normales, ya que haya sufrido la degeneración grasosa ó granulosa.»
- 3) *Étude sur les tumeurs fibro kystiques et kystes de l'utérus*, París.
- 4) *Clinique chirurgi.*, núm. 215, 1879, págs. 812 y 813.

Art. 3.º—Indicaciones de la miotomía y de la amputacion supravaginal del útero.

Los fibromiomas del útero no ocasionan frecuentemente más que una ligera molestia. Crecen lentamente, permaneciendo estacionarios ó sufriendo metamorfosis regresivas en el momento de la menopausia. No debe, pues, practicarse la extirpacion de estos tumores sino cuando provocan dolores considerables, cuando la vida está en peligro y cuando desde el principio parece que no han de dar resultado alguno ningun tratamiento médico ni operaciones poco peligrosas. Hechas estas reservas, podemos ademas formular las indicaciones siguientes:

1.^a *Crecimiento rápido del tumor y compresion penosa de los órganos abdominales y torácicos.* — A consecuencia de su peso, de su densidad y de la falta de elasticidad de los tejidos que los constituyen, los tumores fibrosos provocan en igualdad de volúmen molestias mucho más considerables que los quistes. Cuando los tumores uterinos crecen rápidamente, vemos sobrevenir una especie de peligros muy poco estudiados hasta ahora; tales son las frecuentes trombosis que se extienden hasta el tumor mismo, así como á las venas de la pelvis y de los muslos.

Numerosos autores consideran los trastornos nerviosos y cerebrales (paraplegia, ataxia, hiperestesia, trastornos intelectuales y, sobre todo, la melancolia, etc.), como estados intimamente ligados á los trastornos de la circulacion que acompañan á los fibromas uterinos. Para estos autores, estos accidentes constituyen una indicacion especial de la operacion. Péan (*Nota bibliográfica núm. 1*) ha descrito muchos casos en los cuales trastornos de esta naturaleza habian desaparecido despues de la operacion, habiendo observado nosotros tambien hechos semejantes. Mays (*Nota bibliográfica núm. 2*) refiere que en una de sus operadas habian desaparecido los accidentes epileptiformes que aquélla sufría, despues de la extirpacion del tumor. El rápido crecimiento de éste se observa no solamente en las mujeres jóvenes, porque no siempre debe ser atribuido á la abundancia del riego sanguíneo, siendo preciso ademas tener en cuenta otras circunstancias, tales como la degeneracion quística, mixomatosa, sarcomatosa, etc.

2.^a *Cuando existen hemorragias graves que ningun medio basta á contener,* en los casos de miomas intersticiales y submucosos, si la ablacion por las vías naturales es impracticable ó parece muy peligrosa y si, finalmente, parece que no puede esperarse resultado alguno de las castracion.

3.^a *Una ascitis considerable* provocada por un mioma subseroso. En este caso es evidente que es preciso destruir el tumor que provoca la irritacion del peritoneo.

4.^a *Las modificaciones desfavorables que se producen en el tumor ó en los puntos vecinos.* — Citaremos aquí las degeneraciones quística, mixomatosa ó sarcomatosa, la supuracion, etc., la torsion en los casos de tumor pediculado (fig. 4) con todas sus consecuencias y, finalmente, la peritonitis.

5.^a *Los signos de estrangulacion de los órganos pelvianos,* que se producen cuando hundiéndose por detras de la vagina ó en el interior de los ligamentos, los nódulos fibrosos no pueden ser elevados hácia la cavidad abdominal.

6.^a *El prolapso completo del útero,* ocasionado por un fibromioma voluminoso que se inserte sobre el fondo ó sobre el cuerpo del útero. En este caso los dolores pueden ser insupportables y sólo de la ablacion del tumor y de la fijacion del pedículo fuera del peritoneo puede esperarse algun resultado. Kaltenbach (*loc. cit.*) y poco despues de él Müller han operado con éxito atemperándose á esta indicacion.

Cuando un fibroma uterino voluminoso viene á estar complicado con un embarazo, la situacion se hace muy crítica. La gestacion activa generalmente el crecimiento del tumor y la compresion de los órganos abdominales y torácicos llega á alcanzar un grado tal que la vida de la paciente se encuentra comprometida por sólo este hecho, pudiendo ademas ver sobrevenir la peritonitis, debida ó no á la torsion del pedículo. Cappie (*Nota bibliográfica núm. 3*) ha descrito un caso en el que la muerte sobrevino al cuarto mes del embarazo á consecuencia de la torsion del pedículo en la direccion de su eje, habiéndose observado todos los signos de una peritonitis aguda.

Estos accidentes pueden obligarnos, estando la vida en peligro, á intervenir, y no siéndonos posible reducir el volúmen del tumor, nos queda la alternativa de interrumpir artificialmente el embarazo ó extirpar el tumor. Pueden hacerse objeciones muy serias al aborto provocado. Ofrece los más grandes peligros, y aún cuando el caso sea favorable, desembaraza muy poco los órganos comprimidos; apenas se gana tiempo, y siendo inevitable la operacion cuando el tumor es voluminoso, la paciente se encuentra expuesta inútilmente dos veces á grandes peligros. El aborto provocado es, en efecto, peligroso á causa de las hemorragias graves que sobrevienen cuando la placenta se inserta sobre el tumor, que es apenas retráctil, y á causa de la posibilidad de observar una degeneracion puerperal del tumor.

Debe, pues, practicarse preferentemente la extirpacion del tumor, cuando la operacion es posible. Si el fibroma es pediculado, puede practicarse sólo la extirpacion del tumor; pero si el mioma, ya sea subseroso, ya intersticial, presenta una ancha superficie de insercion, no hay más solucion que una; extirpar á la vez el tumor y el útero

grávido. Cuando la vida está en peligro esta operacion está justificada, y lo está de una manera incontestable porque hace desaparecer á la vez el tumor y el embarazo; alivia, pues, mucho más que el simple aborto, que entraña tantos peligros.

Bajo el punto de vista del manual operatorio debe preferirse tambien la doble extirpacion del tumor y del útero grávido, porque durante el embarazo el cuello del útero y los ligamentos ofrecen una gran elasticidad; todo está, pues, muy bien preparado para la amputacion supravaginal del útero.

Este asunto está tan poco estudiado, que vamos á resumir aqui rápidamente las operaciones de miotomia y de amputacion supravaginal practicadas en los casos de complicacion por el embarazo.

Schroeder (*Nota bibliográfica núm. 4*)—16 de Noviembre de 1879—practicó durante la décimasexta semana del embarazo la extirpacion de un grueso mioma enclavado entre el útero y el hígado que se nutría por las adherencias que había contraído con el peritoneo, extirpando al mismo tiempo dos pequeños miomas pediculados. Hizo las ligaduras con hilos dobles y aplicó una sutura por encima de la herida del pedículo. La enferma curó y parió á término.

Hegar (Enero de 1880) practicó durante el tercer mes del embarazo la extirpacion de un fibroma reblandecido que ofrecía el volúmen de la cabeza de un adulto, existiendo signos graves de compresion y peritonitis subaguda. Este cirujano practicó la ligadura doble del pedículo, cauterizando la superficie de seccion de este último. La enferma sucumbió á consecuencia de la septicemia el séptimo día.

Kaltenbach (*Nota bibliográfica núm. 5*)—2 de Marzo de 1880—practicó en el quinto mes del embarazo la amputacion supravaginal del útero; se trataba de un mioma intersticial que pesaba 3 kilogramos 350 gramos y que se insertaba en el fondo y en el cuerpo del útero, y existian fenómenos graves de compresion y hemorragias. El pedículo se fijó fuera de la cavidad peritoneal. La enferma curó.

Wasseige (*Nota bibliográfica núm. 6*)—18 de Marzo de 1880—practicó la amputacion supravaginal del útero en una mujer embarazada de cinco meses, tratándose de un tumor que pesaba 4.500 gramos y que se insertaba como en el caso de Kaltenbach. El pedículo fué introducido en el peritoneo y la muerte tuvo lugar el sexto día á consecuencia de una septicemia.

Al lado de estos casos en los cuales el diagnóstico fué precisado es preciso colocar el caso de Péan (*Nota bibliográfica núm. 7*)—15 de Diciembre de 1884.—En este caso un embarazo de cinco meses estaba enmascarado por la presencia de un enorme tumor fibro-quístico (10 litros de líquido y 7.300 gramos de sustancia sólida). La base del tumor que correspondía al fondo y á la pared anterior del útero fué

fijada por fuera del peritoneo. La enferma abortó al día siguiente de la operacion, curando despues.

Los resultados de la laparotomía en los casos de fibroma del útero se han modificado ventajosamente, de tal suerte que debemos operar lo más pronto posible desde el momento en que la operacion está indicada. Si se observa que decae el estado general á consecuencia de las hemorragias; si existen dolores, signos de irritacion y de compresion de los órganos abdominales; si el tumor, teniendo adherencias muy vasculares, alcanza rápidamente un crecido volúmen, no existe razon alguna para esperar á que la vida de la paciente se halle en inminente peligro. En interes de las mismas enfermas debemos practicar oportunamente, cuando el estado general sea bueno aún, una operacion que será inevitable en un plazo más ó ménos largo. Cuando el cuello uterino sea suficientemente largo y flexible, cuando los peligros de la operacion parezcan relativamente menores y puedan ser bien precisados, debemos atemperarnos á las reglas precedentes.

Pero es preciso pesar muy cuidadosamente las indicaciones cuando el cuello es corto y grueso, y cuando el tumor se extiende á lo léjos en el interior de los ligamentos, porque á pesar del perfeccionamiento del manual operatorio, los peligros son, en este caso, bastante grandes. Hay, en fin, tumores que debemos colocar en la categoria de inoperables, ya porque su base sea muy voluminosa, ya porque el útero todo entero haya sufrido la degeneracion fibrosa, ya porque los ligamentos hayan sido desplegados en una extensa superficie, ya tambien porque un mioma colosal, mal limitado, intersticial, se haya hundido profundamente por su segmento inferior en la vagina á traves del cuello entreabierto.

La hysterotomía está momentáneamente contraindicada cuando la anemia es muy considerable, ó bien cuando existen trombosis de formacion reciente en las venas de la pelvis y de los muslos.

Si se trata de un sarcoma ó de un carcinoma del cuerpo del útero es preciso practicar la amputacion supravaginal, cuando el cuello está completamente sano. Hegar (*Nota bibliográfica núm. 8*) y Schroeder (*Nota bibliográfica núm. 9*) en estas circunstancias han obtenido excelentes resultados practicando la extirpacion parcial por la vía abdominal.

Volveremos á ocuparnos en el artículo 4.º del capítulo VIII de esta cuestion, á propósito de un caso de amputacion supravaginal del útero en un caso de ante flexion uterina que había provocado accidentes nerviosos de origen reflejo.

Recientemente Müller (*Nota bibliográfica núm. 10*) ha practicado con éxito la amputacion supravaginal en tres casos de prolapso (sin fibromas). Los órganos genitales quedaron mantenidos en la cavidad

abdominal á consecuencia de la fijacion del pedículo en la herida de la pared abdominal. Nosotros consideramos este método operatorio como más peligroso que la extirpacion total del útero prolapsado en la vagina. Los resultados nos parecen inciertos, porque la cicatriz del pedículo se estira más tarde de un modo muy notable.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *L. c.*, 1876, núm. 201, pág. 676, y núm. 207, pág. 677.
- 2) *Western Lancet*, 1879, Julio; Cf. *Centralbl. f. Gyn.*, núm. 2, 1880.
- 3) *Edimb. med. Journ.*, XX, pág. 10.
- 4) *Zeitschr. f. Gebh. y Gyn.*, t. V, pág. 397.
- 5) *Centralbl. f. Gyn.*, 1880, núm. 15.
- 6) *Estrait des Bulletins de l'Académie Royale de Médecine*, XIV, 3.^a serie, núm. 4, Bruselas.
- 7) *Clinique chirurgicale*, 1876, pág. 679.
- 8) Una operada de Hegar ha permanecido un año sin experimentar la recidiva.
- 9) *Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.*, VI B., 2 H., pág. 216.
- 10) *Vortrag. d. gynäk. Sec. d. r. Badener Naturforscherversammlung*.

Art. 4.^o — Manual operatorio.

En la miotomía y en la amputacion supravaginal, los primeros tiempos de la operacion son absolutamente semejantes; por esta razon sólo daremos una sola descripcion de ambas. Se hacen los preparativos, se coloca la enferma y se disponen los ayudantes lo mismo que para la ovariectomía.

La longitud de la incision depende del volúmen del tumor y varía segun que el propósito sea extirparle tal como él es ó segun que se trate de disminuir previamente su volúmen. Nosotros preferimos practicar desde el principio una gran incision. Despues de la abertura de la cavidad abdominal, el peritoneo se fija á la piel en el ángulo inferior de la herida y sobre las partes laterales mediante la aplicacion de una serie de suturas provisionales. De esta suerte se evita la disociacion de las capas de la pared abdominal en las maniobras necesarias para extraer el tumor fuera de la cavidad.

No puede disminuirse el volúmen del tumor por una puncion sino cuando se trata de un tumor fibro-quístico que contenga grandes cavidades. Pero aún en este caso se obtienen escasos resultados: sólo se consigue extraer muy poco líquido, aunque en el tumor se haya observado una fluctuacion manifiesta, porque las cavidades no comunican entre sí y la cánula se ve á cada instante obstruida por coágulos fibrinosos, pudiendo dar origen la puncion, si se practica con un trócar voluminoso, á fuertes hemorragias, y aún observarse despues la

caída en la cavidad abdominal de las masas contenidas en el tumor. Es preciso, pues, no practicar la puncion sino cuando existen tumores quísticos excesivamente voluminosos y cuando esta maniobra operatoria puede facilitar la extraccion.

Cuando se trata de tumores sólidos formados por un gran número de nudosidades distintas, Kimball, Péan y Billroth han obtenido algunas veces la disminucion del volúmen del tumor practicando la enucleacion de algunos nódulos fibrosos. Este procedimiento facilita la salida de sangre en la cavidad abdominal, y la hemorragia puede, aún tratándose de una cápsula poco vascular, alcanzar proporciones que pongan en peligro la vida de la paciente (Billroth). Es cierto que

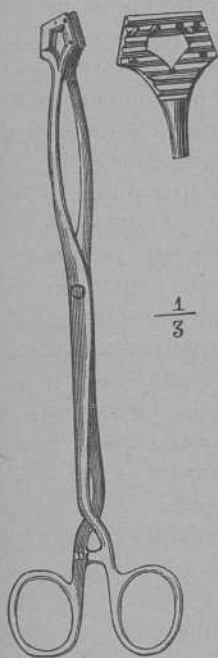


Fig. 5.



Fig. 6.

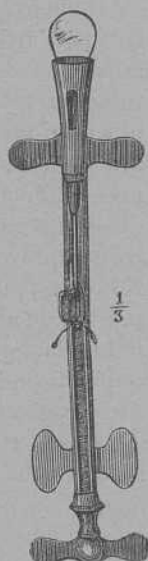


Fig. 7.

en algunos casos puede obviarse este último inconveniente aplicando alrededor del cuello el hilo de un magullador ó una ligadura elástica.

Péan disminuye el volúmen de los tumores practicando lo que él llama el «fraccionamiento».

Atraído el tumor hasta tocar los labios de la herida abdominal por medio de una pinza fuerte provista en su cara interna de largas puntas (figs. 5 y 6), Péan pasa á través del segmento del tumor, atraído hasta la herida abdominal de esta suerte, un hilo metálico grueso,

sirviéndose para ello de una larga aguja curva provista de mango, fija las dos mitades del hilo á dos aprieta-nudos de Cintrat (*fig. 7*)— *Nota bibliográfica núm. 1* — reuniéndose á los lados una y otra. Entre ambos aprieta-nudos se extirpa una masa de tejidos exangües. Se repite esta maniobra hasta que se haya fraccionado la porcion de tumor que ofrece los mayores diámetros, encontrándose entónces el tumor suficientemente disminuido de volúmen para que se le pueda extraer fuera de la cavidad abdominal.

El fraccionamiento de Péan es un proceder complicado, muy largo (*Nota bibliográfica núm. 2*), y la operacion se ve frecuentemente interrumpida por numerosos accidentes. En efecto, por lo comun se observan grandes hemorragias á consecuencia de la rotura ó del deslizamiento del hilo metálico (*Nota bibliográfica núm. 3*), que, por otra parte, no siempre impide la llegada de sangre al tumor.

Cuando la neoplasia es sólida, nosotros no hacemos ninguna tentativa para reducir su volúmen; nosotros damos, pues, á la incision de la pared abdominal toda la extension necesaria para poder extirpar el tumor en totalidad. Algunos inconvenientes de los que puede ofrecer una gran incision están ampliamente compensados, porque se abrevia mucho la duracion de las maniobras operatorias y puede verse mucho más fácilmente el campo operatorio. Cuando nosotros hemos practicado la traccion hácia afuera del tumor, no empleamos las pinzas, porque provocan, desgarrando la neoplasia, hemorragias muy tenaces. Nosotros practicamos la extraccion del tumor ejerciendo sobre él una presion de atras adelante y empujando por detras de él los bordes de la herida. Se ejecuta este tiempo de la operacion mucho más fácilmente practicando desde luégo tracciones sobre los segmentos más pequeños y cogiendo estas porciones con una compresa seca.

En la extirpacion de fibromas tenemos que ocuparnos de las adherencias ménos frecuentemente que en la ovariectomía. Se rompen fácilmente, sin provocar hemorragias sérias, las adherencias frescas que pueden existir entre la neoplasia, la pared abdominal y los intestinos. Pero es preciso poner la mayor atencion cuando se trata de adherencias vasculares con el epiploon, la pared abdominal y los intestinos.

Las adherencias con el epiploon no deben ser desprendidas á nivel del tumor, siendo necesario seccionarlas á cierta distancia y entre dos ligaduras, y debiendo ligarse previamente cerca del tumor cuando existen en el espesor de aquéllas vasos de grueso calibre. Aplicando ligaduras parciales en masa se evita lesionar los vasos en el punto por donde se introduce la aguja.

Finalmente, nos remitimos en todo lo que al manual operatorio se refiere á lo que dejamos dicho al ocuparnos de la ovariectomía.

Una vez practicada la traccion hácia afuera de la neoplasia, un

ayudante coge de fuera adentro los labios de la herida abdominal y los aplica uno contra otro por detras del tumor, quedando de esta suerte cerrada la cavidad del peritoneo. Un segundo ayudante eleva verticalmente el tumor por encima de la pared abdominal, evitando con el mayor cuidado dislocarle ó moverle, porque los ligamentos se desgarran muy fácilmente y podrían sobrevenir hemorragias externas muy peligrosas ó bien un hematocele subperitoneal. La idea de devolver á las enfermas anémicas una parte de la masa sanguínea acumulada en la neoplasia parece muy seductora. Labbé (*Nota bibliográfica núm. 4*) la ha ejecutado en un caso aplicando una venda de Esmarch alrededor del tumor. Sin embargo, este método parece que entraña numerosos peligros á causa de la frecuencia con que se encuentran trombosis extendidas al interior de las neoplasias.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Este instrumento ofrece á la vez las ventajas del magullador y del aprieta-nudos.
- 2) En dos casos la operacion duró de cinco á seis horas (*Clinique chirurgicale*, núm. 91, pág. 675, y 200, pág. 276).
- 3) Véase Péan, *loc. cit.*, 1876, pág. 212, y *Wien. med. Woch.*, núms. 1 y 2.
- 4) *Bullet. gén. de Thérap.*, año XXX, núm. 4, y *Journ. de Méd. et de Chirurg.*, Septiembre 1880.

Art. 5.º — Tratamiento del pedículo del tumor.

Pedículo uterino.

I. Cuando el tumor está pediculado ó se inserta sobre el útero por una base estrecha, puede extirparse sin que haya necesidad de tocar á la matriz, operacion que constituye la miotomía propiamente dicha. El pedículo ó punto de implantacion del tumor puede tambien en este caso, como en la ovariectomía, introducirse en la cavidad peritoneal, método que ofrece mucha seguridad. Cuando el pedículo no traspasa apénas el volúmen de un dedo pulgar, se le trata como el pedículo de un quiste del ovario, pasando un hilo ó una doble ligadura, y por encima de esta última, cauterizando despues de haber dejado un muñon suficientemente largo. Si no se hace más que aplicar el hierro al rojo ó el magullador sobre el pedículo, ó bien si se practica una ligadura en masa, no se queda al abrigo de una hemorragia.

Schroeder secciona con tijeras los pólipos subserosos provistos de un pedículo delgado y sutura por encima de la pequeña herida practicada de esta suerte los dos labios de la serosa. Lo mismo opera, y con éxito, cuando se trata de un tumor que se inserta por una ancha superficie y cuando la pérdida de sustancia del útero alcanza las dimen-

siones de un *thaler* (moneda de plata que vale 3,75 pesetas). Nosotros reservamos esta práctica para casos excepcionales cuando el punto de implantación del tumor es estrecho y muy poco vascular. Spiegelberg (*Nota bibliográfica núm. 1*) ha sido el primero que ha practicado la enucleación intraperitoneal, suturando en seguida la herida. Se trataba de un fibroma quístico voluminoso que se insertaba en la cara posterior del útero. La enferma sucumbió el décimosexto día á consecuencia de una peritonitis de origen séptico. Los casos semejantes de Billroth y de Gayet tuvieron igualmente un éxito funesto.

Un gran número de operadores prefieren fijar el pedículo fuera del peritoneo empleando el cepo, agujas lanceoladas, aprieta-nudos, etc. Citaremos principalmente á Péan, que fija, según el método que ya hemos descrito anteriormente, fuera del peritoneo un pedículo de 5 centímetros de longitud y del grueso de un dedo pulgar. En un caso Péan enucleó un tumor que se insertaba en el fondo del útero, y después, haciendo pedículo de la cápsula, le fijó en el ángulo inferior de la herida.

Más recientemente, Martin (*Nota bibliográfica núm. 2*) enucleó por la pared abdominal un cuerpo fibroso submucoso que no había podido ser alcanzado por la vagina. Para atraer el tumor fuera de la cavidad peritoneal aplicó un tubo de cautehuc por debajo de los ovarios, seccionando luego el fondo y la pared anterior del útero. Después de la incisión de la cápsula, el tumor, que se insertaba por una ancha superficie sobre la pared posterior, fué enucleado fácilmente; se practicó la oclusión de la envoltura del fibroma partiendo de la pared posterior del útero y aplicando suturas profundas; se practicó la reunión de los bordes de la herida de la mucosa y del músculo uterinos por un gran número de hilos profundos y superficiales; se practicó la ablación de los dos ovarios, cuyo volumen estaba aumentado, y, finalmente, se cerró la herida abdominal. La enferma curó.

II. Los tumores subserosos que no están completamente aislados del tejido de la matriz no pueden ser extirpados aisladamente porque su pedículo es muy largo y muy vascular. Es preciso extirpar al mismo tiempo un fragmento más ó ménos considerable del útero—amputación supravaginal del útero.

¿Qué porción del tejido uterino debe extirparse? Todo depende de la disposición de la superficie de implantación y de algunas otras circunstancias. Si, por ejemplo, no se extirpa más que uno de los ángulos del útero, apenas puede esperarse obtener una hemostasia completa si son muy vasculares los tejidos sobre los cuales se practica la sección. Si se fija el pedículo fuera del peritoneo, la oclusión de la serosa y la hemostasia se hacen mucho mejor si es el cuello uterino el que queda fijo á la herida abdominal (*Nota bibliográfica núm. 3*).

Es preciso, y ésta es una regla fundamental, hacer simultáneamente la ablacion de los ovarios cuando la mujer no ha alcanzado aún la edad de la menopausia, desde el momento en que se trate de practicar la ablacion de una parte del útero. De esta suerte se evita la posibilidad de una concepcion ulterior y la aparicion de hematoceles menstruales. Si se ha adoptado el tratamiento extraperitoneal del pedículo, el embarazo provocará, si el útero está fijo en la cicatriz de la pared abdominal, peligros y dolores considerables, y si la cavidad uterina queda abierta despues de la operacion, podria verse, como le ocurrió á Kœberlé, aparecer una gestacion intraperitoneal, comunicando libremente esta cavidad con el conducto cervical.

Kœberlé y Péan han visto producirse en el espacio de Douglas hemorragias de origen menstrual por no haberse extirpado los ovarios. En el caso de Péan fué mortal la hemorragia.

Si el tumor es intersticial, es preciso á todo trance practicar la amputacion supravaginal. La ablacion de los ovarios se ejecuta en este caso muy fácilmente porque, por lo comun, estos órganos, atraídos hácia afuera, descansan sobre las partes laterales del tumor y deben ser extirpados durante la operacion.

En la amputacion supravaginal puede optarse entre el tratamiento intraperitoneal y el extraperitoneal del pedículo.

Spencer Wells parece haber sido el primero que ha intentado fijar el muñon uterino á la herida abdominal. Despues de haber extirpado por medio del magullador un tumor que se insertaba por una ancha base sobre el fondo del útero vió producirse una hemorragia que ni la ligadura ni el hierro candente pudieron contener. Desde entonces Spencer Wells pasa gruesas agujas á traves del útero, las rodea por ocho vueltas de hilo y fija las partes así dispuestas en el ángulo inferior de la herida.

Pero es á Péan á quien corresponde el mérito de haber sido el primero que ha fijado de una manera metódica el pedículo uterino fuera del peritoneo. Para no lesionar la vejiga introduce un catéter en este órgano, que aísla. Pasa entonces á traves del cuello dos agujas de acero rectas cruzadas en ángulo recto, y por debajo de ellas pasa de delante atras á traves del cuello un grueso hilo metálico. Las dos extremidades de este hilo se reunen por medio del aprieta-nudos de Cintrat y se amputa el útero á alguna distancia de las agujas lanceoladas. Si todavía se vertiera algo de sangre, se dan algunas vueltas suplementarias al aprieta-nudos. En algunos casos Péan ha modificado este procedimiento, dividiendo el pedículo, que era muy largo, en tres segmentos, ó cogiendo con el hilo de metal la parte central del pedículo y aplicando sobre la cápsula sus pinzas hemostáticas.

Este método de Péan ofrece muchos inconvenientes.

Los ligamentos se hallan en tal grado de tension y el nudo está tan apretado, que el hilo corta muy fácilmente los tejidos, viéndose aparecer hemorragias terribles y rápidamente mortales. Además, la ligadura del pedículo no es ni duradera ni regular. Frecuentemente se observa que los ligamentos anchos y los vasos espermáticos se escapan á nivel de las partes laterales del asa metálica (*Nota bibliográfica núm. 4*), y si el pedículo adelgaza rápidamente, el hilo ejerce una constricción que bien pronto se hace insuficiente. Muy frecuentemente se derrama sangre, viéndonos obligados á apretar de nuevo los hilos, exponiéndonos de esta suerte á romper las adherencias que hubieran podido formarse.

Finalmente, con el método de Péan la cavidad abdominal no queda exactamente cerrada, y no podemos estar suficientemente seguros de que no sobrevendrá la putrefacción del pedículo. Aun empleando *clamps* ó magulladores de cadena redonda no se evita ninguno de estos inconvenientes. Además, estos instrumentos cubren las partes vecinas del pedículo é impiden aplicar con severidad el método antiséptico.

Con el método de Hegar pueden evitarse los accidentes que se experimentan con el procedimiento de Péan.

Después de haber determinado los límites de la vejiga, el grado de tension de los ligamentos, el estado de los ovarios y las conexiones del tumor, se rodea el cuello con un hilo elástico inmediatamente por debajo del punto á nivel del cual ha de practicarse la sección. La gran ventaja de este método radica en la seguridad y en la inocuidad de la acción del hilo. El hilo elástico obra durante mucho tiempo y produce gradualmente el arrugamiento del pedículo, pues al cabo de ocho días no se ha aflojado todavía.

Para hacer la ligadura total, nosotros empleamos un doble tubo que tenga de 5 á 6 milímetros de diámetro, tubo que, por la tracción, le hacemos disminuir de volumen hasta la mitad del que tiene.

Si se quiere que las ligaduras elásticas queden bien colocadas, es preciso adoptar ciertos cuidados y ciertas precauciones. Ya dejamos dicho cómo puede evitarse coger la vejiga. Tampoco se cogerán en la ligadura los intestinos, el epiploon ni la serosa parietal si se tiene cuidado de descubrir lo mejor posible el punto sobre el cual ha de aplicarse el hilo y si no se practica ninguna maniobra sin comprobar previamente el resultado por el tacto.

Es menester que la ligadura esté en estado de tension cuando se aplique y cuando se anude.

Además debe cogerse sólidamente el tubo entre el índice y el pulgar de la mano izquierda, que descansa por su borde interno sobre el monte de Venus, en tanto que con la mano derecha se rodea el cuello con el tubo en fuerte tension, cruzando entónces los hilos y oprimiendo el uno contra el otro con la mano izquierda ó con una pinza, mién-

tras que con la mano derecha se hace pasar la extremidad del tubo por un pequeño espacio limitado hacia dentro por el pedículo uterino y hacia afuera por un cabo ligeramente atraído hacia el exterior; se practica un primer nudo y sobre éste y rápidamente un segundo, tirando siempre de las extremidades libres del tubo, para impedir que los nudos se aflojen, ó bien se les rodea con seda.

Si se considera como insuficiente la ligadura en masa, ó si la circunferencia del pedículo es muy considerable, es preciso aplicar encima del primer hilo dos ligaduras elásticas parciales de calibre un poco menor.

Kleeber hace pasar estos hilos á través de la cánula de un trocar grueso. Pero el orificio hecho con este instrumento es ancho y se desgarrar muy fácilmente, ó bien se observan hemorragias, porque entre los hilos existe un segmento que apenas es comprimido por las ligaduras. Antiguamente nos servíamos por lo comun para colocar las ligaduras de la aguja de Péan, en el ojo de la cual fijábamos, con ayuda de una hebra de seda gruesa, el tubo, que doblábamos en dos. Pero en-

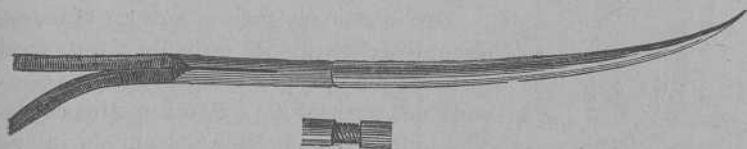


Fig. 8.

contrábamos nosotros, obrando así, grandes dificultades, ya porque se rompía el hilo, ya porque se cortaba el tubo, habiéndonos ocurrido muchas veces no poder pasar el tubo íntegro á través del pedículo uterino, y cuando hemos podido hacerlo nos era frecuentemente difícil distinguir las extremidades de cada tubo aplicados el uno contra el otro. Kaltenbach ha hecho construir un instrumento que tiene la forma de una aguja de mechar (*fig. 8*), á fin de poder introducir estos tubos. Este instrumento consiste en una aguja ligeramente curvada, aplastada hasta su parte media y con una cánula de resorte, en el interior de la cual se desliza por medio de un hilo de seda el doble tubo en fuerte tension; la aguja y la cánula se reúnen la una á la otra desde que ésta está provista del tubo. Durante la introduccion del instrumento (para la cual Hegar emplea una pinza especial) se tira ligeramente de sus extremidades. Con este instrumento, el orificio que se practica es relativamente pequeño, se pueden pasar las ligaduras sin

hundirlas á través del pedículo y fácilmente pueden reconocerse la una y la otra de las extremidades del tubo.

Después de haber aplicado los hilos alrededor del cuello se extirpa el tumor á 5 ó 6 centímetros por encima de los hilos y por delante con un bisturí de botón. En este momento el tumor da siempre una gran cantidad de sangre negra, lo que suele trastornar mucho al cirujano principiante, siendo preciso evitar ante todo que la sangre penetre en la cavidad abdominal. Con este objeto se ha recurrido á grandes esponjas y se aplican exactamente el uno contra el otro los labios de la herida abdominal.

La *toilette* del peritoneo en la histerotomía se termina por lo común muy rápidamente, porque es muy raro que la cavidad abdominal se manche, ya del contenido del tumor, ya de sangre que se derrame de la superficie de las adherencias, y puede casi siempre evitarse

que el líquido sanguíneo procedente de la herida abdominal ó de incisiones practicadas sobre el tumor penetre en la cavidad de la serosa; de suerte que el desagüe rara vez está indicado.

Hecho esto, es preciso suturar el revestimiento peritoneal del pedículo. A este efecto se pasa una aguja enhebrada con seda por el peritoneo parietal á 4 ó 5 milímetros del borde y lo más cerca posible del ángulo inferior de la herida. Luego se pasa la aguja á 1 centímetro de la cara posterior del pedículo por detrás de las ligaduras elásticas en un punto que corresponda á los bordes del peritoneo (*fig. 9*). Cuando se anuda este hilo, el peritoneo parietal viene á aplicarse exactamente sobre la serosa del pedículo. Se sutura, además, el peritoneo sobre la cara anterior de este último, y si fuere necesario sobre las partes laterales. Sin embargo, este último tiempo rara vez es necesario, porque puede asegurarse en una gran extensión el contacto de la serosa, si se dejan colocados los hilos que se han pasado desde el comienzo de la operación en el ángulo inferior de la herida, y que ranver-

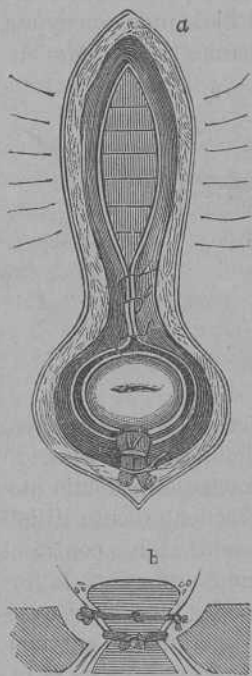


Fig. 9.

san hacia afuera el peritoneo. Si es preciso extirpar los ovarios, es necesario colocar su corto pedículo en relación con la sutura precedente, de tal suerte que la herida que resulte de su ablación quede fijada fuera del peritoneo. Por encima del pedículo recubierto por el

peritoneo se aplicarán tambien, en direccion del ombligo, tres ó cuatro hilos que no comprendan más que la serosa (*fig. 9*), y á partir de este punto se suturará la herida de la pared abdominal, siguiendo el método ordinario, con una serie de suturas superficiales y profundas. Obrando de esta manera, se cierra rápidamente y con seguridad la cavidad del peritoneo; ademas se hace una gotiera circular, entre el pedículo y la pared abdominal, que permite siempre ver el pedículo y [mantener un estado de limpieza esmerada en las zonas vecinas. La *fig. 9* muestra en un corte vertical la gotiera circular que existe alrededor del pedículo, y la disposicion de la ligadura elástica por encima de la sutura peritoneal.

Se fija el pedículo fuera del peritoneo por medio de dos fuertes agujas lanceoladas y cruzadas que descansan sobre la pared abdominal, de la cual están separadas por una pequeña almohadilla de uata rodeada de seda protectora.

Se puede generalmente, extirpando algunos fragmentos con las tijeras, ó bien enucleando algunos nódulos fibrosos que pueden encontrarse, disminuir de una manera notable el volúmen de la parte del pedículo que se encuentra situada por encima de las ligaduras. Es preciso, sin embargo, no ir muy léjos en este sentido, porque pueden escaparse fácilmente muchos vasos de la ligadura elástica, aunque el revestimiento formado por el tejido muscular uterino quede sólidamente apretado por los hilos. Cuando se trate de miomas intersticiales voluminosos será conveniente disminuir el volúmen del pedículo, pero es preciso siempre tener cuidado de ligar previamente los haces vasculares; finalmente, deberá practicarse una cauterizacion profunda sobre toda la superficie de seccion con el termo-cauterio de Paquelin.

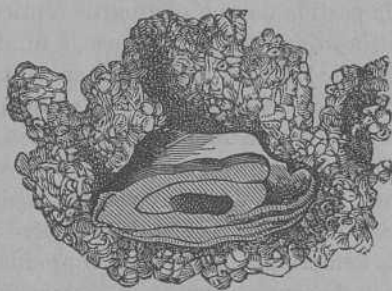


Fig. 10.

Cuando la hemostasia es completa, cuando la herida está bien seca, se rellena la gotiera circular que se encuentra alrededor del pedículo con una solucion de cloruro de zinc del 3 al 10 pcr 100, que se empapa con bolas de algodón. Para terminar, se lava la superficie de seccion con una solucion de cloruro de zinc al centésimo, absorbiendo cuidadosamente todos los líquidos que pudieran haberse acumulado, con algodón en rama.

Cuando la hemostasia es completa, cuando la herida está bien seca, se rellena la gotiera circular que se encuentra alrededor del pedículo con una solucion de cloruro de zinc del 3 al 10 pcr 100, que se empapa con bolas de algodón. Para terminar, se lava la superficie de seccion con una solucion de cloruro de zinc al centésimo, absorbiendo cuidadosamente todos los líquidos que pudieran haberse acumulado, con algodón en rama.

El pedículo y la herida del abdómen se recubren con uata fenicada y seda protectora, y se aplica por encima un vendaje de algodón en

rama, dispuesto de tal suerte que el pedículo y los puntos vecinos puedan ser puestos al descubierto sin fatigar á la enferma, levantando simplemente el borde inferior del vendaje.

En la histerotomía el método intraperitoneal ha sido ménos frecuentemente empleado y ha dado peores resultados.

Los primeros operadores empleaban un método mixto. Dejaban, es verdad, el pedículo dentro de la cavidad abdominal, pero hacían deslizar por el ángulo inferior de la herida, que permanecía abierto, largas ligaduras ó instrumentos destinados á rodear el pedículo.

Las primeras tentativas de aplicacion del método intraperitoneal propiamente dicho consistieron en la aplicacion de ligaduras en masa con hilos de seda con ó sin perforacion previa de la pared uterina, habiéndose reconocido bien pronto que este proceder era peligroso en el más alto grado. Las ligaduras se relajaban ó se hacían insuficientes á consecuencia de la disminucion de volúmen que sobrevenia más tarde en el pedículo. Kimball, Parkmann, Baker Brown y otros han perdido sus operadas por hemorragia interna despues de la caída de las ligaduras. En otros muchos casos el pedículo uterino es el punto de partida de una peritonitis séptica. Ya en 1874, Kalttenbach (*Nota bibliográfica núm. 4*) propuso, á fin de evitar la caída de las ligaduras, trenzar los hilos para poner en contacto directo las paredes anterior y posterior del útero y poder, al mismo tiempo, aislar completamente toda la herida de la matriz y de los ligamentos anchos. Hegar ha practicado esta sutura en un caso con éxito, en otro sobrevino la septicemia, y en un tercero, en el cual, habiéndose practicado la escision parcial de uno de los ángulos del útero, no bastó la sutura para contener la hemorragia. Cada orificio producido por la aguja daba tanta cantidad de sangre cuando se extraía aquélla, que, por último, hubo que practicar la amputacion supravaginal. La simple sutura de la herida no bastó para obtener una hemostasia completa, porque los vasos no estaban cogidos perpendicularmente á su eje.

En 1878, Schröder recomendó de nuevo la sutura de la herida uterina despues de la aplicacion previa de una ligadura en masa á nivel del orificio interno. Pero las hemorragias que se produjeron á nivel de los orificios practicados para aplicar la sutura fueron tales que las ventajas de ésta quedaron casi completamente anuladas. De seis casos en que fué aplicado este método, Schröder no perdió, sin embargo, más que una enferma.

Más tarde, este mismo cirujano propuso practicar ántes la ligadura de cuatro vasos gruesos que desembocaban en el útero. Desde el principio es preciso ligar la arteria útero-ovárica y las venas de este nombre, siendo muy fácil poner al descubierto este haz vascular si se opera contra la luz. En cambio, es muy difícil coger sobre las partes laterales del

cuello la arteria uterina. Despues de haber ligado las cuatro arterias que desembocan en el útero, se puede practicar la escision cónica de este órgano, que queda de esta suerte casi completamente exangüe, y se puede suturar la herida.

El método de Spencer Wells y de Kovacs (*Nota bibliográfica núm. 5*) difiere manifestamente del de Schroeder. Estos autores hacen la ligadura directa de los vasos del pedículo en la herida. Spencer Wells (*Nota bibliográfica núm. 6*) coge el útero en su forceps compresor, corta el tumor por encima, liga los vasos á nivel de la superficie de seccion y reune los bordes de la herida del peritoneo por una sutura á punto por cima. Antes de retirar las pinzas compresivas, Spencer Wells dividía el cuello uterino en dos ó más porciones y, cuando era necesario, practicaba una ligadura mediata para asegurar la hemostasia.

Kovacs practicaba una escision en embudo sobre el pedículo del útero y mantenía aproximados los labios de la herida uterina por una doble sutura de peletero, ya superficial ó ya profunda.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Archiv. für Gynäk.*, t. VI, pág. 341.
- 2) Burckhardt. *Beitrag zur Therapie der Uterus fibrome*. Nuevo método operatorio en los casos de tumor submucoso. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1880, núm. 27.
- 3) Segun una antigua estadística de Chrobak, de 9 casos en que fueron extirpados el útero y los ovarios, no hubo más que 5 que terminaran por la muerte, en tanto que de 9 casos en los cuales no se hizo más que la ablacion del fondo del útero, de las 9 pacientes murieron 8.
- 4) *Op. Gyn.*, 1.^a edicion, pág. 227.
- 5) Véase *Wien. Allg. Med. Zeit.*, 9 de Diciembre de 1879, pág. 537. *Sitzungs Bericht der Budapest kgl. Gesellsch. Aerzte*.
- 6) La primera pinza de forcipresion, tal como está figurada en el *Brit. med. Journal*, t. I, 1879, pág. 928, parece que no siempre ha permitido á Spencer Wells obtener una hemostasia perfecta, porque despues se han añadido á dicho instrumento largas puntas y se ha aumentado la anchura de la cara de compresion, dándole dimensiones superiores á una pulgada.

Art. 6.º — Crítica de los métodos intra y extraperitoneales.

En la amputacion supravaginal del útero es preciso juzgar los métodos intra y extraperitoneales de modo muy diferente que en la ovariectomía.

Cuando se trata de fibromas, subsisten la mismas importantes objeciones contra el método intraperitoneal.

Dadas la resistencia y la elasticidad del tejido uterino, una simple

ligadura en masa apenas basta para contener la hemorragia. Además, es muy difícil mantener el pedículo uterino en estado de asepsia porque contiene muchos tejidos y no nos es posible, como tratándose de un pedículo de quiste ovárico, exprimirle entre los dedos ni desecarlo con un cepo-cauterio para desembarazarle de todos los líquidos que contiene. A consecuencia de la laxitud de los nudos y de la consecutiva insuficiencia de las ligaduras se vierte sangre en la cavidad abdominal, observándose también, por lo tanto, producirse casi innecesariamente la putrefacción. Finalmente, el pedículo uterino puede infectarse por la vagina, llegando los gérmenes a lo largo de la mucosa. Nosotros hemos visto muy frecuentemente derramarse hacia afuera, en los primeros días que siguen a la operación, líquidos corrompidos por el conducto cervical (véase más adelante).

Merced a las modificaciones aportadas al manual operatorio, y mejor todavía merced a una buena elección de las sustancias que han de emplearse en la ligadura, pueden eliminarse los inconvenientes propios de la ligadura en masa.

Muchos cirujanos han creído en la posibilidad de poder apelar al tratamiento intraperitoneal del pedículo después de haber colocado una ligadura elástica. Es indudable que de esta suerte puede obtenerse una hemostasia completa, pero los peligros debidos al volumen y al estado del pedículo subsisten. Sin embargo, los hechos conocidos hasta la fecha, un caso desgraciado de Czerny, apenas permiten formular una conclusión formal y se precisa aún practicar muchas investigaciones y experimentos a este respecto.

Sin embargo, se ha realizado un progreso bien manifiesto practicando la sutura y recubriendo la herida uterina con el peritoneo después de haber ligado mediatamente los vasos (*Nota bibliográfica núm. 1*).

Este método completamente racional impide los inconvenientes de la simple ligadura en masa y los de una herida abierta, y prestará servicios muy señalados en todos los casos en que la hemostasia sea completa.

Desgraciadamente, en muchos casos parece que es, bajo el punto de vista técnico, impracticable ó muy peligrosa. Toda tentativa de ligadura mediata está contraindicada siempre que se trate de un tumor voluminoso que impida ver bien su punto de unión con el útero, ó bien cuando los vasos estén muy desarrollados en el interior de los ligamentos. Cada punción practicada con la aguja, cada desgarradura de un vaso, dan lugar a las hemorragias más terribles y la sangre viene a cubrir todo el campo operatorio, obligando a interrumpir las maniobras. También puede observarse la producción de hematomas subserosos muy extensos.

En un caso de operación de fibroma, Schroeder mismo se vió obli-

gado á abandonar su método porque sobrevino una hemorragia abundante despues de la aplicacion de ligaduras.

Es cierto que Spencer Wells obtuvo cuatro curaciones con su procedimiento, pero en dos casos tuvo que luchar con grandes hemorragias, debiendo ademas hacer notar que por cuatro operaciones completas tuvo tres incisiones exploradoras, de las cuales una terminó por la muerte y dos operaciones incompletas, que ambas terminaron tambien por la muerte, al tercero día en un caso y al octavo en otro (*Nota bibliográfica núm. 2*).

Finalmente, no sólo es preciso luchar contra las grandes hemorragias, sino que es preciso oponerse al derrame de pequeñas cantidades de sangre, porque impide la reunion por primera intencion de los labios de la herida y constituye una causa predisponente de septicemia. Ninguno de los métodos precedentes en los cuales se introduce el pedículo nos permite evitar de una manera absoluta las pequeñas hemorragias que se producen por los agujeros por donde se han pasado los hilos ó por los puntos de sutura que no están exactamente afrontados.

Así, pues, cuando se apela al método intraperitoneal es preciso temer siempre algun accidente. Nosotros hemos pretendido aceptar las recientes modificaciones aportadas al método intraperitoneal, pero fundándonos en nuestra experiencia, hemos tenido que dar, sin embargo, la preferencia al método extraperitoneal de Hegar, al ménos en los casos de fibroma.

Las ligaduras elásticas detienen completamente las hemorragias, y el empleo del cloruro de zinc permite evitar la putrefaccion del pedículo, pudiendo tambien eliminarse de esta suerte los dos grandes peligros de la histerotomía: la hemorragia y la septicemia.

No está, sin embargo, exento de inconvenientes el método extraperitoneal, porque exige cuidados consecutivos muy largos y delicados, favoreciendo ademas la produccion de las hernias.

Si el cuello es muy corto, y si los ligamentos están en fuerte tension, la fijacion del pedículo por fuera del peritoneo puede ofrecer grandes dificultades y aún hacerse imposible, siendo tambien muy difícil cuando la pared abdominal es muy rica en tejido grasoso. Lo más comunmente se observa esta disposicion en los casos de pequeños fibromas ó de tumores malignos del fondo del útero. Generalmente, los grandes tumores distienden y prolongan los ligamentos y adelgazan la pared abdominal.

Segun las investigaciones de Hegar (*Nota bibliográfica núm. 3*), investigaciones hechas sobre el cadáver, los ligamentos útero-sacros y el peritoneo que recubre la pared posterior de la pelvis constituyen los principales obstáculos para la dislocacion hácia adelante de un útero

normalmente situado. Para restituir la movilidad á este órgano, Hegar emplea un especie de tratamiento preparatorio, que consiste en la introduccion de pesarios y en movimientos de elevacion y descenso de la porcion vaginal, movimientos que ejecuta con la mano. Hegar no ha tratado de averiguar en dichas investigaciones sobre el cadáver si era posible y practicable seccionar los ligamentos útero-sacros ántes ó durante la operacion. Empleando este procedimiento, así como practicando la sutura del peritoneo que recubre el pedículo, hemos podido casi siempre triunfar de los inconvenientes del método extraperitoneal; pero es preciso advertir que quizá nuestros casos, merced al escaso desarrollo de los vasos, eran muy favorables á la aplicacion del método intraperitoneal.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Lossen ha referido un caso semejante (*Berl. Klin. Wochenschrift*, 1870, núms. 14 y 15). Despues de haber obtenido una hemostasia provisional con el magullador ó el aprieta-nudos de Cintrat, y despues de haber extirpado el mioma, completamente desprovisto de sangre, el operador pasó á traves del pedículo, inmediatamente por encima del asa, cuatro hebras de seda fenicada de un diámetro grueso, dos de las cuales fueron dirigidas transversalmente, y las otras dos pasadas de delante á atras. Las extremidades de estos hilos fueron anudadas unas con otras, de tal suerte que el pedículo se encontraba ligado por cuatro asas de hilo, abarcando cada una una cuarta parte del espesor del pedículo. Lossen ha propuesto un segundo método que consiste en hacer un nudo de pescador, nudo que es extraordinariamente sólido.

2) *Brit. med. Journal*, 6 de Noviembre de 1881.

3) *Wien. med. Presse*, núm. 17, 1877.

Art. 7.º — De las modificaciones de la histerotomía.

I. — AMPUTACION SUPRAVAGINAL EN LOS CASOS DE TUMORES MALIGNOS DEL ÚTERO

Hasta ahora, en casos de esta indole, Hegar ha fijado siempre el pedículo fuera del peritoneo. Sin embargo, la aplicacion del método extraperitoneal puede ser muy difícil. Puede, por ejemplo, ser imposible atraer la cara superficial del pedículo hasta á nivel de la pared abdominal. No obstante, esto no es de todo punto necesario porque, segun la elasticidad de la serosa parietal, se puede dejar el pedículo que se repliegue más ó ménos hácia la cavidad de la pelvis y fijar los hilos que la atraviesan por medio de una aguja encorvada, ó bien suturarle á un tallo de cristal, trozo de sonda, etc., aplicado al traves y por encima de la herida abdominal. La extensibilidad del cuello del útero hácia las partes superiores se encuentra manifestamente favorecida si

se tiene cuidado de separar y ligar los vasos útero-ováricos, así como la parte lateral de los ligamentos, ó bien si se secciona el fondo de saco vaginal como en la ablacion del útero segun el método de Freund.

Schröder (*Nota bibliográfica núm 1*) ha empleado siempre el método intraperitoneal, ligando los vasos útero-ováricos como queda dicho anteriormente. Para ligar las arterias uterinas, si el cuello no es inaccesible ni muy grueso, se pasa por su parte media un hilo doble y grueso partiendo de la zona posterior hacia la excavacion vesico-uterina, que se encuentra en descenso. Cada hilo se dirige en seguida hacia atras á traves de la base del ligamento ancho á 1 centímetro del borde lateral del útero, haciendo despues un nudo. Pero se opera mejor pasando á cada lado una aguja que partiendo del espacio de Douglas se dirija hacia adelante, atravesando los bordes laterales del cuello y haciendo el nudo como queda dicho más arriba, despues de haber reunido los hilos hacia atras. Si se quiere ligar la arteria uterina aisladamente, no se obtiene una hemostasia tan completa porque esta arteria ha enviado ya muchas ramas profundas que no pueden ser comprendidas en la ligadura. Se facilita la ligadura mediata de la arteria uterina si despues de haber ligado los vasos útero-ováricos se cortan los ligamentos hasta á nivel del cuello. Hecho esto, se secciona el útero á nivel de su orificio interno y por medio de ligaduras aisladas ó de una sutura profunda se contienen las pequeñas hemorragias que provienen del pedículo cervical ó de los ligamentos redondos, practicando tambien ligaduras aisladas ó suturas profundas y cerrando la herida con una doble serie de puntos de sutura. Los hilos más internos rodean simplemente la pared muscular del útero, en tanto que los externos afrontan lo más exactamente posible el uno contra el otro los bordes del peritoneo.

De cinco casos operados de esta suerte (en dos se trataba de sarcomas) sólo murió una enferma.

II. — ENUCLEACION DE FIBROMIOMAS INTRALIGAMENTOSOS

Se secciona transversalmente la cápsula peritoneal y se coge su borde inferior por medio de pinzas; se separa en seguida el tumor de todos los tejidos que le rodean hasta que sobre las partes laterales se alcance el punto á nivel del cual penetran los vasos útero-ováricos, y se aíslan lo mejor posible estos vasos haciendo un haz que se liga.

Los fibromas intraligamentosos se distinguen en general mucho mejor del tejido celular vecino que los quistes del ovario que ofrecen una insercion análoga. Así, pues, se les puede enuclear más fácilmente que pueden enuclearse tumores de esta última clase.

Por otra parte, la enorme vascularizacion del tejido celular peri-

uterino da lugar á grandes hemorragias á consecuencia de la rotura de las venas de la pelvis. Péan, por ejemplo, vió producirse en pocos segundos una hemorragia de 300 á 400 gramos.

En estos casos es preciso coger los vasos abiertos con largas pinzas. Cuando se opera en el fondo de la cavidad pelviana, las pinzas en forma de T y las en forma de corazon propuestas por Péan ofrecen, á nuestro juicio, grandes ventajas. Es casi siempre necesario dejar colocados estos instrumentos de compresion, porque es imposible ligar los vasos aisladamente, y porque tratando de hacer una ligadura mediata podrían lesionarse nuevos vasos, ó bien cogerse los uréteres en la ligadura.

Si estuviera contraindicado dejar las pinzas colocadas, sería imposible cerrar completamente la herida abdominal. Sería entónces preferible practicar el desagüe, ya hácia la vagina, ya hácia la pared abdominal (por medio de un tubo de cristal), ó ya á la vez en las dos direcciones, y tratar de aislar lo mejor posible con la seda protectora la herida practicada en el tejido celular.

En un caso de fibroma periuterino, Péan (*Nota bibliográfica número 2*) fijó en el ángulo inferior de la herida el pedículo uterino, un segundo haz formado por el tejido celular de los ligamentos anchos, y, finalmente, un tercero constituido por una determinada cantidad de pinzas.

Hegar (*Nota bibliográfica núm. 3*), despues de la enucleacion de muchos miomas subserosos enclavados en la cavidad de la pelvis y pediculados, fijó por fuera del peritoneo el cuello intacto y estrechado, y despues de haber ligado algunos vasos que daban sangre en la herida pelviana, practicó el desagüe vaginal: la enferma curó.

Algunos cirujanos, en ocasiones, despues de haber enucleado bien el tumor y contenido la hemorragia, se han arriesgado á suturar la gran herida de la pelvis con el peritoneo, habiendo ligado previamente los vasos uterinos y los útero-ováricos.

Tan es así, que Spencer Wells (*Nota bibliográfica núm. 4*), despues de haber enucleado un fibroma del ligamento ancho que pesaba 68 libras, suturó los bordes del peritoneo por encima de la herida de la pelvis por medio de una sutura á punto por encima, habiendo curado la enferma.

Eck (*Nota bibliográfica núm. 5*), en otro caso, aisló el peritoneo en una extension de 12 centímetros á nivel del borde anterior del tumor. Seccionó el útero por medio del galvano-cauterio, cogió los vasos de cada lado por medio de ligaduras en masa, ranversó el colgajo de peritoneo por encima del pedículo y le suturó con la serosa del espacio de Douglas. Se cortaron muy cortos los cabos del hilo y se dejaron en la cavidad abdominal, habiendo curado la enferma. Siete meses des-

pues sobrevino un absceso pelviano, eliminándose el pus y las ligaduras por el pedículo cervical.

Cuando están pediculados se pueden extirpar por la vagina los tumores intraligamentosos que avanzan bajo la serosa pelviana hasta el tejido celulo-adiposo paravaginal. (Véase el cap. VII del presente tomo.)

III. — TRATAMIENTO OPERATORIO DE LOS QUISTES UTERINOS

Péan, en tres casos de este género, despues de haber practicado la puncion — extrayendo de 7 á 10 litros de liquido — destruyó extensas adherencias, aplicó un hilo metálico lo más profundamente posible alrededor del útero, y fijó despues en el ángulo inferior de la herida el resto del tumor, del cual había extirpado la mayor parte. En el fondo de saco dejó una cánula permanente, no habiendo extirpado los ovarios aunque las mujeres tenían veinticuatro, treinta y seis y cuarenta y un años. En las dos primeras se restableció la menstruacion y la sangre se derramaba en parte por la cicatriz abdominal.

En el cuarto caso descrito como quiste del útero (sarcoma con hidrómetra) se practicó con éxito la amputacion supravaginal.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Zeitsch. f. Gebh. und Gynäk.*, t. VI.
- 2) *Loc cit.*, 1876, pág. 680.
- 3) *Dorff. Centr. f. Gyn.*, núm. 12, 1880, pág. 270.
- 4) *Brit. med. Journ.*, 11/10, 1878.
- 5) *Wojemno-Medizinsky Journ.*, 1877, Octubre y Noviembre.

Art. 8.º — Tratamiento consecutivo.

El tratamiento consecutivo en la histerotomía debe estar generalmente dirigido segun los mismos principios que quedan establecidos despues de todas las demas laparotomías.

Es preciso, sin embargo, estudiar con gran atencion las medidas que permitan impedir la putrefaccion del pedículo cuando se ha fijado por fuera del peritoneo. Péan y otros operadores han tratado de impedir este accidente embadurnando el pedículo con una solucion de percloruro de hierro, y haciendo con frecuencia, cuando aparezca la supuracion, lociones desinfectantes con soluciones de permanganato de potasa ó de ácido fénico. El sexquicloruro férrico provoca solamente la formacion de una escara dura en la cara superficial del pedículo, sin impedir la putrefaccion en su interior. Nosotros empleamos el agua clorurada, que desde luégo aplicamos sobre el pedículo por medio de

tapones de uata que se cambian frecuentemente (cada media hora ó cada quince minutos), á la cual hemos recurrido despues bajo la forma de irrigaciones permanentes. Los resultados del tratamiento con el agua clorurada fueron excelentes y casi siempre hemos logrado mantener los vasos del pedículo en un perfecto estado aséptico hasta la oclusion de la cavidad peritoneal. Pero el olor del cloro fatiga mucho los órganos respiratorios de muchas de las operadas, y cuando se emplea la irrigacion continua es muy difícil evitar que se mojen las enfermas, aunque se haya recurrido á camas de condiciones apropiadas.

El tratamiento por el cloruro de zinc obra de una manera mucho más perfecta (*Nota núm. 1*). Mediante este tratamiento, el pedículo se trasforma en una escara seca, y por espacio de mucho tiempo permanece inaccesible á los gérmenes. Tratando el pedículo como queda dicho anteriormente, es fácil extraer todos los líquidos susceptibles de corromperse que se hallan en su interior ó sobre los puntos vecinos. El pedículo queda seco, pero los tapones de algodón en rama que se hubieren aplicado alrededor del pedículo deben cambiarse algunas horas despues de la operacion, porque comunmente están empapados en serosidad sanguinolenta procedente de la pared abdominal y del pedículo. Más tarde se renuevan tres ó cuatro veces al día, segun la cantidad de secreciones. Al principio, cada vez que se cambia la cura se debe embadurnar toda la cara externa del pedículo con una solucion de cloruro de zinc al 5 ó al 10 por 100 y limpiar la superficie de seccion con una esponja empapada en otra solucion de cloruro de zinc á partes iguales.

Despues de emplear este tratamiento dos ó tres días el muñon se vuelve duro, se seca completamente y queda sin olor. Los bordes de la herida abdominal, bajo la influencia de la uata impregnada en la disolucion de cloruro de zinc, se cubren con escaras superficiales que se desprenden del quinto al séptimo día, dejando al descubierto una superficie granulosa limpia, pero que sangra fácilmente. Existe un medio que permite destruir toda la influencia nociva que pudiera tener el pedículo, cual es el de formar y estrechar cada día el pedículo cotidianamente á partir del tercer día, escindiéndolo con tijeras. De esta suerte penetra con más facilidad la solucion de cloruro de zinc y más profundamente, impidiendo la infeccion del muñon por la vía vaginal. Seccionando los bordes prominentes del pedículo se puede ver mejor el surco formado por la ligadura elástica y mantener seca y limpia toda la herida con más facilidad.

Al cabo de algunos días el pedículo ofrece una tendencia manifiesta á la retraccion. Las agujas lanceoladas deprimen cada vez más la piel y la herida situada alrededor del muñon se hace cada vez más profunda. Deslizandó tapones de uata por debajo de las agujas se im-

pide que ejerzan presion sobre la piel, y se evita la desgarradura de las adherencias peritoneales que se forman alrededor del pedículo.

Nosotros cortábamos ántes las ligaduras elásticas al quinto ó al sexto día á fin de observar mejor el pedículo. Sin embargo, nos parece que en este momento no están todavía obturados los vasos, porque hemos visto frecuentemente derramarse por la cara superficial del pedículo algunas gotas de sangre, razon por la cual las dejamos ahora hasta el décimo ó duodécimo día. El muñon se desprende espontáneamente del décimocuarto al vigésimo día. Sin embargo, desde el fin de la segunda semana no está adherido á las agujas sino por el intermedio de estrechos filamentos. Como en esta época la cavidad peritoneal está ya completamente cerrada, no esperamos generalmente la caida espontánea del muñon, sino que el día décimocuarto le cortamos un poco por encima de la línea de demarcacion. La herida, que desde el principio parecía bastante profunda, se cura con aceite fenicado, y despues de la caida de los últimos colgajos gangrenados, se cierra mediante una cicatriz un poco cóncava. Sin embargo, puede subsistir un trayecto fistuloso partiendo de la pared abdominal al conducto cervical. Ocho semanas despues de la operacion, Kaltenbach pudo pasar una sonda de grueso calibre desde la cicatriz abdominal hasta la vagina, y recíprocamente. Péan, que en las mujeres jóvenes no extirpa los ovarios, observó la nueva aparicion de las reglas por una fistula del pedículo y por la estrecha cicatriz, que se rompía á cada época menstrual.

A propósito de la evolucion de la herida despues de la hysterotomía, debemos decir tambien que al segundo ó cuarto día se observa frecuentemente un derrame sero-sanguinolento por la vagina. En este momento se observa ademas una mejoría en el estado general y un descenso de la temperatura, que hasta entónces era ligeramente alta. Este derrame proviene del pequeño segmento uterino que se encuentra situado por debajo de las ligaduras, segmento en el cual se producen importantes trastornos de la circulacion, como lo prueba la extension de la gangrena por debajo de la mencionada ligadura. Este hecho nos demuestra que debemos desinfectar completamente y con la mayor atencion el campo operatorio por la vagina, bastando para llenar este objeto lavar ántes con un líquido antiséptico el conducto vaginal y el cervical, impidiendo en seguida la penetracion del aire (*Nota número 2*).

Nosotros hemos observado ademas, mientras hemos operado por el método de Péan, que del octavo al duodécimo día despues de la operacion se presentan síntomas más ó menos graves que nosotros referimos á embolias que se forman en las pequeñas ramas de la arteria pulmonar. Existía una opresion brusca y se observaban latidos tu-

multuosos del corazón, disnea, punta de costado, si bien en ninguno de estos casos hemos observado la muerte, y no hemos podido, por tanto, justificar nuestro diagnóstico con la autopsia. En todos ellos hemos tomado la precaución de no permitir á la enferma ningún movimiento, para evitar la desgarradura del pedículo.

En los casos normales las enfermas pueden abandonar el lecho antes de las tres semanas.

NOTAS

1) Maas y Hack han podido deducir de sus investigaciones sobre « el poder reabsorbente de las heridas granulosas » que la escara debida á la acción del cloruro de zinc constituía el mejor medio protector contra la absorción de sustancias sépticas.

2) Es completamente inútil recurrir á cánulas de cristal para mantener abierto el conducto cervical cuando se trata el pedículo con el cloruro de zinc.

Art. 9.º—Peligros de la miotomía y de la histerotomía.—Estado de las enfermas despues de la operacion.

El pronóstico de estas operaciones ha mejorado con una rapidez sorprendente desde la aplicación racional del método antiséptico y desde que se han aportado notables perfeccionamientos al manual operatorio. Sin embargo, la histerotomía es siempre una operación mucho más grave que la ovariectomía. Los grandes peligros que acompañan á esta operación dependen:

- 1.º De la imposibilidad de reducir el volumen de los fibromas.
- 2.º De la rápida disminución que experimenta la presión á que están sometidos los órganos abdominales despues de la ablación de tumores voluminosos.
- 3.º Del gran desarrollo de los vasos.
- 4.º De la gran extensión de la superficie seccionada.

Frecuentemente, por otra parte, el estado general de las operadas está gravemente afectado por las hemorragias y por los fenómenos de compresión que están íntimamente ligados al desarrollo de estos tumores. Es indudable que son muy raras las adherencias, es indudable también que no se encuentran en los fibromas masas tan fácilmente corruptibles, pero éstas son condiciones que aún siendo favorables no bastan á compensar los inconvenientes de que acabamos de hablar.

Despues de la histerotomía, las causas de muerte son las mismas que las de la que sigue á otras laparotomías; pero el grado de frecuencia de cada una de ellas es muy diferente.

Anteriormente el colapso y el *shock* sobre todo eran considerados como la causa más frecuente de la muerte; ahora la operación por sí

misma y las hemorragias prolongadas, á las cuales es muy difícil sustraerse, constituyen condiciones singularmente favorables á la produccion de estas complicaciones.

Se han observado mujeres que han sucumbido rápidamente con signos de anemia cerebral, cuando durante la operacion se han extraído fuera del abdómen tumores muy voluminosos.

Howitz (*Nota bibliográfica núm. 1*) en dos casos ha visto aparecer fenómenos de *shoc* durante la permanencia del pedículo en el cepo. Bastará apreciar bien la causa de estos accidentes para poder disminuir notablemente su frecuencia y su gravedad; debiendo sobre todo abreviar cuanto posible sea la duracion del acto operatorio. Con este objeto deberá renunciarse á todas las maniobras por medio de las cuales se trate de disminuir el volúmen del tumor, y se deberá abandonar la ligadura en masa que coge irregularmente en un asa de hilo metálico ó entre las ramas de un cepo el pedículo tan rico en filetes nerviosos.

Las modificaciones aportadas al manual operatorio han hecho disminuir notablemente los peligros debidos á las hemorragias, que ántes eran tan frecuentes y tan graves. En efecto, de 35 casos reunidos por Koeberlé en 1864, ocho veces fué ocasionada la muerte por la hemorragia, observándose que las enfermas sucumbían sobre la mesa de operaciones á consecuencia de hemorragias debidas, ya á la desgarradura de los ligamentos sometidos á una tension exagerada, cuando se extraía el tumor hácia afuera, ya á heridas ocasionadas á los mismos por los instrumentos empleados en la operacion.

En otros casos, hemorragias bastante abundantes para poner rápidamente en peligro la vida (*Nota bibliográfica núm. 2*) fueron ocasionadas por la rotura ó por el deslizamiento de los hilos metálicos durante el fraccionamiento del tumor. En algunos casos más raros, durante la enucleacion de un tumor intraligamentoso se habían lesionado las grandes venas de la pelvis ó del plexo pampiniforme. En otras ocasiones, doce ó treinta y seis horas despues de la operacion se han observado hemorragias mortales producidas en el pedículo introducido en la cavidad abdominal, debiendo acusarse en este caso á la caída ó á la insuficiencia de las ligaduras. Más tarde todavía, del tercero al octavo día despues de la enucleacion de tumores intraligamentosos, se han observado hemorragias en el momento en que se desprendían las pinzas aplicadas despues de la operacion ó en el momento de la caída de las escaras debidas á la compresion ejercida por los instrumentos. Péan ha visto, nueve días despues de la operacion, aparecer un hematocoe menstrual que ha ocasionado la muerte (*Nota bibliográfica núm. 3*).

El mayor peligro de la operacion es la infeccion séptica, de donde

se deriva la peritonitis difusa. Al contrario de lo que se observa en la ovariectomía, tiene generalmente como punto de partida el pedículo uterino, porque comunmente no se encuentra en la cavidad abdominal ninguna porción de líquido susceptible de corromperse.

Debemos, pues, fijar toda nuestra atención en el pedículo uterino.

Si éste se introduce en la cavidad abdominal, es preciso que no se produzca ningún derrame de sangre ó de líquido en la superficie, oponiéndose á la introducción ulterior de materias sépticas por la vagina y el conducto cervical. Finalmente, la masa de tejidos que abarque las ligaduras no debe ser muy voluminosa. Ya dejamos dicho anteriormente que con frecuencia era imposible satisfacer todas estas prescripciones.

Es extremadamente difícil impedir la septicemia después de la enucleación de tumores intraligamentosos.

Entre los accidentes funestos que pueden sobrevenir después de la histerotomía, citaremos la aparición de exudados circunscritos en el peritoneo y la de trombosis extensas en las venas de la pelvis y de los muslos. Aquí pueden encontrarse todas las variedades de accidentes con todas sus consecuencias. Olshausen (*Nota bibliográfica núm. 4*), por ejemplo, perdió dos enfermas á consecuencia de una embolia de la arteria pulmonar, pudiendo también citar un caso de este género observado por Péan (*Nota bibliográfica núm. 5*).

En estos casos, por otra parte raros, sobreviene la muerte á consecuencia de una neumonía hipostática ó de una bronquitis capilar.

Billroth (*Nota bibliográfica núm. 6*), Péan (*Nota bibliográfica núm. 7*) y Hegar han observado casos de oclusión intestinal. Existían adherencias del intestino y del epiploon con la cara superficial del pedículo introducido en la cavidad abdominal ó con la serosa pelviana, y se encontraba también una estrangulación del intestino debida á la compresión ejercida por los bordes de los ligamentos anchos, cuyo grado de tensión es muy grande cuando se fija el pedículo fuera del peritoneo.

Péan (*Nota bibliográfica núm. 8*) y Wood refieren casos de perforación intestinal (*Nota bibliográfica núm. 9*).

El tétanos ha sido observado por Chadwick (*Nota bibliográfica núm. 10*) después de haber fijado el pedículo fuera del peritoneo, y por Antal (*Nota bibliográfica núm. 11*) en un caso en que había sido introducido en la cavidad abdominal. En el primer caso la herida de la pared del abdomen se abrió durante un acceso convulsivo, los intestinos se escaparon fuera de la cavidad y no pudieron ser introducidos sino con dificultad suma. La muerte sobrevino al sexto día. En el segundo caso la enferma sucumbió al cabo de cuarenta horas.

Lossen y Furstner (*Nota bibliográfica núm. 12*) han referido un caso

de manía aguda que sobrevino seis días después de la histerotomía y que curó muy rápidamente seis semanas después. La operación había sido practicada poco tiempo antes de la época menstrual.

Cuando la histerotomía ha tenido éxito, las operadas se encuentran en un estado de salud excelente, viéndose únicamente producirse hernias abdominales sobre todo cuando se aplica el método extraperitoneal. Tanto es así, que nosotros hacemos llevar á todas nuestras operadas vendajes de cuerpo hechos de tejido elástico, y para impedir que la cicatriz se adelgace y se distienda, aplicamos en el ángulo inferior de la herida una gran pelota redonda.

En algunos casos, cuando se aplica el método extraperitoneal en los casos en que el pedículo es muy corto, las enfermas experimentan vivos dolores en la cicatriz. Péan ha observado también un caso en que era imposible á la enferma tenerse en pié. Algunos meses después de la operación, estos fenómenos desaparecieron gracias á la distensión gradual de los tejidos que unían la cicatriz al pedículo uterino.

Hemos explicado anteriormente cómo el estado del aparato sexual (menstruación por la pared abdominal, hematocele catamenial, embarazo extrauterino) dependía del procedimiento empleado durante la operación (método extra ó intraperitoneal, abandono de los ovarios).

Existen tumores del útero como los del ovario, y al lado de operaciones destinadas á obtener una cura radical de los mismos se ha intentado un cierto número de intervenciones quirúrgicas de otra índole.

Se ha intentado, por ejemplo, tratar de obtener la adherencia del tumor fibroso á la pared abdominal, y logrado este propósito, se ha provocado la supuración y la eliminación del tumor hacia afuera.

Walker de Charlestown trató de la manera siguiente un tumor fibroso que llenaba toda la cavidad abdominal y se elevaba hasta dos traveses de dedo por debajo del apéndice xifoides, y cuya enferma curó:

Introdujo desde luego un trocar grueso en el tumor y le dejó colocado durante varios días, de tal manera que provocara la formación de adherencias. Obtenido este resultado, hizo penetrar por medio de un segundo instrumento varios muelles en diferentes direcciones, muelles que desgarraron el tumor, dejando la cánula colocada por espacio de algunos meses para asegurar la libre salida del pus y de las masas mortificadas. El tumor desapareció casi completamente, pero subsistía la fistula abdominal. Durante los primeros días de este tratamiento, la enferma estuvo á punto de morir á consecuencia de una peritonitis.

Tal es el procedimiento que siguió el autor mencionado, y que es tan infiel como peligroso.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Gynäk. Mith. Hosp. Tid.*, R. 2, págs. 177-193.
- 2) Billroth. *Wien. med. Wochenschr.*, XXVI, 1, 2, 1876.
- 3) Aquí podemos citar el caso de Wood (*Cincinnati Lancet and Clinic*, 1879, 15 de Noviembre), en el que se había extirpado el útero inmediatamente por encima de la inserción de la pared vaginal, habiéndose extraído un solo ovario. Cincuenta y tres días después de la operación, la enferma, que hasta entonces se había encontrado bien, fué acometida de una hemorragia vaginal fulminante.
- 4) *Discussion über Hysterotomie, Kasseler Naturforscherversammlung.*
- 5) *Loc. cit.*, 1879, pág. 809, núm. 289.
- 6) *Vortrage im Wien. med. Doct. collegium*, 1.º de Marzo de 1880.
- 7) *Loc. cit.*, 1876, pág. 675, núm. 197.
- 8) Péan refiere (*loc. cit.*, 1876, pág. 679) un caso de muerte rápida por ulceraciones múltiples del intestino y peritonitis. En el momento de la operación, al romperse las adherencias, se había roto en tres puntos el tubo intestinal, habiéndose suturado la pared.
- 9) El día vigésimoséptimo después de la operación se produjo una perforación intestinal que fué mortal rápidamente, habiendo sido hasta entonces normales las consecuencias de la operación. Este accidente parece que debió ser atribuido a la compresión ejercida sobre el ileon por el nudo de una ligadura de seda (*Cincinnati Lancet and Clinic*, 1879, 15 de Noviembre).
- 10) *Boston med. a. surg. Journ.*, 4 de Noviembre de 1875.
- 11) *Verhandl. d. Kgl. Ges. d. Aerzte Budapest*, sesión del 13 de Marzo de 1880.
- 12) *Berliner klin. Wochenschr.*, 1880, núm. 34.

El reciente trabajo de Bardenheuer sobre el desagüe de la cavidad peritoneal abarca puntos tan interesantes que han sido estudiados por dicho autor y que estimamos muy útil dar á conocer á nuestros lectores en abreviado resumen.

Bardenheuer considera indispensable el empleo del desagüe peritoneal en las operaciones de fibroma, operaciones que practica según las reglas dadas por Hegar, sin recurrir, no obstante, al cloruro de zinc.

En su cuarto método de desagüe peritoneal propone este operador fijar al peritoneo en el fondo de la cavidad pelviana un haz de hilos de catgut. Merced á este procedimiento no hay que temer la obstrucción de los orificios del desagüe por las asas intestinales, y, sin embargo, los líquidos segregados por el peritoneo pueden penetrar fácilmente en la pelvis menor. Bardenheuer sutura los labios de la herida peritoneal situada en el repliegue de Douglas, herida en la cual se ha colocado un tubo de desagüe de pequeño calibre.

Más recientemente, ha propuesto Bardenheuer la extirpación total del útero en aquellos casos en que hasta ahora parecía practicable

la amputacion supravaginal. Obrando de esta suerte se pretende evitar los peligros de la gangrena del pedículo uterino, y se deja libre salida á todos los líquidos segregados por el peritoneo merced á la ancha herida que hay necesidad de practicar. Es preciso cuidar de suturar la serosa pelviana á la pared de la vagina, de tal suerte que pueda á la vez impedirse la obliteracion de la herida peritoneal y contener las hemorragias procedentes de la herida de la pared vaginal. Es necesario cuidarse, ademas, de fijar por medio de un hilo al punto más elevado de la herida dos tubos de desagüe, colocando uno en el repliegue de Douglas y otro más pequeño en el ángulo inferior de la herida.

Operando de esta suerte, ha podido hacer Bardenheuer ocho amputaciones de la porcion supravaginal del útero, y no ha perdido más que dos enfermas, no habiendo obtenido más que dos éxitos en cuatro extirpaciones totales.

Estos resultados son dignos de llamar toda nuestra atencion, porque demuestran cuánto se puede obtener cuando, en las operaciones que se practican sobre el peritoneo, se asegura la libre salida de los líquidos segregados por la herida, susceptibles de corromperse.

Pero Bardenheuer, siempre muy preocupado en favorecer la salida de los líquidos segregados por la herida, no teme incindir ampliamente el tejido celular tan rico en vasos que rodea al útero, y otorga muy poca importancia á otras reglas, que en la mayor parte de los casos no deben ser descuidadas, si se quiere evitar la septicemia. Es preciso, en efecto, asegurar una hemostasia perfecta, limpiar bien el peritoneo durante la operacion y evitar de una manera absoluta la penetracion consecutiva de elementos sépticos en la cavidad peritoneal. Y éste es precisamente uno de los aspectos favorables de las operaciones de fibromas. En efecto, éstos permiten obtener una hemostasia perfecta y practicar cuidadosamente la limpieza del peritoneo, porque ordinariamente no existe ninguna adherencia. El desagüe del peritoneo entraña siempre ciertos peligros; de tal suerte que, á nuestro juicio, no es sino un medio de ayuda, al cual no debería recurrirse sino en ciertos casos bien determinados.

Por otra parte, el estudio de los casos publicados por Bardenheuer no hace más que fortificar nuestra opinion, y las numerosas modificaciones que este autor ha hecho sufrir á los procedimientos de desagüe nos demuestran que este cirujano no está todavía completamente satisfecho.

CAPÍTULO III

DE LA EXTIRPACION PARCIAL DEL ÚTERO POR LA VAGINA. AMPUTACION DEL CUELLO

Artículo 1.º— Historia é indicaciones de esta operacion.

C. Huguier. *Mémoires sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*, París, 1860.

Simon. *Operationen a. d. weibl. Geschlechtstheilen*, *Monatsschr. f. Geburtsk.*, XIII, pág. 418.

Hegar. *Tagbl. d. Innsbrucker Naturforschervers.*, núm. 7, pág. 183.

Spiegelberg. *Arch. f. Gyn.*, V, pág. 411. *Ueber d. Amputation des Scheidentheils d. Gebärm.*

Marckwald. *Ueber die kegelmantelg. Excis. d. Vag.-Portion*, etc. *Arch. f. Gyn.*, VIII, pág. 48.

Kehrer. *Arch. f. Gyn.*, X, pág. 431. *Keilformige Excision d. Muttermundslippen mit Bildung von Seitenlappen.*

Schröder. *Charité-Annalen*, 1878, II. *Zur Technik d. plast. Op. am Cervix uteri.* *Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.*, III, pág. 419, y VI, 2.

Moricke. *Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.*, III, pág. 328. *Ueber d. Amputation der Port. vag.*

Martin. *Zur Therapie d. chron. Metritis*, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1878, núm. 42.

Galabin. *Lancet*, 1877, 17 y 24/2 (*Constriction elast.*).

Grünwald. *Arch. f. Gyn.*, XI, 3, *Zur operat. Behandlung der bosartigen Neubildungen, a. der Vag.-Portion*, etc.

Reichardt. *Die Amputatio colli uteri nach der Koeberle'schen Methode*, París, 1878.

La extirpacion parcial del segmento inferior del útero ha sido practicada desde un principio en casos en los cuales se trataba de tumores malignos.

Tal es, por ejemplo, la operacion ejecutada por Marschall en 1783,

operacion que generalmente se coloca entre las extirpaciones totales de la matriz. No se trataba más que de la escision parcial de un útero canceroso (?) y en prolapso. La escision de un cuello canceroso, practicada por Osiander (*Nota bibliográfica núm. 1*) en 1801, es muy importante bajo el punto de vista de la historia de la amputacion del cuello. Osiander ha descrito esta operacion bajo el nombre de extirpacion total.

Rust repitió en Viena en 1813 la operacion de Osiander. El resultado fué fatal; la enferma habia perdido mucha sangre y sucumbió al octavo día, demostrando la autopsia la presencia de una especie de gangrena del útero (*Nota bibliográfica núm. 2*).

Más tarde, la amputacion del cuello del útero en los casos de cáncer de este órgano era practicada principalmente por los cirujanos franceses: por Lisfranc, Dupuytren y Récamier, y en Alemania por Gräfe, Siebold y Killian (*Nota bibliográfica núm. 3*). Todas las esperanzas que los ginecólogos habian fundado en los trabajos de Osiander y de los cirujanos franceses, bien pronto se volvieron ilusorias, y esta operacion, cuyas maniobras eran muy imperfectas y que se practicaba muy frecuentemente en los hospitales donde reinaba la septicemia, llegó á ser tenida como muy peligrosa.

A principios del año 1860 recobró, sin embargo, su antiguo crédito la amputacion del cuello merced á los progresos realizados en el diagnóstico, progresos que permitieron reconocer mejor el cáncer en su principio, y principalmente á los perfeccionamientos realizados en el manual operatorio. Podría ademas añadirse que los casos de curacion radical del cáncer mediante la operacion oportunamente practicada no han sido extraños á este cambio, dándose á conocer las observaciones de Mickulickz, Ziemssen, Mayer, Martin y Grunewald, referidas por Gusserow, á los que hay que adicionar todavia los publicados por Simpson, etc. (*Nota bibliográfica núm. 4*).

Una mujer operada por Hegar en la clínica de Friburgo permaneció tres años y medio sin experimentar recidiva. En 12 casos de amputacion supravaginal del cuello operados por Schröder no se presentó en ninguno la recidiva al cabo de año y medio. En cuanto á los 6 casos publicados por Mœricke y considerados como ejemplares de curacion radical, la observacion no duró más que de nueve á dieciocho meses, y fué, por consiguiente, mucho más corta. Carlos Braun ha publicado 23 observaciones, en las cuales la recidiva no se habia presentado en una á los dieciocho años, en otra á los diecisiete, en tres á los diez, en una á los siete, en tres á los seis, en dos á los cinco, etc.

Si se examinan severamente la mayor parte de estas curaciones radicales, pronto se verá que apenas se trata de otra cosa que de recidivas tardías, no estando, por otra parte, en todos los casos el diagnóstico al abrigo de cualquier objecion.

Sin embargo, y éste es un hecho incontestable, la extirpacion del cuello canceroso constituye un tratamiento paliativo de gran valor, porque se logra que desaparezcan las hemorragias y los flujos saniosos y se prolonga tambien la vida de las enfermas. En cuanto á la extirpacion total del útero, expone á las mujeres á mayores peligros, sin que permita al cirujano obtener mejores resultados.

La extirpacion del segmento inferior de la matriz está indicada:

- 1.º En las coliflores del hocico de tenca (véase *fig. 11*).
- 2.º En los casos de cancroide papilar cuando estos tumores, insertos en un trozo de cuello normal, proliferan y vienen avanzando en la vagina.

Pero despues que Huguier, Hegar y Schröder han demostrado que con el cuchillo podían alcanzarse las partes más elevadas del cuello, está indicada la extirpacion por la vía vaginal:

En todos los casos de cancroide y de cáncer que se extienden sobre la parte supravaginal del cuello, siempre que la neoformacion no traspase los límites del orificio interno y que su desarrollo hácia la vagina, la vejiga y los ligamentos anchos no sea tal que sea imposible incidir sobre tejidos sanos.

Se ha practicado muchas veces durante el embarazo la amputacion del cuello afectado de cáncer. En 8 casos de operaciones de este género (*Nota bibliográfica núm. 5*) no se ha observado el aborto más que tres veces.

Hasta ahoran existen pocas observaciones de sarcoma y de mixoma del cuello. Gusserow (*Nota bibliográfica núm. 6*) no refiere más que 5 casos de fibrosarcoma y 3 casos de sarcoma difuso del cuello uterino.

Finalmente, colocaremos en una clase especial las observaciones publicadas por Spiegelberg (*Nota bibliográfica núm. 7*) y por Rein (*Nota bibliográfica núm. 8*) y consideradas como ejemplos de sarcomas del cuello uterino y de mixocondromas absorbentes del mismo. En el primer caso hubo que extirpar en muchas sesiones las masas proliferantes, pero todo fué en vano, y al cabo de dos años fué preciso recurrir á la extirpacion total. En el segundo caso el operador había abierto el peritoneo con el magullador, y la enferma sucumbió.

Más tarde se propuso esta operacion en los casos de hipertrofia del cuello, y principalmente del hocico de tenca — Dupuytren, Lisfranc — (*fig. 11*), ya tratándose de la prolongacion hipertrófica de toda esta parte del cuello, ya tratándose de la prolongacion predominante de uno de los labios del hocico de tenca.

Hay casos, ademas, y esto es precisamente lo que ocurre en el prolapso, en los cuales la hipertrofia parece afectar al espesor de toda la porcion vaginal y no á su longitud, constituyendo lo que se denomina *hipertrofia circular*.

Muy frecuentemente en el prolapso uterino se observa que la por-

cion vaginal experimenta una prolongacion considerable, y desde que Huguier ha demostrado toda la importancia que es preciso atribuir á este estado bajo el punto de vista de la génesis y del tratamiento del prolapso de la matriz, la escision de la porcion supravaginal juega un papel de los más importantes en el tratamiento quirúrgico de esta afeccion.

Colocamos aparte los tumores designados bajo el nombre de prolongacion polipiforme de los labios del cuello cuando no solamente los tejidos celular y muscular, sino tambien las glándulas, participan de la hiperplasia y sufren una degeneracion quística.

En este caso, toda la porcion vaginal, ó bien uno solo de los labios del hocico de tenca, se encuentra trasformada en un tumor que puede adquirir una longitud de muchas pulgadas y descender notablemente en la vagina, al extremo de traspasar algunas veces la vulva. Estos tumores son muy interesantes bajo el punto de vista clínico y operatorio, porque ofrecen frecuentemente una vascularizacion verdaderamente colosal. Se distinguen de los pólipos ordinarios por su ancha superficie de insercion y porque todas las capas del cuello en su formacion participan en proporcion casi igual.

La ablacion del hocico de tenca está tambien indicada:

En los casos de inflamacion crónica de la pared cervical ó de la mucosa que le recubre.

En los de inflamacion de los folículos.

En los de erosion con proliferacion glandular.

En los de abscesos profundamente situados en la pared (en los casos de prolapso, por ejemplo).

En los casos de excrecencia papilar.

En todos estos casos el cuchillo es preferible á los cáusticos, y permite obtener una curacion más rápida y más completa, influyendo ademas la pérdida de sangre muy favorablemente sobre la metritis crónica que se encuentra con tanta frecuencia en estos casos.

Las deformaciones de la porcion vaginal pueden indicar la amputacion del cuello cuando, á consecuencia de la estrechez del conducto cervical, constituyen causas de dismenorrea ó de esterilidad (hocico de tenca cónico, etc.), ó bien cuando merced al ranversamiento de los labios del hocico de tenca la mucosa cervical irritada, ó constituyendo un ectropion, se inflama (desgarradura profunda de las partes laterales del cuello).

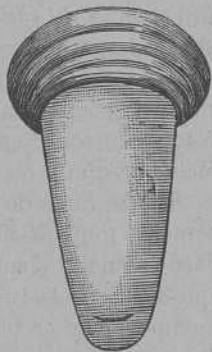


Fig. 11.

¿Qué longitud del cuello conviene extirpar? Todo depende de las indicaciones. Si la afección ó la deformación se encuentran limitadas á la porción vaginal, bastará hacer la sección á nivel de los fondos de saco vaginales, practicando de esta suerte *la amputación de la porción infravaginal del cuello*. Pero si se trata de un tumor maligno, elevándose á lo largo del conducto cervical, ó si se trata de un prolapso del útero en el cual la prolongación ó la hipertrofia circular afectan igualmente la porción supravaginal, será preciso practicar la escisión cónica ó total de este segmento del útero; se practicará, en una palabra, *la escisión cónica ó total de la porción supravaginal del cuello*.

En los casos de carcinoma, así como en los de prolapso, es frecuentemente muy difícil precisar el punto donde la pared de los fondos de saco vaginales viene á insertarse en el cuello; pero ésta es una cuestión que no tiene la importancia que se le ha querido otorgar en otros tiempos. Hoy no tememos, en efecto, abrir los fondos de saco vaginales cuando es necesario, y podemos, practicando convenientemente la incisión, evitar las lesiones de la vejiga y del repliegue de Douglas, lesiones á las que tanto se ha temido siempre. Digamos, sin embargo, que como signo que permita orientarse se ha hablado de la presencia de un pliegue entre la pared vaginal y el hocico de tenca, y que se ha insistido sobre ciertas diferencias de coloración que presentan las mucosas que revisten estos dos órganos. En los casos de prolapso se puede generalmente hacer deslizar sobre el cuello la pared vaginal invertida y puede levantarse un pliegue de ella, en tanto que con los dedos se hace deslizar por debajo de la mucosa el cuello uterino. Notemos, además, en esta afección la diferencia que generalmente existe entre la superficie lisa del hocico de tenca y el aspecto rugoso plegado de la pared vaginal.

[En la décimaquinta sesión del Congreso de Nancy, celebrado por la Asociación Francesa para el progreso de las Ciencias en Agosto de 1886, el Dr. Pamard (de Avignon) leyó una observación clínica relativa á un caso de ablación del cuello uterino á consecuencia de un cáncer en una mujer de veintinueve años, en la que dos años y medio más tarde no se había presentado la recidiva. La operación fué practicada por medio del asa galvano-cáustica, habiéndose extirpado 4 centímetros de tejidos, por cuya razón debemos suponer, aunque no consta en la comunicación, que fué abierto el fondo de saco peritoneal posterior y que hubo, por tanto, necesidad de practicar la sutura de la serosa. *M. G. de S.*]

NOTAS

- 1) Esta operación ha dado origen á muchas controversias. Hé aquí la descripción original: «Una masa carcinomatosa desarrollada á expensas del

cuello uterino, que ofrecía el volúmen de la cabeza de un niño, llenaba toda la vagina, dando lugar á hemorragias frecuentes y despidiendo un olor sumamente fétido. Se cogió el tumor con un forceps de Smellie, obligándole á descender notablemente en la vagina. Pasadas las asas de un hilo alrededor del cuello, sobrevino una hemorragia considerable al desgarrarse el tumor, y entonces la necesidad, madre de tantos descubrimientos, proporciona á Osiander la idea de obligar al útero á descender bruscamente y de mantenerlo en esta posicion, y pasando á traves de este órgano agujas enhebradas, y empleando un fuerte bisturí de Pott, secciona Osiander el segmento canceroso de la matriz por encima del índice de la mano derecha con tanta facilidad como si operara fuera de la vagina con el auxilio de la vista. La hemorragia se contuvo por medio del polvo de alumbre, colofonia y goma arábiga, y la enferma curó. Posteriormente parece que Osiander debe muchos éxitos á este procedimiento.

2) Para la historia, véase *Kilian's Operationslehre für Geburtshelfer*, t. II, 1835.

3) *Die Neubildungen des Uterus*, 1878, pág. 204.

4) *Lehrbuch der gesammten Gynäkologie*, Viena, 1881, págs. 495-499.

5) Véase Moricke, *loc. cit.*, págs. 356 y 357.

6) Véase *Neubildungen d. Ut.*, págs. 144-150.

7) Véase *Arch. f. Gyn.*, XIV, pág. 178.

8) Véase *Arch. f. Gyn.*, XV, pág. 187.

Art. 2.º—Amputacion de la porcion infravaginal del cuello.

Los dos métodos empleados son:

1.º *La escision con el bisturí.*

2.º *La escision con el asa galvano-cáustica.*

Es preciso rechazar la aplicacion del magullador, y en cuanto á la ligadura de la porcion vaginal, es un proceder antiguo.

Se puede casi siempre recurrir al bisturí, que tiene la ventaja de permitir al cirujano incindir á la altura que desee, dar á la incision la forma que le parezca conveniente y modificar la operacion segun el resultado que se proponga obtener.

Cuando se trate de tumores malignos, de superficies erosionadas ó ulceradas, nos es siempre posible, operando de esta suerte, llegar al limite de los tejidos enfermos, y cuando se trata de una operacion plástica, con el bisturí podemos dar á la porcion vaginal la forma que nos convenga, así como podemos estar seguros de obtener un orificio permeable. Añadamos, finalmente, que siendo muy regular la superficie de seccion, la aplicacion de las suturas será muy fácil, y por poco cuidadosamente que haya sido aplicado el método antiséptico, obtendremos casi siempre una reunion por primera intencion. De esta suerte se evitarán las afecciones que vienen á interrumpir la

marcha de las heridas, se impedirán las hemorragias secundarias y se activará la curacion.

Apénas se puede hacer una objeccion al empleo exclusivo del bisturí: la hemorragia es más abundante; pero en muchas de estas afecciones inflamatorias de marcha crónica, estas hemorragias no dejan de ofrecer alguna ventaja, y ademas tenemos á nuestra disposicion una multitud de medios, gracias á los cuales podemos limitarlas y aún suprimirlas.

PREPARATIVOS DE LA OPERACION

Es preciso tener dispuestos los instrumentos siguientes: un espéculo de valvas, separadores (*fig. 12*), erinas (*fig. 13*), bisturís rec-

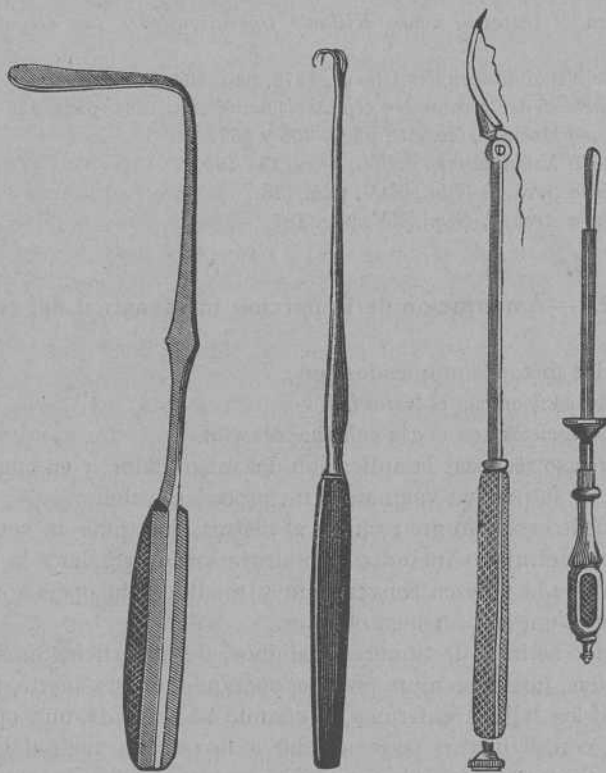


Fig. 12.

Fig. 13.

Fig. 14.

tos ó curvos sobre sus caras, bisturís lanceolados (Schroeder), tijeras de Cooper, agujas curvas y cortas, porta-esponjas, seda, hilos metálicos y un buen irrigador que permita lavar continuamente el campo de la operacion.

Inmediatamente antes de ejecutar ésta se practicarán inyecciones vaginales con un líquido antiséptico, y se tendrá cuidado de desinfectar los órganos genitales externos y los puntos más inmediatos practicando un cuidadoso lavado con jabon y soluciones fenicadas.

La operacion es tan poco dolorosa que generalmente no es necesaria la anestesia.

¿En qué postura debe colocarse á la enferma? Si se trata de un prolapso, se colocará á la paciente en el decúbito dorsal y dos ayudantes, colocados respectivamente á cada uno de los dos lados, separarán el uno del otro los grandes labios. Si el útero está situado profundamente, puede obligarse á la porcion vaginal á que descienda, atrayéndola á nivel y aún fuera de la vulva, ya cogiéndola con unas pinzas, ó ya por medio de un asa de hilo que atraviase sus paredes. Es preciso, sin embargo, llevar á cabo esta maniobra suavemente, evitando el empleo de la fuerza, debiendo añadir que desde luégo está contraindicado y algunas veces parece hasta impracticable este procedimiento, sobre todo cuando existe una inflamacion crónica de los ligamentos ó de los anejos del útero. En este caso es preciso, pues, operar sobre un útero situado profundamente, y para poder vigilar mejor el campo operatorio y dominarle con la vista, conviene colocar á la enferma en el decúbito lateral ó en el decúbito dorso-sacro. Si se obrara de otra manera, si se pretendiera recurrir al descenso artificial del útero, podría reavivarse la inflamacion, y aún, en determinados casos, provocar la rotura de un saco tubario lleno de pus.

Cuando la anemia es muy marcada ó cuando se sabe de antemano que los tejidos sobre los cuales se ha de practicar la incision son muy vasculares, puede intentarse la limitacion de la hemorragia en cuanto sea posible. Para esto, despues de haber hecho descender al cuello artificialmente, se le rodea en su base con una ligadura elástica colocada por encima de agujas lanceoladas que le atraviesan. En un caso en que se trataba de una *prolongacion polipiforme* de uno de los labios del hocio de tenca, Kalténbach cogió este tumor por la base con unas pinzas curvas y á tornillo de Hegar y pudo terminar la operacion casi sin hemorragia. Hagamos constar, no obstante, que la mayor parte de las veces estas precauciones son superfluas.

Antiguamente, cuando se quería practicar la amputacion de la porcion vaginal del cuello, se practicaba una incision circular á nivel de la insercion de la pared de la vagina, empleando el bisturí ó las tijeras, y la herida obtenida de esta suerte era absolutamente plana, recurriendo para contener la hemorragia al hierro candente ó á tapones empapados en la solucion de percloruro de hierro.

Operando de esta suerte se renuncia á la reunion por primera intencion y se abandona completamente al azar la evolucion de la re-

traccion cicatricial, tomando el muñon una forma que es imposible prever, y, sin embargo, todos estos puntos ofrecen una gran importancia bajo el punto de vista del estado ulterior del orificio externo del conducto cervical. Bajo la influencia de los gérmenes, las escaras y los productos de secrecion de la herida se corromperian fácilmente, y de aquí la posibilidad de una infeccion. Añadamos, por último, que al desprendimiento de las escaras pudieran verificarse hemorragias muy importantes por los vasos erosionados.

Para obviar todos estos inconvenientes era preciso encontrar un procedimiento que permitiera, durante la operacion, evitar las hemorragias, habiendo podido llegar á obtenerse este resultado practicando la ligadura mediata de los vasos y haciendo una sutura regular á nivel de la herida del hocico de tenca.

Sims, con el fin de abreviar el proceso de curacion, ha sido el primero que ha recurrido á la sutura despues de la amputacion del cuello.

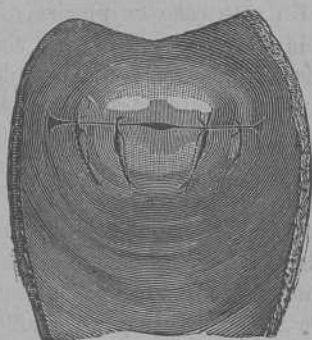


Fig. 15.

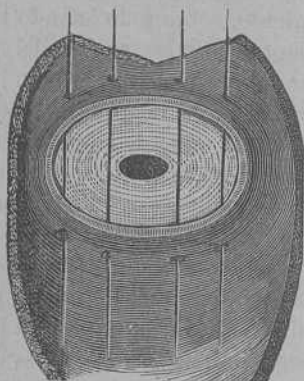


Fig. 16.

Se proponía cubrir la herida del cuello con la mucosa vaginal de la misma manera que despues de una amputacion de brazo ó de pierna por el método circular, se recubre con piel la herida del muñon.

Al efecto, pasaba por cada lado del conducto cervical dos hilos de plata dirigidos de delante atras, no cogiendo más que los labios de la herida de la mucosa vaginal, de tal suerte que aproximando las dos extremidades de los hilos, los labios de esta mucosa quedaran aplicados el uno contra el otro, salvo á nivel de la línea media, donde dejaba un espacio oval libre que correspondiera al orificio externo del cuello. Las *figs. 15 y 16* representan el procedimiento de Sims. En la primera se observa la direccion de los hilos y que no interesan más tejidos que la mucosa. En la segunda, en la cual está acabada la sutura, la mucosa

vaginal ha deslizado por debajo de la herida del cuello que aquélla cubre. Pero este procedimiento de Sims, en el cual la mucosa vaginal está unida á mucosa vaginal también, apenas permite llenar el objeto deseado, porque detras de la sutura existe, en efecto, un fondo de saco en el cual vienen á acumularse la sangre y los líquidos segregados por la herida.

El procedimiento preconizado por Hegar constituye un progreso

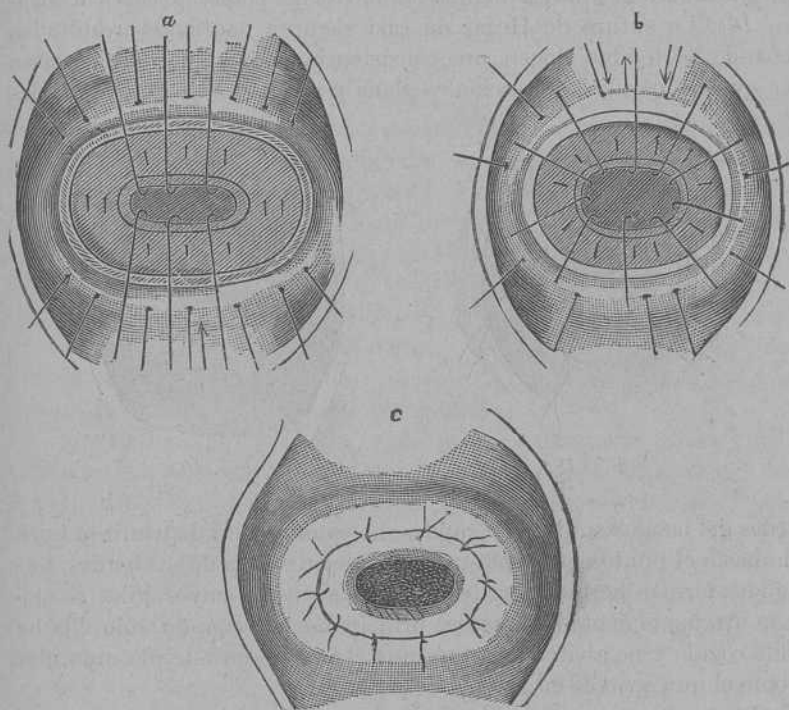


Fig. 17.

real. En él los hilos, dirigidos de delante atrás, están profundamente situados y pasan por encima de la superficie de seccion. En la línea media los hilos introducidos á nivel de la pared vaginal anterior salen por la cara posterior del labio anterior, y en el labio posterior los hilos introducidos á nivel de la pared vaginal posterior salen por la cara anterior de este labio. Basta, por otra parte, examinar la *fig. 16* para comprender perfectamente la disposicion de los hilos (la flecha de la *fig. 17* indica la direccion en que se han introducido éstos) y para ver que la mucosa vaginal se encuentra unida en la línea media á la mucosa que reviste el conducto cervical. Este procedimiento per-

mite dar al hocico de tenca la forma que desee el operador, el cual, naturalmente, puede modificar la sutura segun las indicaciones especiales de cada caso.

En este caso los hilos están dispuestos de tal suerte que la mucosa vaginal quedará unida á la mucosa del conducto cervical (*figs. 17 y 18*). En el caso anterior, en las partes laterales la mucosa vaginal queda unida á la mucosa vaginal, y solamente á nivel de la línea media queda suturada á la mucosa vaginal la mucosa del conducto cervical (*figura 16*). La sutura de Hegar da casi siempre excelentes resultados cuando los tejidos tienen una consistencia normal, áun en los casos en que la superficie de seccion es plana y no excavada. Pero si las pa-

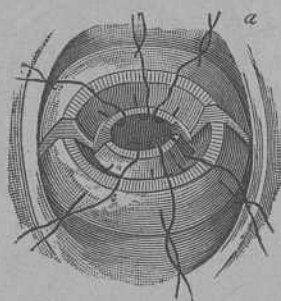


Fig. 18.

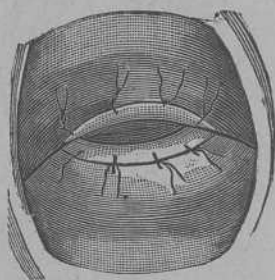


Fig. 19.

redes del cuello son duras y rígidas, no es muy fácil deprimir la herida hasta el punto de obtener una adaptacion exacta de sus bordes. Los tejidos forman hernia entre los puntos de sutura, cuyos hilos seccionan frecuentemente la mucosa, principalmente cuando sólo ella ha sido cogida y no abarca la sutura una espesa capa de tejido muscular como el que aparece en las *figs. 16 y 17*.

La *fig. 19* representa un procedimiento de escision del cuello que parece reunir todas las condiciones propias para facilitar una buena reunion de los labios de la herida. Este procedimiento de amputacion, indicado por Simon en un principio y descrito despues por Markwald (*fig. 19*), es muy práctico, muy racional, y puede modificarse segun el objeto que en cada caso nos propongamos alcanzar.

Hé aquí el manual operatorio:

Se practica desde luégo á cada lado del orificio externo una incision que se extienda hasta la insercion de la pared vaginal, empleando al efecto tijeras curvas, segun su cara. De esta suerte puede obligarse á que descendan notablemente los labios del hocico de tenca y ser atraídos de delante atras, de tal modo que quede accesible á la vista toda la cara interna del conducto cervical.

Operando en seguida sobre el labio anterior, se le coge con una pinza-erina, y atrayéndole hácia adelante se practica sobre él una incision conoidea que llegue hasta la mitad próximamente de la pared anterior del cuello (*fig. 19*), obteniéndose de esta suerte en cada labio dos colgajos, uno anterior y otro posterior, que pueden ser reunidos exactamente mediante una sutura cuyos primeros puntos se aplican sobre los vasos que den sangre. La hemorragia cesa generalmente en cuanto se han aplicado los dos primeros puntos; mas si persistiera y se hiciese inquietante, bastaria coger momentáneamente con pinzas largas la parte de la incision que confina con los fondos de saco vaginales. Segun la anchura de los labios del cuello deberán emplearse de cuatro á diez hilos, cuyas extremidades serán suficientemente largas para que sea posible, ejerciendo tracciones de las mismas, atraer el útero hácia adelante, interin se escinde y sutura el labio posterior de la misma manera que hemos dicho para el anterior. En este caso la hemorragia es generalmente más marcada.

Para terminar la operacion se suturarán las incisiones laterales que llegan hasta el nivel de los fondos de saco vaginales. En fin, en el caso de que no pueda obtenerse una hemostasia perfecta, se pasará un hilo dirigido hácia arriba, de manera que obre sobre los vasos que descenden en la porcion vaginal paralelamente á su direccion.

Durante toda la maniobra operatoria se practicarán irrigaciones vaginales con el agua clorurada débil ó con una solucion fenicada al 1 ó al 2 por 100. Operando de esta manera, no solamente se evita que la sangre cubra y oscurezca el campo operatorio, sino que se asegura mucho mejor la desinfeccion que recurriendo al *spray*. Antes de anudar los puntos de sutura se lava la herida con una solucion antiséptica concentrada y se hace salir toda la sangre que pueda haber quedado aprisionada entre los labios de aquélla.

Este procedimiento parece aplicable en todos los casos en que la pared del conducto cervical es suficientemente resistente; pero por poco delgada que sea la pared del cuello, tal como se observa en ciertas deformidades de la pared vaginal, con dilatacion del conducto, este procedimiento fracasa frecuentemente.

Es muy fácil combinar este método operatorio con la operacion de Emmet cuando existe una desgarradura profunda del cuello. Puede, en efecto, no escindir-se los labios del hocico de tenca más que sobre los puntos en que por el lado de la mucosa existen algunas lesiones, y avivar despues para suturar la desgarradura.

Kehrer (*loc. cit.*) ha propuesto sustituir la escision trasversal por la antero-posterior, aunque las heridas, en lugar de quedar situadas en los labios anterior y posterior del cuello, queden colocadas, á cada lado del orificio externo.

Cuando el útero esté en prolapso pueden combinarse ventajosamente la colporrafia anterior con la escision conoide del labio anterior.

Schröder ha preconizado un procedimiento especial para los casos de catarro antiguo del cuello. Se practica una escision transversal, pero de modo tal que la base del cono extirpado sobre cada labio mire hacia el conducto vaginal. Despues de obligar al cuello á que descienda notablemente, se produce un fuerte ectropion de la mucosa cervical, separando el uno del otro los labios del hocico de tenca despues de haberlos cogido con una pinza, pudiéndose tambien, caso de necesidad, practicar coneste objeto la discision bilateral del cuello. Cuando la mucosa del conducto cervical se ha hecho bien aparente, Schröder, sirviéndose de un bisturi puntiagudo, practica sobre la mucosa del labio anterior una incision que llegue lo más alto que sea posible en la pared cervical, pudiendo desde luego extirparse toda la parte interna de este labio. Se suturan en seguida el labio superior y el labio inferior de esta herida, operando lo mismo en la parte posterior del cuello. Cuando se recurre á este procedimiento, la mayor parte del conducto cervical se encuentra tapizada por la mucosa de la vagina que constituía el labio inferior de la herida y que se hace deslizar hacia el conducto cervical en el momento en que se aplique la sutura. Se sabe que, lo más comunmente, esta mucosa está sana.

Se ha construido un gran número de instrumentos muy complicados, como, por ejemplo, la guillotina uterina de Sims (*Nota bibliográfica núm. 1*), construida con arreglo á los principios del amigdalotomo de Fahkenstock; pero todos ellos son instrumentos que sólo tienen un interes puramente histórico.

Citaremos tambien un procedimiento de amputacion propuesto para recurrir á él en los casos de prolongacion hipertrófica de la porcion infravaginal del cuello. Nos referimos á la escision anular de la mucosa que recubre la porcion vaginal, escision seguida de la sutura de los labios superior é inferior de la herida — colpo-cervicoplastia — (*Nota bibliográfica núm. 2*).

Spiegelber, Grünwald, Neugebauer y otros han preconizado el empleo del asa galvano-cáustica; Kœberlé ha recomendado el uso del termo-cauterio. Nosotros ya dejamos demostrado que empleando el hierro candente es preciso renunciar á la reunion por primera intencion y que la curacion puede ser dificultada por accidentes debidos á la septicemia, á las hemorragias tardías, etc.

Cuando se trata de hacer una operacion plástica, á consecuencia de la cual el orificio externo del cuello deba presentar un diámetro normal, es preciso tambien renunciar al empleo del hierro candente, por la retraccion cicatricial que sigue siempre al empleo de estos pro-

cedimientos, es decir, que va á llenar precisamente un fin diametralmente opuesto al que se propone alcanzar el cirujano.

Si se trata de pólipos que tengan asiento en los labios del cuello, el desarrollo de los vasos es tal que el galvano-cauterio no permite obtener una hemostasia perfecta. Nosotros recordamos haber visto, en un hospital de Viena, sobrevenir una hemorragia que pudo haber sido rápidamente mortal en un caso en que se trataba de la ablacion de una porcion vaginal de cuello polipiforme practicada con el galvano-cauterio.

Se ha recurrido principalmente á este aparato en los casos en que se trataba de practicar la ablacion de tumores cancerosos desarrollados á nivel de la porcion vaginal, proponiéndose con este procedimiento economizar sangre, etc. (Spiegelberg, Braun). Con el asa galvano-cáustica la herida es plana, circular y perpendicular al eje y á la direccion del conducto cervical.

Si se aplica el hilo al punto en que el fondo de saco vaginal viene á insertarse en el cuello del útero, apenas si se pueden extirpar todos los tejidos enfermos sino en casos muy raros en que la neoformacion permanece limitada á la porcion vaginal y no se extiende, siguiendo la mucosa, por encima de un punto situado en el mismo plano que la insercion de la pared vaginal sobre el cuello. Si se quiere extirpar completamente un tumor que se extienda hasta por cima de la porcion infravaginal, es preciso hacer que el útero descienda notablemente y que el asa galvano-cáustica se aplique sobre la parte de la mucosa vaginal que arrastrada por el cuello se encuentra ranversada (*Nota bibliográfica núm. 3*).

Prueban esta asercion los numerosos casos en los cuales se ha abierto el espacio de Douglas durante la amputacion del cuello con el asa galvano-cáustica. En los casos de curacion permanente obtenida por Braun, siete veces se había abierto el peritoneo en una extension más ó ménos grande.

Algunos autores, estudiando la forma de la parte de cuello extirpada, opinan que puede ser alcanzada con el asa galvano-cáustica la porcion supravaginal. Tan es así, que, por ejemplo, Spiegelberg y Grünwald creen que despues del empleo de dicho medio la herida se encuentra siempre excavada en su parte central, en una palabra, que la porcion extirpada tiene siempre la forma de un cono de vértice superior (*Nota bibliográfica núm. 4*). Sin embargo, por otra parte, Grünwald no deja de reconocer la insuficiencia del asa galvano-cáustica, y, en efecto, dice (pág. 509, *loc. cit.*) que la amputacion del cuello no debe ser considerada generalmente, en los casos de cáncer, más que como el primer tiempo de la intervencion quirúrgica, que despues de aquélla no debe ésta considerarse como completamente terminada. Evidentemente,

Braun se inspiraba en las mismas ideas cuando recientemente ha preconizado el empleo combinado del bisturí con el asa galvano cáustica.

Una vez extirpada la porcion infravaginal del cuello con el galvano-cauterio, opina este autor que es preciso con el cuchillo ó con las tijeras de fistula de Bozemann escindir las masas reblandecidas y granulosas de color blanco amarillento que están situadas en la parte central del muñon; estos tejidos, que están enfermos, se distinguen por su coloracion y su consistencia del tejido muscular sano, que es duro y que ha tomado bajo la accion del hierro candente una coloracion negruzca.

Todo lo que acabamos de exponer nos demuestra que en la mayor parte de los casos la amputacion con el galvano-cauterio no puede tener más importancia que la de un tratamiento paliativo ó de una operacion preparatoria. Hoy está fuera de duda que estas operaciones simplemente paliativas están perfectamente justificadas.

Es preciso, sin embargo, no recurrir á tales operaciones puramente paliativas sino en los casos en que todo otro método de tratamiento radical parezca impracticable ó peligroso, sobre todo cuando es imposible circunscribir el tumor operando sobre tejidos sanos. Hé aquí por qué no podemos conceptuar como justificada la teoría de cierto número de profesores que miran la amputacion de la porcion cervical con el galvano-cauterio como la operacion típica, á la cual se debe recurrir en todos los casos de cáncer del cuello de la matriz. Operando de esta suerte, frecuentemente no se hace más que un simulacro de operacion.

Al lado de estas circunstancias fundamentales, la escision con el galvano-cauterio ofrece ciertos inconvenientes que debieran tambien limitar la frecuencia de su empleo, habiendo uno que domina á todos los demas; la operacion es, en efecto, muy complicada y aún á veces muy infiel.

Aparte la gran dificultad que existe en ocasiones para fijar en la direccion conveniente el asa galvano-cáustica, se observa frecuentemente que el hilo metálico se rompe ó que desaparece la corriente, sin que pueda descubrirse la causa de estos accidentes, merced á cuya circunstancia hay necesidad de terminar con el bisturí ó con las tijeras una operacion comenzada con el galvano-cauterio.

Puede decirse, es cierto, que este procedimiento es el que contiene mejor la hemorragia; pero nosotros, operando con el bisturí, hemos podido muy frecuentemente obtener una hemostasia provisional que nos ha puesto al abrigo de todo accidente, siendo ademas preciso no olvidar, por otra parte, que si el asa galvano-cáustica debe seccionar arterias de muy grueso calibre, su accion hemostática no es absolutamente cierta.

Grünewald, operando con este aparato, ha observado la produccion de una hemorragia arterial rápidamente mortal, procediendo la sangre de una rama anormal de la arteria hipogástrica.

Muy frecuentemente tambien, durante las maniobras que exige la difícil aplicacion del asa galvano-cáustica se desgarran las masas papilares ricas en vasos y se observa la produccion de una abundante hemorragia. Por otra parte, ¿de qué habrá servido la hemostasia obtenida durante la operacion cuando se observa este fenómeno al octavo ó al décimo día, esto es, á la caída de las escaras?

No es absolutamente indiferente renunciar á la reunion por primera intencion. Despues del empleo del galvano-cauterio queda una escara que es muy difícil mantener en estado perfectamente aséptico cuando la masa cancerosa no ha sido totalmente extirpada. En estos casos aparece generalmente hácia el quinto ó el décimo día una supuracion abundante que retarda la curacion y se hace con frecuencia el punto de partida de una infeccion séptica.

Citemos, ademas, la retraccion que se produce á nivel de la cicatriz, retraccion que frecuentemente acarrea la formacion de estenosis y aun de atresias del conducto cervical. Tambien puede observarse la adherencia del muñon cervical á la mucosa de los fondos de saco vaginales. Braun, en 10 casos de curacion, ha observado la formacion consecutiva de un hematómetra, observándose este fenómeno cuatro veces en el espacio de nueve años en uno de los casos.

MANUAL OPERATORIO

Spiegelberg recurre generalmente á la gran bateria de Middeldorff, de cuatro elementos. Segun la profundidad á que se opera, se fija el asa del hilo galvánico sobre un porta-hilos curvo más ó ménos largo. Sirviéndose entónces de los dedos ó de un instrumento especial, aplica el operador sobre la porcion vaginal puesta al descubierto el asa galvano-cáustica, haciéndola deslizar por encima de una pinza de garras, merced á las cuales se fija el hocico de tenca. Cuando esté colocada el asa en el punto sobre el cual deba operarse, se une el porta-hilos al tallo directriz (*Nota bibliográfica núm. 5*).

Seguidamente se reducen con rapidez las dimensiones del asa, á fin de abrazar lo más sólidamente posible los tejidos á nivel del punto sobre el cual ha de practicarse la seccion, debiendo siempre practicarse suavemente con objeto de asegurar la hemostasia.

La corriente no deberá ser muy violenta, porque el hilo de platino á una temperatura muy elevada podría romperse fácilmente. Si la operada se queja de experimentar una extremada sensacion de calor,

se podrá inyectar agua en la vagina con algunos intervalos sin interrumpir la corriente.

Es preciso renunciar en absoluto al empleo de los magulladores. Todas las objeciones al uso del asa galvano-cáustica que dejamos expuestas pueden repetirse ahora, añadiendo además que las lesiones de vecindad son muy frecuentes con el empleo del magullador. No hay procedimiento merced al cual se observen con tanta frecuencia las lesiones de la vejiga, de los uréteres y del repliegue de Douglas, como con el uso del magullador. En vista de la frecuencia de estos accidentes, la mayor parte de los operadores han creído que el magullador no obraba solamente sobre los tejidos á nivel de los cuales se aplicaba, sino que poco á poco los órganos vecinos se encontraban atraídos hacia el asa, y eran así lesionados; mecanismo, á la verdad, inverosímil. ¿Por qué había de lesionar el magullador órganos sobre los cuales no había sido aplicado? Cuando hay que deplorar lesiones de esta clase, que se llaman lesiones de vecindad, se trata comunmente de casos en los cuales el útero ha sido obligado á verificar un descenso muy forzado, y el asa del magullador, en lugar de ser aplicada sobre el cuello en el punto de inserción de los fondos de saco vaginales, ha sido colocada sobre la pared vaginal invertida (*Nota bibliográfica número 6*). Desde luego se concibe que de esta suerte puedan ser cogidos y comprendidos entre los tejidos seccionados la vejiga y el peritoneo.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Loc. cit.*, pág. 171.
- 2) Montrose Pallen. *Americ. Journ. of obst.*, VI, pág. 604, 1875.
- 3) M. B. Freund ha propuesto recientemente pasar á través de la porción supravaginal del cuello dos agujas curvas dispuestas en cruz y no aplicar el asa galvano-cáustica hasta que quede terminado este tiempo de la operación. Operando de esta suerte, no solamente se dota al asa galvano-cáustica de un punto de apoyo, sino que la fuerte curvatura de las agujas permitiría practicar una escisión cónica del cuello (*Zeitschr. f. Gebh. u. Gynäk.*, t. VI, pág. 371). Sin embargo, el contacto del hilo galvánico con las agujas facilita mucho su ruptura.
- 4) Este es un hecho que no parece constante, porque Spiegelberg dijo entonces (*Arch. f. Gyn.*, t. IV, pág. 361) que si con el asa galvano-cáustica se hacía la ablación de una inversión, el muñon tenía la forma de un cono cuyo vértice quedaría dirigido hacia abajo, y la porción extirpada quedaría notablemente excavada. Esta disposición parece ser debida á la manera de apretar el asa y al grado de calor del hilo.
- 5) Cuando la aplicación del asa ofrece dificultades muy grandes á causa del volumen del tumor que rellena la vagina, Spiegelberg aconseja extirpar fragmentos del tumor dirigiendo la incisión de abajo arriba. En seguida se puede extirpar cómodamente el resto de la porción vaginal.

6) Véase Simon: *Operationem an den Weibl. Sexualorganen. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Frauenkrankheiten*, t. XIII.

Art. 3.º—Escision de la porcion supravaginal del cuello.

No puede practicarse la amputacion de la porcion supravaginal del cuello sino con ayuda de instrumentos cortantes, ya sea necesario separar completamente el cuello de la vejiga, del peritoneo y del parametrium, ya haya que seccionar los tejidos que le constituyen, partiendo de las inserciones vaginales y dirigiéndose oblicuamente hácia arriba en direccion á la cavidad uterina. En el estado actual de nuestros conocimientos no podemos saber si el termo-cauterio de Paquelin podría en ciertos casos reemplazar con ventaja al bisturí. En todo caso, su empleo ofrece inconvenientes, porque es difícil reconocer bajo la escara los límites de la neoformacion, y el humo que se acumula en la vagina impide dominar con la vista el campo operatorio (*Nota bibliográfica núm. 1*).

Huguier ha sido el primero que ha descrito un método para la amputacion de la porcion supravaginal en los casos de prolongacion simple de esta parte, y á esta operacion le ha dado el nombre de amputacion conoide. Hé aquí las maniobras características de este método operatorio:

Sobre el labio posterior del hocico de tenca se practica una incision semilunar dirigida transversalmente y situada á una distancia de 1 á 3 centímetros del borde posterior del orificio externo por dentro de las inserciones vaginales. Despues se secciona oblicuamente el tejido muscular del cuello, dirigiéndose hácia arriba.

Se practica en seguida una incision en el fondo de saco anterior á 1 centímetro por debajo del punto más declive de la vejiga, punto que puede fácilmente reconocerse merced á una sonda introducida oportunamente en aquel reservorio. Despues de haber separado la vejiga de la pared uterina se seccionan las paredes anterior y laterales del cuello, dirigiéndose hácia adentro y hácia arriba. Se extirpa la parte central del cuello empleando el magullador. La hemostasia se obtiene durante la operacion ligando directamente cada vaso, pudiendo con este objeto pasarse á traves de la pared del cuello una aguja encorvada en forma de anzuelo y aplicar por encima de ella un asa de hilo fuertemente apretada.

Hecho esto, se practica la cura con uata espolvoreada con colofonia, embrocacion con percloruro de hierro, cura con planchuela de cerato, vendaje de T y sonda permanente. Se practica ademas una embrocacion en la cara externa de los muslos y en la region lumbar con aceite

de croton. De esta suerte ha extirpado Huguier fragmentos que median de 0,035 á 0,045 de longitud.

La amputacion en forma de embudo (de Hegar), no solamente en los casos de simple prolongacion de la porcion supravaginal del cuello, sino tambien cuando existe un cáncer sobre ella, lo que es muy diferente. Por el contrario de lo que se practica en la operacion de Huguier, Hegar no abre el fondo de saco vaginal ni interesa el tejido celular periuterino, y sutura la herida. Se atrae tan abajo como se pueda la porcion vaginal con unas pinzas de Museux (*fig. 20*) ó con un asa de

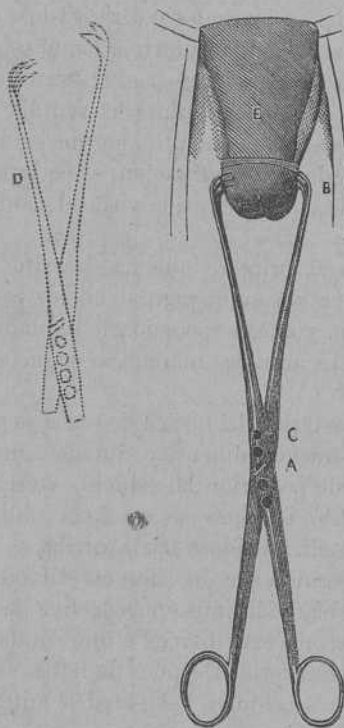


Fig. 20.

hilo, y se hace una incision circular por debajo de las inserciones de la pared vaginal.

Partiendo de esta incision, y comenzando habitualmente por delante, se incide el tejido del cuello, dirigiéndose oblicuamente hacia arriba y hacia adentro, hacia el conducto cervical.

A fin de apreciar el espesor de los tejidos que es preciso seccionar, se introduce de vez en cuando una sonda ó el dedo en el conducto cervical entreabierto, y se trata, cuando es posible, de coger entre el

índice y el pulgar la pared anterior del cuello. Una vez abierto el conducto cervical hacia adelante, si la hemorragia es excesiva, se practica una sutura en toda la superficie, sutura que comprenda la mucosa cervical, cuya sutura facilita la aplicacion de los hilos que deberán colocarse más tarde.

Si la hemorragia no es muy intensa, se continúa sin interrupcion la amputacion conoidea sobre las partes laterales y por detras, valiéndose del bisturí y de las tijeras. El fragmento de cuello amputado de esta suerte tiene la forma de un cono ó de un embudo ranversado, cuya altura, medida despues desde las inserciones vaginales, puede alcanzar, segun las indicaciones, de 3 á 4 centímetros y aún más (*fig. 21*). La consistencia de los tejidos y la gran distancia que separa la mucosa cervical del borde del fondo de saco vaginal hacen muy difícil, aunque no imposible como se ha pretendido, la sutura de los labios de la herida. Generalmente la mucosa vaginal se encuentra afrontada sobre toda la periferia del cuello, y solamente en casos excepcionales se afrontan entre sí los bordes del fondo de saco vaginal. Para aplicar las suturas se emplean pequeñas agujas curvas ó bien agujas cruzadas, montadas y casi rectas que se hacen pasar por debajo de toda la herida.

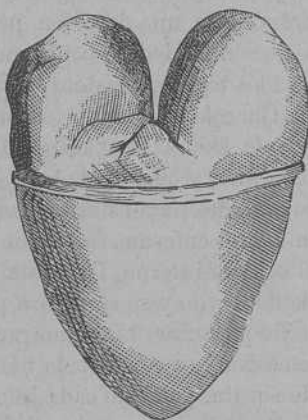


Fig. 21.

Se facilitará singularmente esta maniobra bajando y fijando la mucosa cervical por medio de erinas pequeñas.

Haciendo esta amputacion conoide de la porcion supravaginal del cuello, hemos obtenido nosotros generalmente una reunion por primera intencion completa ó casi completa.

Nosotros no admitimos la sutura sino cuando no estamos seguros, en los casos de cáncer por ejemplo, de haber extirpado todas las porciones enfermas, principalmente por parte de la mucosa, en cuyo caso aplicamos el hierro candente.

Para la amputacion total del cuello en los casos de cáncer, Schroeder ha recomendado recientemente un método que, á imitacion del de Huguier, consiste en abrir intencionadamente el fondo de saco vaginal.

Despues de haber aislado completamente el cuello, puede hacerse la escision de las partes situadas aún por encima del orificio interno. Este método es tambien aplicable cuando el cáncer se ha propagado hasta los fondos de saco vaginales.

A cada lado de la porcion vaginal, á alguna distancia de la neofor-macion, se introduce en el fondo de saco anterior una aguja fuertemen-te encorvada que se hace salir por el fondo de saco posterior despues de haber atravesado el tejido celular periuterino. Estos dos hilos, des-pues de haber sido ligados, permiten que descendan cómodamente el fondo de saco vaginal y el útero; ademá se aplican como ligaduras sobre las ramas inferiores de las arterias ute-rinas y servirán de sutu-ras profundas cuando se haya seccionado completamente el cuello. Se fijará éste por medio de una pinza-erina y se incindirán circularmente á medio ó á un centímetro por fuera de la neoformacion y el cuello; despues de una incision practicada á traves de la pared vaginal, se aísla con el dedo ó con el mango de un escalpelo, cortando con el bis-turí los tejidos resistentes y los vasos.

Cuando se ha abierto por detras el peritoneo que tapiza el replie-gue de Douglas, se sutura la herida así producida con catgut ó con seda fina, y cuando se ha aislado el cuello hasta un punto suficiente-mente alto para estar seguros de que se han traspasado los límites de la region enferma, se seccionan los tejidos del cuello dirigiéndose hácia el orificio interno. Para esta seccion se emplea un bisturí puntiagudo de doble filo y se comienza por el labio anterior, atacando despues el labio posterior. La hemorragia, por regla general, no es absolutamente excesiva y se practica la hemostasia aplicando una docena de puntos de sutura, pasando cada hilo á traves de la pared vaginal y atravesan-do por lo ménos una parte del muñon cervical y saliendo por el fondo de saco posterior.

Un cierto número de hilos serán profundos, á fin de evitar la acu-mulacion de sangre entre la mucosa vaginal y el muñon del útero.

Kaltenbach en estos últimos tiempos ha preconizado un nuevo método para la escision total del cuello en los casos de prolapso con-siderable, procedimiento que permite obtener una hemostasia muy completa. Despues de haber vaciado la vejiga y de empujar las asas intestinales que hayan podido descender al repliegue de Douglas, rodea por delante de la vulva con un hilo elástico toda la porcion pro-lapsada, pudiendo, con el fin de que esta ligadura no se deslice, fijar-la por medio de otros hilos de seda que pasen á traves de la pared va-ginal en inversion. Si esta maniobra fracasa, se atraviesa el tejido ce-lular periuterino por cada lado, y á 3 ó 4 centímetros por encima de la extremidad de la porcion que se halla en prolapso por un asa de hilo que deberá tocar el borde del cuello y abrazar las arterias uterinas. El cirujano prosigue la operacion haciendo sobre la mucosa vaginal, á nivel de su insercion en el cuello, una incision circular, aislando el cuello hasta la altura por donde debe ser amputado. Para ejecutar este último tiempo de la operacion se introduce en el conducto cervical una

de las ramas de las tijeras y se divide el cuello en dos colgajos que se escinden en seguida aisladamente.

Kaltenbach ha recurrido siete veces á esta operacion, ya constituyendo por sí todo el tratamiento, ya no empleándola sino como operacion preparatoria á la colpo-perineorrafia. En todos estos casos el útero medía 12 centímetros y el fragmento escindido media una longitud de 5 á 6 centímetros. Bajo el punto de vista plástico los resultados de la escision total del cuello fueron excelentes.

Despues de la escision total del cuello la herida es de tal modo extensa é irregular, y es tan difícil obtener la hemostasia perfecta, que no se puede contar con una reunion por primera intencion como si se tratara de una amputacion en forma de cono ó de la amputacion del hocico de tenca. Detras de los puntos de sutura se observa frecuentemente que subsisten los pequeños fondos de saco, en los cuales vienen á acumularse los productos segregados por la herida ó la sangre procedente de hemorragias secundarias. Estos líquidos pueden corromperse, de donde procede la elevacion térmica que se observa en las operadas frecuentemente en los primeros días que siguen á la operacion, para evitar cuyo accidente basta obtener una hemostasia perfecta y aplicar debidamente la sutura oportuna. Se evitará la produccion de fenómenos sépticos desinfectando cuidadosamente la herida (sobre todo si se ha operado en casos de carcinoma) con soluciones fenicadas al 5 por 100 ó de cloruro de zinc al 1 por 100.

Si la hemostasia no hubiera sido perfecta, se deberán fijar á nivel de la sutura pequeños tubos de cautchuc ó de cristal que aseguren la libre salida de los productos que la herida segrega.

NOTA

- 1) Véase Eustache. *Bulletin gén. Therap.*, 1830, núm. 11.

Art. 4.º—Tratamiento consecutivo.— Peligros de la amputacion del cuello.

El tratamiento consecutivo es muy sencillo, no siendo absolutamente preciso aplicar vendaje especial, tapones, etc. Se desprenderán los hilos el sexto ó el octavo día y no se practicarán inyecciones vaginales si no sobreviene fiebre ó si el flujo no es muy abundante. Esta es, por otra parte, una necesidad que se impone mucho ménos frecuentemente cuando se ha recurrido á la sutura, que cuando se ha empleado el hierro al rojo ó el asa galvano-cáustica. Si sobreviene una hemorragia tardía, se ligan los puntos que den sangre, ó bien se aplican sobre la herida tapones empapados en percloruro de hierro, en cuyo caso tambien el hierro candente puede prestar algunas veces muy buenos

servicios. Cuando las granulaciones se opusieran á la reunion por primera intencion, se cauterizarán estos puntos con nitrato argéntico.

Si la antisepsia ha sido escrupulosa, la amputacion de la porcion infravaginal del cuello ofrece muy pocos peligros. Se evitarán casi seguramente las hemorragias y la septicemia aplicando una buena sutura. En cuanto á las lesiones de vecindad, no se observan sino cuando se hace descender violentamente al útero, y cuando, desconociendo el punto de insercion de los fondos de saco vaginales, se hace pasar la incision á nivel de la pared vaginal en inversion. En cuanto á los casos de muerte por el *schoc*, tales como han sido indicados por Lisfranc, Simpson y otros autores, comunmente es preciso acusar á la imperfeccion de los procedimientos operatorios ó á las lesiones de vecindad. En un caso de Spiegelberg, los fenómenos de *schoc* se presentaron despues de la rotura del repliegue peritoneal posterior; la enferma se encontraba en el decúbito abdominal, y el aire, así como la sangre, pudieron precipitarse en la cavidad. La operada soportó, al parecer, los fenómenos del *schoc*, pero sucumbió veinticuatro horas más tarde á consecuencia de una hemorragia secundaria.

La escision de la porcion supravaginal del cuello es una operacion mucho más importante, sobre todo cuando no se limita á incindir en el espesor de la pared muscular del útero y cuando se abre el tejido celular que rodea la matriz, como en los casos en que se practica la extirpacion total de este órgano (Nota bibliográfica núm. 1).

Cuando se lleva á cabo la escision total del cuello afectado de cáncer, llega frecuentemente el operador á lesionar el peritoneo, la vejiga ó los uréteres. Si las desgarraduras ó las incisiones que han alcanzado al peritoneo ó á la vejiga presentan poca extension, será preciso en seguida igualar sus labios y suturarlos sin interrumpir la marcha de la operacion. Pero si se trata de desgarraduras muy extensas ó muy irregulares, la extirpacion total del útero podrá ser oportuna con el único objeto de obtener una herida bien regularizada.

Cárlos Braun se contenta, en los casos de desgarradura muy extensa del peritoneo, con aplicar sobre la pared abdominal un vendaje ligeramente compresivo que facilite la aglutinacion de los labios de la herida peritoneal. Algunos cirujanos creen á veces que han lesionado el peritoneo porque, despues de haber incindido la pared de los fondos de saco vaginales, observan sobre la mucosa de la vagina un orificio de bordes irregulares, á traves del cual aparecen, bajo la forma de una vesícula azulada, el tejido celular laxo que protege al peritoneo ó al útero. Basta, en la duda, introducir una sonda, y será fácil hacer constar si se trata del tejido celular ó si la cavidad abdominal ha sido ampliamente abierta.

Si desde el principio de la operacion no se ha podido obtener la

obliteracion de los vasos, ya habiendo recurrido á la ligadura elástica, ya practicando una sutura preventiva, la hemorragia puede llegar á ser tan abundante que ponga en grave peligro la vida de la operada. Esto fué lo que observó Schroeder en un caso en que la seccion de la arteria uterina provocó una enorme hemorragia, de la cual no se pudo triunfar con el hierro candente y que no cesó sino despues de la aplicacion de una sutura profunda. Durante muchas horas la enferma permaneció en un estado sincopal, pero al fin se rehizo completamente.

Despues de esta operacion es preciso temer las hemorragias tardías, que son las más frecuentes. Dos días despues de una operacion en la cual habia sido abierto el repliegue de Douglas, una enferma de Schroeder sucumbió á consecuencia de una hemorragia interna.

La septicemia puede sobrevenir á consecuencia de una infeccion que tenga lugar durante el acto operatorio, ó bien aparecer más tarde cuando se alteren los líquidos segregados por la herida. Se comprenderá fácilmente que las sustancias deletéreas pueden reabsorberse muy rápidamente y extender su accion á distancia, teniendo en cuenta la riqueza de los vasos, la laxitud del tejido celular que rodea al útero y la proximidad del peritoneo.

Citemos ademas las trombosis venosas, los nódulos inflamatorios que tienen su asiento en el tejido celular pelviano, los flemones difusos y las peritonitis generalizadas.

Entre las causas de muerte cuya frecuencia es rara despues de la amputacion del cuello, señalaremos el *trismo* y el *tétanos*. Schroeder ha observado esta última complicacion en dos casos. En el primero se trataba de la amputacion de la porcion vaginal afectada de cáncer (hierro candente, tapones empapados en percloruro de hierro), sobreviniendo la muerte quince días despues de la operacion. En el segundo, este cirujano habia practicado la escision conoide del hocico de tenca afecto de una hipertrofia colosal (muerte el vigésimo día despues de la operacion).

Las cifras siguientes darán una idea aproximada de los peligros á los cuales están expuestas las enfermas que sufren la amputacion del cuello, y demostrarán la ventajosa influencia ejercida por la introduccion del método antiséptico y los perfeccionamientos aportados al manual operatorio (suturas).

En 1873, Spiegelberg reunió (*loc. cit.*) 60 observaciones, de las cuales 7 operadas pertenecían á Langer. De aquéllas, en 39 se habia recurrido al galvano-cauterio, en 17 se habia apelado al bisturí, aplicando ó no suturas, y en 4 casos se habia empleado el magullador. En este número hubo 5 casos de muerte por *shoc*, hemorragia y septicemia (en un caso la operada estaba infectada ya ántes de la operacion). De

estos 5 casos en los que sobrevino la muerte se había empleado el galvano-cauterio 3 veces y en 2 se había practicado la escision con bisturí ó con tijeras, pero sin practicar suturá.

Hegar (*Nota bibliográfica núm. 2*) hasta 1874, de 100 operadas perdió 2 de septicemia: en un caso se trataba de una escision conoide y se había recurrido al hierro candente. A partir de aquella época no ha tenido que deplorar ningun caso de muerte.

Grünwald (*Nota bibliográfica núm. 3*) perdió 3 enfermas de septicemia y 1 por hemorragia despues de operadas de amputacion del cuello practicada con el galvano-cauterio.

De 220 amputaciones de la porcion infravaginal del cuello hechas en otras tantas enfermas, Schröder (*Nota bibliográfica núm. 4*), que comunmente recurría á la sutura, no perdió más que una paciente por trismo, habiendo hecho en ella la escision del cuello y empleado el hierro candente.

De todas estas estadísticas se desprende un hecho digno de notarse, y es que no existe un solo caso de muerte despues de practicada la escision tal como dejamos dicho anteriormente y seguida de la sutura. Por otra parte, en 37 casos de amputacion de la porcion supravaginal del cuello, Schröder (*Nota bibliográfica núm. 5*) tuvo 4 casos de muerte: 3 por septicemia y 1 por hemorragia (*Nota bibliográfica núm. 6*). Y si es verdad que en 7 casos Kaltenbach practicó con éxito la escision total del cuello en casos de prolapso uterino, es preciso no olvidar que en 4 de ellos se observó una fiebre intensa en los primeros días que siguieron á la operacion, y en otros 2, tres semanas despues de verificada ésta, se observó que subsistían exudados en el tejido celular periuterino.

[Juzgamos importante terminar este capítulo con algunas reflexiones sacadas de la tesis inaugural del Dr. De Madec sobre el *cáncer del útero y su tratamiento quirúrgico*. Despues de haber estudiado las relaciones anatómicas del útero, pasa revista á las diversas formas de cáncer de este órgano, así como á su modo de propagacion. Al ocuparse del cáncer del cuello, le divide en cáncer de la cavidad cervical y cáncer de la porcion vaginal, comportándose ambos de manera bien diferente. En efecto, el primero destruye la mucosa y los tejidos vecinos sin aparecer al exterior del cuello, interesando los tejidos de abajo arriba. El cáncer del hocico de tenca, por el contrario, en lugar de propagarse por el cuello, gana é invade los fondos de saco y las cloacas recto y vesico-vaginales.

Es importante en estos diferentes casos establecer bien el diagnóstico, y cuando sólo sean los tejidos internos los afectados, surgirán dificultades que sólo podrán ser vencidas por medio del microscopio.

Afirma De Madec que no debe apelarse á la amputacion infrava-

ginal del cuello como método de tratamiento radical, porque muy frecuentemente no se alcanzan los límites de la neoplasia y sobreviene rápidamente la recidiva; sosteniendo que, en cambio, la amputación supravaginal es operación poco peligrosa y que puede retardar la recidiva, y pronunciándose definitivamente en favor de la histerectomía vaginal, practicada oportunamente y en buenas condiciones, porque en los casos de cáncer aleja notablemente ó en definitiva la reproducción.

Esta opinión del Dr. De Madec nos parece en extremo aceptable, sobre todo teniendo en cuenta los progresos aportados al feliz éxito de la histerectomía vaginal en estos últimos tiempos con el perfeccionamiento de la hemostasia. — *M. G. de S.J*

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Schröder (*loc. cit.*) en 37 casos 8 veces.
- 2) *Op. Gyn.*, 1.^a edic., pág. 243.
- 3) El autor no indica claramente la cifra total de sus operaciones.
- 4) *Charité-Annalen*, 1878.
- 5) *Zeitschrift für Geb.*, t. VII Las operaciones de que aquí se trata no son en manera alguna escisiones totales del cuello en el sentido que Schröder atribuye á esta palabra.
- 6) El caso de tétanos señalado en la estadística de Mœricke (*Zeitschrift für Geb.*, t. III) bajo el número 89 no se encuentra comprendido aquí.

CAPÍTULO IV

ENUCLEACION DE TUMORES UTERINOS INTERSTICIALES Y SUBMUCOSOS QUE PRESENTAN UNA ANCHA SUPERFICIE DE INSERCIÓN

Artículo 1.º — Anatomía patológica.

Deberá reservarse la enucleación por las vías genitales para los tumores del útero que no habiendo contraído más que débiles adherencias con la pared uterina, forman una prominencia considerable en la cara interna de este órgano, y ofrecen un revestimiento muscular intacto. Deben ser fácilmente accesibles por la vagina y por el conducto cervical. Estas son las condiciones que se encuentran por lo común en los fibromiomas submucosos de ancha base, así como en los fibromiomas intersticiales que forman prominencia considerable en la cavidad y que están recubiertos solamente por el otro lado de una tenue capa de tejido muscular. En los casos favorables es fácil aislar estos tumores del tejido celular circunvecino, y se puede fácilmente con los dedos ó con la espátula disecar su cápsula desde que haya sido abierta.

Estos miomas no están unidos al tejido uterino que les rodea más que por bridas, en el interior de las cuales se alojan algunos pequeños vasos. No es raro, sin embargo, que estas adherencias sean más íntimas. Aquí y allá se ven penetrar en el tumor bridas musculares más gruesas conteniendo vasos de mayor calibre. La cápsula mucosa que recubre el tumor en su parte interna es generalmente notable por su riqueza en vasos ectásicos, y su apertura es el origen de hemorragias comunmente.

La mayor parte de los miomas de que nosotros nos ocupamos aquí son simples. A veces, sin embargo, son complejos y formados de un cierto número de masas desiguales yuxtapuestas.

Si los examinamos bajo el punto de vista de su asiento, vemos que

lo más frecuentemente tienen su punto de partida en el fondo y en el cuerpo del útero. Por lo comun se insertan únicamente sobre la pared anterior ó sobre la pared posterior de este órgano. Pero existen casos en los cuales se extienden las inserciones á la vez á la pared anterior, á la posterior y al fondo de la matriz. Puede observarse que estos tumores, cuya superficie de implantacion es tan ancha, adquieren un volúmen muy considerable; el fondo del útero se eleva entónces hasta á nivel del ombligo y aún á veces adquiere la matriz el volúmen de un útero en estado de gestacion á término.

Al principio estos tumores forman una prominencia aplastada poco marcada hácia la cavidad uterina. Pero gradualmente van avanzando más y más en la cavidad, se pediculizan, y, ya á consecuencia del au-

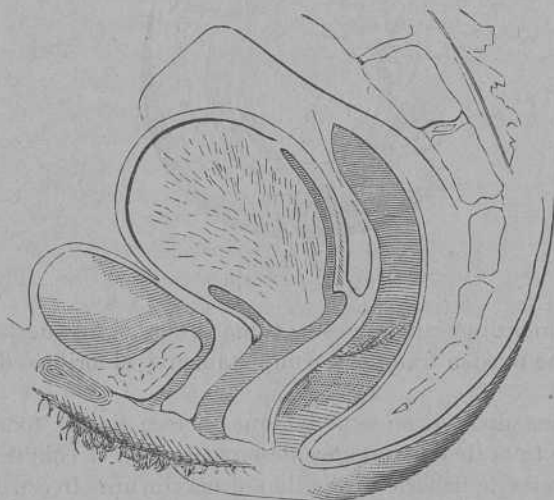


Fig. 22.

mento de volúmen por una parte, ya á consecuencia de las contracciones uterinas por otra, se les ve que, á semejanza de los pólipos, avanzan á través del orificio interno, dilatan el conducto cervical y forman prominencia por fuera del orificio externo (*fig. 22*).

Es muy fácil confundir con un pólipo el segmento redondeado del tumor que de esta suerte avanza á través del cuello. Para evitar el error será preciso sortear la dificultad que se experimenta cuando se observa movimiento en el tumor, pudiendo ademas con el dedo ó con la sonda asegurarse de las grandes dimensiones que presenta la superficie de insercion. No será posible confundirlo con una inversion uterina, porque, practicando el exámen bimanual, no será muy difícil

reconocer el aumento de volúmen del útero y la forma especial que ofrece el fondo de este órgano.

Es mucho más raro observar miomas intersticiales y submucosos de ancha base insertándose en las paredes del hocico de tenca ó en la porcion supravaginal del cuello. Es raro que los miomas del hocico de tenca adquieran grandes dimensiones. En cuanto á los de la porcion supravaginal, distienden la pared anterior ó posterior del cuello, si bien cuando la pared sana se encuentra propulsada, distendida y adelgazada, y el conducto cervical desfigurado, ofrecen un aspecto semilunar. Aumentando de volúmen empujan gradualmente la mucosa del conducto

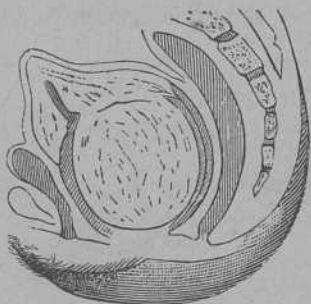


Fig. 23.

cervical; pero ordinariamente estos tumores son de tal suerte voluminosos, que no pueden franquear completamente el orificio del hocico de tenca.

Existe una disposicion especial que merece llamar toda nuestra atencion. Se trata de esos miomas desenvueltos en el conducto cervical que despues de haberle distendido al máximo ofrecen la disposicion figurada en el grabado 22. Podrian fácilmente confundirse estas producciones con tumores de la vagina, cuando no puede apreciarse detras de ellos un repliegue bien manifesto indicando el reborde del cuello y mostrando el origen del tumor. La mayor parte de estos miomas contraen adherencias muy sólidas con el músculo uterino, y es imposible establecer la menor limitacion entre ellos, siendo ésta una disposicion característica que probablemente se opone á la formacion de un pediculo. Añadamos, finalmente, que cuando estos tumores avanzan hasta la vagina, constituyen solamente una gran prominencia en la cavidad uterina, no siendo raro que sobrevengan adherencias secundarias entre la neoplasia y la pared desnuda del conducto cervical, del hocico de tenca ó de la vagina.

El fibromioma no es el único tumor que puede desenvolverse en el útero. Puede tambien desarrollarse el sarcoma y estar enclavado segun

la disposicion que acabamos de describir. Puede observarse que estos tumores estén rodeados de una cápsula constituida por tejidos sanos, bastando incindir esta cápsula para ver al tumor formar hernia inmediatamente.

Añadiremos que Hegar ha enucleado felizmente un mioma submucoso cuya capa de cubierta había sufrido la degeneracion cancerosa.

Art. 2.^o — Literatura é historia de la enucleacion.

Amussat. *Revue méd.*, Agosto 1880, y *Mémoire sur l'anatomie pathol. des tumeurs fibreuses de l'utérus*, Paris, 1842.

Jarjavay. *Des opérations de corps fibreux de l'utérus*, Paris, 1850.

Atlee. *The surgical treatment of certain fibroid tumors of the Uterus, heretofore considered beyond the resources of art*, Filadelfia, 1853.

Hutchinson. *Med. Times*, 1857.

West. *Maladies des femmes*.

Routh. *Brit. Med. Journ.*, 1867.

Hegar. *Virchow's Arch.*, 1869.

M. Sims. *Uterine Surgery y On intrauterine Fibroids*. *Med. Journ.*, Abril 1874.

Männel. *Prager Vierteljahrschrift*, CXX, 1874, 2, pág. 29.

A. Martin. *Zeitschr. f. Geburtshülfe*, etc., 1876.

Gusserow. *Die Neubildungen des Uterus*, págs. 78-86.

Pozzi. *De la valeur de l'hystérotomie*, etc., Paris, 1875, 64 enucleaciones con 16 casos de muerte.

Draga Ljocic. *Ein Beitrag zur operativen Behandl. der Fybromyome des Uterus*. Discurso inaugural, Zurich, 1878. Casos de Frankenhauser.

C. Braun-Fernwaldt. *Wien. med. Wochenschr.*, XXIV, 39, 40, 41, 1874.

Jakubasch. *Charité-Annalen*, 1879-81, 2 Thl. *Ueber Uterus Fibrome*.

Gaillard Thomas. *Americ. Journ. of Med. Sc.*, 1880, Abril.

Frank. *Ueber die Operation complicirter Fibromyome des Uterus*, etc. Discurso inaugural, Strasbourg, 1880.

Se sabe cuán fácil es sobre el cadáver enuclear los miomas intraparietales ó submucosos que ofrecen una ancha superficie de insercion, y fatalmente debía ocurrírseles á los cirujanos la idea de recurrir á un procedimiento análogo para el tratamiento quirúrgico de estos tumores. Dupuytren y Velpeau parece que fueron los primeros que se pronunciaron en favor de la enucleacion, que fué ejecutada por primera vez por Amussat en 1840. En tres casos obtuvo este cirujano dos éxitos, sucumbiendo la enferma en el otro. Velpeau intenta dos veces esta operacion, no pudiendo terminarla sino en un solo caso y sucumbiendo las dos enfermas. Demarquay, en cuatro operaciones, no logra más que un solo éxito. Estos eran, sin duda alguna, los resultados poco sa-

tisfactorios que debían despertar muchos adversarios contra este método, entre los cuales citaremos á Nélaton, que se pronunció enérgicamente contra él.

En Inglaterra, y sobre todo en América, bajo la influencia de Atlee, se practicó frecuentemente la enucleacion, y en 1857, Hutchinson pudo publicar una estadística, comprendiendo 18 operaciones terminadas y 6 incompletas, de las cuales sobrevino la muerte en una tercera parte de ellas. Routh añadió 9 casos, en los cuales obtuvo 8 curaciones.

En Alemania, B. Langenbeck fué el primero que practicó muchas veces con éxito esta operacion, á la cual no había recurrido sino en casos muy precisos. Para él, en efecto, estaba contraindicada cuando el tumor tenia su asiento en la porcion del útero que está cubierta por el peritoneo. Kiwisch se pronuncia igualmente en favor de esta operacion en todos los casos en los cuales se tratara de tumores cuyo volumen no excediera del de un huevo de ave. Entre los cirujanos alemanes que más frecuentemente han practicado esta operacion citaremos: Carlos Braun, Frankenhauser, Hegar, Martin, Gusserow, y coleccionando las estadísticas de West, de Männel y de Martin se han reunido 154 observaciones de enucleacion, de las cuales 51 fueron seguidas de muerte, ó sea un 33 por 100. Hubo, ademas, 15 enucleaciones incompletas, y entre éstas 9 casos de muerte.

Las estadísticas de Schroeder y las de nuestra clínica merecen una gran atencion. Jakubasch refiere que de 11 operaciones practicadas por Schroeder, en 3 casos sobrevino la muerte. Los resultados obtenidos por Frankenhauser son mucho mejores. De 23 operadas (*Nota bibliográfica núm. 1*) no ha perdido este cirujano más que 3; de ellas en una la enucleacion había sido incompleta.

Todas estas estadísticas no tienen más que un valor muy limitado, porque bajo el punto de vista de la disposicion anatómica todos estos casos eran muy distintos, segun los autores.

Podemos, no obstante, deducir en conclusion que la operacion es muy peligrosa, y que es muy difícil seguir rigurosamente tal ó cual método operatorio. Estas consideraciones nos obligan á no acometer esta operacion sino en los casos muy precisos, y no debemos olvidar que la histerotomía, la castracion y aún la enucleacion por la vía abdominal son ménos peligrosas, circunstancia que limita tambien las indicaciones de la enucleacion por las vías genitales.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

- 1) Pueden añadirse, ademas, á las observaciones reunidas por Ljocie otros tres casos (Comunicacion escrita, Abril, 1880).

Art. 3.^o — Indicaciones.

No deberá practicarse la enucleacion sino en los casos en que pueda terminarse. *Más vale terminar la operacion que interrumpirla*, porque las bridas que se dejan en este último caso se gangrenan y entran rápidamente en putrefaccion, complicacion que en este caso es difícil de evitar.

Establecido este punto, es preciso, pues, considerar la enucleacion como contraindicada en todos los casos en que se trate de tumores muy voluminosos. Todos los casos de muerte de nuestra práctica se refieren á tumores de gran volúmen que se elevaban hasta á nivel del ombligo. No se puede en estos casos maniobrar libremente en la cavidad uterina, y ni el dedo ni los instrumentos pueden penetrar bastante profundamente para alcanzar los puntos que deben ser seccionados. Es muy difícil atraer hácia afuera el mioma despues de haberle dividido en muchos segmentos, porque las porciones del tumor extirpadas son de tal suerte voluminosas que oponen una resistencia insuperable. Si en estas condiciones se renuncia á la operacion quedará una ancha herida, es decir, una superficie de reabsorcion muy extensa, y el peligro de la septicemia se acentúa. Añadamos, finalmente, que la pared uterina es por lo comun tan delgada que apenas puede contraerse, y se observa frecuentemente la inversion uterina.

La enucleacion parece, ademas, estar contraindicada en todos los casos en que se trata de tumores no encapsulados, confundiéndose más ó ménos con la pared uterina que les rodea y aproximándose al peritoneo, y, finalmente, cuando se trata de miomas múltiples. Desgraciadamente, es muy difícil ántes de la operacion reconocer con certidumbre la manera como se encuentra enclavado un tumor en el tejido uterino, y no podemos obtener á este respecto más que signos de presuncion.

Cuando el cuello uterino es largo y duro, cuando los órganos genitales de la mujer ofrecen el aspecto de los de una vírgen, la operacion está tambien contraindicada. No siempre es posible, en efecto, dilatar suficientemente el cuello para poder alcanzar el tumor, y, por otra parte, las tentativas hechas en este sentido pueden provocar la aparicion de fenómenos de infeccion que son, por tanto, muy peligrosos.

En suma, la enucleacion no está indicada sino cuando se trata de miomas desarrollados á nivel del cuello, fácilmente accesibles, ó de tumores desarrollados en el cuerpo, pero solitarios, fácilmente aislables de los tejidos vecinos que hayan distendido y dilatado el cuello y ofreciendo un revestimiento muscular intacto. Nosotros diagnosticamos esta disposicion cuando el útero, aumentado de volúmen, ofrece una superficie externa bien regularizada.

La ablacion del tumor está indicada cuando existen *hemorragias graves*. En cuanto á los demas accidentes, como trastornos dismenorreicos, esterilidad (Sims, *loc. cit.*), fenómenos dolorosos, signos de compresion de los órganos pelvianos (en los casos de mioma voluminoso del cuello, por ejemplo), etc., no bastan por sí solos para indicar la operacion.

En ciertos casos raros la operacion puede estar indicada porque el tumor constituya un obstáculo al parto Así, por ejemplo, Braxton Hicks (*Nota bibliográfica núm. 1*) extirpó del labio anterior del cuello un mioma que pesaba una libra y que se oponia al encajamiento de la cabeza. Danyau (*Nota bibliográfica núm. 2*) practicó durante el parto la enucleacion de un mioma que tenia su asiento en la pared posterior del cuello, que llenaba completamente la pequeña pelvis.

La operacion es absolutamente necesaria cuando espontáneamente ó despues de algunas tentativas operatorias se gangrena el mioma, siendo preciso abreviar la eliminacion del tumor para oponerse á la septicemia. En estos casos la enucleacion ofrece por lo comun muy pocas dificultades. El tumor descende y se le puede coger fácilmente, y las adherencias que contrae con el útero son muy poco íntimas. En estas condiciones, se pueden extirpar fácilmente tumores muy voluminosos.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *London obstetric. Transactions*, XII, pág. 273.
- 2) *Gaz. méd. de Paris*, 1851, pág. 239.

Art. 4.º — Manual operatorio.

Preparativos.— Cuando se trate de un mioma voluminoso que parta del cuerpo del útero, es preciso, si se quiere seguir la operacion con seguridad, que el conducto cervical sea suficientemente ancho para dejar pasar dos dedos, siendo éste el minimum de dilatacion necesario para comprobar los resultados obtenidos con los instrumentos y para poder alcanzar la base del tumor. Cuando el conducto cervical no tiene grandes dimensiones, es preciso recurrir previamente á su dilatacion artificial; pero no debe elegirse el empleo de la esponja ni el de las bujías de goma (1), y teniendo en cuenta que la enucleacion no puede ser considerada como una buena operacion sino cuando el cuello no está espontáneamente dilatado, es preferible seccionar los bordes del cuello con el bisturi ó con las tijeras. Por otra parte, se apreciará que, durante la operacion, las dimensiones del conducto cervical aumentan de una manera muy notable.

(1) Véase lo dicho á este respecto en el lugar correspondiente.

La enferma debe ser colocada en la posicion de la talla sobre una mesa de operaciones que no sea muy baja. Si la superficie de insercion del tumor está muy alta, si tiene su asiento sobre la cara anterior del útero, el decúbito dorso-sacro ofrece grandes ventajas. Cuando se trata de pequeños miomas desarrollados en el cuello, cuando sea inútil comprobar por la pared abdominal la marcha de la operacion, se podrá colocar la enferma en el decúbito lateral, lo que hará más accesible el campo operatorio. En todos los casos en que el tumor esté muy elevado se obrará cueradamente poniendo al descubierto la vagina durante la introduccion del bisturí ó miéntras se atrae á traves del orificio del cuello el tumor seccionado. Los espéculos no hacen más que estorbar cuando se opera con los dedos en la cavidad uterina.

Es muy frecuente, por otra parte, que obedeciendor á las tracciones ejercidas sobre la pinza que fija el labio anterior del cuello, descienda poco á poco hasta la vulva, haciéndose accesible para la vista el campo operatorio.

Es preciso recurrir á la anestesia, no sólo para hacer desaparecer los dolores resultantes de la operacion, sino tambien para evitar la contraccion de los músculos abdominales, que impediria vigilar atentamente el estado del cuerpo del útero.

OPERACION

El primer tiempo de la operacion, cuando el tumor está intacto, consiste en incindir la cápsula. Si la neoplasia forma solamente hácia la cavidad uterina una prominencia de base ancha y aplastada, se practicará sobre ella, valiéndose de un bisturí romo y montado sobre un mango largo, una incision longitudinal (*Nota bibliográfica núm. 1*) que tenga las mayores dimensiones posibles. Si se trata de un tumor que presente la disposicion señalada en la *fig. 25*, y que se hunda como un cono á traves del conducto cervical en el vaginal, será conveniente incindir la cápsula en el surco que separa el tumor de la pared uterina (Kaltenbach). De esta suerte se fragua paso más fácil hácia la base del mioma. El tumor que forma prominencia por fuera de su cápsula, se le coge inmediatamente con unas pinzas de Museux ó de Sims y se le hace descender todo cuanto sea posible, miéntras que por sus lados y á nivel de su base se le aísla de la pared uterina que le rodea. Si el mioma está bien limitado, si no se adhiere más que ligeramente á la pared uterina, puede practicarse el descortezamiento sirviéndose de los dedos. Si estos últimos son muy cortos ó si el paso es muy estrecho para que puedan alcanzar la base del tumor, podrá recurrirse á una cucharilla roma (*Nota bibliográfica núm. 2*), á una es-

pátula ligeramente encorvada sobre su cara ó á unas tijeras de punta tambien roma.

Esta operacion se hace muy dificil cuando el tumor ha contraido adherencias intimas con los tejidos vecinos. Es preciso entónces seccionar aisladamente todas las bridas musculares que unan la pared uterina á la superficie del tumor, sirviéndose al efecto de tijeras curvas que se dirigirán con el dedo.

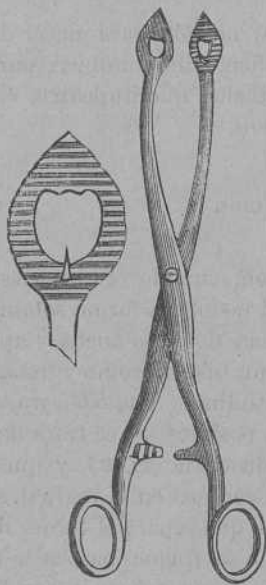


Fig. 24.

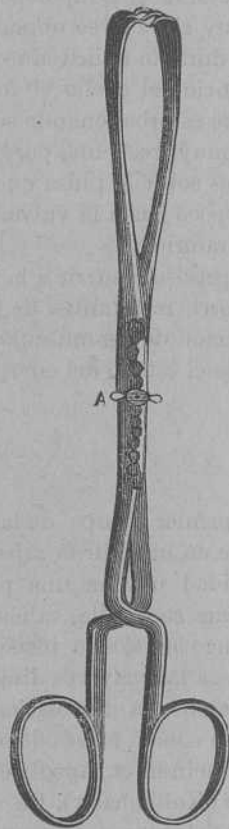


Fig. 25.

Miéntas dure la operacion, un ayudante tendrá aplicadas las manos sobre la pared abdominal á fin de fijar el útero y de empujarle hácia la cavidad de la pelvis. Merced á esta maniobra el tumor se hará más accesible al operador, y el ayudante, siguiendo paso á paso los diferentes tiempos de la operacion que se practica sobre la cara interna del útero, podrá comprobar el grueso de la pared uterina, pudiendo

por otra parte el operador por sí mismo, de vez en cuando, orientarse palpando el fondo de la matriz.

Cuanto mejor se aisle el tumor, mejor se le ve obedecer á las tracciones ejercidas sobre las pinzas aplicadas sobre él. Por otra parte, si se quiere que la prehension sea siempre fuerte y que no se produzca ninguna desgarradura en el tumor, se deberán aplicar estos instrumentos á una altura cada vez más elevada.

Es muy raro observar que las tracciones por sí solas den buenos resultados. Es, sin embargo, un procedimiento que ha sido erigido en método por los operadores ingleses y americanos. Cuando el tumor presenta adherencias íntimas y extensas, toda traccion forzada es peligrosa porque ocasiona con facilidad suma desgarraduras de la pared uterina ó la inversion del punto sobre el cual se inserta el mioma.

Sólo los pequeños miomas pueden ser extraídos conservando su volúmen intacto. Cuando el tumor es voluminoso, el operador aprecia bien pronto una resistencia muy viva debida á la rigidez del orificio uterino ó al volúmen de las partes del tumor extirpadas, y ni el dedo ni los instrumentos pueden penetrar á una altura suficiente en la cavidad uterina. A este fin, y para operar á la vista, se practicará la ablacion de los segmentos del tumor que hayan podido alcanzarse y aislarse, ó bien haciendo una incision en las partes laterales del tumor, siendo posible prolongar esta última (véase el art. 3.^o del capítulo siguiente). Este último procedimiento nos parece preferible, porque no cesamos de coger el tumor, y aplicando siempre las pinzas á una altura mayor cada vez, nos es posible atraer hácia afuera la neoplasia.

Cuando el volúmen del tumor ha disminuido por efecto de las maniobras supradichas, se reemplazarán con ventaja las pinzas de Museux por pinzas cuyas cucharas estén fenestradas y provistas de garras (*fig. 24*). Podrá tambien recurrirse al instrumento de Greenhalgh, que aparece representado en la *fig. 25*. Frankenhauer ha ideado para la extraccion del tumor un instrumento especial, semejante al cefalotribo. Durante este tiempo de la operacion será ventajoso descubrir el cuello del útero, porque comprobándolo con la vista podrán colocarse las pinzas sobre los puntos más elevados y sobre las partes más anchas y más resistentes del tumor.

En vista de todas las dificultades que se experimentan para coger, segun su mayor diámetro, las porciones del tumor que han sido aisladas, pero que están aún encerradas en la cavidad uterina, y atendiendo á la necesidad de cuidar mucho no se hiera á aquélla, se comprenderá perfectamente que los cirujanos hayan ideado diferentes instrumentos.

Tan es así, que Martin (*Nota bibliográfica núm. 3*) ha inventado un instrumento que se introduce y se articula como un forceps; sus ramas, redondeadas, presentan un cierto número de puntas cortas y muy fuertes que pueden hacerse prominentes por medio de un tornillo cuando el instrumento está bien colocado. Thomas (*Nota bibliográfica núm. 4*) recomienda que se recurra, cuando se trate de un mioma que presente una ancha superficie de inserción, á una cuchara de bordes dentados y de cara externa convexa. Los dientes de sierra están dispuestos de tal suerte que, aun queriendo, sería muy difícil lesionar la pared uterina. Los autores americanos han publicado un cierto número de Memorias para demostrar las ventajas de este instrumento (*Nota bibliográfica núm. 5*).

Citemos tambien entre los procedimientos que pueden ser aplicables en algunos casos bien determinados, el de Carlos Braun, que para fraccionar tumores muy voluminosos emplea el craneoclasto. En los casos de miomas aglomerados deberá enuclearse sucesivamente cada uno de los nódulos, y si el tumor es quístico (véase Sims y Braun, *loc. cit.*) se abrirán las cavidades quísticas, á fin de disminuir suficientemente el volúmen de la masa neoplásica.

Si el tumor está calcificado y presenta una superficie dura ó nódulos calcáreos, situados en las partes centrales, se les podrá fraccionar con pinzas fuertes, ó bien seccionarlos con cucharillas, etc. (*Nota bibliográfica núm. 6*).

Cuando las adherencias son íntimas y numerosas, y cuando la superficie de inserción del tumor es muy extensa, la operacion se hace extremadamente penosa, de tal suerte que es preciso que de vez en cuando venga un ayudante ejercitado á suplir al operador. Y, en efecto, en el curso de estas operaciones, que pueden durar algunas horas, los dedos se fatigan, y no se puede, sino con grandes dificultades, dirigirlos hácia los puntos en que se ha de practicar la extirpacion. El sentido del tacto se embota, y el operador se fatiga y se lastima los dedos.

Añadamos tambien que despues de la fragmentacion del tumor se experimentan frecuentemente dificultades para dirigir bien los instrumentos entre la cápsula y el tumor propiamente dicho, y con los dedos se pasa fácilmente de la cápsula al tejido uterino.

Se han visto con suma frecuencia algunos cirujanos obligados á interrumpir la operacion á causa de la fatiga, viéndose muchas veces en el caso de tener que detenerse para orientarse. En un caso parecido fué preciso resecaer todas las partes aisladas y abandonar el resto del tumor á la eliminacion espontánea, pudiendo tambien en estas circunstancias esperarse á que, al cabo de algunos días, venga á descender el tumor, y si por efecto de la necrosis se habían hecho más

laxas las adherencias que le unieran á los tejidos vecinos, hacer una segunda tentativa operatoria.

En estas condiciones, la segunda maniobra da tan buenos resultados, que ciertos autores han creído debían preconizar que la operacion se ejecutara en dos tiempos (Mathews Duncan, Marion Sims, etc.). Sin embargo, este procedimiento expone de tal suerte á la septicemia, que es preciso olvidar la mayor facilidad en la operacion, y la enucleacion de los fibromas practicada en muchas sesiones no será jamás sino una operacion de necesidad, nunca de eleccion.

Es más racional operar de la manera siguiente: en la primera sesion, limitarse desde luégo á incindir la cápsula; en la segunda sesion, el tumor, merced á las contracciones uterinas, se hace más accesible, está intacto y puede procederse al descortezamiento (Atlee). Se comprenderá fácilmente que operando de esta suerte se evitará casi con seguridad la putrefaccion del tumor por poco riguroso que haya sido el método antiséptico empleado, porque limitándose á incindir la cápsula no se alcanzan los vasos que unen al tumor con el fondo del útero, asegurando la nutricion de aquél.

Si se trata de un tumor supurado ó en vías de eliminacion espontánea, las dificultades de la enucleacion son mucho menores. Las masas morbosas avanzan á veces hasta la vagina á traves del orificio uterino dilatado. Se reconoce muy claramente el punto á nivel del cual viene á insertarse el tumor en el parénquima uterino, existiendo en él un surco muy ostensible. Por otra parte, la union del tumor á la pared uterina es muy laxa.

Desde el principio de la operacion es preciso guardarse de ejercer tracciones muy violentas sobre el segmento del tumor que se ha podido coger, siendo necesaria mucha prudencia en tanto que el mioma no haya sido aislado en una extension suficiente. Los instrumentos cor-tantes son notablemente peligrosos; en efecto, desgarran los tejidos sobre los cuales se aplican, debiendo, por tanto, preferirse las pinzas anchas fenestradas, las pinzas de pólipos de presion sólida, ó no servirse más que de la mano (*Nota bibliográfica núm. 7*). Es preciso, además, saber que la necrosis está siempre más avanzada en las partes inferiores del tumor y que se encuentran frecuentemente en el fondo del útero tejidos duros que no han sido todavía alcanzados por la degeneracion, y á nivel de los cuales pueden encontrar las pinzas un punto de apoyo más sólido.

En cuanto á los pequeños tumores desarrollados en el espesor del hocico de tenca, es posible enuclearlos como si se tratara de tumores de la piel: basta incindir la cápsula que les recubre para verlos formar una gran prominencia sobre los tejidos en que están enclavados. Pueden, sin embargo, sobrevenir algunas dificultades cuando el tumor es

voluminoso; tan es así, que Kaltenbach se vió obligado en un caso en que operaba un mioma del volúmen de un huevo de pato desarrollado en la pared posterior del cuello, á abrirse paso practicando á cada lado del orificio externo una incision que se extendía hasta la insercion de la pared vaginal. Los bordes del orificio estaban, en efecto, tensos en el más alto grado y oponían una resistencia insuperable al descenso de la porcion supravaginal del tumor. Estas incisiones laterales fueron suturadas despues de la ablacion del tumor.

Cuando se trate de miomas voluminosos desarrollados en el cuello y cuya base estrechada simule un pediculo (*fig. 23*), debe ensayarse desde el principio la incision de la cápsula en el surco situado entre el tumor y la pared del cuello. Hecho esto, se disminuirá por la prolongacion el volúmen del tumor que rellena toda la vagina ó que acaso forma prominencia por fuera de la vulva.

Cuando la insercion del tumor es inaccesible, se experimentan tentaciones de ejercer tracciones fuertes sobre la masa morbosa, maniobra que es preciso prohibir rigurosamente. Ejerciendo semejantes tracciones es como se ha podido desgarrar el fondo de saco posterior de la vagina ó la pared posterior del cuello y abrir el espacio de Douglas (*Nota bibliográfica núm. 8*).

No podemos recomendar el empleo del magullador ó del asa galvanocáustica cuando la superficie de implantacion del tumor es muy extensa. La resistencia que es preciso vencer en este caso es comunmente muy considerable, y estos instrumentos no pueden prestar servicio alguno. Añadamos, finalmente, que estos miomas voluminosos se adhieren tan íntimamente á la pared uterina, que no puede aspirarse á una enucleacion ó á una escision completa.

En cierto número de casos de esta índole conviene limitarse solamente á la amputacion del segmento de tumor que ocupa la pequeña pelvis, pudiendo así hacer que desaparezcan las hemorragias y todos los signos de compresion; la herida, de gran tamaño desde el principio, se cubre, despues de una gran supuracion, de tejido cicatricial (Männel, Chiara, Chrobat, Mac Clintock, Müller — *Nota bibliográfica núm. 9*), ó bien el resto del tumor se atrofia al cabo de algun tiempo (Frankenhauser — *Nota bibliográfica núm. 10*). En otros casos se ha observado que las masas morbosas abandonadas en el útero han entrado en putrefaccion, originando una septicemia rápidamente mortal (véase Sims, *loc. cit.*).

La siguiente observacion de Kaltenbach es muy interesante. Se trataba de un mioma colosal desarrollado en el espesor de la pared uterina, que se elevaba hasta á nivel del epigastrio. El operador se había visto en la necesidad de practicar la ablacion de un segmento del tumor, que descendía en la vagina y presentaba el volúmen de

una cabeza de feto de todo tiempo. Se observó en seguida que el útero disminuía de volúmen y descendía gradualmente hasta á nivel del ombligo. Dos meses más tarde, Kalténbach repite la operacion y extirpa un nuevo fragmento del tumor, que tenía el volúmen de un puño. Pero esta vez no pudo impedirse que las masas que quedaron en el útero entraran en putrefaccion, y la enferma, que estaba extremadamente anémica, sucumbió cuatro meses despues de esta segunda operacion á consecuencia de una peritonitis de origen séptico (*Nota bibliográfica núm. 11*).

Si el tumor ofrece un volúmen poco considerable, si no se adhiere intimamente al tejido vecino, la hemorragia no ofrece una importancia especial; en algunos casos excepcionales, sin embargo, es tan intensa, que el cirujano puede verse obligado á interrumpir la operacion y á taponar la cavidad uterina. Este accidente se observa cuando se seccionan una cápsula ó bridas musculares provistas de numerosos vasos, cuando se desprende el tumor, ó bien cuando el bisturí viene á herir las mismas paredes del útero, falta muy fácil de cometer cuando no son muy claros y precisos los limites del tumor. Pero no debe obrarse con precipitacion ni interrumpir la operacion á la menor dificultad.

Es preciso saber que en todos los casos en que la situacion del tumor es favorable, la hemorragia puede ser fácilmente contenida, aunque desde el principio sea muy intensa. Basta proseguir rápidamente la operacion, porque obrando de esta suerte se permite retraerse á los vasos de la cápsula que han sido seccionados, y el tumor, bien aislado, puede descender y desempeñar el papel de un tapon. Las inyecciones de agua caliente y las irrigaciones con el agua clorurada pueden bastar cuando las hemorragias sean más ligeras.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Hutchinson emplea el hierro candente para incindir la cápsula. Carlos Braun apela al galvano-cauterio. Meadows escinde los fragmentos voluminosos sobre la cápsula.
- 2) Sims ha ideado un enucleador especial.
- 3) *Zeitschr. f. Gebh. u. Frank*, 1876, pág. 152.
- 4) *Americ. Journ. of Obst.*, Octubre, 1877.
- 5) Mary Putnam Jacoby. *Americ. Journ. of med. Sc.*, Abril 1880.
- 6) Lehnerdt. *Zeitschrift f. Gebh. u. Gyn.*, 1878, t. III, pág. 359, y Ch. Jaffé, *Berl. Klin. Wochenschrift*, 12 de Junio de 1876.
- 7) Walter recomienda penetrar con la mitad de la mano cuando el mioma está reblandecido y atraer hácia afuera los fragmentos del tumor sin emplear instrumento alguno. *Ueber die intrauterine Zerstückelung von polyposen Tumoren. Dorpater med. Zeitschr.*, t. IV, fascículo 1.º

8) Véase Spiegelberg. *Arch. f. Gyn.*, t. V, y Frank. En el último caso la desgarradura partía del punto en que se insertaba el tumor, propagándose al tejido celular. Se hizo la sutura y se aplicó el desagüe á pesar de un enfisema subcutáneo que se extendía á todo el muslo derecho. La enferma curó sin fiebre.

9) *Arch. f. Gyn.*, t. VI. Müller observó en un caso análogo desarrollarse nódulos sarcomatosos á nivel de la cicatriz.

10) *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, 1874, pág. 225.

11) La autopsia demostró una degeneracion fibrosa de todo el útero que no se elevaba, sin embargo, más que á un traves de mano por encima de la sínfisis. No se podía reconocer más que aquí y allá algunos puntos en los cuales la pared interna ofrecía una estructura normal, y tambien se encontraban nódulos de volúmen muy variable. Además el útero estaba unido por antiguas adherencias á la pared anterior del abdómen.

Art. 5.º — Tratamiento consecutivo. — Peligros de la operacion. Apéndice.

Una vez bien enucleado el tumor, deben researse cuidadosamente con las tijeras los restos de la cápsula que flotan á nivel de la herida, practicando en seguida un lavatorio en la cavidad uterina con un líquido antiséptico. Si la hemorragia persiste, puede recurrirse para esta inyeccion á una disolucion de percloruro férrico. Si la operacion ha sido extensa; si, por ejemplo, ha habido necesidad de extirpar un tumor voluminoso implantado en la parte superior de la matriz, deberá inmovilizarse la pared abdominal por medio de un vendaje uatado.

La ergotina prestará muy buenos servicios, evitando las hemorragias secundarias, disminuyendo las dimensiones de la herida uterina é impidiendo la formacion de trombosis extensas. En todos los casos en que la cara interna del útero esté muy alterada, en aquellos en los cuales no se ha podido terminar la operacion, será preciso multiplicar los lavados antisépticos; pareciéndonos el mejor procedimiento aquel que consiste en dejar en la cavidad uterina un tubo de cristal permanente, á traves del cual se puedan practicar inyecciones desinfectantes ó la irrigacion permanente (Hegar).

Pronóstico de la operacion.—Todo depende de la mayor ó menor facilidad con que se lleve á cabo. Cuanto mayor es su duracion, más fácilmente se multiplican los peligros de colapso y mayor es la cantidad de sangre perdida por las enfermas. Cuando una operacion se prolonga durante muchas horas pueden hacerse constar, en algunos casos, signos de putrefaccion en el tumor ántes de que la operacion esté terminada.

Se comprende que la situacion se haga extremadamente grave cuando acometamos una operacion despues de haber previsto las difi-

cultades que debía ofrecernos y nos veamos obligados á no poder terminarla, siendo entónces imposible afirmar que la asepsia es completa en tanto que sea complicada la disposicion de la herida uterina.

Frecuentemente no podemos prever con certidumbre, ántes de practicar una enucleacion, las dificultades que encontraremos. Así, pues, en los casos dudosos deberemos preferir una operacion más considerable, pero que nos ofrezca garantías de llegar á feliz término, no descuidando ninguna de las reglas del método antiséptico.

El estado de la enferma ántes de la operacion no deja de ejercer una notable influencia sobre el pronóstico. Una paciente afecta de anemia grave estará singularmente predispuesta á la trombósis. La más pequeña hemorragia que en ella se presente durante la operacion será más grave porque la operada presenta menor resistencia, siendo, finalmente, un terreno altamente favorable su débil organismo para el desarrollo de los elementos infecciosos.

En todos los casos en que se han operado miomas cuyo tejido se encuentra trasformado en un verdadero putrúlagos, se observa frecuentemente ántes de la operacion producirse la reabsorcion de materiales pútridos; siendo ésta una complicacion que es preciso temer, sobre todo cuando se ha intentado en vano enuclear un tumor y cuando los restos de la neoplasia, abandonados en la cavidad uterina, han entrado en putrefaccion.

En estos casos, repitiendo la operacion, operamos frecuentemente sobre mujeres afectadas ya de septicemia, y cada incision facilita la penetracion de masas pútridas en los vasos abiertos. El operador mismo, cuando hace la enucleacion de un fibroma en putrefaccion, está notablemente expuesto á la infeccion, porque con suma frecuencia se punza los dedos con las erinas y otros instrumentos que retienen siempre gérmenes infecciosos.

Accidentes de la operacion. — Son muy importantes, á saber: las hemorragias abundantes, las lesiones de la pared uterina y la inversion de la pared del útero sobre la cual se inserta el tumor. Esta última no siempre es debida á violentas tracciones ejercidas por el operador sobre la neoplasia. En algunos casos se produce espontáneamente despues de una enucleacion que ha sido llevada á cabo con facilidad suma, siendo preciso entónces acusar á la extremada delgadez de la pared uterina á nivel del punto en el cual se insertaba el mioma.

Esto fué lo que ocurrió en el caso de Bischoff (*Nota bibliográfica núm. 1*). Se trataba de la enucleacion de un mioma que se extendía hasta el peritoneo. Inmediatamente despues de la operacion se produjo una inversion de la pared uterina, presentando una prominencia del tamaño de un huevo de gallina. Contenía asas intestinales y avanzaba

hasta la vagina atravesando el conducto cervical. Todas las tentativas de reduccion fueron inútiles, por lo que Bischoff se limitó á practicar el taponamiento de manera que se opusiese al aumento de la inversion. El tumor fué reduciéndose gradualmente y la curacion llegó á ser completa.

Lo más comunmente, despues de la enucleacion la muerte es debida á la septicemia y á la piohemia, y es preciso atribuir á la degeneracion pútrida de los restos de la cápsula ó del tumor que han sido abandonados en la operacion ó á la putrefaccion de los coágulos aquellas consecuencias.

No olvidemos las trombosis que tienen asiento en las venas de la pelvis y de los miembros inferiores, trombosis que pueden acarrear la muerte de las enfermas, ya por agotamiento de fuerza despues de una larga permanencia en cama, ya por embolia. Hegar ha publicado una interesante observacion á este respecto. La operacion había sido terminada en dos sesiones. El décimocuarto día despues de la operacion, la enferma se levanta sin permiso y tuvo un escalofrio. Cinco días despues tenía una trombosis de la vena crural y de la safena del lado izquierdo, afectándose más tarde las venas del lado derecho. El trigésimo día experimenta súbitamente un vivo dolor en el abdómen y tiene vómitos, diarrea y cólicos; las deposiciones se hacen muy abundantes y no tardan en contener sangre; sobrevienen dificultad respiratoria y palpitaciones cardiacas, y, por fin, muere la enferma al cuadragésimo día.

En la autopsia se encuentran antiguas adherencias entre la vejiga, el ovario izquierdo y el útero, un absceso en el ovario izquierdo, embolias en las arterias mesaraica inferior y en una rama de segundo orden de la arteria pulmonar derecha. Los trombus de la vena crural izquierda están reblandecidos en su parte central; el útero está ligeramente aumentado de volúmen y en su cavidad se encuentra una cicatriz lisa que aquí y allá está fuertemente inyectada; la túnica muscular está sana, y en las venas de los ligamentos anchos se encuentran algunos coágulos descoloridos.

En ciertos casos, la muerte parece ser debida á hemorragias, á las desgarraduras ó á la perforacion de la pared uterina. No es necesario creer, sin embargo, que en todos los casos en que se han observado signos de peritonitis por perforacion ha sido lesionada la pared uterina. En la observacion de Freund, por ejemplo (*Nota bibliográfica número 2*), la enucleacion había sido fácil, y, sin embargo, la muerte sobrevino al tercer día, y la autopsia demostró que el pus había penetrado en la cavidad del peritoneo, pasando por la trompa del lado izquierdo.

APÉNDICE

Para terminar este capítulo debemos, tratando la cuestión bajo el punto de vista histórico, decir algunas palabras sobre ciertos procedimientos operatorios, á los cuales se ha propuesto por ciertos autores recurrir en los casos de tumores uterinos intersticiales y submucosos que ofrezcan una ancha superficie de insercion. Todos estos procedimientos tienen un punto comun, pues que tienen por objeto destruir el tumor provocando la gangrena. La eliminacion de la parte necrosada del tumor se abandona á la naturaleza ó se recurre para favorecerla á maniobras que jamás han tenido más que una importancia muy secundaria. Como se ve, es imposible confundir estos procedimientos con la enucleacion en muchas sesiones.

El primer método operatorio de que hablaremos es el que ha sido preconizado por Baker Brown bajo el nombre de *destrucción parcial, segmentacion del tumor*. Este autor incinde desde luego la cápsula y aísla lo mejor posible el tumor. Terminado este tiempo de la operacion, introduce en la masa morbosa unas tijeras que cortan por su borde externo y se esfuerza en dislacerar todo lo posible el tejido de la neoplasia. Otras veces extirpa un fragmento conoide en la masa morbosa ó perfora el tumor con un instrumento que tiene la forma de un trépano (*Nota bibliográfica núm. 3*).

Greenhalgh (*Nota bibliográfica núm. 4*) ha preconizado el empleo del hierro candente para incindir la cápsula y destruir el tumor, extirpando los residuos con la mano una vez establecida la supuracion. Greenhalgh ha recurrido á su procedimiento en tres casos de tumores retrovaginales que no eran accesibles por el orificio uterino. Perforaba estas masas morbosas á nivel de los puntos en que formaban prominencia sobre la pared vaginal. Una de las veces logró obtener la curacion de la enferma despues de muchas aplicaciones del hierro candente; pero en los otros dos casos sobrevino la muerte á consecuencia de la piohemia y de la peritonitis.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Véase *Vorträge in der med. Gesell. in Basel*, 1.º de Noviembre de 1877. *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, 1878.
- 2) Véase Frank (*loc. cit.*).
- 3) Véase *Obst. Transactions*, I, pág. 329, y III, pág. 97.
- 4) Greenhalgh. *On the Use of actual Cautey in the Enucleation of fibroid Tumours of the Uterus*. *Med. chir Transaction*, LIX, pág. 876.

CAPÍTULO V

EXTIRPACION DE PÓLIPOS

Artículo 1.º — Anatomía patológica.

LITERATURA

- Simon. *Monatsschr. f. Geb.*, XX, pág. 467.
Hegar. *Monatsschr. f. Geb.*, XXI, pág. 220.
Monfumat. *Études sur les polypes de l'utérus*, París, 1867.
More Madden. *On Diagnosis and treatment of Uterine Polyps*. *Obst. Soc. of Dubl. Obst. Journ.*, I, pág. 468.
Hildebrandt. *Volkmann's Klinische Vorträge*, núm. 47.
Braxton Hicks. *Obst. Journ. of Great Britain and Irel.*, 1879, LXX, página 609.

Los tumores pediculados que más frecuentemente se encuentran en la cara interna del útero son los pólipos fibrosos y los pólipos mucosos.

Cerca del orificio uterino pueden observarse también papilomas bien pediculados.

En cuanto á los sarcomas y á los canceroides desarrollados en la cara interna del útero, presentan un estrechamiento á nivel de su base más bien que un verdadero pedículo, aunque constituyan una gran prominencia por encima de su superficie de insercion.

Los pólipos fibrosos asientan frecuentemente á nivel del fondo y del cuerpo del útero.

Comunmente su volúmen no excede del de un huevo de gallina ó de pato.

Sin embargo, pueden hacerse muy voluminosos y pesar muchas libras, 10, 12 y aun 20. Cuando estos tumores adquieren un volúmen tan considerable, franquean el cuello, llenan toda la cavidad pelyviana

y empujan el periné ó queda su mayor segmento por encima del estrecho superior, elevándose en la cavidad abdominal, levantando el cuerpo del útero, que se encuentra aplicado sobre el tumor á manera de una caperuza y que puede reconocerse á nivel y aun por cima del ombligo. En cuanto los pólipos adquieren determinado volúmen se observa que, ya sea bajo la accion de las contracciones uterinas, ya sea por su propio peso, avanzan atravesando el conducto cervical para penetrar en la vagina. Comunmente esta evolucion se hace posible por la prolongacion gradual del pedículo, observándose en algunos casos, aunque raros, la inversion parcial del útero.

La mayor parte de los pólipos fibrosos son piriformes, ofreciendo á veces un surco á nivel del orificio externo del cuello, recordando entónces su forma la de una calabaza.

La pared del cuello uterino y la vagina pueden ulcerarse en los puntos en que sufren rozamientos del tumor, pudiendo observarse en ellos más tarde que sobrevienen adherencias.

El pedículo de los pólipos fibrosos no es más grueso que el cañon de una pluma ó á lo sumo que un dedo, bien entendido que pueden encontrarse todos los grados entre los miomas submucosos de base un poco estrecha y los verdaderos pólipos bien pediculados. Lo más comunmente, el pedículo es corto, y su longitud rara vez excede de uno ó de dos traveses de dedo, tanto que á veces está exactamente aplicado contra la cara interna del útero. Los vasos del pedículo son de mediano calibre y se retraen completamente en cuanto se les secciona. Respecto á la opinion de algunos autores antiguos, Levret por ejemplo, que describian vasos pulsátiles en el pedículo, no es más que la derivacion de un error.

Es excepcional encontrar á la vez muchos pólipos fibrosos, pero cuando existe uno de éstos puede observarse en su vecindad la presencia de fibromiomas intersticiales.

Los pólipos mucosos tienen un sitio de predileccion, el conducto cervical, siendo frecuente encontrar á la vez un cierto número. Su volúmen no traspasa generalmente los límites del volúmen de una nuez, siendo raro que alcancen el de un huevo de gallina. Los pólipos mucosos son esféricos ó un poco aplastados, y cuando crecen su pedículo se prolonga, adquiriendo una forma semejante á la de un higo.

Art. 2.º — Indicaciones.

Casi siempre las mujeres afectas de pólipos van á consultar al médico porque experimentan hemorragias y un flujo sero-purulento. Se observan, sin embargo, casos en los cuales las enfermas no acuden á

solicitar la intervencion quirúrgica sino cuando los pólipos son muy voluminosos y provocan en todos los órganos de la cavidad de la pelvis una compresion de las más penosas.

Antiguamente no se extirpaban los pólipos sino cuando habiendo atravesado el conducto cervical formaban prominencia en la vagina, siendo condicion precisa para operarlos que fuera posible coger el pedículo con los dedos. Pero limitando así las indicaciones de la operacion, se retrocede inútilmente á la época en que se podía únicamente aliviar á las enfermas, porque muchos pólipos no llenaban estas condiciones sino al cabo de un tiempo muy largo y despues de haber dado lugar á hemorragias que agotaban las fuerzas y la vida de las pacientes. Existen, por otra parte, tumores que no descienden jamás en tan alto grado.

Hoy la dilatacion artificial del conducto cervical ha extendido notablemente los límites de esta operacion. Merced á este procedimiento podemos alcanzar con los dedos ó con los instrumentos tumores pequeños encerrados en la cavidad uterina, pudiendo operarlos oportunamente. La dilatacion del cuello con las bujías de goma dará buenos resultados, y merced á ella podremos hacer en una misma sesion el diagnóstico y la ablacion del tumor (*Nota núm. 1*).

[Véase lo que dejamos expuesto en el tomo I al ocuparnos del procedimiento de dilatacion de la cavidad uterina por el nuevo método de Vulliet, á nuestro juicio, perfectamente indicado en este caso. — *M. G. de S.*]

Una vez reconocida clara y distintamente la presencia de un tumor pediculado es preciso operar, siendo ésta una regla con muy pocas excepciones, pues aunque se trate de una niña, de una vieja ó de una anémica, es preciso operar (*Nota núm. 2*).

El embarazo no constituye sino una indicacion más apremiante, porque, en efecto, los pólipos muy voluminosos que provienen del segmento inferior del útero pueden constituir un obstáculo mecánico al parto ó provocar abundantísimas metrorragias. Durante el puerperio se necrosan estos tumores á consecuencia de la compresion excesiva que han sufrido durante el parto, pudiendo ser el punto de partida de una autoinfeccion (*Nota núm. 3*).

Generalmente la operacion no trastorna en manera alguna la marcha del embarazo, y se han extirpado tumores que pesaban hasta 3 y 3 $\frac{1}{2}$ libras (Levret, Lever y Lee) sin provocar el aborto ó el parto prematuro.

Muchas veces se ha confundido durante el parto un pólipo con la cabeza del feto y se le ha extraido con el forceps. Saexinger (*Nota número 4*) refiere un caso de esta naturaleza, en el que se trataba de un tumor calcificado. Fergusson (*Nota núm. 5*) cogió un mioma reblande-

cido con el forceps y desgarró el útero, habiendo sucumbido la enferma al cabo de cuarenta y ocho horas.

NOTAS

1) Kaltenbach dilató el cuello uterino á una mujer de cincuenta años de edad en una sola sesion, y se trataba de un cuello cuyo calibre apenas permitía la introduccion del dedo índice. Reconociendo entónces la presencia de un pólipo, situado á 4 centímetros del orificio externo, practicó inmediatamente la extirpacion, despues de haber prolongado á la fuerza el pedículo. El tumor ofrecia el volúmen de un huevo de gallina.

2) Se han extirpado con el más favorable éxito pólipos uterinos en niñas de tres años y en viejas de ochenta.

3) Hartog, Gooch, la señora Boivin y otros han referido casos de esta naturaleza terminados por la muerte.

4) *Prager Vierteljahrschrift*, 1868, t. II.

5) Véase Gusserow. *Die Neubildungen des Uterus*, pág. 128.

Art. 3.º — Tratamiento de los pólipos uterinos. — Manual operatorio y pronóstico. — Estudio crítico de los diferentes procedimientos.

El método operatorio al cual se ha recurrido comunmente para la ablacion de pólipos es la escision. La torsion, la ablacion con el magullador ó con el asa galvano-cáustica son procedimientos no siempre aplicables y que sólo en ciertos y muy raros casos deberán ser preferidos á la escision. Se han abandonado completamente la ligadura y la destruccion de pólipos por los cáusticos y el hierro candente.

Para practicar la escision se emplean tijeras curvas sobre su cara y romas provistas de muy largos mangos (tijeras de Cooper, tijeras de Siebold). Algunos modelos de las nuevas tijeras de pólipos tienen los mangos cruzados cerca de los anillos (*fig. 26*). Esta disposicion permite dar una gran longitud al instrumento sin que sea preciso, sin embargo, separar mucho los mangos para abrir las tijeras. Los instrumentos que hacen volver las cuchillas no son tan buenos.

Cuando puede descubrirse el campo de la operacion, es decir, el pedículo, se colocará la enferma en el decúbito lateral y se operará con auxilio del órgano de la vista.

Si el tumor es voluminoso, deberá preferirse el decúbito dorsal ó dorso-sacro. Es posible, en efecto, alcanzar así el pedículo empleando sólo los dedos, pues el espéculo sólo servirá para estorbar. Es conveniente ademas vigilar el fondo del útero por medio de una mano aplicada sobre la pared abdominal. La anestesia es por lo comun innecesaria.

La operacion es muy sencilla cuando el pólipo ha descendido de

tal suerte que pueda verse el pedículo ó alcanzarle con los dedos. Basta coger el pólipo con una pinza de Museux (*Nota bibliográfica núm. 1*) ó de Greenhalgh, pudiendo recurrir al forceps si el tumor es muy voluminoso.

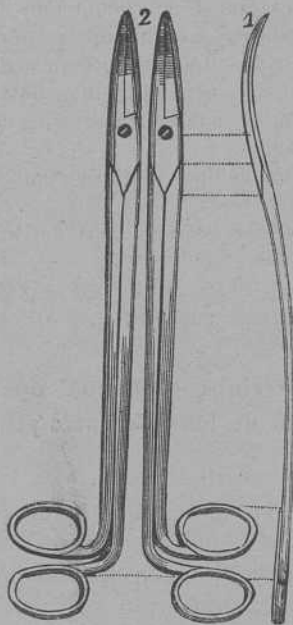


Fig. 26.

Hecho esto, se atrae suavemente hacia abajo la masa morbosa describiendo movimientos de rotacion. Es preciso no recurrir jamás á la fuerza porque podría ranversarse ó desgarrarse la pared del útero (*Nota bibliográfica núm. 2*). Cuando por efecto de estas maniobras se ha puesto bien tenso el pedículo, cuando se le ha hecho bien accesible, se le secciona por medio de unas tijeras ó de un polipotomo que se dirige sobre uno ó sobre dos dedos de la mano izquierda. Importa poco seccionar el pedículo en tal ó en cual punto, porque si el tumor es de buena naturaleza, se observa que el segmento de pedículo que queda adherente no da lugar á ningun accidente y se retrae por completo. Existe una causa de error que es preciso saber evitar cuando el tumor está encajado en el cuello. Es necesario guardarse de confundir con el pedículo la porcion situada sobre el surco que el tumor presenta en su cara superficial en el punto que

corresponde al orificio externo.

Una vez practicada la seccion del pedículo, la extraccion del pólipo no da lugar comunmente á ninguna dificultad, pudiendo, sin embargo, ser necesario incindir los labios del orificio externo con tijeras ó con el bisturí, á fin de descubrir el campo operatorio, maniobra que puede ser necesaria aún en los casos en que el tumor intrauterino es poco voluminoso. Ya dejamos dicho que para los pólipos de gran volumen se ha recurrido muchas veces al forceps. Si la extraccion del tumor se hiciera difícil por efecto de la resistencia que opusiera la vulva, sería más conveniente disminuir el volúmen del pólipo que practicar incisiones sobre los labios ó sobre el periné.

Hay casos en los cuales no se puede alcanzar el pedículo sino despues de haber destruido las adherencias que unen el tumor á la pared vaginal ó á la del conducto cervical, siendo necesario mucho trabajo para abrirse paso, empleando los dedos ó instrumentos que tengan la forma de espátulas.

Pero las dificultades son mucho mayores cuando no se puede alcanzar el pedículo, ya sea por el volúmen del tumor, ya á causa de la elevacion del punto á nivel del cual se inserta.

En los pólipos que, por ejemplo, se insertan á nivel del fondo del útero, el dedo no puede alcanzar el pedículo porque el tumor llena y obstruye toda la cavidad uterina. En tales casos es preciso asegurarse de la manera de insertarse el tumor, practicando el cateterismo cuidadosamente y haciendo muchas tentativas de rotacion. Al propio tiempo se deberá practicar la palpacion abdominal y vigilar el fondo de la matriz, porque podría sobrevenir una inversion parcial.

Una vez establecido debidamente el diagnóstico, se pasan suavemente las tijeras curvas entre el tumor y la pared uterina, dirigiéndolas hácia el pedículo que se trata de incindir por medio de cortes pequeños. Es casi seguro que no se lesiona la pared uterina si se tiene cuidado de mantener siempre las tijeras perfectamente aplicadas contra la cara superficial del pólipo y si se evita con esmero toda violencia. Pero si la pared del útero está en contacto tan íntimo con el tumor de una manera tal que no se puede operando de esta suerte alcanzar el pedículo, es preciso, aunque el tumor no sea sino de mediano volúmen, proceder al desmenuzamiento de la neoplasia.

Si el pólipo es muy voluminoso, si llena toda la cavidad de la pequeña pelvis ó si extirpándole en la cavidad abdominal presenta un segmento tan considerable que no puede franquear el estrecho superior (Simon, Brown), el operador no tiene más remedio que disminuir el volúmen del tumor á fin de crearse camino hasta su insercion.

Pero ¿cómo obtener este resultado? Chassaignat proponía extirpar en el pólipo un segmento cónico; otros autores han creido que se podría con ventaja vaciar, por decirlo así, el pólipo y hacerle comprensible.

Nosotros preferimos desde luego el método preconizado por Simon: la distension operatoria del pólipo (*Operative Verlängerung des Polypen*). Consiste este procedimiento en hacer con tijeras de Cooper cierto número de incisiones avanzando á traves de la cápsula en el tumor, incisiones dirigidas trasversalmente, simétricas y situadas á diferentes alturas. El pólipo puede entónces prolongarse en tales proporciones que sea fácil para el operador alcanzar el pedículo.

Hegar ha obtenido mejor resultado haciendo alrededor del pólipo una ancha incision en espiral, avanzando hasta la mitad del tumor. Cuando sobre un tumor rodeado completamente por la pared uterina se practica de esta suerte una incision en espiral, la prolongacion es tal que se puede hacer descender á la neoplasia hasta traspasar la vulva, y entónces todo se encuentra favorablemente dispuesto para que puedan ejercerse tracciones.

Todas estas incisiones hechas en la superficie del tumor se practicarán por medio de las tijeras y de pequeños cortes.

Se abreviará todo cuanto sea posible la duración del acto operatorio, porque una pérdida de sangre ligera puede, continuando durante mucho tiempo, hacerse muy considerable.

Es muy fácil y muy sencillo disminuir el volumen de los pólipos cuando contienen cavidades quísticas ó llenas de sangre (*Nota bibliográfica núm. 3*).

Cuando se secciona el pedículo, la hemorragia es casi nula. Si se vierte un poco de sangre, se recurrirá á las inyecciones de agua fría. Si la hemorragia es abundante, será preciso poner al descubierto la pared vaginal, taponar el conducto cervical y aun, si fuere necesario, la cavidad uterina. En los casos en que la herida del pedículo dé sangre, podría aplicarse directamente á su nivel un pequeño tapon empapado en la disolución de percloruro de hierro, pudiendo recurrir en caso de necesidad al hierro candente. En 200 operaciones, Dupuytren no ha observado más que dos veces una hemorragia bastante considerable para verse obligado á recurrir al taponamiento. Es preciso colocar entre las rarezas de la operación las observaciones de hemorragias mortales, tales como las que refiere Zacutus Lusitanus en el siglo XVII y las de que, más recientemente, ha dado cuenta Montgomery.

Es preciso reservar casi exclusivamente para los pólipos mucosos la torsion y el arrancamiento con las pinzas de pólipos. Es muy frecuente que se rompa el pedículo de estos pequeños tumores con una pinza ó con la cucharilla que se introduce para hacer el diagnóstico (*fig. 28*). Para destruir los pequeños pólipos mucosos del conducto cervical basta á veces, segun Sims, introducir en el cuello una esponja preparada, á la cual vienen á adherirse las pequeñas neoplasias que son extraídas con aquélla.

Si el pólipo es fibroso, el arrancamiento puede acarrear serios peligros, porque por poco resistente que sea el pedículo se corre un gran riesgo de producir una inversion del útero.

La torsion parece sobre todo aplicable cuando se trata de pequeños tumores fibrosos, finamente pediculados y muy movibles. Fuera de estos casos, la torsion no parece que deba ser preferida á los demas métodos de tratamiento sino cuando el pedículo se inserta en el fondo mismo del útero. Se coge entónces la pequeña neoplasia con una pinza de garfios y se da vueltas al instrumento sobre su eje hasta que el pedículo ceda, teniendo cuidado durante esta maniobra operatoria de no ejercer traccion alguna. Por poca que sea la resistencia que se encuentre, deberá elegirse otro método.

Muchos ginecólogos prefieren recurrir al galvano-cauterio (*Nota bibliográfica núm. 4*) y al magullador.

Este instrumento, bajo el punto de vista de sus aplicaciones á la extirpacion de pólipos, ha sufrido trasformaciones ventajosas notables. Braxton Hicks, por ejemplo, ha propuesto sustituir el magullador de cadena por un instrumento cuya asa, formada por alambres rollados juntos en número de dos á seis, puede inclinarse á voluntad del operador sobre el mango. Nosotros preferimos el magullador inventado por Meadows (*Nota bibliográfica núm. 5*) y fabricado en Lóndres por Meier y Meltzer. El hilo único que constituye el asa es más flexible, y sin embargo es más fuerte que el cable de Braxton Hicks, cable cuyos diferentes hilos pueden romperse sucesivamente. Con este instrumento es posible ademas hacer entrar completamente el asa metálica en un pequeño canal situado sobre el mango, pudiendo, pues, estar seguros de seccionar todos los tejidos que se hayan cogido.

Cuando se recurre al magullador ó al asa galvano-cáustica, la aplicacion del uno y del otro es siempre muy penosa y larga si el pedículo es poco accesible.

Añadamos, en fin, que con estos instrumentos las lesiones de la mucosa son siempre frecuentes y, aunque ligeras, no merecen desdenarse, porque son por lo comun las puertas que dan entrada á los gérmenes infecciosos. Si la manera de insertarse el tumor sobre la pared uterina obliga al operador á inclinar el asa metálica sobre el mango del instrumento, ó bien si el pedículo es muy grueso, es muy probable que el hilo se rompa. En los casos difíciles no creemos que estos métodos ofrezcan ventaja alguna sobre la incision. Se dirá, sin duda alguna, que con el compresor ó con el asa galvano-cáustica la hemostasia es completa, siendo éste un argumento de escaso valor, porque despues de una escision no se observa generalmente la presentacion de ninguna hemorragia grave. Por otra parte, con estos instrumentos la seguridad no es tan completa como se pretende. Ballard ha observado despues del empleo del magullador producirse una hemorragia que puso en peligro la vida de la mujer, y que no pudo ser contenida sino por la acupresion. Repitamos que con el magullador se lesiona fácilmente la pared uterina, sobre todo cuando bajo la influencia de las tracciones se produce una inversion ó cuando el pedículo es muy grueso. Tillaux (*Nota bibliográfica núm. 6*) abrió en un caso con el magullador la cavidad peritoneal, y la enferma sucumbió á consecuencia de una peritonitis séptica. Digamos, para terminar, que Boeckel ha observado despues del empleo del constrictor aparecer el tétanos y acarrear la muerte (*Nota bibliográfica núm. 7*).

Cuando las condiciones son favorables, es decir, cuando el tumor no es muy voluminoso, cuando su pedículo es estrecho y cuando el cuello es dilatable, la extirpacion de pólipos uterinos constituye una operacion muy poco peligrosa. Se evitarán casi seguramente las he-

morragias y las lesiones de vecindad si se sigue rigurosamente el manual operatorio que acabamos de indicar. En cuanto á las complicaciones infecciosas, serán poco temibles si se tiene cuidado de que la herida sea poco extensa y dure poco la operacion.

Será preciso, no obstante, no confiarse en una falsa seguridad. Se ha visto, en efecto, producirse una septicemia mortal despues de operaciones de pólipos muy sencillas cuando se habían descuidado las precauciones antisépticas.

Sin embargo, comunmente en estos casos es necesario acusar ménos á la operacion que á las maniobras á que ha sido preciso recurrir para dilatar forzosamente el cuello.

La enferma permanecerá en cama durante muchos días despues de la operacion, y si ésta ha sido sencilla no há lugar á instituir un tratamiento especial.

APÉNDICE

La ablacion lenta de los pólipos por medio de ligaduras practica-das con hilo de cáñamo ó de seda durante largo tiempo, ha constituido el único método á que ántes recurrían los cirujanos. Con este objeto se han ideado una multitud de porta-hilos y de instrumentos variados (véase Kilian, *Operations lehre f. Geburtsh.*, t. II). Comunmente se empleaba el doble cilindro de Levret, que ha sido modificado muchas veces.

Deberá preferirse la ligadura, porque ante todo es preciso evitar la hemorragia.

Merced á esta circunstancia, este método ha sido el método de preferencia hasta el día, en que se ha demostrado que este temor era muy exagerado, y que siendo hipotéticas sus ventajas ofrecía verdaderos peligros. La ablacion lenta del tumor es muy dolorosa para la enferma, porque despues de la aplicacion de la ligadura el volúmen del pólipo aumenta y se ven aparecer sobre la vejiga y sobre el recto fenómenos de compresion.

Esta operacion es tambien penosa para el médico. Se han visto frecuentemente obligados varios operadores á interrumpirla muchas veces (Rigby veinte veces), ó, despues de múltiples tentativas, á recurrir al bisturí ó á las tijeras. Pero la verdadera objeccion que puede hacerse á este método es la frecuencia de la infeccion, porque el tumor cuyo pedículo ha sido cogido en la ligadura entra en putrefaccion. Por otra parte, nosotros tenemos estadísticas que nos permiten exponer con gran precision la importancia de este peligro. De 59 enfermas operadas por Lee mediante la ligadura, 9 sucumbieron, y de 10 operadas por Mac Klintock, murieron 3.

Para ponerse al abrigo de este incidente, Tyler Smith ha propues-

to no emplear más que hilos cubiertos de cautchuc; pero es una modificación inútil, porque el tumor no deja de entrar en putrefacción.

Añadamos, finalmente, que la ligadura no pone al abrigo de hemorragias abundantes (Meighs) ni del tétanos (Porter Smith).

La situación es muy diferente cuando se reseca la parte de pólipo situada por debajo de la ligadura. Puede mantenerse la herida en un estado perfectamente aséptico y no hay que preocuparse de la presencia de un cuerpo extraño voluminoso y susceptible de entrar en putrefacción. Sin embargo, este último proceder supone la existencia de un pedículo de tal longitud que sólo muy rara vez se encuentra.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Las pinzas provistas de erinas, no en su extremidad, sino en su cara interna, prestan muy buenos servicios.

2) Piedagnel y Gosselin refieren un caso en el cual produjeron una inversión uterina practicando con un forceps de tocólogo la extracción de un pólipo que pesaba dos libras y media. La matriz se desgarró y sucumbió la enferma al cabo de cinco días á consecuencia de una peritonitis.

3) Kaltenbach hizo la extirpación de un pólipo glandular que presentaba un volumen semejante al de un puño de un hombre adulto, y que ofrecía dos cavidades del tamaño de un huevo tapizadas de un epitelio cilíndrico y conteniendo sangre. El tumor llenaba toda la vagina y fué preciso disminuir su volumen; bastó un corte de tijera para penetrar en las cavidades y obtener así una disminución del tumor.

4) Pueden utilizarse las propiedades hemostáticas del hierro candente cuando el pedículo está á la vista, empleando entónces el termo-cauterio.

5) *Boston gyn. Soc.*, t. IV, pág. 144.

6) *Annales de gynec.*, t. II, pág. 461.

7) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1.º de Junio de 1875.

CAPÍTULO VI

DE LA LEGRACION DE TUMORES Y DE PROLIFERACIONES QUE TIENEN ASIENTO EN LA CARA INTERNA DE LA MATRIZ

BIBLIOGRAFÍA

Récamier. *Annales de therap.*, Agosto 1846, y *Union méd. de Paris*, 1850, 1-8 Junio.

Simon. *Beitrag zur Gebh. u. Gyn.*, I, 1872.

Olshausen. *Arch. f. Gyn.*, VIII, pág. 97, 1875.

Schröder. *Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.*, t. I, pág. 189, *Das Adenom des Uterus*.

Bischoff. *Die sogenannte Endometritis fungosa, Vortrag in d. Med. Gesellschaft von Basel*, 1.º Noviembre 1877.

Prochownik. *Volkm. klin. Vortr.*, núm. 193, *Ueber Auskratzung der Gebärmutter*.

Artículo. 1.º — Instrumentos é indicaciones.

No pueden escindirse por las vías naturales más que los tumores que tienen asiento en la vecindad del cuello.

Si la neoplasia se halla implantada en las partes superiores de la cavidad uterina, es preciso, para destruirla, recurrir á los cáusticos, legarla ó arrancarla por medio de instrumentos especiales. Este último procedimiento permite obtener una ablacion más completa de todas las partes enfermas que si se recurre al empleo exclusivo de los cáusticos.

Récamier ha sido el primero que en 1846 propuso recurrir á la legracion para hacer la ablacion de granulaciones situadas en el conducto cervical.

A este efecto ideó un instrumento especial denominado *cucharilla* (*fig. 28*). Simon extendió este procedimiento á la terapéutica de los

tumores malignos del útero y ha inventado una cucharilla de bordes cortantes que lleva su nombre. Nosotros creemos que hemos sido los primeros, al ménos en Alemania, que hemos demostrado las ventajas que podían obtenerse del empleo de la cucharilla en el diagnóstico y en el tratamiento de la endometritis crónica del cuerpo uterino (*Nota bibliográfica núm. 1*).

Puede emplearse la cucharilla:

1.º En los casos de sarcoma y de carcinoma desarrollados en la cara interna del útero cuando toda tentativa de operacion radical debe ser desechada al parecer. Nuestra intervencion casi siempre no es aquí más que paliativa. Coloca, en efecto, durante mucho tiempo á las enfermas al abrigo de hemorragias y de la degeneracion del tumor. Digamos, sin embargo, que nosotros hemos observado muchas mujeres afectadas de cáncer limitado á la mucosa uterina y especialmente á la del cuerpo, poder disfrutar durante muchos años una existencia soportable despues de la legración repetida del útero. Ésta produce un excelente resultado, sobre todo si se tienen en cuenta los grandes peligros que traen consigo la extirpacion total ó la amputacion supravaginal.

No es imposible obtener una curacion radical cuando se opera desde el principio un carcinoma glandular ó un sarcoma limitado á la mucosa (*Nota bibliográfica núm. 2*).

El empleo razonado de la cucharilla en los casos de carcinoma del cuello se encuentra indicado ménos frecuentemente. Podemos, en efecto, recurrir á otros procedimientos que no son más peligrosos y que son más radicales. No deberá, pues, recurrirse al raspado sino como una operacion preliminar, cuando en los casos de carcinoma inoperable se quiera emplear el hierro candente, ó bien cuando, despues de una escision, recidive el tumor bajo la forma de proliferaciones papilares.

2.º En las diversas formas de endometritis crónica y en los casos en que existen secreciones anormales y hemorrágicas debidas á esta afeccion.

En este caso, ya cuando se encuentre la mucosa regularmente engrosada, ya cuando presente en ciertos puntos circunscritos proliferaciones más prominentes y esponjosas. Estas proliferaciones, que los franceses designan bajo el nombre de granulaciones y que corresponden

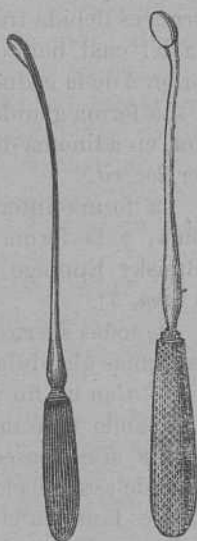


Fig. 27. Fig. 28.

al estado que Olshausen ha descrito con el nombre de endometritis fungosa, deben, tanto bajo el punto de vista histológico, como bajo el punto de vista del pronóstico, ser clasificadas en muchos grupos. En efecto, ya se trata de una simple hiperplasia y de un edema de la mucosa en los cuales toman una parte igual todos los elementos de esta membrana, ya son principalmente las glándulas ó el tejido celular interglandular los que se encuentran afectados. En la endometritis intersticial, las granulaciones parecen estar constituidas por un tejido formado de pequeñas células ó por un estroma notablemente fibroso. Esta forma es debida frecuentemente á un aborto incompleto á consecuencia del cual han quedado adheridos á la pared uterina residuos del corion ó de la caduca (*Nota bibliográfica núm. 3*).

La forma glandular se transforma frecuentemente en verdadero tumor, en adenoma difuso ó circunscrito (*Adenoma polypoosum* de Schröder, *loc. cit.*).

La forma intersticial, evolucionando, puede trasformarse en sarcoma, y la forma glandular en carcinoma (carcinoma glandular) (Breisky-Eppinge, *Nota bibliográfica núm. 4*; Ruge, *Nota bibliográfica núm. 5*).

De todas suertes, todos los cirujanos convienen en reconocer que las formas glandulares y el adenoma recidivan fácilmente.

3.º Con un fin diagnóstico.

Cuando una mujer padece una secrecion anormal ó hemorragia uterina, si no poseemos dato alguno que nos pueda explicar la patogenia de estos accidentes, si no hay tumor ni pólipo, la legracion del útero es tambien el procedimiento más sencillo y más seguro para formular un diagnóstico exacto. Podemos con este instrumento extirpar fragmentos de la mucosa enferma, pequeños pólipos ó fragmentos de tumor que podremos someter en seguida al análisis histológico. Si encontramos sobre la cara interna del útero proliferaciones patológicas, nada se opone á que pongamos al servicio de la terapéutica la cucharilla introducida en la cavidad uterina.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Op. Gyn.*, 1874, pág. 267.
- 2) Desgraciadamente, se confunden con suma frecuencia el adenoma simple ó la endometritis con las grandes proliferaciones del tejido intersticial. La mujer de quien nos ocupamos en la primera edicion de nuestra obra, página 268, mujer á la que operamos, habiendo formulado el diagnóstico «cancroide epitelial cilíndrico del cuerpo uterino», ha permanecido hasta ahora exenta de recidiva y no ha experimentado ninguna hemorragia.
- 3) Véase la primera edicion de nuestra obra, pág. 265.
- 4) *Prager med. Wochenschr.*, 1877, pág. 278.

5) *Zur Ätiologie u. Anatomie d. Endometritis Zeitschrift für Gebh. u. Gynäk.*, V, pág. 317.

Art. 2.^o — Manual operatorio.

Cuando se opera en la cavidad uterina no se recurre más que á las cucharillas que tengan de 4 á 12 milímetros de longitud. Es preciso reservar la cucharilla de bordes cortantes para los casos en los cuales se trate de tumores de tejido denso desarrollados en las paredes del cuello. Kaltenbach ha hecho construir cucharillas cuyo mango está ligeramente doblado á 4 ó 5 centímetros de su extremidad. Reserva el empleo de este instrumento encorvado para los casos en los cuales el útero se halla en flexion. Este instrumento ofrece tambien la ventaja de poder alcanzar más fácilmente las partes de la cavidad uterina que de otra suerte serían casi inaccesibles. Gaillard Thomas preconiza el empleo de una asa de hilo de cobre cuando se trate de extirpar las vegetaciones y las granulaciones blandas que se encuentran en la endometritis poliposa ó vellosa (*Nota bibliográfica núm. 1*).

¿Es necesario hacer previamente la dilatacion del conducto cervical? Esta operacion no es útil más que para introducir una cucharilla cuyo diámetro sea mayor de 1 centímetro, lo que es á veces necesario cuando se trata de un tumor maligno.

Cuando se trata simplemente de hacer un diagnóstico ó de extirpar vegetaciones constituidas por tejidos blandos, basta emplear cucharillas pequeñas cuyo diámetro no exceda de 4 á 5 milímetros. Con estos instrumentos no puede encontrarse resistencia sino á nivel del orificio interno, y entónces es fácil vencerla haciendo pasar á traves del cuello algunas bujías de goma. Por otra parte, en los casos de metritis fungosa el conducto cervical está dilatado generalmente.

Para practicar la legracion del útero, el cirujano hará acostar á la enferma en decúbito lateral ó dorsal, cuya última situacion permite al operador poder vigilar bien el útero por medio de la palpacion, aplicando las manos á la pared abdominal. No es absolutamente necesario colocar un espéculo en la vagina; sin embargo, es una maniobra que no deja de ofrecer algunas ventajas, porque permite al cirujano ver perfectamente las masas morbosas que salen fuera del útero.

Una vez fijado el labio anterior del cuello, la cucharilla debe dirigirse hácia el fondo del útero. Se opera, en una palabra, como si se tratase del cateterismo, y una vez introducido el instrumento, se dirige sucesivamente su extremidad hácia todos los puntos de la mucosa uterina, practicando los movimientos propios de la legracion. Todos los puntos enfermos se reconocen bien pronto merced á su blanda consistencia; la cucharilla penetra entónces en ciertos puntos en un tejido

esponjoso que recuerda la consistencia de la pulpa cerebral y que se deja separar fácilmente de la pared uterina, en tanto que si el instrumento se dirige hacia una región sana, no encuentra ningún punto de apoyo. Un tumor maligno se reconocerá por las irregularidades y por las hendiduras que presenta su cara superficial, sobre todo si existe un principio de degeneración. Estos tejidos son duros y oponen también una gran resistencia al instrumento.

Es preciso prolongar la legación hasta el momento en que se ha conseguido dejar una superficie bien lisa y hasta que han sido extraídos todos los tejidos que ha sido preciso extirpar. En cuanto se llega a la túnica muscular, el operador, y á veces hasta los ayudantes, suelen apercibirse de ello merced á un ruido de frote muy pronunciado. Pero si el tejido muscular se encuentra ya erosionado, puede desde el principio percibirse esta sensación, y entonces es muy difícil orientarse.

Si la cucharilla encuentra vegetaciones muy abundantes, se observa la salida á lo largo del instrumento de las masas que han sido extirpadas, masas que aparecen mezcladas con coágulos de sangre que deben examinarse con cuidado.

La hemorragia en la legación uterina es muy poco marcada y cesa rápidamente en cuanto han sido extirpados los tejidos morbosos. Sin embargo, aunque en casos muy excepcionales, nosotros hemos observado violentas hemorragias en casos en que se trataba de un carcinoma ó en los que se operaba después de un aborto. En este último caso es preciso atribuir este accidente á la destrucción de coágulos que obstruían los vasos de la túnica interna del útero engrosada y prominente.

El dolor es por lo común muy poco marcado, de suerte que no es preciso apelar á la anestesia sino en los casos muy complicados ó en las mujeres muy sensibles.

Una vez terminada la operación, se debe limpiar y desinfectar con cuidado la cavidad uterina. Con este objeto, ciertos autores han propuesto inyectar líquidos desinfectantes, empleando sondas de cristal, catéteres de doble corriente, la jeringa de Braun, etc., pareciéndonos mucho más sencillo embadurnar la cavidad uterina con una solución fenicada del 5 al 10 por 100. Nosotros hoy completamos toda operación de legación uterina con la cauterización de la cavidad de la matriz. Este procedimiento nos permite, no sólo destruir los restos de los tumores y los colgajos de mucosa que después de haber sido desprendidos en parte permanecen en la cavidad del útero, sino también para provocar las contracciones del músculo uterino, lo cual puede ofrecer grandes ventajas cuando las paredes de este órgano son laxas y después del aborto, por ejemplo, en cuyo último caso la cauterización activa la involución de la matriz. Si en nuestra práctica vemos

tan rara vez que recidive la endometritis fungosa, aun cuando el gran desarrollo de las glándulas induzca á sospechar la existencia de un cancroide, lo debemos quizás al esmerado cuidado con que practicamos siempre esta cauterizacion.

Antiguamente empleábamos por lo comun la piedra infernal fija en el porta-cáusticos; pero despues hemos empleado el ácido nítrico fumante, las soluciones del cloruro de zinc, etc. Si se presentara una hemorragia rebelde, se recurrirá al percloruro de hierro, y si se tratara solamente de una metritis simple y de subinvolucion uterina, se empleará la tintura de iodo concentrada.

Pero para que los cáusticos ó los medicamentos á los cuales se recurre puedan obrar sobre la cara interna del útero, es preciso que la cavidad de este órgano esté desembarazada de todos los coágulos y de todos los restos de tejidos que puedan haber quedado acumulados, siendo necesario ademas que esté perfectamente desecada.

Para alcanzar este objeto, Kaltenbach emplea vástagos de madera, en cuya extremidad presentan una serie de surcos circulares de tal suerte que sea posible arrollar y fijar una ligera capa de algodón en rama. Se introducirán fácilmente estos vástagos en el útero haciéndoles describir un movimiento sobre su eje. La uata absorberá la sangre contenida en la cavidad uterina, y cuando al cabo de algunos momentos se retire el instrumento, se extraerán con él los restos y los colgajos de tejidos que hubieren quedado adheridos á su superficie. Estos pequeños aparatos ofrecen la ventaja de ser extremadamente sencillos. Se puede, en efecto, prepararlos en un instante, prepararlos en gran número, y, dado su escaso valor, destruirlos despues que se han utilizado. Para desecar la cavidad uterina basta repetir esta maniobra tres ó cuatro veces. Añadamos que se pueden utilizar tambien estos pequeños aparatos para aplicar sobre la mucosa uterina soluciones medicamentosas ó cáusticas, tales como la tintura de iodo ó el ácido nítrico.

Durante mucho tiempo se ha considerado la legracion del útero como un hecho brutal. Para Aran, la legracion es una operacion arriesgadísima, y Becquerel la califica de bárbara. Todavía hoy hay cirujanos que no la califican de otra suerte. Sin embargo, nosotros, que la hemos practicado con tanta frecuencia, podemos declarar que jamás nos ha parecido peligrosa y la consideramos, siempre que no se la practique sino en los casos en que esté perfectamente indicada, como una de las más brillantes operaciones de la Ginecología. No hemos observado jamás elevacion de la temperatura (elevacion que, por otra parte, es muy fugaz) ni dolor á la presion á nivel del útero sino en los casos en que hemos hecho una cauterizacion intensa. Pero es preciso no considerar esta operacion como indicada en todos los casos en que

existe una secrecion cualquiera anormal de la mucosa uterina. Es preciso elegir bien los casos en los cuales se ha de practicar; es preciso saber esperar cuando existe alguna contraindication temporal, tal como una inflamacion aguda ó subaguda de los anejos del útero. Es inútil añadir que deberá aplicarse con el mayor rigor el método anti-séptico, y que la enferma deberá guardar cama durante muchos días despues de la operacion.

El empleo de la cucharilla es peligroso cuando la pared uterina invadida y rodeada por la neoplasia maligna se ha adelgazado notablemente. En este caso, sobre todo si se recurre á la cucharilla cortante, si no se vigila el útero constantemente por la aplicacion de una mano á la pared abdominal, se perfora fácilmente la matriz, ya por el lado de la vejiga, ya por la cavidad abdominal. Tan es así, que Récamier ha perforado el útero tres veces por cada cien operaciones. Tambien Spiegelberg (*Nota bibliográfica núm. 7*) perforó un útero canceroso. La enferma cayó rápidamente en el colapso y sucumbió al día siguiente con todos los síntomas de una peritonitis por perforacion. Bischoff observó tambien la peritonitis en una enferma al día siguiente de operada en un caso en el que se trataba de un cáncer melánico del fondo del útero. El tumor estaba reblandecido. La autopsia no dió á conocer ninguna solucion de continuidad; pero un nódulo canceroso, subperitoneal, separado de la cavidad uterina por una espesa capa de tejidos, se había roto en la cavidad abdominal.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Op. Gyn.*, 1874, pág. 267.
- 2) Desgraciadamente, se confunden con frecuencia el adenoma simple y la endometritis con grandes proliferaciones del tejido intersticial. La mujer de que nos ocupábamos en la primera edicion de esta obra, pág. 268, mujer que habíamos operado despues de haber formulado el diagnóstico de «cancroide epitelial cilíndrico del cuerpo uterino», ha permanecido hasta ahora exenta de recidiva y no ha sufrido ninguna hemorragia.
- 3) Véase la 1.^a edicion, pág. 265.
- 4) *Prager med. Wochenschr.*, 1877, pág. 278.
- 5) *Zur Ätiologie u. Anatomie, d. Endometritis. Zeitschrift für Gebh. u. Gynäk.*, t. V, pág. 317.
- 6) *Lehrbuch*, 1874, pág. 609. Mundé ha empleado recientemente este instrumento para extraer los pequeños fragmentos de placenta que despues del aborto quedan á veces encerrados en la cavidad de la matriz. *Centralblat für Gynäk.*, 1878, núm. 6.
- 7) *Archiv. für Gynäk.*, t. VI.

CAPÍTULO VII

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES FIBROSOS DEL ÚTERO ENCLAVADOS EN LA PELVIS MENOR. — PROCEDIMIENTOS QUE PERMITEN ELEVARLOS Á LA CAVIDAD ABDOMINAL

Artículo 1.º —Preliminares.

Los tumores fibrosos del útero pueden venir, cualquiera que sea su punto de partida, á enclavarse en la excavacion, provocando de esta suerte penosos síntomas de compresion. Ya nos hemos ocupado en capítulos anteriores de los miomas submucosos y de su tratamiento cuando están situados en la cavidad de la pelvis.

Pero al lado de estos casos existen otros en los cuales el útero, impulsado por los numerosos tumores intersticiales que presenta, se coloca en retroversion. La prominencia que forma el promontorio se opone entónces á todas las tentativas que tienen por objeto levantarle hácia la cavidad abdominal. Pero lo más comunmente se trata de grandes tumores desarrollados bajo el peritoneo, insertándose por un pedículo más ó ménos ancho en la parte posterior del útero, rellenando todo el espacio de Douglas, fuertemente distendido, y descendiendo por detras de la pared de la vagina. Generalmente se trata en estos casos de miomas desarrollados en el cuello; pero ésta no es una regla absoluta, porque tumores que se insertan mucho más arriba pueden, siempre que sean pediculados, venir á enclavarse en la excavacion. Al lado de estos tumores situados en la cavidad peritoneal y avanzando por detras de la vagina, señalaremos los miomas del cuello, que deben ser cuidadosamente distinguidos. Éstos, que se desarrollan fuera del peritoneo en el tejido celular periuterino y perivaginal, pueden avanzar en la cloaca recto-vaginal.

Los primeros signos de compresion consisten en trastornos en la

excrecion de la orina, despues experimentan las enfermas los efectos de la constipacion y más tarde se ven sobrevenir fenómenos neurálgicos y signos de parálisis. Los fenómenos de compresion pueden adquirir un carácter tal que constituyan un verdadero peligro de muerte cuando el tumor aumenta rápidamente de volumen, ya porque sobrevenga un trastorno en la circulacion venosa, ya porque el tumor se inflame ó ya porque coexista con un embarazo. Añadamos que durante el parto la presencia de un mioma encarcelado en la pequeña pelvis puede constituir un obstáculo insuperable á la expulsion del huevo.

Carlos Clarke ha sido el primero, segun nuestras noticias, que ha dado el consejo de elevar el tumor hácia la cavidad abdominal, librando así á los órganos alojados en la pelvis de los efectos de la compresion y dejando libre la cavidad pelviana.

Fuera del estado de gestacion, los tumores de que nos ocupamos pueden ser elevados hácia la cavidad abdominal, siempre que no exista ninguna adherencia; pero cuando el útero se encuentra distendido por el producto de la concepcion, puede hacerse difícil y aun imposible esta maniobra operatoria, porque el feto obstruye por sí mismo el estrecho superior y la presion intraabdominal se encuentra entónces aumentada. En estas circunstancias, el cirujano se ve obligado con suma frecuencia á recurrir á la operacion cesárea.

Terminemos diciendo que esta maniobra no es aplicable cuando se trata de tumores desarrollados fuera del peritoneo en el tejido celular pelviano que constituye la armadura de los ligamentos.

Art. 2.º—Manual operatorio.

Cuando se quiere dislocar un tumor de manera que quede libre en la cavidad abdominal, la operacion será más fácil cuando se haya hecho adoptar á la enferma una posicion en la cual la presion intraabdominal se encuentre reducida al minimum. Deberá, pues, elegirse de preferencia el decúbito genu-pectoral ó el decúbito latero-abdominal. En estas condiciones, ya el tumor por su propio peso puede tener una tendencia á dislocarse en la direccion que desee el operador. Para elevar el tumor bastará ejercer un presion sobre el mismo, siendo más preferible ejecutar esta maniobra por el recto que por la vagina. Por el primero de estos órganos, en efecto, se circunscribe mejor la masa morbosa y la presion llegará á una altura muy elevada.

El operador introducirá, pues, dos dedos en el recto, y en caso de necesidad se podría introducir la mano, ejerciendo sobre el tumor una presion cada vez más enérgica, de manera que se le empuje hácia

la cavidad abdominal. Si la mujer está colocada en el decúbito genu-pectoral, puede penetrar el aire en el recto á lo largo de los dedos, lo cual es una condicion favorable. La presion intraabdominal es, en efecto, negativa y la presion atmosférica puede venir en ayuda del operador y favorecer la reduccion del tumor. Los fenómenos que aquí ocurren son muy análogos á lo que se observan cuando se reduce una retroflexion del útero.

Si no diera ningun resultado una primera tentativa operatoria, el cirujano no deberá por esto desesperanzar; pero al comenzarla de nuevo variará el decúbito que hubiere hecho adoptar á la mujer, habiendo recurrido ó no al cloroformo y operando, ya por la vagina, ya por el recto. Durante el parto, sobre todo, es preciso no renunciar muy pronto á los recursos que podrían obtenerse de la reduccion del tumor. Es preciso renovar estas tentativas cuando, despues de la rotura de la bolsa de las aguas, rotura que podría provocarse si hubiere necesidad, se está derramando la mayor cantidad posible de líquido amniótico. Se ha observado frecuentemente que los tumores enclavados en la pequeña pelvis se elevan hácia la cavidad abdominal despues del derrame de líquido amniótico y bajo la exclusiva influencia de las contracciones uterinas. Tambien se ha podido apreciar la facilidad con que estos tumores se reducen inmediatamente despues de la apertura de la cavidad abdominal.

Es innecesario puncionar el tumor por la vagina con el objeto de favorecer la reduccion del tumor, constituyendo ademas una práctica peligrosa. Lo más comunmente, los cirujanos que han apelado á este recurso han cometido un error de diagnóstico. Equivocados por la consistencia blanda del tumor, han creido en la existencia de un quiste del ovario. Spæth (*Nota bibliográfica núm. 1*), Madge (*Nota bibliográfica núm. 2*) y Spiegelberg (*Nota bibliográfica núm. 3*) han referido casos en los cuales habían puncionado el tumor y no habían podido extraer más que algunas gotas de sangre, habiendo provocado en seguida ó visto realizarse espontáneamente la reduccion del tumor. De estas enfermas sólo una, la de Spiegelberg, curó.

Reduciendo el tumor no se trata de obtener más que un solo resultado, la desaparicion de los sintomas de compresion. En cuanto la neoplasia se encuentra situada en la cavidad abdominal, no toma un desarrollo más rápido y no puede poner de otra suerte en peligro la vida de la enferma.

Tan es así, que en muchos casos no hay necesidad de recurrir á una segunda operacion.

En cuanto á nosotros, hemos tratado un gran número de mujeres, sobre todo de mujeres de edad avanzada, que se encontraron muy bien largo tiempo despues de la operacion, y que quedaron profundamente

agradecidas á nosotros por haberlas librado de penosos sufrimientos que experimentaban, principalmente del tenesmo vesical, que exigía el empleo constante del catéter.

Hay casos, sin embargo, en que la operacion de que nos ocupamos no basta y el cirujano puede hallarse en la necesidad de practicar, ya sea la extirpacion, ya sea, si la mujer está de parto, la operacion cesárea.

Esta operacion ha dado en los casos de que nos ocupamos resultados deplorables. De 28 operaciones reunidas por Cazin (*Nota bibliográfica núm. 4*), no se logró feliz éxito más que en 4, y en cada uno de estos casos se trataba de tumores enclavados en la excavacion (*Nota bibliográfica núm. 5*). Añadamos que la extirpacion del útero y del tumor ha dado mejores resultados que la antigua operacion cesárea, cuando esta operacion era, sin embargo, practicable. Nosotros no tenemos hasta aquí sino muy pocas observaciones de extirpacion por la pared abdominal de pequeños tumores enclavados en la pequeña pelvis. Sin embargo, ya hemos citado el caso de Hegar que demuestra que no es imposible extirpar con éxito aun tumores enclavados en el tejido celular de los ligamentos anchos (*Nota bibliográfica núm. 6*).

Se ha intentado ya en cierto número de casos la extirpacion por la vía vaginal de los miomas de que nos ocupamos. Este método debe, sin duda alguna, ser preferido á la laparotomía cuando se asienta fuera del peritoneo y está pediculado. Pero es muy difícil hacer un diagnóstico diferencial exacto. Desgraciadamente, leyendo las observaciones vemos que frecuentemente carecen de precision anatómica, y nos es por lo comun muy difícil decidir si se trata de miomas desarrollados en el peritoneo (retrovaginales) ó desarrollados fuera de esta serosa (tumores intraligamentosos).

Art. 3.º — Observaciones.

Stansbury Sutton (*Nota bibliográfica núm. 7*), en una mujer de cincuenta años afecta de un fibroma uterino subperitoneal que llenaba toda la mitad derecha de la excavacion, practicó una incision situada sobre la pared posterior de la vagina. Llegó así directamente sobre el tumor, que se insertaba por un ancho pedículo en la cara posterior del útero. Despues de haber seccionado el pedículo, pudo extraer el fibroma cogiéndole con un forceps de partos. Desde que fué extraído el tumor, se vieron algunas asas intestinales formando hernia á traves de la herida. El operador aplicó dos ligaduras sobre el pedículo, y para mantener las asas intestinales obturó la abertura hecha en el peritoneo con esponjas. La enferma sucumbió cuatro días despues de la operacion con síntomas de peritonitis, y la autopsia demostró que había habido una perforacion del intestino delgado.

Derveer (*Nota bibliográfica núm. 8*) extirpó por la vagina un tumor situado detras del útero que pesaba 325 gramos. La presion que ejercía sobre los vasos pelvianos había ocasionado el edema, existiendo ademas retencion de orina. Despues de haber incindido el fondo de saco posterior de la vagina, el operador cogió el tumor con un forceps y le atrajo hácia adelante hasta la vulva; al mismo tiempo, sin querer, arrastró al útero, el ligamento ancho y el ovario. Abrió en seguida la cápsula (?) del tumor y enucleó el fibroma sin tocar al peritoneo. Suturó la herida con hilo de seda y la enferma curó al cabo de seis semanas.

Ya nos hemos explicado más arriba acerca de la enfermedad de Grenhalgh, que consiste en hacer penetrar el hierro candente á través de la pared posterior de la vagina para alcanzar el tumor y provocar de esta suerte la necrosis y la eliminacion del mismo.

Recientemente, Wallace (*Nota bibliográfica núm. 9*) ha extirpado con toda facilidad por la vagina un tumor enclavado en la excavacion y quiso obrar de esta suerte por eludir la operacion cesárea. Se trataba de una primípara de cuarenta y cuatro años, afecta de un fibroma que tenía el volúmen de la cabeza de un niño ocupando toda la mitad izquierda de la excavacion. El útero se encontraba impulsado hácia arriba y á la derecha y era imposible reducir el tumor ni por la vagina ni por el recto. Wallace operó desde luego de la manera siguiente: despues de haber introducido en el recto una bujía elástica y un catéter en el uréter, hizo por debajo del cuello una incision que afectaba directamente al tumor y pudo enuclearlo sin dificultad alguna porque no estaba adherido á su cápsula sino débilmente. El fibroma fué extraído con una pinza erina de pólipos y se seccionó el pedículo, que medía 2 centímetros, despues de haberse practicado la torsion alrededor de su eje. El puerperio fué normal.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Zeitschrift d. Gesell. d. Wien. Aerzte*, 1860.
- 2) *London obst. Transact.*, IV, pág. 129.
- 3) *Arch. f. Gyn.*, V, pág. 106.
- 4) *Arch. de tocol.*, III, pág. 321.
- 5) Spiegelberg ha sido el único que ha creído posible poder ejecutarse la operacion despues de la cesárea. Él ha apelado á este proceder, pero sin éxito.
- 6) Véase Dorff. *Centralbl. f. Gyn.*, núm. 12, 1880, pág. 270.
- 7) *Gaz. hebd.*, 1877, 17 Agosto, núm. 33.
- 8) *Boston med. and surg. Journ.*, 1879, 2 y 9 Octubre.
- 9) *Op. Gyn.*, 1.^a edicion pág. 270.

CAPÍTULO VIII

DE LA INVERSION UTERINA

Artículo 1.º — Literatura.

- Tyler Smith. *Med. chir. Transactions*, 1852, pág. 199, y 1858, pág. 183.
Kiwisch. *Klinische Vortrage*, Prag, 1854, I.
White. *Americ. Journ. of med. Sc.*, 1858 y 1872, Abril.
West. *Med. Times and Gaz.*, 1859, 29 Noviembre.
M. Clintock. *Dubl. Journ.*, 1859, XXVII, Febrero.
Nöggerath. *Americ. med. Times*, 1862, IV, 230 y 235, y *Americ. Journ. of Obst.*, 1878, pág. 752.
Emmet. *Americ. Journ. of med. Sc.*, 1866, LI, 101, y 1868, pág. 91.
Courty. *Gaz. des Hôp.*, 1866, 94 y 95, y *Ann. de gyn.*, 1876, pág. 161 (dos casos de ligadura elástica), y *Arch. de tocol.*, 1879, Mayo.
M. Duncan. *Edimb. med. Journ.*, 1867, Mayo (Mecanismo), é *ibidem*, 1877, Marzo (Método, ligadura y escisión).
Scanzoni. *Beitrage zur Gebk.*, V, pág. 83.
Barnes. *Med. chir. Transactions*, 1869, LII, 179. *Med. Times and Gaz.*, 1868, 22 Mayo. y *Obst. Journ.*, I, págs. 1 - 11, 1873/74.
M. Sims. *Transactions of the obst. Soc.*, VII, y *Gebarmutterchirurgie Deutsch*, 1866, págs. 94 - 105.
Veit. *Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane*, Erlangen, 1867, páginas 342 - 51.
W. A. Freund. *Zur Path. u. Therap. der veralt. Inv. ut. puerp.*, Breslau, 1870.
Lawson Tait. *Transactions of the obst., Soc. of London*, 1870, XI, pág. 174, y *Obst. Journ. of Great Brit. and Irel.*, 1878, Diciembre, LXIX, pág. 555.
Braxton Hicks. *Brit. med. Journ.*, 1872, 31 Agosto.
Maske. Discurso inaugural, 1872, Breslau (Galvano-caústica).
Hope. *Brit. med. Journ.*, 20 Septiembre 1873 (*Écraseur*).
Spiegelberg. *Arch. f. Gyn.*, IV, pág. 350, y V, pág. 118.
Whitehead. *Americ. Journ. of Obst.*, 1877.

Schwarz. *Bericht über d. Verhandl. d. gynäk. Sektion a. d. Kassler Naturforschervers.* Véase *Arch. f. Gyn.*, XIII, págs. 477-481.

Pate. *Cincinnati. Lancet and Obst.*, 1878, Marzo.

Barlacchi. *Arch. gén. de méd.*, Febrero 1877 (Ligadura elástica galvanocáustica).

Greenhalgh. *Lancet*, 25 Noviembre 1876, pág. 759 (*Écraseur*).

Arles. *Traitement de l'inversion utérine irréductible par la ligature élastique.* *Ann. de gynécol.*, VI, Octubre 1876, pág. 310.

Nyrop. *Gyn. of Obstetrik Meddelelse*, I.

Spencer Wells. *Brit. med. Journ.*, 1877 (Paquelin).

Breisky. *Prager med. Wochenschr.*, II, 20, 21, 1877, y 17 y 18, 1878.

Bruntzel. *Arch. f. Gyn.*, XIII, pág. 366.

Kroner. *Arch. f. Gyn.*, XIV y XVI.

Byford. *Transactions of the Americ. gyn. Soc.*, 1879.

Chauvel. *Ann. de gynécol.*, XII, 1879 (Ligadura elástica).

Morizani. *H. Morgagni*, 1878, Septiembre.

Hue. *Progr. méd.*, 1879, pág. 24 (Ligadura elástica).

Simpson. *Brit. med. Journ.*, 1881, pág. 121, 22 Enero (Pesario de pelota).

Howitz. *Centralbl. f. Gyn.*, núm. 6, 1881, (Buen método de reduccion).

Fritsch. *Die Lageveränderungen d. Gebarm.*, Stuttgart, 1881.

Art. 2.º—Anatomía patológica.—Indicaciones.

El tratamiento de la inversion uterina reciente, tal como se observa inmediatamente despues del parto, pertenece á la Tocología. El ginecólogo sólo tiene que ocuparse de inversiones antiguas, ya sean consecutivas á un parto, ya debidas á la presencia de tumores intrauterinos. En este último caso se trata comunmente de fibromas ó de sarcomas que se insertan por una ancha superficie ó por un pedículo en el fondo de la matriz.

La inversion puede entónces haber sido ocasionada espontáneamente merced á los esfuerzos de expulsion hechos por el útero, esfuerzos á los cuales viene á añadirse la accion del peso del tumor.

Se observa tambien este accidente despues de las fuertes tracciones á las cuales ha podido apelar el cirujano durante las tentativas de extirpacion.

Se pueden observar todos los grados de inversion, desde la simple depresion del fondo del útero hasta la inversion casi completa de este órgano.

En la mayor parte de las inversiones antiguas, desarrolladas despues del parto, el fondo del útero no forma más que una prominencia poco marcada en el conducto vaginal; porque generalmente la inversion no afecta más que á las partes del órgano situadas por encima del orificio interno. A veces, sin embargo, el cuello puede estar afecto, pero siempre de una manera muy desigual. La pared anterior del

conducto cervical, retenida por sus adherencias á la vejiga, se encuentra, en efecto, mucho menos invertida que la pared posterior, la cual, correspondiendo á las partes más profundas de la excavacion recto-uterina, no ofrece tan sólidas adherencias. Hé aquí por qué se observará, introduciendo una sonda entre la pared interna del cuello y la porcion del útero invertida, que penetra más profundamente hácia adelante que hácia atras. Estas consideraciones tienen una gran importancia, no solamente bajo el punto de vista del diagnóstico, sino tambien bajo el punto de vista del manual operatorio.

Cuando la inversion es antigua, es raro que descienda muy profundamente el útero en la vagina y traspase la vulva.

A nivel del fondo del útero en inversion existe una depresion tapizada por el peritoneo, depresion que ha recibido el nombre de embudo y cuyas dimensiones, proporcionadas al grado de involucion del órgano, son generalmente pequeñas. Si se practicara un corte horizontal presentarian la forma de una abertura oval, cuyo mayor diámetro fuera el trasversal. La profundidad de esta depresion no excede de 3 ó 4 centímetros cuando se secciona la parte ranversada á nivel del orificio interno. Este embudo contiene la parte de los ligamentos anchos y de los ligamentos redondos, situados cerca de la línea media y fragmentos de las trompas y del ligamento del ovario. El intestino y el epiploon se adhieren frecuentemente al borde de la depresion; pero si la inversion es reciente, se ve que el embudo contiene al lado de la mayor parte de los ligamentos anchos y de los ovarios, segmentos frecuentemente considerables de los intestinos ó del epiploon, y aun una porcion de la vejiga.

Cuando la inversion es antigua se observa con mucha frecuencia que se producen adherencias entre los diferentes puntos de la serosa que tapiza la depresion, que de esta suerte puede quedar completamente obturada.

Este es un fenómeno interesante por un doble concepto, porque no solamente constituye un obstáculo á la reduccion, sino que de esta suerte será posible extirpar la parte invertida sin abrir el peritoneo.

El útero invertido rara vez está sano. Por lo comun está inflamado á consecuencia de los trastornos que ha experimentado la circulacion venosa, ó bien á consecuencia de un proceso inflamatorio crónico.

Otras veces está atrofiado. Puede tambien observarse la gangrena total cuando los trastornos circulatorios son muy intensos, cuando el útero ha sufrido toda clase de traumatismos ó cuando está continuamente bañado por la orina.

Añadamos tambien que no es raro observar la ulceracion de la cara superficial de la porcion invertida, y de aquí la posibilidad de un nuevo accidente del que ya nos hemos ocupado al tratar de los pólipos:

nos referimos á las adherencias entre el útero invertido y la pared de la vagina ó del cuello. En el fondo del surco que separa el cuello de la porcion invertida se observa frecuentemente que los tejidos se arrugan como en los casos de flexion uterina, lo que no hace sino aumentar las dificultades de la reduccion.

Los accidentes más frecuentes á que da lugar la inversion uterina son las hemorragias y los flujos profusos. Las enfermas solicitan más bien los consejos del médico cuando el tumor producido por el útero introducido en la vagina les incomoda, que cuando la matriz ha sido afectada de gangrena.

En los casos de inversion está indicada la reduccion desde el primer momento, reduccion que puede obtenerse por medio de maniobras manuales, por medio de instrumentos ó por aparatos especiales de accion lenta.

Art. 3.º—Procedimiento de reduccion en los casos de inversion antigua.

De la reduccion manual.—Previamente anestesiada la enferma y colocada en decúbito dorsal ó dorso-sacro (*Nota bibliográfica núm. 1*), introduce el cirujano en la vagina la mitad de la mano ó solamente los dos ó tres primeros dedos, tratando de abarcar con ellos la porcion del útero invertida. La otra mano del operador se aplica sobre la pared abdominal y con ella fija el muñon uterino y vigila el espacio dejado por la matriz al producirse la inversion, siendo desde entónces posible dirigir bien la presion que va á ejercer con los dedos introducidos en la vagina. No es inútil fijar bien el útero, porque si no se obra de esta suerte se corre el riesgo en una maniobra muy violenta de desprender este órgano. Para llenar esta indicacion se puede tambien, como lo hace Freund, pasar un hilo á traves de la porcion vaginal ó cogerla, como lo verifica Schröder, con una pinza de Museux.

Para practicar la reposicion puede elegirse uno de dos métodos:

1.º Pueden reducirse desde luego todas las partes que han sido las últimas en ranversarse, comenzando por los puntos más vecinos al cuello y elevando en masa todo el útero invertido.

2.º Se puede comenzar la reduccion por las partes que fueron las primeras en ranversarse, ejerciendo presiones para ello sobre el fondo de la matriz (Kiwisch, Næggerath).

Finalmente, se pueden combinar los dos procedimientos.

Emmet ejerce con la palma de la mano y los dedos una fuerte presion sobre el útero, durante cuya maniobra trata de dilatar los labios del cuello con la extremidad de los dedos, de suerte que ejecuta una doble accion: compresion sobre el cuerpo y dilatacion sobre el cuello.

Courty introduce dos dedos en el recto y encorvándolos trata de enganchar, por decirlo así, los bordes de la depresion en forma de embudo. Durante este tiempo, con la otra mano introducida en la vagina empuja hacia arriba la parte del útero invertida. Este procedimiento se aproxima al preconizado por Pate. Este último autor introducía un dedo índice en la vejiga y el otro en el recto, cogiendo y fijando de esta suerte los bordes del embudo, en tanto que los dos pulgares colocados en la vagina empujaban hacia arriba el fondo del útero.

En general, la reposicion es tanto más difícil cuanto más antigua es la inversion, pudiendo hacerse imposible cuando se han establecido adherencias entre los diferentes puntos de la serosa que tapiza el embudo, cuando el cuello está estrechado é indurado, ó cuando el tejido uterino se ha retraído á nivel del punto en que se ha verificado la inversion. En este último caso se puede algunas veces deprimir con bastante facilidad el fondo del útero y aún elevarle ligeramente; pero desde que cesa la presion, la inversion se reproduce y se pierde el terreno ganado. Es preciso, no obstante, no renunciar muy pronto á toda esperanza de éxito, pues en los casos más desfavorables se ha podido triunfar de todas estas dificultades. Ha bastado para ello prolongar durante mucho tiempo el amasamiento del fondo del útero, repetir las tentativas de reduccion y elegir bien los momentos favorables, tales como aquellos en que el útero, por ejemplo, inmediatamente después de una hemorragia, está flácido. De esta suerte han podido curarse inversiones que databan de doce, quince y aún cuarenta años (Næggerath, Whyte, Pate, *loc. cit.*).

Cuando la porcion de útero invertido está muy hinchada es preciso hacer guardar cama á la enferma durante largo tiempo, aplicar tapones empapados en glicerina iodada á la vagina (Freund), practicar el masaje, y de esta suerte puede lograrse que desaparezca la inflamacion, y reduciéndose el volúmen del útero, la reposicion á su situacion normal se hace más fácil. Con el mismo objeto aconseja Fritsch arrollar alrededor de la porcion ranversada las vendas de cautchue de Martin. Se sabe que Sims recomienda hacer en toda la longitud de la parte que está invertida muchas incisiones que seccionen las fibras circulares del tejido uterino, destruyendo así el obstáculo más grande á la reduccion. Si las incisiones de Sims dan buen resultado, es preciso atribuirlo á lo que contribuyen á la desingurgitacion y, por tanto, á la reduccion de volúmen de la matriz.

Si el cuello está estrechado y duro, siguiendo el procedimiento de Barnes se pueden practicar sobre su pared muchas incisiones. Se han preconizado instrumentos romos, cuya extremidad hueca tiene la forma de una cúpula, procedimiento que nos parece mucho menos recomendable que el de la reposicion manual (Barnes, Lawson Tait,

Atthill, White, etc.). Sin duda alguna, se puede con estos instrumentos emplear una gran fuerza; pero es muy difícil dirigir la presión que se ejerce ni precisar el punto sobre que se efectúa, pudiendo producirse de esta suerte lesiones considerables.

Muchas veces, durante la primera tentativa de reducción no se puede obtener sino un resultado incompleto; se puede, por ejemplo, reducir el fondo del útero hasta a nivel del orificio externo, pero no se puede ir más allá. Los cirujanos han recurrido a multitud de procedimientos a fin de no perder nada del resultado obtenido. Unos han recomendado con este objeto suturar los labios del cuello por debajo de la porción reducida (Emmet y Stevens); otros han propuesto aplicar a la vagina un tapon elástico. Tyler Smith ha introducido en la práctica un procedimiento cuyo valor ha sido experimentado: la combinación de la reducción normal con el taponamiento consecutivo de la vagina. Muchas veces, merced a este procedimiento se ha visto al útero, que no estaba sino parcialmente reducido, recuperar espontáneamente su forma; esta reducción ya es indolora ó ya va acompañada de dolores análogos a los de parto. En otro caso pudo hacerse fácilmente la reducción del útero, antes irreducible, después de haber hecho durante largo tiempo el taponamiento. Tyler Smith refiere la singular observación de un caso en el cual practicó el amasamiento del útero durante diez minutos cada día, aplicando después de cada sesión un pesario de aire de Gariel. Al cabo de ocho días se observó que aparecían violentos dolores durante la noche, y la inversión desapareció espontáneamente. West ha visto hacerse la reducción sin dolor después de un taponamiento del conducto cervical con una vejiga de cautchuc, cuyo taponamiento había durado tres días.

En estos últimos tiempos se han referido nuevas observaciones, de las cuales resulta que el taponamiento vaginal con el *colpeurynter* de Braun puede bastar para obtenerse la reducción (Kroner — *Nota bibliográfica núm. 2*).

La distensión de los fondos de saco vaginales y la separación de las paredes del cuello provocan la contracción del útero y de las fibras musculares que se le adhieren, y de aquí los dolores que las enfermas experimentan. En segunda línea viene a colocarse la compresión directa ejercida por el aparato sobre el fondo del útero en inversión.

Introducido el *colpeurynter* en la vagina, se le distiende por medio del agua hasta el punto que la enferma pueda tolerarle sin grandes dolores.

Nosotros consideramos como mucho menos activos y más peligrosos que el *colpeurynter* los aparatos rígidos contruidos por el modelo de los pesarios, aparatos formados por un botón en forma de cayado, de un anillo de goma lleno de aire (Barnes) ó por una placa hueca en forma

de copa (Lawson Tait), cuya extremidad ejerce una presión permanente sobre el fondo del útero invertido, en tanto que el mango se encuentra fijo á un cinturón abdominal por un vendaje en T ó á un aparato elástico (Lawson Tait). También se ha propuesto aumentar la presión por medio de un resorte.

Estos aparatos no pueden ejercer una presión útil sobre la inversión sino haciendo sobre la pared de la vagina una tracción extremadamente viva y contusionando la pared uterina. Ciertamente es que no faltan trabajos acerca de los buenos resultados que han dado, pero es imposible soportarlos mucho tiempo porque provocan inflamación, gangrena por compresión y fiebre intensa. Prael ha visto después de la segunda aplicación de un instrumento de forma de huevera sobrevenir una peritonitis mortal al cabo de dos días. Thomas (*Nota bibliográfica núm. 3*) ha propuesto un método especial que después de él no ha sido empleado por nadie. Consiste en abrir la cavidad abdominal, poner al descubierto el embudo resultante de la falta del útero en un sitio, y dilatarle por medio de un instrumento especial, á pesar de lo que experimentaba las mayores dificultades para reducir la inversión. Durante la operación se produjo una desgarradura de la pared vaginal y después una hemorragia interna y extraperitoneal. Sin embargo, la enferma curó. En un segundo caso operado de esta manera la enferma sucumbió de una peritonitis.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Simpson recomienda el decúbito genu-pectoral á fin de utilizar la presión negativa que existe entonces en la cavidad abdominal merced al decúbito. Sin embargo, es difícil vigilar el fondo del útero á través de la pared abdominal.
- 2) Véase *Arch. f. Gynäk.*, t. XIV, pág. 271. En esta Memoria se encontrarán datos históricos, principalmente sobre los casos de Bockendahl, de Schröder, de Grassi, d'Albie, de Tyler Smith y de Courty.
- 3) *Diseases of Women*, 3.^a edición, 1878, pág. 434.

Art. 4.º — Ablación de la parte invertida del útero.

Muchas inversiones uterinas resisten, cuando son antiguas, á los métodos de reducción más perfeccionados. Ya estas maniobras encuentran una resistencia insuperable, ya provocan fenómenos inflamatorios peligrosos, fiebre, etc., que nos obligan á renunciar á aquéllas.

Se observa entonces que subsisten con la misma intensidad todos los accidentes debidos á la inversión, y la ablación de la parte invertida.

da es el único medio que á veces nos puede permitir salvar la vida de la enferma.

La ablacion está principalmente indicada cuando la inversion se debe á la presencia de un sarcoma desarrollado en el fondo del útero (*Nota bibliográfica núm. 1*).

Cuando viene á complicar á un tumor maligno desarrollado en la pared uterina, la inversion constituye una disposicion que hace más fácil la ablacion completa del tumor y de la pared sobre la cual se inserta.

Cuando se trata de un fibromioma, ordinariamente no se debe extirpar más que el tumor (*Nota bibliográfica núm. 2*). Hecho esto, la inversion se reduce frecuentemente por sí misma, ó, por lo ménos, es muy fácil restituir al útero su posicion normal.

Es preciso considerar como un hecho excepcional el caso citado por Schwartz, caso en el cual el cirujano se vió obligado á extirpar todo el útero porque existían multitud de miomas en su pared. Breisky ha observado una inversion debida á la presencia de un mioma del volumen de la cabeza de un niño. El pedículo se desgarró y dieron sangre muchas arterias. Este operador hizo una ligadura metálica y escindió el tumor por debajo de ella.

La mucosa uterina estaba gangrenada en placas, no se hizo ninguna tentativa de reduccion, y veinticuatro horas más tarde sobrevino una hemiplejia por embolia.

La ablacion del útero invertido se ha practicado hasta ahora por los procedimientos siguientes:

- 1.º *Por la ligadura.*
- 2.º *Por escision.*
- 3.º *Por medio del asa gálvano cáustica.*
- 4.º *Por el magullador.*
- 5.º *Por medio del termo-cauterio de Paquelin.*

1.º La ligadura practicada con hilos de seda ó de cáñamo es todavía más impropia y peligrosa en los casos de inversion que en los casos de pólipos. La constriccion se hace insuficiente con rapidez, lo que se comprende fácilmente dado el volumen del órgano invertido.

Es preciso, pues, apretar muchas veces los hilos, y el órgano gangrenado no se desprende sino despues de una putrefaccion de muchas semanas. Además de los peligros inherentes á la existencia de este foco gangrenoso, se observan frecuentemente los fenómenos de *shoc*, y hay necesidad de interrumpir el tratamiento.

La ligadura elástica ha dado mejores resultados (Arles, Courty).

Por este procedimiento la constriccion es más sostenida y el cuerpo del útero se desprende al cabo de doce á catorce días próximamente. Algunos profesores han ensayado limitar la extension y la dura-

cion de los fenómenos de putrefaccion y han propuesto resecar por debajo de la ligadura elástica el útero en vías de gangrenarse. Con este objeto, algunos días despues de la aplicacion del hilo elástico emplean el magullador, el bisturí ó las tijeras. Hoy la ligadura elástica debe ser generalmente considerada como una operacion preliminar de los restantes métodos operatorios ó como una maniobra que debe combinarse con los últimos.

Despues del empleo del magullador se ha observado con frecuencia que aparecian fenómenos de *schoc* (Hope, Greenhalgh, etc.). Por otra parte, el empleo de este instrumento no pone en absoluto á la enferma al abrigo de una hemorragia, tanto que muchos operadores han creido que el magullador debia quedar colocado durante un tiempo extremadamente largo. Denuce (*Nota bibliográfica núm. 3*) habla de un magullamiento lento y progresivo prolongado durante veinticuatro horas, debiendo ser apretada lentamente de hora en hora la cadena del magullador. Greenhalgh acortaba la cadena en una muesca cada minuto.

Se ve, por consecuencia, cuántos inconvenientes ofrece este procedimiento y cuán incómodo es. Hay casos en que la hemorragia se produce desde que la cadena comienza á penetrar en el tejido uterino; pero lo más comun es que no aparezca hasta que se ha seccionado por completo la porcion invertida. Sims tuvo que luchar contra una hemorragia rebelde que se había ocasionado en el momento de retirar la cadena del magullador que se había roto. Afortunadamente, uno de los ligamentos anchos, cuya parte interna se encontraba situada en el embudo, no estaba completamente dividido; el operador, no obstante, atrayendo el útero hácia abajo y hácia afuera, é introduciendo el dedo en la cavidad abdominal, pudo comprimir los vasos sobre el borde del embudo y ligarlos en este punto. Los bordes de la herida del cuello se suturaron con 5 ó 6 hilos metálicos. La *fig. 29* demuestra la parte de la inversion que fué extirpada, así como el resto del ligamento ancho que contenía los vasos que daban sangre.

El asa galvano-cáustica ha sido empleada recientemente por Veit, Spiegelberg, Breisky y Howitz. Estos operadores la han empleado sola ó combinada con la ligadura previa de la porcion ranversada. Este procedimiento no pone mejor al abrigo de las hemorragias y del *schoc*. Si se opera con rapidez, es preciso temer la hemorragia; si se opera lentamente, puede sobrevenir el *schoc*. Esto es lo que prueban los casos referidos por Veit y por Spiegelberg. El primero de estos cirujanos tuvo, en efecto, que luchar contra una hemorragia muy grave habiendo operado muy rápidamente, en tanto que el segundo, operando lentamente y con una corriente suave, observó fenómenos de *schoc*. Este último accidente parece que está ligado á la compresion ejercida por

el asa, porque si se aumenta el número de elementos de manera que pueda operarse más rápidamente, su frecuencia disminuye. El procedimiento más científico sería, pues, apretar lentamente, haciendo pasar una corriente intensa. Spiegelberg atribuye al asa galvano-cáustica otra ventaja, la de seccionar los tejidos que abarca, siguiendo una dirección oblicua. Tan es así, que la herida que resulta no es plana, sino prominente y cónica. Por tanto, si después de la ablación desaparece la invasión del cuello, la escara no se encuentra dirigida hacia la cavidad peritoneal, sino hacia el conducto cervical.

Spencer Wells practica la ablación del útero en invasión empleando el termo-cauterio de Paquelin. Practica la escisión después de haber introducido á través del pedículo dos agujas cruzadas, por cima de las cuales aplica una ligadura elástica. Las agujas las quita del duodécimo al décimosexto día.

Es muy raro, fuera de un error de diagnóstico, que haya necesidad de recurrir al bisturí ó á las tijeras para hacer la escisión. Cuando se opera de esta suerte, para obtener la hemostasia se pueden aplicar sobre el pedículo ligaduras en masa, como lo han hecho Mac Clintock y Duncan, ó suturar exactamente la herida, como lo ha hecho, antes que ningún otro cirujano, Kalténbach (*Nota bibliográfica núm. 4*). Si la invasión es considerable, si el útero avanza notablemente en la vagina, se pasarán de atrás adelante, á través de la porción invertida, cuatro ó cinco hilos de metal ó de seda. El segmento del útero que no ha sido extirpado puede fijarse sólidamente desde luego con estas suturas, y se puede impedir que estos órganos, así como los ligamentos anchos, se inclinen hacia el peritoneo. Una vez aplicados los hilos, se reseca con el bisturí ó con las tijeras la porción del útero que se encuentra situada por debajo de ellos, teniendo cuidado de suturar la herida y, anudando las extremidades de los hilos, de cerrar la cavidad peritoneal. Para obtener una hemostasia completa es conveniente apretar fuertemente las suturas situadas en las partes laterales, dándoles una dirección transversal. Operando de esta suerte se cruza con más seguridad la dirección de los vasos. Antes de practicar la escisión se puede aplicar alrededor de la porción in-

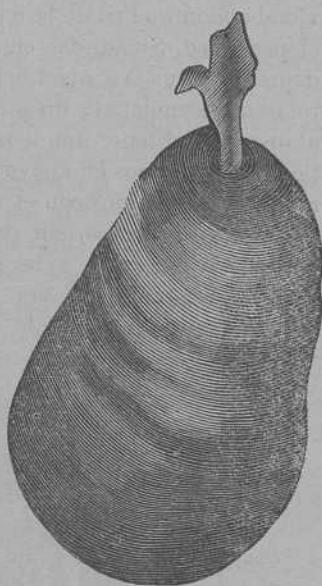


Fig. 29.

vertida una ligadura elástica, siendo entonces posible hacer la escision sin preocuparse de la hemorragia.

La mayor parte de los antiguos métodos operatorios no se preocupaban en absoluto, ó muy poco al ménos, de la abertura de la cavidad abdominal ni de la reinversion de la superficie de seccion hácia el peritoneo. Sin duda, cuando la inversion es antigua, cuando la depresion situada á nivel del fondo del útero está obturada por numerosas adherencias, es un punto completamente secundario, bastando al operador obtener una hemostasia completa y una herida bien aséptica. No citaremos en apoyo de esta opinion más que todos los buenos resultados obtenidos con el empleo exclusivo del magullador y del asa galvano-cáustica, sin preocuparse de la oclusion de la cavidad peritoneal. Sin duda, se ha podido observar que subsistía una fistula útero-abdominal, que era posible todavía reconocer con la sonda mucho tiempo despues de la operacion (*Nota bibliográfica núm. 5*);

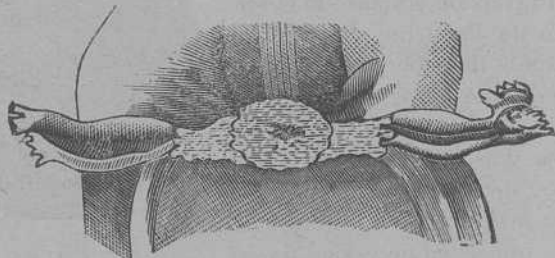


Fig. 30.

pero si se trata de una inversion de origen reciente, ó de una inversion debida á la presencia de un tumor, la depresion situada en el fondo del útero queda ampliamente abierta, siendo absolutamente indiferente en estos casos ver la herida operatoria comunicar con el peritoneo. El intestino puede herniarse á traves de ella, y puede dar paso al aire, á la sangre, á los líquidos descompuestos segregados por la herida, que vienen así á derramarse en la cavidad serosa. Es preciso temer igualmente en este caso la posibilidad de una reinversion de la superficie de seccion hácia el peritoneo.

Nosotros hemos insistido ya sobre la disposicion de los órganos contenidos en la depresion que tiene su asiento en el fondo del útero y se sabe que contiene la porcion interna de los ligamentos anchos. Ahora bien; una vez terminada la incision, la porcion de los ligamentos que no ha sido extirpada se retrae; y si se procede á examinar por la cavidad abdominal la disposicion del útero y de sus anejos, se encuentra una disposicion análoga á la que representa la *fig. 30* debi-

da á Spiegelberg. En medio está el orificio de la cavidad uterina, orificio rodeado por todas partes de la pared del útero seccionada. La herida del útero se encuentra flanqueada por cada lado de una prolongación debida á la seccion de la parte interna de los ligamentos anchos. Supongamos que la hemostasia no haya sido completa, y esto es frecuente; la sangre va á derramarse en la cavidad abdominal, y nos es casi imposible luchar contra esta hemorragia, al ménos por las vías naturales. No podemos, en efecto, proceder á emplear en la cavidad serosa los poderosos estípticos que tenemos á nuestra disposicion. El taponamiento no haría más que trasformar una hemorragia externa en hemorragia interna; la aplicacion del frío sobre la pared abdominal no daría resultado; fracasaría frecuentemente el ensayo de comprimir los vasos que dan sangre contra la pared cervical, ó cogerlos con una pinza que se dirigiera guiada por los dedos. No quedaría, pues, otro recurso que abrir la cavidad abdominal, buscar los vasos que dan sangre y ligarlos.

Frecuentemente la reinversion no se produce inmediatamente despues de la operacion. No aparece sino algunos días despues, en el momento en que la herida supura y está cargada de principios infecciosos. Puede entónces observarse una infeccion secundaria del peritoneo (Kroner, *loc. cit.*). Aunque estos accidentes no se producen sino de un modo excepcional, es preciso, sin embargo, si se quiere operar siguiendo un método racional, no dejar nada al azar y vigilar en cada caso que la cavidad abdominal quede perfectamente cerrada, haciendo imposible toda reinversion. Se logrará este objeto haciendo una sutura semejante á la que dejamos descrita anteriormente; es preciso tratar el pedículo uterino como si se tratara del de un tumor del ovario, y para esto se practicará una ligadura en masa alrededor de la porcion invertida, y se practicará la escision con el magullador, el bisturí ó el asa galvano-cáustica (Mac Clintock, Duncan, Howitz, etc.). La sutura permite obtener una reunion por primera intencion; la aplicacion de una ligadura en masa, ántes de la escision, nos da un muñon corto que cae por efecto de la gangrena; ademas, la ligadura puede deslizarse (Duncan, etc.). Estos son los inconvenientes, cuya importancia puede reducirse. Nos opondremos á los peligros resultantes de la gangrena tocando la herida con un pincel empapado en una solucion de cloruro de zinc; para evitar la caida prematura de la ligadura se aplicarán muchas fuertemente apretadas, no comprendiendo cada una más que un segmento del pedículo.

En cuanto á la ligadura preventiva, aplicada muchos días ántes de la operacion, su valor no está todavía demostrado. En efecto, no se producen más que escasas ó ninguna adherencia, ni se suprime apenas la tendencia á la reinversion espontánea (*Nota bibliográfica núme-*

ra 6). Bajo este punto de vista, la ligadura elástica no da mejores resultados (*Nota bibliográfica núm. 7*). Kalténbach se propuso circunscribir con algunos hilos de plata la parte de la inversion que se encuentra cubierta por el peritoneo (*Nota bibliográfica núm. 8*), esperando obtener así una adherencia completa de las paredes en inversion. La circulacion podía verificarse por las porciones laterales, no se observaba que sobreviniera ninguna necrosis, y podía dejarse colocada esta sutura metálica hasta que se tuviera seguridad en la solidez de las adherencias. Quizá valiera mejor contentarse con hacer pasar á través de la pared uterina algunos hilos metálicos y dejarlos sin anudar.

No poseemos ninguna estadística reciente que podamos considerar como la expresion de los resultados obtenidos desde que se ha recurrido al método antiséptico y se han modificado ventajosamente los procedimientos operatorios. De las publicaciones de estos últimos años podemos, sin embargo, concluir que la mortalidad ha descendido notablemente. De 16 casos referidos en estos cuatro últimos años en el *Centralblatt für Gynäk.*, uno solo ha terminado por la muerte; en él se había recurrido al magullador (*Nota bibliográfica núm. 9*). En cuanto á las estadísticas antiguas publicadas por West (*Nota bibliográfica núm. 10*), se ve en ellas desprenderse claramente el siguiente hecho, que ofrece, á nuestro juicio, el mayor interes: de 21 mujeres operadas en el curso del año que ha seguido á la inversion han muerto 9, y de 25 mujeres operadas más tarde sólo 2 han sucumbido.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Caso de Langenbeck (*Monatsschr. f. Gebh.*, t. XV, pág. 173), Spiegelberg (*Arch. f. Gyn.*, t. IV, pág. 351), Wilks, Simpson (*Edimb. med. Journ.*, Enero 1876) y Nyrop.

2) Se encontrará en Pozzi (*De la valeur de l'hystérotomie*, París, 1875, pág. 150) una estadística de 20 casos en los cuales se extirpó el útero en inversion. En el mayor número de casos hubo errores de diagnóstico.

3) *Ann. de Gyn.*, t. VI, Octubre 1876, pág. 310.

4) *Op. Gyn.*, 1.^a edicion, pág. 279.

5) En la discusion que tuvo lugar en el Congreso de Gratz á consecuencia de la comunicacion de Valenta sobre una fistula útero-abdominal, Bandl refiere el hecho segun le observó en la clinica de Braun (véase tambien *Braun v. Fernwald, Lehrbuch der gesammten Gynäk.*, Viena, 1881, página 342).

6) En un caso referido por Veit, á pesar de una ligadura que databa de tres días, no se observó ningun indicio de inflamacion adhesiva y la enferma sucumbió despues de seis días de una peritonitis purulenta.

7) Véase Kroner. *Arch. f. Gynäk.*, t. VI, pág. 233. En dos casos observados en la clinica de Spiegelberg no se produjo ninguna obliteracion aunque permaneció aplicada una ligadura elástica cuatro y aun ocho días des-

pues. En el primer caso se observó que la herida, llena de mamelones carnosos, se volvía hacia el peritoneo, habiendo gran formacion de exudado con fiebre intensa. La enferma curó cuatro semanas despues.

8) *Op. Gyn.*, 1.^a edicion, pág. 280.

9) Delens. *Progrès méd.*, 1880, núm. 27.

10) *Lehrbuch den Frauenkrankheiten*, 1863, pág. 278. De 50 operaciones, 36 curaciones, 12 muertes. En 38 casos se aplicó la ligadura y de ellos murieron 8 operadas, no obteniéndose ningun resultado en 2 casos. La escision precedida de ligadura fué practicada 8 veces, sucumbiendo la operada en 3 de estos casos. La escision se hizo 4 veces, en las cuales hubo un caso de muerte.

CAPÍTULO IX

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA VERSION Y DE LA FLEXION UTERINAS

Artículo único.

Las operaciones de que vamos á ocuparnos no han sido puestas en práctica hasta ahora sino en muy contadas ocasiones; puede, por tanto, asegurarse que se hallan más bien en estado de proyectos.

1.º *Operaciones en los casos de anteversion y de ante flexion.*

Se trata de unir el labio anterior del cuello á un punto de la pared vaginal anterior, situado más abajo, reduciendo así la anteversion y la ante flexion (?) del útero.

Este método ha sido propuesto por Sims (*Nota bibliográfica número 1*) en los casos de anteversion muy acentuada, cuando el útero, aplicado inmediatamente por detras de la sínfisis, viene á reposar sobre la pared vaginal anterior, á la cual está casi paralelo. Sims hizo esta operacion por primera vez en 1857, para una anteversion debida á la presencia de un fibroma que se insertaba sobre el fondo del útero. Bastaba coger el labio anterior del hocico de tenca con una erina y atraerle hacia la uretra, para ver el fondo del útero elevarse y recuperar su posicion normal. Para fijar la matriz en esta posicion, Sims extirpa sobre la pared anterior de la vagina dos colgajos de la mucosa, de forma semilunar, tallados, el uno, en el fondo de saco vaginal que corresponde á la pared anterior de la porcion vaginal del cuello, y el otro, pulgada y media por debajo, y reunía estas dos heridas por una sutura metálica. Retira los hilos al duodécimo día, siendo perfecta ya la reunion de los labios de la herida, y gracias á esta operacion, la enferma ve desaparecer todos los síntomas debidos á la compresion de la vejiga. Sims ha repetido dos veces esta operacion. En la primera se

trataba de un caso análogo al que dejamos descrito (fibroma que se insertaba en el fondo del útero), y la enferma curó. En la segunda, la reunion de los labios de la herida fué perfecta; pero faltan los datos posteriores que nos permitan juzgar del estado ulterior de la enferma.

En Alemania, Simon (*Nota bibliográfica núm. 2*) practicó esta operacion con éxito en un caso de ante flexion, modificando la maniobra operatoria, que trasformó en trasplatacion del labio inferior del hocico de tenca. En lugar de avivar, como Sims, la mucosa del fondo de saco vaginal anterior, Simon escindió directamente la mucosa del labio anterior del cuello. Antes de la operacion se quejaba la enferma de dismenorrea y de diferentes sintomas atribuidos al histerismo. Había recurrido á los pesarios vaginales é intrauterinos, y no había obtenido resultado alguno. El labio anterior del cuello fué unido á la pared vaginal á tres centímetros y medio próximamente por encima del orificio de la uretra, y se obtuvo una curacion duradera de la ante flexion (?), y la mayor parte de los fenómenos dolorosos, especialmente la dismenorrea, desaparecieron. Sabido es, sin embargo, que las adherencias obtenidas de esta suerte se relajan con el tiempo, y para obviar este inconveniente aconseja Simon avivar ampliamente, y sobre todo dar las mayores dimensiones trasversales posibles á la herida del labio anterior del cuello, de tal manera que se comprendan en la sutura las partes laterales del hocico de tenca. Quizá pudieran obtenerse ventajas de la union del labio posterior del cuello con la pared posterior de la vagina. Mientras dure el acto operatorio se tendrá cuidado de mantener un catéter en la vejiga, á fin de evitar la lesion de este órgano al pasar los hilos.

Como ya dejamos dicho, nosotros tenemos escasa experiencia en este asunto. Parece, sin embargo, cierto que puede reducirse la inversion uterina recurriendo á esta operacion siempre que la pared anterior de la vagina no esté muy laxa y que el avivamiento llegue á la porcion de esta pared que se encuentra fijada á la sínfisis, obteniéndose así más seguridad. Pero generalmente, cuando la anteversion existe sola, rara vez los dolores son tan intensos para que deba recurrirse á un tratamiento quirúrgico. Sin embargo, cuando el empleo de los pesarios vaginales no haya dado resultado alguno, cuando exista un violento tenesmo vesical, cuando los fenómenos dolorosos se hagan muy intensos ó cuando exista una esterilidad, puede estar indicada la operacion, tratando, en efecto, de dar al orificio externo una situacion más favorable á la concepcion. Si existe una ante flexion del útero, la operacion no puede hacer desaparecer la flexion ni los dolores que ocasione: el alivio proviene solamente de la elevacion del fondo del útero ó de la desaparicion de los fenómenos vesicales. En el caso publicado por Simon se ha visto desaparecer la dismenorrea; pero

es preciso no atribuir este satisfactorio resultado á la pérdida de sangre experimentada durante la operacion ni al reposo prolongado á que la enferma se ha sometido.

¿Es posible extender este método operatorio á los casos de retroversion y de retroflexion del útero, y suturar la cara posterior del hocico de tenca á un punto de la pared posterior de la vagina? Nosotros no lo creemos; porque la cloaca recto-vaginal presenta cierta movilidad y la fijacion del cuello uterino no quedaría asegurada de un modo absoluto. Hegar (*Nota bibliográfica núm. 3*), en un caso de ante flexion uterina complicado con una metritis y con una ovaritis crónica, practicó la extirpacion del útero, fijando el pedículo uterino á la herida de la pared abdominal. Pero obrando de esta suerte no se proponía tanto obtener la reduccion de la matriz, sino la desaparicion de los fenómenos complejos debidos á esta afeccion. Había en estos casos menorragias y dolores muy intensos. La enferma estaba afectada de una tos ronca que la molestaba de noche y de día y que era muy penosa. Hegar creía evidentemente que se trataba de una tos de origen reflejo porque no había nada de anormal en la laringe ni en los pulmones, y el punto de partida de este reflejo era evidentemente la flexion uterina, porque bastó aplicar un pesario intrauterino para que cesara la tos con la desaparicion de la flexion. Pero este tratamiento no hizo más que aumentar los dolores, la irritacion y las menorragias que aquejaba la enferma. Todo esto debía cesar, no obstante, bien pronto, pues en cuanto se recurrió á la operacion desaparecieron todos estos síntomas tan penosos. Es preciso, sin embargo, no atribuir siempre tan satisfactorio resultado á la desaparicion de la flexion uterina, debiendo otorgarse una gran importancia á la ablacion de los ovarios, merced á cuya operacion podrían obtenerse todos los resultados que son consiguientes á una castracion.

2.º Tratamiento operatorio en los casos de retroflexion.

Conocido es el procedimiento puesto en práctica por Kœberlé (*Nota bibliográfica núm. 4*) en un caso de retroflexion uterina, procedimiento que le permitió luchar contra la amenaza de una estrangulacion intestinal. Este operador atrae el ligamento ancho en la porcion que confina con el ovario hácia el ángulo inferior de la herida practicada sobre la pared abdominal, y despues la fija en este punto por medio de la sutura. Sin duda alguna, esta operacion permite restituir al útero á su situacion normal cuando este órgano está en retroversion ó en retroflexion; pero ¿es duradero este resultado? Esto es dudoso, porque el ligamento suturado de esta suerte se prolonga más y más de vez en cuando y el útero tiende á adoptar su antigua posicion.

Por otra parte, propiamente hablando, la operacion que hizo Kœberlé en 1869 en una jóven de veintidos años no fué más que una ova-

riotomía con fijacion del pedículo en la herida de la pared abdominal.

Se trataba, en efecto, de una enferma afectada de una retroflexion del útero adquirida y en la cual se observaba una obstruccion intestinal, así como dolores muy intensos que le hacían la vida insostenible. El cuello del útero estaba inclinado hacia la derecha; el fondo de este órgano, en retroflexion, se inclinaba hacia la izquierda, y se podía percibir por el fondo de saco izquierdo un tumor movable del volumen de un huevo de paloma; tumor que estaba constituido por el ovario izquierdo. Kœberlé practicó entónces la laparotomía, y elevando el útero por fuera del repliegue de Douglas, le atrajo hacia adelante de la herida abdominal y reseco con tijeras la mayor parte del ovario izquierdo, cuyo volumen estaba ligeramente aumentado.

El resto de este órgano, todavía adherente al ligamento ancho y unido aún al pabellon de la trompa, formaba con estos órganos un pedículo que el operador fijó en el ángulo inferior de la herida con un aprieta-nudos y algunas agujas. Este pedículo ejercía tracciones sobre el útero y mantenía este órgano en una posicion muy próxima á su posicion normal. Las materias fecales descendieron hacia el ano é inmediatamente despues de la operacion pudo defecar la enferma. La curacion se verificó sin que se observara fiebre en los tres días que siguieron á la misma. Despues de una enema de la infusion de hojas de sen la enferma hizo una deposicion muy abundante, constituida por bolas duras como la piedra.

Cuatro años despues de la operacion, la situacion del útero era todavía normal; pero la enferma ofrecía los signos propios de un histerismo muy acentuado.

En cuanto á Kœberlé (*Nota bibliográfica núm. 5*), niega que hubiera acometido esta operacion simplemente porque hubiese una anomalia de posicion del útero. Dice expresamente que él no intervino de esta suerte sino para luchar contra la obstruccion intestinal.

Existen otros dos procedimientos que han sido empleados por Freund con el objeto de curar la retroflexion. Ya nos hemos ocupado nosotros del primero, al cual se ha recurrido muchas veces con satisfactorio éxito. Hablamos del método que consiste en pasar un hilo de plomo á traves del labio anterior del cuello, fijándole despues sobre un pesario de Hodge. El segundo procedimiento no ha pasado aún de la categoría de simple proposicion. Freund le ha comunicado á la Seccion de Medicina de la Sociedad de Silesia, despues de haberle experimentado sobre el cadáver (*Nota bibliográfica núm. 6*). Se trata de poner al descubierto, de avivar y de suturar los ligamentos redondos. Se descubren estos ligamentos por encima del arco de Poupart, y se les aísla en el conducto inguinal por medio de un tallo romo de marfil. Basta ejercer tracciones sobre estos ligamentos para ver dirigirse hacia

adelante el útero que se halle en retroflexion. Se reseca entónces la porcion de estos ligamentos que ha sido atraída hácia afuera de la herida, y se fija por medio de una sutura cada extremidad central á la herida de la pared abdominal.

[En el 59.º Congreso de médicos y de naturalistas alemanes, celebrado en Berlin en Septiembre de 1886, se leyó un trabajo de Olshausen en el que aconsejaba suturar y fijar á la pared abdominal uno de los cuernos de la matriz, cuando se practica la laparotomía para la extirpacion de algun tumor intraabdominal y existe al propio tiempo una desviacion del útero, rebelde á todos los demas procedimientos. Este método sencillo, y que al parecer no ofrece inconveniente alguno, está justificado por la rebeldía que ordinariamente caracteriza á las dislocaciones uterinas. — *M. G. de S.*]

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Gebarmutterchirurgie*, Erlanger, 1866, pág. 191.
- 2) *Mittheilungen aus. d. Chirurg. Klinik. d. Rostocker Krankenhauses*, Praga, 1868, t. II, pág. 319.
- 3) *Wiener med. Presse*, 1877, núms. 14-17.
- 4) *All. Wiener med. Ztg.*, 1876, núm. 38, y *Med. Centralblatt*, 1869, núm. 3.
- 5) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1877, núm. 3.
- 6) A propósito de la historia de este asunto, Freund nos ha hecho notar recientemente que ya Alquié (*Bull. de l'Acad. de méd.*, núm. 1.844) había recomendado un tratamiento análogo. Segun Fritsch (*Lageverand. d. Gebarmutter*, pág. 136), Alquié (véase Tillaud, *Traité d'anat. topog.*, 2.ª edicion, pág. 870) ha propuesto el acortamiento de los ligamentos redondos con el objeto de curar el prolapso. Aran considera el procedimiento de Alquié como perfectamente aplicable al tratamiento de la retroversion.

CAPÍTULO X

DILATACION CRUENTA DEL CUELLO UTERINO.—DISCISION

Artículo 1.º—Literatura.

- Simpson. *Med. Times and Gaz.*, Febrero y Marzo 1859, y *Clinical Lect. on the Diseases of Women*, Edimb., 1872, pág. 251.
- Oldham. *London Gaz.*, Diciembre 1846.
- Malgaigne. *Revue méd.-chirurg.*, Diciembre 1848.
- Baker Brown. *London obst. Transactions*, III, 1862.
- Mac Clintock. *Clin. Mémoires*, pág. 149.
- V. Haardtman. *St.-Petersb. med. Zeitscher.*, 1862 y 1863.
- Greenhalg. *Edimb. med. Journ.*, Diciembre 1864.
- Gusserow. *Monatsschr. f. Gebh. u. Frauenkrank.*, Febrero 1865, y *Volkm. klin. Vortr.*, núm. 81.
- Sims. *Lancet* 1865, 1/4, y *Gebarmutterchirurgie*, 1866, pág. 129.
- Coghill. *Edimb. obst. Fr.*, II, pág. 340.
- Spiegelberg. *Monatsschr. f. Gebh. u. Frauenkrank.*, t. XXIX, H. 2.
- Küchenmeister. *Ibidem*, XXIX.
- G. Braun. *Wien. med. Wochenschr.*, 1869, números 40-43.
- M. Duncan. *Brit. med. Journ.*, 8 Marzo 1873.
- Heywood-Smith. *Obst. Journ.*, I, 1874/74, páginas 705-711.
- E. Martin. *Zeitschr. f. Gebh. u. Frauenkrank.*, 1875, pág. 106.
- C. Braun. *Aerztl. Bericht der Privat-Heilanstalt des Dr. Eder*, Viena, 1876.
- Beigel. *Die Krankheiten des weibl. Geschlechts*, pág. 206.
- Pearlee. *Transactions of the New York Academy of Med.*, 1.º Junio 1876.
- Chrobak. *Wien. med. Presse*, 1876, núm. 1 y siguientes, 1881; *Beitrage z. gyn. Therapie. Handb. d. Frauenkrank.*, págs. 101-117.
- Olshausen. *Volkm. klin. Vortr.*, núm. 67.
- Kehrer. *Arch. f. Gyn.*, X, pág. 438.
- Küster. *Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.*, IV, pág. 295.

Art. 2.º—Historia é indicaciones de la operacion.

Bajo el nombre de discision (histero-estomatomía, traquelotomía, Peaslee) colocamos la incision de todo el conducto cervical ó solamente la de su orificio externo.

A veces la discision no es más que un acto preparatorio para otras intervenciones quirúrgicas (extirpacion de tumores intrauterinos), y en ocasiones el cirujano recurre á esta operacion únicamente con el fin de fundamentar debidamente el diagnóstico. Nosotros nos ocuparemos aquí de esta maniobra operatoria, considerada como método de tratamiento.

En Obstetricia los antiguos tocólogos han preconizado la discision; pero ha sido necesario mucho tiempo para que los cirujanos pensasen en esta operacion como en un medio que les permitiera luchar contra las afecciones uterinas y contra los trastornos funcionales que son su consecuencia.

Simpson, de Edimburgo, debe ser considerado como el verdadero inventor científico de la discision. Practicó esta operacion en 1843 en una mujer que permaneció estéril durante siete años de matrimonio y que padecía una dismenorrea intensa. Cuatro meses despues de la operacion esta mujer quedó en cinta, y la gestacion y el parto terminaron felizmente.

El mismo año, Jobert (*Nota bibliográfica núm. 1*) seccionaba con las tijeras un orificio uterino notablemente estrechado. El conducto cervical estaba distendido, y formaba por encima de la estenosis un ancho saco relleno de moco (hidropesía del cuello uterino). Aunque despues de esta época la operacion haya sido repetida por un cierto número de médicos (Kennedy, Oldham, Malgaigne, Martin, etc.), es preciso llegar á Sims para ver adquirir gran importancia á esta intervencion quirúrgica. Lo más frecuentemente, cuando se ha recurrido á la discision se trataba de una estrechez del conducto cervical y se proponía el operador luchar contra los fenómenos dolorosos que de ella dependen.

La estrechez ocupa preferentemente el orificio externo ó el orificio interno, siendo muy raro observarla en igual grado en toda la longitud del conducto cervical. Las estenosis del orificio externo son mucho más frecuentes, y coinciden por lo comun con una forma cónica y con la rigidez de la porcion vaginal (*fig. 31*). Cuando el orificio interno no es permeable, existe habitualmente una flexion de la matriz, y es muy excepcional observar una disminucion real en el calibre del conducto cervical. Estas estrecheces hacen muy difícil la evacuacion de la sangre menstrual y la penetracion del esperma.

La discision se encuentra, pues, indicada:

- 1.º Por la presencia de trastornos dismenorreicos.
- 2.º Por la esterilidad.

Al lado de la estenosis debemos colocar el engrosamiento y la proliferacion de la mucosa, la endometritis crónica y la metritis. Estas afecciones pueden por sí solas provocar sintomas semejantes á los que acabamos de dejar señalados al ocuparnos de los casos de estenosis simple.

Se ha creido que debía ponerse en duda el valor de la discision bajo muchos puntos de vista. Por ejemplo, se ha considerado como dudosa la relacion que existe entre la estenosis y los fenómenos de que acabamos de hablar. Sin duda alguna, se ha observado que faltaba la dismenorrea en ciertos casos de estenosis muy acentuada; ¿pero no se ha demostrado, por ventura, en muchos casos la ventajosa influencia ejercida por la discision cuando se observaba que coincidían la dismenorrea y una estenosis del conducto cervical? Se ha pensado si un conducto cervical que podía admitir un instrumento tan voluminoso como aquellos á los cuales es preciso recurrir en los casos de discision, podría considerarse como un conducto de tan escaso calibre. Pero un instrumento rígido no se para tan fácilmente las paredes de un conducto estrechado; ¿y no basta una hinchazon congestiva de la mucosa para observar que los líquidos ó la sangre coagulada se detienen por encima del cuello, sin poder franquearlo?

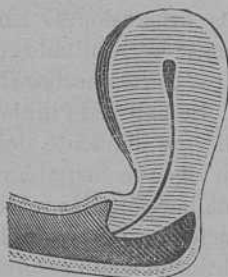


Fig. 31.

Se ha dicho: «La dilatacion cruenta del conducto cervical es inútil porque la incision se cicatriza rápidamente.» Pero nos es posible combatir con éxito esta tendencia á la reunion, bastando para ello recurrir á un tratamiento consecutivo oportuno, y el conducto queda perfectamente permeable, al ménos en su porcion inferior.

En la dismenorrea y en la endometritis la escision obra, no solamente de una manera mecánica haciendo más fácil el derrame de las materias segregadas, sino que es preciso tener en cuenta que la sangría local hace desaparecer la hiperemia ó disminuye su intensidad notablemente.

Los resultados obtenidos por la discision en la esterilidad son mucho ménos brillantes (*Nota bibliográfica núm. 2*). Debemos reconocer que antiguamente se demandaba mucho esta operacion con tal objeto, y se acometía frecuentemente sin raciocinio previo y sin obedecer á ninguna indicacion precisa. No es frecuente, en efecto, observar que la cau-

sa de la esterilidad dependa exclusivamente ó radique, mejor dicho, en el segmento inferior del útero.

Al lado de la estenosis se observan otros vicios de conformacion: modificaciones de posicion y anomalías de consistencia de la pared vaginal que, por su parte, se oponen tambien á la penetracion del espermatozoos; tal es, por ejemplo, el cuello cónico indurado. En este caso, de la discision y de la amputacion del cuello se obtienen los más satisfactorios resultados.

En fin, nosotros añadiremos que la discision del cuello es racional cuando el segmento inferior del útero está alterado en su forma ó en sus dimensiones. En prueba de nuestros asertos tenemos, no solamente los resultados obtenidos despues de la operacion, sino tambien otros ciertos hechos de que vamos á ocuparnos.

Se han visto mujeres estériles durante mucho tiempo, concebir fácil y rápidamente despues de un primer parto, y nos parece legitimo no tener en cuenta aqui más que las modificaciones en el estado del cuello aportadas por el parto que acaba de verificarse. Y estas modificaciones tan favorables á la concepcion ¿no son análogas á las que se obtienen como resultados de la discision?

En muchas flexiones y versiones uterinas se emprende la operacion con el objeto de dar al orificio uterino una direccion que facilite la entrada al espermatozoos, y, bajo este punto de vista, es preciso en la anteversion incindir el labio anterior del cuello, en la retroversion el labio posterior y en la latero-version la pared lateral del hocico de tenca situada al lado hácia el cual se encuentra inclinado el cuerpo del útero.

Las hemorragias en los casos de miomas intersticiales ó submucosos constituyen otra indicacion de la discision. Baker Brown, Mac Clintock y Nélaton hicieron casi al mismo tiempo, y sin consultarse, la observacion de que bastaba hacer una incision extensa sobre la pared del conducto cervical para observar que las hemorragias debidas á la presencia de fibromas intersticiales disminuían de intensidad ó cesaban completamente. Baker Brown llega á esta conclusion observando los resultados obtenidos con las incisiones practicadas sobre el conducto cervical para hacer más accesibles los tumores cuya extirpacion se intentaba. Se observó que las hemorragias cesaban despues de infructuosas tentativas de extirpacion, y para explicar este hecho se creía que despues de la incision el haz de fibras musculares que existe á nivel del orificio interno podía retraerse y venir á aplicarse exactamente sobre el fibroma (taponamiento espontáneo).

Esta operacion apenas da resultado sino en los miomas submucosos é intersticiales que avanzan hasta el orificio interno y el conducto cervical. Y en este caso la discision no es útil sino permitiendo la disminucion de tension de la cápsula y de la mucosa que la recu-

bre. Puede observarse que los vasos que se encuentran se retraen y se arrugan, encontrándose así alejado el peligro de una hemorragia (véase Spiegelberg, *loc. cit.*).

La discision está contraindicada cuando existe una inflamacion de los ligamentos anchos ó del peritoneo que recubre el útero. Puede observarse, en efecto, que la operacion, y sobre todo el tratamiento de que va seguida, vienen á acentuar estas complicaciones.

Si se interviene solamente para luchar contra la esterilidad, y si no existe ningun fenómeno doloroso y peligroso, no debe olvidarse estudiar detenidamente y con la mayor atencion las contraindicaciones que pudieran surgir del exámen del estado general de la enferma.

Añadamos, para terminar, que es preciso evitar la discision en los casos en que exista un flujo de mala naturaleza, pudiendo constituirse en una causa de infeccion por la herida del cuello (*Nota bibliográfica núm. 3*).

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Malgaigne. *Journ. de chirurg.*, t. I, pág. 265.
- 2) La cifra dada por Chrobak (*loc. cit.*, pág. 107) nos parece muy elevada. De 483 discisiones practicadas por Haardtman, G. Braun, Martin y Kehrer, y de 184 practicadas por él mismo, este autor ha observado 30,7 por 100 de curaciones. Nosotros no aceptaremos la cifra dada por Kehrer, aunque se apoye en hechos mejor observados. De 35 operaciones ha visto 7 veces, ó sea 25,7 por 100, producirse la concepcion, no siendo tan considerable el número de observaciones.
- 3) Chrobak ha observado producirse dos peritonitis graves en mujeres que habían sido operadas inmediatamente ántes de la aparicion de las reglas.

Art. 3.º—Manual operatorio de la discision.

Ordinariamente se practica la discision en el sentido trasversal (discision bilateral), rara vez en el sentido antero-posterior.

Para hacer esta operacion se ha recurrido á instrumentos que tie-



Fig. 32.

nen la forma del bisturí, pero que ofrecen una construccion muy complicada, si bien es posible con ellos incindir de dentro afuera (del orificio interno al orificio externo) ó de fuera adentro (del orificio externo al interno). El más antiguo de estos instrumentos es el uterotomo

de Simpson (*fig. 32*), constituido por un tallo que presenta en sus partes laterales una ranura en la cual se encuentra alojada una lámina de acero. Ejerciendo una presión sobre el mango se hace salir esta última y se la separa de la otra a una distancia conveniente, de tal suerte que merced a un tornillo puede dejarse fijo el instrumento en esta disposición. Excusado nos parece añadir que esta lámina de acero tiene su borde cortante dirigido hacia afuera.

Se introduce el instrumento cerrado y luego se le retira después de haber hecho salir a la rama cortante de manera que se practique una incisión en las paredes laterales del cuello al sacar el instrumento. El uterotomo de Simpson no permite hacer más que una incisión cada vez. Greenhalgh le ha modificado añadiéndole una segunda lámina (*fig. 32*), por cuya razón se realiza el acto operatorio de un solo golpe bilateral, haciendo inútil la introducción por segunda vez del instrumento (*Nota bibliográfica núm. 1*).

Cuando el conducto cervical es muy estrecho, es muy difícil introducir este metrotomo, y Greenhalgh en muchos casos se ha visto en la necesidad de crearse previamente un camino haciendo la dilatación del cuello. Por otra parte, todos los instrumentos que seccionan los tejidos procediendo de dentro afuera ofrecen un gran inconveniente. En efecto, una vez que la lámina cortante está bien fija, es imposible que el operador compruebe lo que hace, y con suma frecuencia la incisión es demasiado profunda. Se sabe que la incisión debe estar dirigida de tal manera que el conducto cervical quede más ancho hacia el orificio externo que hacia el orificio interno; ahora con estos instrumentos la incisión ofrece iguales dimensiones en toda la longitud del conducto y no es más profunda hacia abajo, como fuera de desear. Es preciso, en fin, guardarse muy mucho de hacer salir muy poco las láminas cortantes, porque el orificio externo no quedará suficientemente incindido; pero es preciso también no caer en el extremo opuesto, porque entonces el orificio interno quedará más distendido de lo que es necesario y podrían herirse vasos voluminosos a su nivel, ocasionando peligrosas hemorragias. Finalmente, abstracción hecha de este peligro, es preciso temer accidentes tardíos, porque estando destruidas las fibras musculares circulares, las fibras longitudinales, a la acción de las cuales viene a agregarse la tracción ejercida por los ligamentos útero-sacros y vesico-uterinos, harán movable de tal suerte el conducto cervical, que sus paredes podrán invertirse, ranversándose hacia afuera los labios del cuello (Spencer Wells).

Los metrotomos ideados por Peaslee y Küchenmeister seccionan los tejidos de fuera adentro. El primero de estos instrumentos (*fig. 33*) está constituido por un tallo, por la parte anterior del cual puede salir una lámina de bisturí roma en su extremidad; el segundo no es otra

cosa que un bisturí lanceolado de boton montado sobre un mango largo.

El metrotomo de Sims (*fig. 34*) nos parece preferible á todos los de que venimos hablando. Tal como puede vérsese en la *fig. a* es una lámina que es posible inclinar sobre el mango segun el ángulo que se desee (*fig. b*) El cirujano con este instrumento puede dar á la inci-

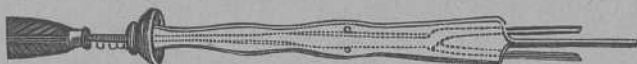


Fig. 33.

sion la profundidad y la direccion que desee. Sims opera de la manera siguiente: despues de haber fijado bien la porcion vaginal á beneficio de una erina, introduce en el conducto cervical la rama de una tijera curva segun su borde (*Nota bibliográfica núm. 2*); la otra rama corresponde á la parte externa del hocico de tenca y su extremidad avanza hasta el punto en que la pared vaginal viene á insertarse en el cuello. El cirujano puede entónces seccionar á la izquierda y despues á la derecha la porcion vaginal. Hecho esto, introduce el bisturí en el conducto cervical y secciona todos los tejidos que separan la incision precedente del orificio interno.

Estando la enferma colocada en el decúbito lateral izquierdo, el



Fig. 34.

cuchillo (visto por su extremidad dorsal) se inclinará á la derecha cuando se quiera seccionar el lado izquierdo, y á la izquierda cuando se trate de seccionar el lado derecho.

Cuando el conducto cervical está muy estrechado, nosotros recurrimos casi exclusivamente al metrotomo de Sims y fijamos la porcion vaginal con las pinzas americanas, no aplicando, sin embargo, de un modo riguroso el procedimiento de Sims. Nosotros no hacemos, en efecto, la incision con las tijeras sino en los casos en que la porcion vaginal está un poco prolongada, y en aquellos otros en que nos proponemos amputar los labios del hocico de tenca. Cuando la porcion vaginal es de forma normal, introducimos inmediatamente el bisturí hasta el orificio interno y practicamos la incision, procediendo de

dentro afuera, pero teniendo cuidado de darla una profundidad más y más grande á medida que nos aproximamos al orificio externo. A nivel del orificio interno el bisturi no se hundirá á mayor profundidad que á 2 ó 3 milímetros, en tanto que la incision medirá una profundidad de centímetro á centímetro y medio cerca del orificio externo. Cuando experimentamos dificultades reales para pasar el metro-tomo de Sims á través del orificio interno, incindimos este anillo con un herniotomo ó bien con un bisturi de boton y de hoja muy estrecha.

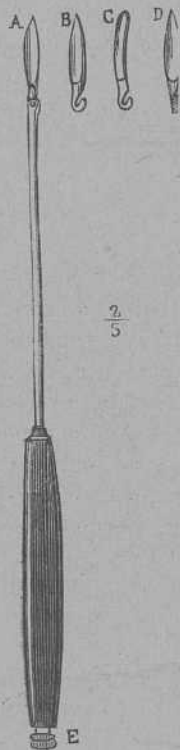


Fig. 35.

NOTAS

1) El instrumento de Martin está construido con arreglo á los mismos principios.

2) Las tijeras pueden deslizarse. Para evitar este inconveniente, Küchenmeister ha colocado á la extremidad de una de las láminas de su metro-tomo una pequeña erina.

Art. 4.º — Modificaciones de la operacion.

Cuando la porcion vaginal está muy prolongada ú ofrece la forma cónica, nosotros practicamos siempre la amputacion del hocico de tenca y suturamos la mucosa de la pared externa de la porcion vaginal á la del conducto cervical. En estos últimos tiempos hemos adoptado la escision conoide de cada uno de los labios del cuello (véase el capítulo III). Hoy Hegar no se contenta con aplicar suturas á nivel del labio anterior y del labio posterior, y sutura tambien las partes laterales de tal suerte que el conducto se encuentra igualmente abierto por los lados. Chrobak se ha propuesto recientemente obtener un resultado semejante trazando sobre la pared externa del cuello dos pequeños colgajos triangulares que sutura en seguida.

Cuando la porcion vaginal es muy voluminosa, tratamos de obtener una dilatacion suficiente del conducto cervical haciendo como Sims la ablacion de un fragmento cónico sobre uno ó sobre los dos labios del cuello (*Nota bibliográfica núm. 1*). Este es un procedimiento recomendado tambien por Duncan (*Nota bibliográfica núm. 2*).

Gusserow, despues de haber hecho la incision bilateral, hace ademas una incision sobre cada labio.

Kehrer divide cada uno de los labios del cuello en tres ó cuatro

fragmentos y practica así la discision radiante. En efecto, el orificio externo queda anchamente abierto y presenta la forma de una estrella.

Ya dejamos explicada anteriormente la discision unilateral en los casos de latero - version.

Si se practica la discision en un caso de tumor intrauterino, el conducto cervical está de tal manera engrosado por lo comun, que es posible incindir sus paredes con un simple bisturí de boton que se dirige sobre el dedo estando la mujer echada en decúbito dorsal. Igualmente puede hacerse notar esto cuando la discision no es más que una maniobra preparatoria para otra operacion (extirpacion del tumor).

Hay casos en que las paredes del conducto cervical están notablemente adelgazadas porque el tumor avanza profundamente á traves de esta porcion de la matriz. En otros el cuello está dilatado y presenta un aspecto fusiforme, y se trata entónces de introducir el dedo en el conducto cervical y de ver la mucosa que le tapiza. Basta incindir con unas tijeras las partes laterales del hocico de tenca para obtener el resultado que se desea.

Discision en el sentido antero-posterior. — Cuando existe una flexion á nivel del orificio interno, el conducto cervical parece infranqueable, como lo seria un tubo de paredes rígidas que estuviera fuertemente plegado hácia atras ó hácia adelante.

Se podría tratar de obtener la desaparicion de los dolores ocasionados por esta afeccion, limitándose á hacer la incision bilateral. Es preciso, pues, aceptar el consejo de Sims y crearse un camino procediendo de delante atras. Si existe una anteflexion se incindiré con tijeras el labio posterior del cuello, de manera que se le divida justamente hasta la insercion de la pared vaginal en dos mitades laterales, de las cuales una quede á la derecha y otra á la izquierda. Esto hecho, se practica á traves de la pared posterior del conducto cervical una incision longitudinal que se eleve hasta el nivel del orificio interno. Para ejecutar este segundo tiempo, el cirujano americano emplea un bisturí idéntico al que dejamos descrito en el capítulo anterior.

Por este procedimiento, merced al cual han obtenido satisfactorios resultados Sims y Emmet, el orificio externo se encuentra trasportado hácia arriba y atras, y el eje del conducto uterino que estaba encorvado se hace rectilíneo. Tambien nosotros hemos recurrido á la discision en algunos casos. Se trataba de anteflexiones del útero, y nosotros teníamos cuidado de hacer á nivel de la flexion, es decir, hácia adelante, una pequeña muesca en el tejido uterino, sirviéndonos al efecto del bisturí de Sims ó de un herniotomo.

Esta discision es incontestablemente más peligrosa que la incision

bilateral. En efecto, dadas las modificaciones sufridas por las paredes de la matriz á nivel de la flexion, llegan frecuentemente todos los cirujanos á incidir muy profundamente. Sin duda será muy fácil no herir el peritoneo; pero se observa frecuentemente, cuando se producen algunas complicaciones á nivel de la herida, que el proceso patológico se extiende hasta la serosa.

La operacion de Sims puede ser inútil porque los tejidos pueden crecer de nuevo y el cuello del útero adoptar la forma que tenía ántes de la operacion.

Para evitar este inconveniente, Kuster, despues de haber incidido el labio posterior, practica en cada lado la ablacion de un cono de tejido, de tal suerte que la herida presenta su mayor anchura hasta la línea media, terminando en punta hácia las partes laterales. Despues reúne los labios de la herida hecha por este procedimiento, mediante dos suturas. Este es un procedimiento complicado que apénas está justificado áun cuando hayan fracasado todos los demas.

Una vez terminada la operacion, la incision y todos los fondos de saco vaginales serán cuidadosamente desinfectados y lavados con líquidos antisépticos. Se obtiene generalmente una hemostasia completa haciendo una inyeccion con el agua clorurada fria, ó bien comprimiendo ligeramente con tapones de uata. Ciertos autores preconizan el percloruro de hierro (*Nota bibliográfica núm. 3*) y el taponamiento del cuello, que tienen la ventaja de mantener la herida bien abierta. La esponja comprimida empapada en la cera (Martin) y el hierro candente (Olshausen) podrian tambien responder á esta doble indicacion: contener la hemorragia y mantener abierto el cuello. Sin embargo, estos medios no dejan de ofrecer inconvenientes grandes. El primero, en efecto, predispone fácilmente á la infeccion, y en cuanto al segundo, provoca con tanta frecuencia una retraccion cicatricial de tal modo intensa, que todos los resultados que pudieran esperarse de la operacion acaso fracasaran. En cuanto á nosotros, introducimos en el conducto cervical inmediatamente despues de la operacion dos ó tres trozos de tela ó de uata cuidadosamente desinfectada ó previamente empapada en una solucion de cloruro de zinc, y mantenemos todo este aparato por medio de un tapon introducido en la vagina, cuyo tapon extraemos al cabo de algunas horas porque impide verificar la miccion.

Nosotros hacemos guardar cama á las operadas durante una semana.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Op. Gyn*, 1ª edic., pág. 289.
- 2) En los casos de esterilidad y de anteversion es preciso extirpar un

segmento cónico sobre el labio anterior del hocico de tenca. El orificio externo debe tener la forma de un embudo y estar dirigido hacia adelante.

3) Simpson embadurna la herida con percloruro de hierro. Carlos Braun emplea el licor de sexquicloruro férrico. Otros autores han propuesto inyectar este medicamento en el útero; la mayor parte introducen en el conducto cervical pequeños tapones de uata ó mechas de hilas empapadas en percloruro de hierro. Chrobak emplea un porta-tapon especial.

Art. 5.º — Tratamiento consecutivo. — Pronóstico de la operacion.

Durante los días que siguen á la operacion, el cirujano debe esforzarse en obtener el doble resultado siguiente:

- 1.º Mantener permeable el conducto cervical.
- 2.º Evitar la reunion completa de la herida practicada durante la operacion.

Hé aqui por qué nosotros renovamos al tercer día los tapones de uata ó las compresas de tela que introducimos al practicar la primera cura en el conducto cervical. Cuidamos de repetir este apósito cada dos días, hasta el momento en que á la tercera semana que sigue á la operacion la herida se cubre de una capa de tejido cicatricial. Anteriormente nosotros nos habíamos pronunciado contra este taponamiento consecutivo del conducto cervical, porque habíamos observado en diversos casos signos de inflamacion en los órganos vecinos del útero. Pero desde que empleamos compresas de tela previamente desinfectadas con soluciones fenicadas, desde que no olvidamos ninguna precaucion antiséptica por embarazosa que pueda ser, no hemos tenido ocasion de observar ninguno de estos accidentes.

Acabamos de decir que era preciso evitar la reunion de los labios de la herida. Para obtener este resultado, Sims, despues del tercer día que sigue á la operacion, hace un taponamiento cotidiano con uata empapada en glicerina. En un caso de Emmet los labios de la herida comenzaron á adherirse, y este cirujano, valiéndose de una sonda uterina, rompió muchas veces las adherencias. Greenhalgh introdujo despues de la operacion un instrumento formado por dos ramas que se mantenian separadas á beneficio de un resorte. Priestley y Heywood Smith han propuesto dilatadores especiales, cuyas ramas pueden separarse la una de la otra. Chrobak colocaba en la vagina tapones empapados en glicerina ó en pomada de óxido de zinc, haciendo penetrar otras veces hasta la herida supositorios de manteca de cacao.

Chrobak ha propuesto recientemente, en los casos de estenosis del orificio externo, un procedimiento que puede emplearse sin hacer acostar á las enfermas, y que ofrece la ventaja de eludir todos los in-

convenientes de una retraccion tardía. Pasa á través de los tejidos de la porcion vaginal, y dirigidos desde el conducto cervical hácia los fondos de saco vaginales, dos hilos de plomo ó dos tallos de plata lancetados en una de sus extremidades y presentando un asa en la otra extremidad. Estos tallos se introducen en el punto á nivel del cual deberá encontrarse el orificio externo. Se dejan colocados hasta el momento en que las paredes del conducto que les contiene se hayan cicatrizado. Al cabo de catorce días ó de cuatro semanas se les retira y se pasa, sirviéndose de ellos si fuese preciso como conductores, una pequeña ligadura elástica, por medio de la cual se seccionarán todos los tejidos que se encuentran situados por debajo. Chrobak en algunos casos ha empleado el galvano-cauterio ó el termo-cauterio de Paquelin.

La discision no deja de entrañar en algunas ocasiones accidentes, de los cuales deben colocarse en primera línea las hemorragias que pueden aparecer durante y despues de la operacion. Durante el acto operatorio deberá temérselas sobre todo cuando siendo muy profunda la incision, hayan podido ser heridas voluminosas ramas colaterales de la arteria uterina. Pero la hemorragia puede sobrevenir, más ó ménos tarde, despues de la operacion (*Nota bibliográfica núm. 1*). Lo más frecuentemente, la culpa es del cirujano que no ha prodigado todos los cuidados necesarios á la operada, que ha hecho la discision durante sus horas de consulta rápidamente, permitiendo que la enferma vuelva á su casa, ó quizás que haga un viaje de retorno de algunos kilómetros. Sims ha visto en estas circunstancias presentarse hemorragias muy peligrosas, y aún en un caso, no de su práctica, sino de la de un jóven colega, sobrevenir la muerte. Las hemorragias tardías pueden fácilmente ser atribuidas á la aparicion muy rápida del periodo menstrual, debiendo en ocasiones atribuirse á lesiones de la herida de origen infeccioso. Nosotros hemos observado una hemorragia extremadamente grave en una mujer que, segun los anamnésticos que despues nos suministró, pertenecía á una familia hemofilica (*Nota bibliográfica núm. 2*). Entre los procedimientos que permiten luchar activamente contra la hemorragia, citaremos al lado del taponamiento con el percloruro de hierro la ligadura mediata, que permite obturar la herida, y tambien, cuando fuese necesario, la aplicacion de una sutura cerrando el orificio externo (véase el cap. XII).

En algunas ocasiones se han observado lesiones de vecindad: heridas del tejido celular periuterino, del peritoneo y de un uréter (*Nota bibliográfica núm. 3*). Estos accidentes se observarán principalmente cuando la incision que se practique sea muy profunda, sobre todo si la incision se dirige de adelante atras, cuando se emplean instrumentos poco apropiados; cuando el útero se halle en estado de atrofia ó

presente las pequeñas dimensiones de un útero infantil (*Nota bibliográfica núm. 4*), ó cuando á consecuencia de fenómenos inflamatorios que tengan asiento en el tejido celular periuterino estén atrofiadas las paredes de la matriz.

La enferma puede ser víctima de una infeccion durante el acto operatorio, ó puede ser afectada de parametritis ó de peritonitis. Esta última es una complicacion muy de temer cuando se haya recurrido á la esponja preparada. En 1872 perdimos nosotros una enferma afectada de un fibroma intersticial, en la cual habíamos practicado la discision con el único objeto de establecer el diagnóstico.

[El procedimiento de dilatacion de la cavidad uterina, debido á M. Vulliet, de Génova, de que hacemos mérito en el lugar correspondiente del tomo I de esta obra, permite mejor la exploracion de la cavidad de la matriz con un fin diagnóstico y, á nuestro juicio, está exenta de muchos de los peligros de la discision. Por esta circunstancia, creemos que debe desterrarse de la práctica esta maniobra terapéutica, cuando no nos propongamos otros fines que el de esclarecer el diagnóstico. — *M. G. de S.*]

Los líquidos abundantes que se derramaron, en el caso á que hacíamos referencia, cuando se aplicó la esponja preparada, infectaron la herida y provocaron la aparicion de un flemon periuterino. Pero, lo más comunmente, la infeccion se produce durante los días que siguen á la operacion, y es preciso entónces atribuirla á la falta de limpieza en los objetos de cura y á la fermentacion de la sangre y de los líquidos segregados por la herida que se encuentran acumulados por encima del tapon aplicado en el cuello. Tan es así, que en una de nuestras operadas, nosotros tuvimos ocasion de observar una peritonitis mortal al séptimo día de la aplicacion del tapon cervical, habiéndose practicado la discision de adelante atras. Añadamos, para terminar, que Olshausen ha perdido dos operadas á consecuencia de la septicemia, habiendo empleado la esponja preparada.

Si se adopta un buen procedimiento, si se han seguido fielmente todas las reglas del método antiséptico, la discision es una operacion benigna. Hegar y Kalténbach han hecho entre los dos 300 operaciones y no han tenido que deplorar más que las dos defunciones que quedan citadas, y es preciso tener en cuenta que éstas acaecieron en mujeres operadas antes de la introduccion del método antiséptico. Beigel ha reunido una estadística de 900 casos que pertenecen á Tanner, Ballard, Sims, Emmet y Greenhalgh, de cuyas 900 operadas sólo han muerto 1 de peritonitis, 2 de hemorragias graves y 6 de parametritis. En 386 operaciones, Martin sólo ha visto 1 caso de muerte, muchas hemorragias y fenómenos inflamatorios. Chrobak, en 300 operaciones ha observado 2 hemorragias y 2 parametritis graves.

NOTAS

1) Andrejew ha propuesto practicar la dilatación del conducto cervical antes de operar, empleando esponjas preparadas, á fin de poder sentir las pulsaciones de los vasos que pudieran encontrarse en el cuello (*Medicinsky Westnik*, 1878, núms. 25 y 26).

2) El útero era pequeño, estaba en anteflexión, el orificio externo estaba muy estrechado y no existía ninguna otra anomalía en los órganos genitales. La enferma sufría una dismenorrea penosa y era estéril desde hacía tres años. Se practicaron dos incisiones laterales y la hemorragia se cobibió rápidamente durante la operación. Bien pronto, sin embargo, se observó que salía sangre y fueron expulsados grandes coágulos. Al día siguiente se hizo el taponamiento del conducto cervical y la sangre cesó de salir; pero el tapon provocó una exudación abundante y al tratar de retirarle se produjo inmediatamente una nueva hemorragia. Durante muchas semanas no salimos, pues, de este círculo: «hemorragia, taponamiento, secreciones muy abundantes, retirada del tapon, nueva hemorragia.» Desde el principio la sangre presentaba una coloración normal; pero poco á poco se hizo cada vez más flúida, llegando á no ofrecer tñlencia alguna á la coagulación. Al cabo de seis semanas cesó la hemorragia; pero la enferma quedó profundamente anémica, y fué preciso que permaneciera dos meses más en la clínica para que se restableciera. La menstruación se presentó seis semanas después de haber vuelto la paciente á su casa, y fué de tal suerte abundante, que la enferma sucumbió á los diez días á consecuencia de la pérdida de sangre.

3) Nosotros conocíamos un caso que nos ha sido comunicado oralmente por uno de nuestros colegas. La orina era expulsada por el conducto vaginal y, sin embargo, la pequeña herida del uréter curó espontáneamente.

4) Por lo común, se obedece en este caso á una indicación errónea.

CAPÍTULO XI

SUTURA DE LAS DESGARRADURAS ANTIGUAS DEL CUELLO.—OPERACION DE EMMET (HISTEROTRAQUELOMORFIA)

Artículo único.

Roser. *Das Ectropium am Muttermund. Arch. f. Heilk.*, 1861.

Emmet. *Americ. Practit.*, Enero 1877.— *De la déchirure du col utérin considérée comme une cause fréquente et inconnue de maladies, et du traitement de la déchirure du col utérin.*

Breisky. *Prager med. Wochenschr.*, 1876, núm. 18, y 1877, núm. 28. *Wiener med. Wochenschr.*, 1876, núms. 49-51.

Olshausen. *Zur Pathologie der Cerricalrisse. Centralbl. f. Gyn.*, 1877, número 13.

Howitz. *Gyn. og. obst. Meddelelser.*

Spiegelberg. *Ueber Cerricalrisse, ihre Folgen und ihre operative Beseitigung. Breslauer ärztl. Zeitschr.*, núm. 1.

P. F. Mundé. *Americ. Journ. of Obst.*, 1879, Enero.

Desde 1861, y merced á los trabajos de Roser, sabemos que las desgarraduras profundas que tienen asiento en las partes laterales del cuello constituyen una causa de ectropion de los labios del hocico de tenca. Pero realmente es á Emmet al que corresponde el mérito de haber establecido con claridad perfecta la importancia de estas lesiones y de haber aconsejado una operacion plástica que permita hacer que desaparezcan los inconvenientes que acarrear las desgarraduras.

Las desgarraduras del cuello pueden ser más ó menos bilaterales. Pueden avanzar hasta el nivel de los fondos de saco vaginales y aun pueden traspasar este límite. En estos casos la desgarradura está limitada por una cicatriz que tiene su asiento en el tejido celular perituterino.

Por poco que descienda el útero, los labios del hocico de tenca se ranversan hacia afuera. Poco á poco su forma se modifica de tal suerte, que se hace imposible reconocer la disposicion de la desgarradura y parece que se trata solamente de un hocico de tenca muy voluminoso que ofrece una ancha erosion.

La constante abertura del conducto cervical ocasiona diferentes fenómenos inflamatorios, flujos blancos, menorragias y degeneraciones quísticas de la mucosa.

La involucion uterina no es completa, y existen dolores lumbares y diversos fenómenos nerviosos. Si los fenómenos inflamatorios son intensos, puede observarse que la mucosa cervical está, por decirlo así, estrangulada y se observa una disposicion que recuerda el parafimosis.

Olshausen considera, y con razon, las antiguas desgarraduras del cuello como una causa frecuente de aborto. Breisky estima que no dejan de favorecer el desarrollo del cáncer.

Emmet, al proponer la operacion que lleva su nombre, creía que sólo por la sutura de los labios de la desgarradura podria lograrse la desaparicion de todos los fenómenos dolorosos y obtenerse la regresion de las modificaciones anatómicas que son su consecuencia, esperanza que sólo en parte ha sido realizada, porque con suma frecuencia no se llega á alcanzar este objeto si no se tratan directamente las lesiones de la mucosa. Esta es, por otra parte, una circunstancia que el mismo Emmet reconoce.

En efecto, en sus publicaciones más recientes otorga la mayor importancia al tratamiento previo de las afecciones de la mucosa. Tan es así, que aconseja se recurra á las escarificaciones, á la puncion de los quistes, á las embrocaciones con la tintura de iodo, al tapon empapado en glicerina, y por encima de todo esto, aconseja las inyecciones metódicas de agua caliente, el uso de los pesarios, etc., que permiten al médico luchar contra el dolor. Todo este tratamiento preparatorio debe durar, á su juicio, de uno á cuatro meses.

Admitido todo esto, no debe el cirujano limitarse á separar la desgarradura cuando la mucosa esté profundamente afectada, cuando ofrezca numerosos quistes ó una erosion extensa, en cuyos casos convendrá combinar la operacion de Emmet con la amputacion parcial de los labios del hocico de tenca enfermos ó con la escision de la mucosa degenerada.

Para muchas desgarraduras antiguas la operacion de Emmet constituye una de las más preciosas conquistas de la terapéutica moderna, siempre que no se le otorgue la gran importancia que al principio pretendió dársele en diferentes puntos. Las indicaciones de esta operacion son muy limitadas si siguiendo la proposicion de Kalténbach

(*Nota bibliográfica núm. 1*), se practica la sutura inmediatamente después de la producción de las desgarraduras profundas del cuello. Obrando de esta suerte, no solamente se luchará contra las hemorragias y la infección séptica ventajosamente, sino que se evitarán las alteraciones ulteriores de las paredes cervicales.

El manual operatorio de la operación de Emmet es de los más sencillos. La mujer adoptará el decúbito lateral izquierdo ó, si el útero estuviese en descenso, el decúbito dorsal. Se ponen al descubierto las paredes de la vagina. Para asegurar la hemostasia, Emmet aplica, desde el principio de la operación, una trenza metálica que rodea la porción vaginal y cuyas extremidades se fijan á una cánula ó bien á un resorte, de suerte que pueda atraérselas á través del mango de un magullador. Se abarca con esta asa el mayor número posible de pliegues de la pared vaginal, de manera tal que pueda sostenerse bien este hilo metálico y que se evite el aplicar la sutura sobre tejidos que se hallen en alto grado de tensión. Desde hace algunos años, Emmet cree que las inyecciones de agua caliente bastan para limitar la pérdida de sangre durante la operación. Mientras que un ayudante pone en tensión los labios del hocico de tenca, el operador incide con el bisturí ó refresca con las tijeras los labios de la desgarradura de manera que pueda obtenerse una superficie en cada uno que se adapte fácilmente á la del otro. Hacia el fondo de saco vaginal es preciso no incidir muy profundamente, porque el bisturí opera entonces muy cerca de las arterias. Según la forma y la profundidad de las incisiones, se pueden determinar la forma y las dimensiones que habrá de tener el orificio externo, así como el grueso de la porción vaginal. Se pasarán luego á cada lado tres ó cuatro hilos de plata que se anudarán de tal suerte que sus extremidades vengán á caer á la vagina. Como la operación es poco dolorosa, no será preciso recurrir á la anestesia.

[Este es uno de los casos en los cuales debe apelarse á la anestesia local por medio de la cocaína, porque á pesar de que la operación es poco dolorosa, la cocaína — al 4 por 100 de vaselina — en embrocaciones sucesivas es completamente inofensiva. — *M. G. de S.*]

Al cabo de ocho ó diez días se extraerán los hilos, no abandonando el lecho la enferma hasta el decimocuarto.

Según Mundé, en 250 operaciones no ha habido que deplorar más que un caso de muerte por peritonitis y otro de celulitis pelviana, cuyo proceso se desenvolvió con feliz éxito.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, t. II, pág. 279. — *Ueber tiefe Scheiden und cervicalrisse bei der Geburt.*

CAPÍTULO XII

OCLUSION TEMPORAL DEL ORIFICIO UTERINO

Artículo único.

En esta operacion, y esto es lo que la distingue de la oclusion que se practica en ciertos casos de fistulas urinarias (véase más adelante), no se avivan los labios del cuello antes de practicar la sutura.

Emmet fué el primero que propuso suturar momentáneamente el orificio del cuello cuando, habiendo de operar una inversion antigua, no podía obtenerse más que una reduccion parcial y se deseaba mantener el fondo del útero en la situacion que se le había dado hasta el momento en que, en una segunda sesion, era posible obtener la reduccion completa (*Nota bibliográfica núm. 1*). Obrando así, se conserva el beneficio obtenido y se favorece como con el tapon la reduccion espontánea.

La oclusion temporal del cuello está tambien indicada en los casos de hemorragia grave. Tan es así, por ejemplo, que Hegar practicó con éxito la sutura del orificio externo en un caso en que despues de la discision se había producido una fuerte hemorragia. Freund intentó más tarde esta operacion en cuatro casos de fibromas inoperables, en los cuales las hemorragias ponían en peligro la vida de las enfermas, habiendo logrado que cesara la hemorragia y repitiendo dos, tres y cuatro veces esta operacion en tres de sus pacientes, sin tropezar jamás con el menor inconveniente. Una de sus enfermas, de regreso en su país, experimentó, diez semanas despues de la segunda operacion, una nueva hemorragia, de la cual murió. En una mujer de cuarenta años las hemorragias cesaron, reproduciéndose despues, y en otra de cuarenta y cinco cesaron definitivamente. Este método ofrece todas las

ventajas del taponamiento, sin favorecer la infeccion como el tapon y sin irritar el conducto vaginal como los estípticos, y no parece que debe temerse la penetracion de sangre en las trompas ó en la cavidad abdominal.

[De acuerdo con los Sres. Hegar y Kaltenbach respecto á la eficacia de la oclusion del orificio externo en las hemorragias ocasionadas por la discision, no lo estamos, sin embargo, respecto á las ventajas que pueda ofrecer en las hemorragias que tengan su origen en la cavidad uterina, como parece que acaecía en los casos de Freund, pues si bien es cierto que ofrece sobre el taponamiento las ventajas señaladas, presenta, no obstante, uno de los mayores inconvenientes de éste, que es convertir en interna una hemorragia externa. Y admitido este hecho, cuya posibilidad no puede ménos de admitirse, nos parece un tanto atrevida la afirmacion de los autores respecto á que no deba temerse la penetracion de sangre en las trompas y en la cavidad abdominal; fenómeno probable, á nuestro juicio, y cuya probabilidad no destruye el escaso número de observaciones presentado por Freund.

Por esta circunstancia, nosotros creemos que sólo debe recurrirse á la oclusion del orificio externo del cuello, siquiera sea temporal, en los casos de hemorragia sobrevenida durante el período consecutivo á la discision.

Por otra parte, no nos parece el medio más sencillo, entre los eficaces, de luchar contra las metrorragias. — *M. G. de S.J*

No creemos necesario extendernos acerca del manual operatorio de la oclusion.

¿En qué momento deben retirarse los hilos? Todo depende de las circunstancias, especialmente de los fenómenos á los cuales puede dar lugar la acumulacion de sangre en el útero.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

1) Stevens (*Boston med. and surg. Journ.*, 20 Febrero 1879) y Nyrop (*Gyn. ag. obst. Meddelelser*, I) han recurrido con éxito á la práctica de Emmet.

APÉNDICE A LAS OPERACIONES SOBRE EL ÚTERO

CAPÍTULO PRIMERO

OPERACIONES SOBRE LOS LIGAMENTOS ANCHOS

Artículo único.—Extirpacion de los tumores del ligamento ancho.

Schatz. *Arch. f. Gyn.*, IX, pág. 128.

Kœberlé. *Gaz. de Strasbourg*, 1877, Febrero.

Fischel. *Ueber Parovarialcysten und parovarielle Kystome. Arch. f. Gyn.*, XV, pág. 198.

Lawson Tait. *The Lancet*, 1879, 28 Junio.

Sänger. *Ueber primare desmoide Geschwülste der Lig. lata. Arch. f. Gyn.*, XVI, pág. 259.

Los tumores del ligamento ancho están constituidos comunmente por degeneraciones quísticas del paraovarium (quistes paraováricos).

Más rara vez se encuentran los quistes dermoides, los fibromiomas y los sarcomas, cuya realidad es hoy, sin embargo, indudable (véase Sängér).

Hasta estos últimos años se han considerado los tumores del ligamento ancho como neoplasias de escasa ó mediana importancia bajo el punto de vista clínico, y, sin embargo, se les computaba en los casos en que se practicaba la laparotomía y se les veía figurar en una proporcion constante que no era de desdeñar. La mayor parte de los quistes del paraovarium son uniloculares y contienen una serosidad clara, flúida y muy pobre en albúmina. A veces, sin embargo, se observa que se producen en su cara interna proliferaciones papilares, y el líquido viscoso que contienen presenta la mayor semejanza con el de los quistes del ovario. Pueden adquirir el volúmen de la cabeza de un hombre, y aún más; sus paredes son delgadas, rara vez duras y

gruesas. Nacidos en el espesor de los ligamentos anchos, están siempre cubiertos por el peritoneo que tapiza estos ligamentos, y constituyen en todos sus grados y bajo todas sus formas el ejemplo más instructivo para el estudio del desarrollo de los tumores intraligamentosos. Lo más comunmente, se desarrollan en un punto vecino del ovario. Tan es así, que las hojas del ligamento ancho se encuentran casi siempre separadas desde su principio hasta á nivel de la extremidad externa de la trompa. En cuanto á este último órgano, serpentea la superficie del tumor y ofrece frecuentemente una longitud de 20 á 30 centímetros. El ovario está exactamente aplicado sobre el quiste.

Para evitar toda repetición, nos contentaremos aquí con decir que en los casos de quiste paraovárico han podido observarse todos los grados, con todas las variedades de que hemos hablado en el art. 2.º del cap. I de la tercera parte de esta obra, del desdoblamiento de las hojas del ligamento ancho, desdoblamiento igual en las dos ó predominando en la anterior sobre la posterior, ó viceversa. A veces, acaso porque el tumor ha principiado en el ligamento, adquiere un desarrollo en tal ó cual sentido, que parece que no está unido á los órganos pelvianos más que por un pedículo, cuyo pedículo — no empleamos esta palabra más que en un sentido estrictamente operatorio — está á veces constituido por un simple repliegue del peritoneo, observándose en algunas ocasiones que contribuyen á formarle la extremidad de la trompa y el ovario. En estas condiciones, el ligamento infundibulopelviano no viene á insertarse en la parte externa del ovario, sino que merced al desplazamiento de este órgano se encuentra colocado muy hácia adentro (véase Fischel, *loc. cit.*, pág. 201). Añadamos también que el pedículo de los tumores paraováricos puede sufrir una tracción según su eje, pudiendo ser arrastrado el ovario por este movimiento (*Nota bibliográfica núm. 1*). Los quistes de que nos ocupamos no ofrecen comunmente más que adherencias extremadamente laxas con el peritoneo que les recubre y el tejido celular de los ligamentos anchos que les rodea. Los vasos que penetran en sus paredes no están tampoco cubiertos más que de algunas hojas de tejido celular; existen, sin embargo, algunas excepciones. En algunos casos raros se observa, por ejemplo, que la pared del tumor se adhiere á las partes vecinas del peritoneo parietal y visceral. Tal es la disposición que nosotros hemos observado á consecuencia de fenómenos inflamatorios de origen puerperal.

No es indiferente, bajo el punto de vista operatorio, reconocer con certidumbre el origen paraovárico de un quiste. La punción exploradora y el asiento intraligamentoso del tumor nos permiten frecuentemente hacer el diagnóstico, que de verosímil puede tornarse en cierto si al lado del quiste podemos apreciar el ovario mediante la palpa-

ción. Una vez abierta la cavidad abdominal, podemos también reconocer claramente la disposición anatómica del tumor, porque aparece cubierto de un revestimiento peritoneal que es posible hacer deslizar sobre su superficie, y por debajo de esta membrana se ven las venas que se dirigen hacia abajo truncando el color azulado ó blanquecino de la pared del quiste. Entonces se reconoce la ancha inserción del tumor y puede hacerse constar que su revestimiento viene á continuarse con la pared abdominal.

Antiguamente se creía que era posible curar mediante una simple punción los quistes paraováricos de contenido flúido y seroso, y, ciertamente, se han obtenido resultados satisfactorios en este sentido; pero, no obstante, es un método muy infiel. Con suma frecuencia se ha observado que el quiste se rellenaba de nuevo, se han observado recidivas, y en este caso los quistes se desarrollaban en los tubos del paraovario vecinos de los que fueron primitivamente afectados. Algunos cirujanos se han visto obligados desde luego á recurrir á la extirpación; pero la mayor parte de las veces se ha hecho inmediatamente la extirpación porque se ha creído que se trataba de un tumor del ovario.

Los tumores de que nos ocupamos provocan dolores y accidentes idénticos á los que se observan en los casos de quiste del ovario, no siendo, por tanto, dudoso que puedan poner en inminente riesgo la vida de las pacientes, según lo prueba la observación de Lawson Tait.

Se deberán, pues, tratar los quistes paraováricos pediculados como si se tratara de tumores pediculados del ovario.

Los quistes que se desarrollan en el interior de los ligamentos se dejan enucleares con facilidad ordinariamente. Después de haber incindido el peritoneo que les recubre, se les punciona, y basta una simple tracción por medio de instrumentos romos para atraerles fuera del ligamento fácilmente y sin que haya que temer hemorragias, no habiendo que contar jamás con adherencias extensas. Es conveniente punccionar previamente el tumor, porque cuando cede la tensión de sus paredes disminuye el calibre de los vasos que penetran en la cápsula. Una vez extraído completamente el tumor, se puede plegar el revestimiento peritoneal del tumor y ligarle como si constituyera un pedículo, no formándose de esta suerte cavidad alguna en el ligamento.

Si el tumor hubiera disecado profundamente el ligamento ancho, sería preciso dividir la cápsula serosa en seis ú ocho haces, que se ligarán aisladamente (*Nota bibliográfica núm. 2*), y en estos casos se ha aconsejado fijar el peritoneo á la herida abdominal, á fin de asegurar la libre salida del pus si viniera á formarse un absceso en el tejido celular que envuelve á esta serosa. Kœberlé se limita á no extirpar

más que una porción de este ligamento y le fija fuera del peritoneo en la herida abdominal, sirviéndose al efecto de muchos aprieta-nudos; ha obtenido de esta suerte once felices éxitos.

Ya hemos dicho que la hemorragia era muy poco marcada durante la enucleación del quiste y que era fácil hacer ésta en debida forma ligando aisladamente algunos vasos subserosos que dan sangre. Se puede, pues, comunmente, sin temor á las hemorragias secundarias ni á la septicemia, suturar por encima de la herida las hojas anterior y posterior del ligamento.

Si se hubiera de tratar de uno de estos casos excepcionales en los cuales despues de la enucleación la hemostasia no es perfecta, debería practicarse el desagüe suturando con cuidado las hojas del ligamento á los labios de la herida abdominal, de manera que quedase bien aislada de la cavidad serosa la ancha herida intraligamentosa.

En muchos de estos casos puede evitarse el trabajo de enuclear el tumor, bastando puncionarle sin haber incindido previamente el peritoneo que le cubre. Desde que el quiste ha quedado vaciado, el ligamento hundido se trasforma muy frecuentemente en una especie de pedículo en el interior del cual se encuentra la pared del quiste, pedículo que puede ligarse.

Si la pared del saco hubiere conservado adherencias íntimas con los órganos vecinos, si el tumor hubiere avanzado hácia las partes profundas del ligamento, sería preciso operar como si se tratara de un tumor intraligamentoso del ovario. No se extirpará más que un fragmento del quiste, y despues de haber suturado el resto en el ángulo inferior de la herida se establecerá el desagüe por la vagina ó solamente por la herida de la pared abdominal.

En la extirpacion de los quistes paraováricos puede dejarse el ovario en la cavidad sin inconveniente alguno. No se practicará la ablacion sino en los casos en que sea absolutamente necesario que tenga que formar parte del pedículo y en aquellos en que sea absolutamente imposible cerrar de otra suerte exactamente la herida pelviana. Abstraccion hecha de estas consideraciones de orden puramente operatorio, no deberá extraerse el ovario sino cuando esté enfermo.

La enucleación de los tumores sólidos de los ligamentos anchos se practicará como si se tratara de tumores intraligamentosos del ovario ó del útero. En este caso los vasos están por lo comun muy desarrollados, las adherencias son muy estrechas y, por tanto, la operacion es muy peligrosa.

Hé aquí la relacion rápida de un cierto número de operaciones practicadas, á propósito de las cuales la descripcion anatómica no siempre es suficientemente clara:

Gayet (*Nota bibliográfica núm. 3*): Mioma quístico del ligamento

ancho; tentativa de enucleacion; sutura del resto del quiste á la herida abdominal; supuracion del tejido celular pelviano. Muerte al cuarto día.

Péan (*Nota bibliográfica núm. 4*): Sarcoma medular del ligamento ancho derecho; extirpacion; pedículo como si se tratara de un quiste del ovario. Muerte al segundo día, de peritonitis.

Schmidt (*Nota bibliográfica núm. 5*): Fibrosarcoma del ligamento ancho derecho. Curacion.

Billroth (*Nota bibliográfica núm. 6*): Fibromioma del ligamento ancho derecho. Curacion interrumpida por una hemorragia intraabdominal y formacion de un absceso de la pared.

Crédé (*Nota bibliográfica núm. 7*): Fibromioma del ligamento ancho del lado izquierdo. Doble tumor compuesto de un segmento intraligamentoso y de otro segmento extraligamentoso; tratamiento intraperitoneal del pedículo; no se estableció el desagüe. La curacion fué retardada por la formacion de exudados á nivel del pedículo y por una inflamacion del tejido celular subperitoneal, inflamacion debida á una rasgadura de este tejido.

Bardenheuer (*Nota bibliográfica núm. 8*): Enucleacion de un mioma intraligamentoso; desgarradura de la pared del recto; sutura de esta herida; lesion de un vaso grueso del parametrium en el momento en que se establecia el desagüe. Muerte á consecuencia de una hemorragia cuatro días despues de la operacion.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Lawson Tait habla de la ablacion de un quiste ovárico que á consecuencia de la torsion y del estrangulamiento del pedículo se gangrenó. La operacion fracasó.

2) Kaltenbach operó de esta manera un caso en el cual el quiste había desplegado una parte del mesenterio de la S iliaca: el útero se encontraba fuertemente propulsado hácia abajo en direccion á la pelvis; se trataba de una nulipara de veintiseis años.

3) *Lyon médical*, 1874, núm. 9.

4) *Leçons de clinique chirurgicale*, 1876, pág. 681.

5) *Prager med. Wochenschrift*, 1878, núm. 35.

6) *Wien med. Wochenschrift*, 1879, núm. 21.

7) Véase Säger, *loc. cit.*, pág. 284.

8) *Die Drainirung d. Peritonealhohle*, Stuttgart, 1881, pág. 114.

CAPÍTULO II

APERTURA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL EN LOS CASOS DE DERRAME LIBRE EN LA CAVIDAD PERITONEAL

Artículo único.

Cuando en el curso de una afección del aparato genital se observa que se produce un derrame libre en el peritoneo, el líquido viene ordinariamente á acumularse al repliegue de Douglas. Los exudados inflamatorios, la sangre, el líquido ascítico, los líquidos que se vierten

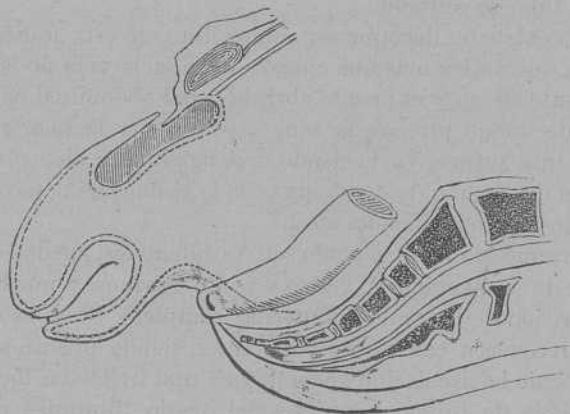


Fig. 36.

fuera de un quiste del ovario, etc., obedeciendo á las leyes de la pesantez, se dirigen siempre hácia este punto, que está situado más inferiormente en la cavidad abdominal. Cuando el derrame es libre y regular

su volúmen, no forma un tumor circunscrito. Solamente se nota entre la vagina y el recto una masa que da la sensacion de un cojin lleno de aire, y cuyo contenido puede propulsarse hácia la cavidad abdominal.

Es preciso que el derrame sea muy considerable para que se perciba la sensacion de un tumor. En los casos extremos puede observarse que el repliegue de Douglas forma prominencia en la vagina y aun avanza fuera de la vulva; en este caso puede ó no existir prolapso uterino. En ciertos casos raros el repliegue vesico-uterino puede encontrarse distendido por el líquido y formar hernia (*fig. 35—Nota bibliográfica núm. 1*). Si se trata de exudados de origen inflamatorio no enquistados, ó si no está absolutamente indicado vaciarlos, ó bien si existe esta indicacion, es preciso no contar con un éxito favorable. Cuando el líquido es de buena naturaleza se reabsorbe, en efecto, muy rápidamente ó se enquista. Pero si el derrame se hace séptico, como puede observarse, por ejemplo, despues de una laparotomia, es preciso no contar ni con la extraccion del líquido ni con el desagüe consecutivo de la cavidad abdominal para poner seguramente á las pacientes al abrigo de la muerte, y, sin embargo, es preciso hacerlo así, porque nada se pierde, exponiéndose en cambio á ganar mucho obrando de esta suerte.

El desagüe secundario de la cavidad abdominal se practica de la misma manera que el desagüe primitivo. Basta quitar algunos puntos de sutura del ángulo inferior de la herida para crearse un camino que dé paso al tubo de cautchue.

Cuando existe un derrame sanguineo libre, no está indicada la intervencion quirúrgica más que cuando se halla la vida de la paciente en inminente riesgo, y es preciso abrir la pared abdominal para buscar el punto de donde procede la sangre y contener la hemorragia, ya aplicando una sutura, ya haciendo una ligadura, ó bien practicando la ablacion del órgano de donde procede la hemorragia (saco tubario, quiste del ovario puncionado, etc.).

Los derrames ascíticos, cuando son considerables, pueden distender los fondos de saco vaginales, vesico y recto-uterinos, y pueden provocar la aparicion de un prolapso uterino completo. Se sabe que estos derrames reconocen causas muy diferentes, siendo preciso acusar, ya á trastornos de la circulacion general, ya á una irritacion local debida á la presencia de tumores (quistes del ovario, fibromas del útero, fibromas subserosos y múltiples, etc.). Ahora la ascitis, cuando es considerable, puede provocar accesos de dispnea, anuria completa ó hacer imposibles las funciones digestivas. De estas consecuencias resulta una indicacion vital: es preciso dar pronta salida á los líquidos. Las paredes anterior y posterior de la vagina constituyen el punto de

eleccion para el operador, porque los tejidos que deben ser lesionados son muy poco importantes y hay seguridad de evacuar completamente todo el liquido derramado, punto que no ha sido estudiado hasta aqui con la atencion que merece (*Nota bibliográfica núm. 2*).

Cuando el repliegue de Douglas se encuentre distendido por líquidos procedentes de un tumor que se haya roto, no está indicada la apertura de la cavidad abdominal, salvo el caso en que se trate de precisar un diagnóstico. A veces, sin embargo, existen, además de líquido ascítico, exudados inflamatorios, y puede aliviarse á las enfermas evacuando estas masas líquidas, cuya cantidad es excesiva. Pero frecuentemente todo fracasa en tanto que no haya sido extirpado el tumor. Otra cosa ocurre cuando se trata de explorar el estado del peritoneo ó el carácter histológico de un tumor á fin de ver si conviene ó no intervenir quirúrgicamente (*Nota bibliográfica núm. 3*).

Para evacuar un derrame libre que distienda el repliegue de Douglas, debe practicarse preferentemente una incision corta, debiendo tenerse presente que con el trócar se empuja frecuentemente sin perforarla la pared vaginal, que no se halla en estado de tension suficiente. Sin duda alguna que puede facilitarse esta operacion fijando los pliegues de la mucosa vaginal y recurriendo á instrumentos de pequeño calibre; pero éstos tienen el defecto de obstruirse con facilidad suma, y por lo comun no se llega á alcanzar el objeto que el operador se propone. Añadamos tambien que por lo comun estos instrumentos se deslizan entre el peritoneo y la vagina en lugar de penetrar en la cavidad serosa.

Cuando la masa que es necesario evacuar es muy compacta, Hegar se ha visto en la necesidad de ampliar la incision, dándole una longitud de cerca de 2 centímetros.

Es inútil añadir que la evacuacion debe hacerse con lentitud y que debe recurrirse á todas las precauciones que permiten evitar la anemia cerebral ó un descenso muy rápido de la presion abdominal.

Una vez evacuado todo el líquido, se cerrará la herida por medio de una sutura profunda, cogiendo el peritoneo, y se aplicará sobre el abdómen un vendaje de uata compresivo.

No creemos necesario insistir en la conveniencia de que durante la operacion deberán desplegarse con la mayor severidad todas las reglas del método antiséptico.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Véase Kaltenbach. *Beitrag zur Anatomie u. Genese des uterusprolapses nebst Bemerkungen über Function d. Abdominalhöhle vom Scheidengewölbe aus. Zeitschr. f. Gyn.*, I, pág. 452.

2) La fig. 35 representa un caso operado por Kaltenbach. Este cirujano

tuvo que intervenir porque la enferma se asfixiaba, y operó sobre la pared vaginal, que formaba una gran prominencia hacia adelante. El prolapso uterino era completo, y extrajo 10 litros de líquido ascítico. La mujer, de sesenta años de edad, estaba afectada de una insuficiencia mitral. Se alivió rápidamente pero sucumbió algunas semanas más tarde á consecuencia de una fiebre tifoidea.

En otro caso, Kaltenbach, al principio de una ovariectomía, incindió la pared posterior de la vagina, que estaba fuertemente propulsada hacia adelante por el líquido ascítico.

3) También puede revelarse, por medio del dedo introducido en la herida, la manera como el tumor se encuentra unido á los órganos pelvianos.

CAPÍTULO III

APERTURA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL EN LOS CASOS DE DERRAMES ENQUISTADOS Y ABSCESOS DEL REPLIEGUE DE DOUGLAS, ETC.

Artículo único.

Cuando los derrames inflamatorios y hemorrágicos no amenazan rápidamente con la muerte, ya sea por septicemia, ya sea por la duración de la hemorragia, se observa que las falsas membranas que se forman, uniendo el fondo del útero con el recto ó las asas intestinales entre sí, encapsulan el líquido derramado, constituyendo desde entonces un tumor fluctuante y elástico, situado entre el recto y la vagina.

Cuando el derrame intraperitoneal es muy voluminoso, puede, aunque esté enquistado, traspasar el fondo del útero y venir á aplicarse contra la pared anterior del abdómen. Por otra parte, pueden observarse á este respecto las más variadas disposiciones. Un derrame situado en el repliegue de Douglas puede comunicar frecuentemente, por un orificio de mayor ó de menor calibre, con depósitos de líquido situados entre las asas intestinales, pudiendo observarse al mismo tiempo abscesos intra ó extraperitoneales.

Está indicado el dar salida á un derrame inflamatorio enquistado desde que la fiebre se hace intensa y desde que aparecen signos de intoxicación séptica, siempre que pueda alcanzarse el absceso por la vagina ó por la pared abdominal. En todos los demás casos será preferible esperar la reabsorción ó la abertura espontánea por fuera ó en la cavidad del recto.

Si se trata de derrames sanguíneos enquistados (hematocele retro-uterino), la intervención quirúrgica no está indicada sino en los casos en que ya espontáneamente, ó ya á consecuencia de un tratamiento

defectuoso, se ha establecido la supuracion del saco, ó bien cuando es preciso hacer desaparecer los fenómenos de compresion ejercida sobre los órganos pelvianos y aliviar á las enfermas los dolores que experimentan. Para abrir estos focos sólo puede operarse por la vagina. Si, en efecto, se puncionara por el recto sería preciso temer la penetracion de materias fecales en la cavidad del absceso, lo cual constituye una formal y seria contraindicacion. Añadamos que la pared adelgazada del absceso huye fácilmente por delante del dedo que explora el recto. Sin duda alguna, los exudados derramados en el peritoneo vienen con frecuencia á abrirse espontáneamente en el recto, y en este caso la solucion es ordinariamente satisfactoria; pero la disposicion de este conducto es tal en estos casos, que resulta infranqueable para las materias fecales.

Por escasas que sean las dudas que puedan existir respecto á la naturaleza, cantidad y asiento exacto del exudado, deberá recurrirse á la puncion con el trócar explorador ántes de hacer la operacion definitiva, ó bien se podrá aspirar el líquido con el aparato de Dieulafoy, lo que permitirá evitar completamente la entrada del aire, siendo á este instrumento al que deberá recurrirse, empleando todos los recursos del método antiséptico, cuando quiera llevarse á cabo la evacuacion parcial de un foco hemorrágico retrouterino.

[A nuestro juicio, tanto en el caso de tener que dar salida á derrames enquistados, como cuando se trate de extraer derrames libres de la cavidad abdominal, cualquiera que fuere su clase y naturaleza, es siempre preferible el empleo de los aparatos aspiradores (Dieulafoy, Potain, etc.), que en nada se oponen á las rigurosas prácticas de la antisepsia y traumatizan mucho ménos que lo que hay necesidad de hacerlo por lo comun cuando se recurre al bisturí, ofreciendo además la ventaja de poder hacerse más fácilmente el lavado antiséptico de la cavidad en que el líquido se aloje. — *M. G. de S.*]

En todos los casos en que el exudado es inflamatorio, purulento, es preciso hacer una ancha abertura á fin de asegurar durante mucho tiempo la libre salida al líquido segregado.

Si se quiere hacer una puncion, el cirujano introducirá el dedo índice en el recto y el pulgar en la vagina, abarcando el exudado con los dos dedos (*Nota bibliográfica*), y distendiendo fuertemente el saco podrá, dirigiendo el trócar sobre el pulgar, vigilar la direccion de la puncion. El instrumento que se emplee tendrá un mediano calibre, y de esta suerte no encontrará una gran resistencia. Si la puncion no es suficiente, será siempre posible agrandarla sobre la sonda acanalada ó con un bisturí de boton y de hoja estrecha; es preciso, en una palabra, seguir un procedimiento análogo al propuesto por Scanzoni para la puncion por la vía vaginal de los quistes del ovario.

Si el repliegue de Douglas está fuertemente propulsado hacia abajo, se puede incindir capa por capa despues de haber descubierto bien el campo operatorio. Tan es así, que Kaltenbach incindió, dos meses despues del parto, un voluminoso absceso intraperitoneal que había propulsado fuertemente la pared posterior de la vagina contra la sínfisis y que, por la compresion ejercida sobre la uretra, había dado origen á la retencion de orina, extrayéndose más de un cuarto de litro de pus y habiendo sido muy fácil reconocer el peritoneo engrosado á nivel de la superficie de seccion. Para evitar la estancacion y la descomposicion de los productos segregados, estableció el desagüe con dos cánulas de goma y de vidrio y lavó detenidamente la cavidad con líquidos antisépticos.

Spencer Wells, en un caso, pudo hacer pasar el tubo de desagüe

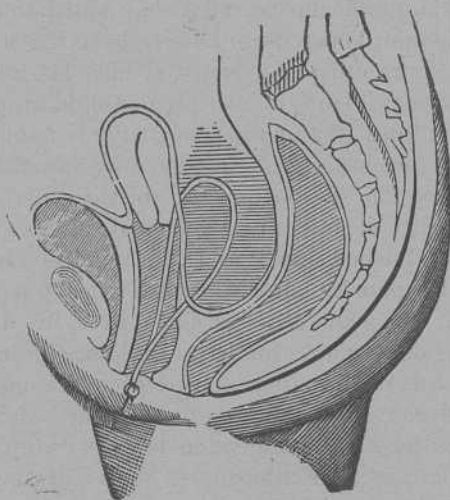


Fig. 37.

por un segundo orificio en la vagina, cuya disposicion se demuestra mejor por medio de la *fig. 36* que lo que pudiera hacerse por la más detallada descripcion.

Cuando se trata de abscesos peritoneales ó de exudados serosos muy voluminosos, situados á gran elevacion y aplicados contra la pared abdominal, puede ser posible practicar la incision en este lado y operar, ya por encima del ligamento de Poupart, ya por la línea blanca, pudiendo, en algunos casos, incindir simultáneamente por la pared abdominal y por la vagina y establecer un doble desagüe.

Esto es lo que hizo Hegar en un absceso intraperitoneal formado

por varias celdas. Despues de haber hecho una incision sobre la línea blanca, incision que le permitió alcanzar una cavidad purulenta enquistada entre las asas intestinales, ensayó, á partir de este punto, establecer comunicacion con el absceso situado en el repliegue de Douglas, y estableció el desagüe por la vagina y la pared abdominal aplicando el procedimiento expuesto en la pág. 331 del tomo I. Despues de un tratamiento de muchas semanas, durante las cuales se aplicó con el mayor rigor el método antiséptico, la enferma curó.

Kaltenbach ha observado en una mujer de veintitres años un exudado intraperitoneal que, alcanzando gran volúmen, era el resultado de una peritonitis sero-fibrinosa de marcha crónica. Había sido producido despues de un parto, se había desarrollado lentamente y constituía un tumor grande, fluctuante, que se elevaba hasta un traves de mano por cima del ombligo, estando bien aplicado contra la pared abdominal anterior. Dada la forma convexa del saco, y teniendo en cuenta la sonoridad obtenida por la percusion á nivel de las regiones lumbares, se había pensado en un quiste del ovario, si bien las relaciones entre el saco y los órganos pelvianos habían permanecido un poco oscuras. Se practicó sobre la línea alba una incision, cuya longitud era igual á la anchura de la mano; los tegumentos eran muy vasculares, el peritoneo estaba muy engrosado, si bien una vez abierto y derramado el contenido no era posible reconocerlo. Hacia abajo el saco estaba limitado por los órganos pelvianos, que se adherían los unos á los otros, y hacia arriba y hacia las paredes laterales estaba rodeado por asas intestinales. Su cavidad, que podía contener cinco litros, fué desaguada por la vagina y por las dos regiones lumbares mediante un trocar grueso que perforó la pared de dentro afuera. La reaccion fué moderada. Al cabo de dos meses, durante los cuales se practicaron lavados antisépticos, las dimensiones del saco disminuyeron de tal suerte, que llegó á formar simplemente un trayecto fistuloso que se abría á nivel de la línea alba. A los seis meses la secrecion era casi nula; la enferma se puso muy bien despues de haber pasado una temporada en Baden-Baden, pero dos años y medio despues de la operacion sucumbió á consecuencia de la tisis, que es preciso atribuir á la condicion miserable de su organismo.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Véase Hegar, 1.^a edicion, pág. 452.

CAPÍTULO IV

APERTURA DE LOS ABSCESOS EXTRAPERITONEALES Y DE LOS DESARROLLADOS EN EL TEJIDO CELULAR PERIUTERINO

Artículo único.

Fuera del estado puerperal, los abscesos extraperitoneales no se desarrollan sino despues de las operaciones practicadas sobre el cuello, cuando se ha recurrido á un tratamiento ortopédico poco adecuado ó cuando se ha hecho la dilatacion forzada del conducto cervical.

No dejan de jugar un papel importante en la génesis de esta complicacion los agentes infecciosos.

Segun sea la causa ocasional, así tienen asiento estos abscesos en las partes laterales del útero, en el tejido celular que forma la armadura de los ligamentos anchos, ó bien están situados mucho más profundamente en el tejido celular que existe entre la cloaca recto-vaginal y el repliegue del peritoneo que constituye el fondo de la fosa de Douglas. Generalmente los abscesos que no se han desarrollado en el estado puerperal no alcanzan dimensiones bastante considerables para que las hojas del ligamento ancho se encuentren desplegadas en una gran extension ó para que el foco purulento se extienda hasta la fosa iliaca. Se puede observar, sin embargo, que el peritoneo está levantado en una gran extension á partir de la base del ligamento ancho, y el pus puede marchar á lo largo de la pared abdominal hasta á nivel del ombligo (Veit), ó puede seguir el tejido celular que reviste al peritoneo á nivel de la cara posterior del abdómen, y ganar así la region lumbar.

Es preciso no abrir estos abscesos sino cuando la coleccion purulenta es considerable y cuando hay seguridad de poder alcanzar el foco. Cuando esta afeccion no provoca la aparicion de síntomas particularmente penosos, es preciso esperar la reabsorcion ó una perforacion espontánea.

La apertura se hace en puntos variables, subordinados al sitio en que se asienta el absceso. Apenas se hace más que á nivel de la region inguinal, por encima y por debajo del ligamento de Poupart. A veces se opera sobre las paredes vaginales.

Existen casos, no obstante, en que se opera á nivel de la region lumbar: se incinde entónces capa por capa la pared abdominal posterior, haciendo la incision á nivel del borde lateral del cuadrado de los lomos; pero para operar en este sitio es preciso que el pus haya emigrado hasta esta region.

Cuando la cavidad del absceso se encuentre aplicada sobre la pared anterior del abdómen, deberá practicarse la incision por encima del ligamento de Poupart. Esta incision será paralela al arco crural y estará inmediatamente contigua á él, disposicion necesaria si se quiere cuidar de no herir el peritoneo, que en los casos de que nos ocupamos no se encuentra situado á la misma altura que en los abscesos de origen puerperal.

En una palabra, se deberá limitar por medio de la percusion el contorno del tumor, y solamente despues de un exámen detenido se podrá elegir el punto á nivel del cual deben incindirse los tejidos. Cuanto más aproximado esté el absceso á la espina iliaca, más deberá prolongarse la incision hácia las partes laterales.

Hay que advertir que deberá siempre tomarse en consideracion el espesor de los tejidos que es preciso seccionar, así como las adherencias, contraidas siempre por la pared del absceso con los tegumentos.

Del primer golpe de bisturí se incinden la piel y el tejido celular subcutáneo, dándole á la incision próximamente una longitud de 6 centímetros. No se encuentran sino algunos pequeños vasos venosos ó la arteria subtegumentaria abdominal. Así se llega sobre la aponeurósis del gran oblicuo. A partir desde este momento, cuidadosamente y capa por capa se dividen por medio de la sonda acanalada desde luego la aponeurósis del gran oblicuo, despues las fibras musculares del pequeño oblicuo y del trasverso, y por último la *fascia transversalis*. Desde que se llega á esta membrana es preciso no emplear instrumentos cortantes. Si en este momento no se ha alcanzado el pus todavía, se disechará la fascia que reviste el peritoneo, y para ello se empleará solamente una sonda acanalada, y en el momento en que se haya llegado al foco purulento, en cuanto se haya visto salir pus, se dilatará la abertura hecha en la pared del absceso, sirviéndose, ya de un bisturí de boton, ya de cualquier instrumento romo.

Pero si la piel está de tal suerte adelgazada, de tal suerte roja que parece inminente una perforacion espontánea, bastará hacer una simple puncion en este punto y agrandar luego el orificio así obtenido con el bisturí de boton. A veces, cuando el absceso es muy volumi-

noso, ó bien cuando no se ha podido vaciar completamente, es preciso colocar un tubo de desagüe permanente en la cavidad del absceso y practicar lavados frecuentes.

Roser (*Nota bibliográfica núm. 1*) ha sido el primero que ha propuesto hacer la incision por debajo del ligamento de Poupart. Este cirujano había observado casos en los cuales el pus había emigrado á lo largo de los vasos crurales, despues de haber franqueado el anillo crural. En este procedimiento se descubre el borde inferior del ligamento de Poupart. A este nivel se incinde la fascia lata, y se llega sobre la parte externa de la arteria. Sirviéndose entónces de una pinza, de una sonda acanalada ó de un instrumento romo cualquiera, puede crearse un camino hasta el absceso. Se tendrá cuidado de no apartarse de la parte externa de la arteria, á fin de no lesionar la herida que se encuentra situada á la parte interna de este vaso. Desde que se ha penetrado con la sonda acanalada en la cavidad del absceso se ve salir el pus. Entónces puede dilatarse con una pinza ó aún con los dedos la abertura así producida.

Hegar (*Nota bibliográfica núm. 2*) ha preconizado un procedimiento que permite alcanzar los abscesos situados en las partes profundas de la pelvis, exponiendo á las mujeres á pocos peligros relativamente, y dando al cirujano la posibilidad de intervenir mucho más pronto de lo que podía hacerse ántes.

En este caso se puede operar, ya por la pared abdominal, ya por el periné, pudiendo cuidar el peritoneo cualquiera que sea la vía adoptada. Cuando se incinde la pared abdominal se practica una incision á lo largo de la parte media del ligamento de Poupart, se alcanza el peritoneo, se desprende esta serosa con los dedos y se penetra con ellos hasta á nivel de la rama horizontal del pubis. De esta suerte se llega contra la vejiga en la pequeña pelvis, en cuyo punto se eleva el peritoneo, que va desde el ligamento ancho hácia la cara posterior de la pared anterior del abdómen. Entónces se pueden llevar fácilmente los dedos hasta la base del ligamento ancho, y se puede tambien con facilidad suma penetrar hasta bajo la hoja serosa que tapiza las paredes posteriores y laterales de la cavidad pelviana. No cabe duda de que antiguamente se abrían los abscesos que se asentaban sobre la mitad anterior de la cavidad pelviana, y para ello los operadores se creaban un camino haciendo una incision á lo largo del ligamento de Poupart y extirpando una porcion del peritoneo; pero no se había recurrido á esta operacion más que en los casos en que la cavidad del absceso se encontraba muy aproximada á la pared á nivel de la cual se practicaba la incision. Y sin embargo, cuando el absceso está alejado y aún cuando la acumulacion de pus se encuentre situada bajo el peritoneo que tapiza el segmento inferior de la excavacion, no es di-

fácil alcanzarle. Nosotros hemos querido observar por vía de prueba la facilidad con que se puede, sin el auxilio de instrumentos cortantes, penetrar hasta esta region, siendo preciso, sin embargo, que el absceso no sea muy antiguo y que no haya existido ántes una intensa y antigua peritonitis. En este caso, en efecto, el peritoneo se hace fuertemente adherente á los tejidos que tapiza y se desgarrá ántes de separarlo del tejido celular subseroso (*Nota bibliográfica núm. 3*).

Si se practica la incision á nivel del periné, importa poco que haya existido ántes una peritonitis, porque esta complicacion no hace más frecuente la apertura de la serosa abdominal.

Añadamos que puede recurrirse á este procedimiento en los casos en que el absceso presenta una pared gruesa, siempre que tenga asiento en la mitad posterior de la cavidad pelviana. En este procedimiento se traza un camino á traves del hueso isquio-rectal. Se seccionan desde luego la piel y el tejido celular subcutáneo, practicando una incision que desde la tuberosidad isquiática se extienda hasta la extremidad del cóxis. Se separan los tejidos con los dedos, y de esta suerte se alcanza fácilmente la cara inferior y externa del elevador del ano. Operando de esta manera apenas pueden lesionarse otros vasos que las hemorroidales medias é inferiores (ramas de la pudenda interna); pero son vasos que se ligan con facilidad suma. Se pone entónces al descubierto con los dedos una gran parte de la cara inferior del elevador del ano. Es muy fácil abrirse paso hasta la cavidad del absceso, pasando á traves de la débil capa de fibras musculares y del tejido celular laxo que reviste al peritoneo.

De esta manera ha abierto Hegar un absceso intraperitoneal consecutivo á una salpingitis. Pero en este caso la operacion es más difícil, el absceso está mucho más alto y es preciso temer la herida de los vasos pelvianos y del uréter; sin embargo, estas dificultades no son insuperables y se evitarán estos accidentes siempre que se tenga sujeto el absceso cerca de la línea media contra la pared del recto.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Hand. d. Anat. Chirurg*, pág. 588, Tubingen, 1864.
- 2) *Vortrag. a. d. obernheim Aerztetag*, 1881.
- 3) También puede ser aplicado este procedimiento á la extirpacion de tumores, sobre todo de quistes paraováricos unilobulares, que son frecuentemente susceptibles de ser tratados por extirpacion parcial y aún por simple desagüe.

CAPÍTULO V

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LOS QUISTES HIDATÍDICOS QUE TIENEN SU ASIENTO EN LA CAVIDAD PELVIANA

Artículo único.

Al lado del estudio de los abscesos de que acabamos de hablar debe colocarse el de los quistes hidatídicos, que no dejan de ofrecer algunas analogías con ellos, ya bajo el punto de vista de sus relaciones anatómicas, ya bajo el punto de vista de su tratamiento. Nosotros seguiremos en esta descripción el trabajo de Freund (*Nota bibliográfica*) porque no hemos visto más que un solo caso en la clínica de Hegar.

El quiste hidatídico puede desarrollarse primitivamente en la cavidad pelviana ó penetrar en ella secundariamente á consecuencia del descenso del intestino en el cual se hubiese desarrollado. El quiste hidatídico primitivo tiene siempre su asiento en el tejido celular pelviano, ya á la derecha ó ya á la izquierda; á veces se desarrolla en el mesocólon á nivel de la gran pelvis, y otras aparece tambien en el tejido óseo, sobre todo en el sacro y en el pubis. El parásito diseca el tejido celular pelviano como lo haría un exudado inflamatorio ó un tumor del ovario intraligamentoso. El tumor puede extenderse de esta suerte hasta por el tejido celular de la fosa iliaca penetrando por la gran escotadura ciática, á través del agujero oval ó del conducto crural, y salir así de la pelvis. Por abajo puede extenderse hasta el periné, por arriba puede ganar el peritoneo que tapiza la pared anterior del abdomen. Ocasiona la dislocacion de los órganos pelvianos: el recto, el útero, la vejiga y la vagina; y los ligamentos abdominales y pelvianos pueden ser perforados, permaneciendo, sin embargo, intacto el peritoneo pelviano.

Para diagnosticar el quiste hidatídico no es preciso recurrir más que á la palpacion á fin de reconocer bien su asiento, porque si se apela

á una puncion exploradora es fácil que se produzca la infeccion. Freund ha observado sobrevenir la muerte en dos casos operando de esta suerte. Es sobre todo peligrosa la puncion por el recto, porque se ha observado que se produce la putrefaccion del saco, y rápidamente aparece una septicemia mortal. En cuanto al tratamiento, generalmente parece que está indicado abrir ampliamente el saco por la pared abdominal, suturando á ésta los labios de la herida abdominal del quiste, extrayendo inmediatamente cuanto sea posible y estableciendo el desagüe en la cavidad quística.

En el único caso que nosotros hemos observado, el quiste hidatídico se extendía por el conducto crural hasta por debajo del ligamento de Poupart. Hegar abrió el saco por dos partes, hizo pasar un tubo de desagüe que recorriera toda su longitud, aplicando además una cánula de cristal á la cavidad. Al principio hizo durante muchos dias un lavado permanente del quiste empleando una solucion salicilada al 2 por 100. Durante muchas semanas debieron continuar estos lavados antisépticos; pero los practicaron con intermitencias, y no obstante la enferma curó. Debemos mencionar que durante la operacion la red vascular del quiste dió bastante sangre.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Ueber Echinococcus im weiblichen Becken. Vortrag. a. d. Badener Naturforscherversammlung. Vgl. Centralbl. f. Gyn., 1879, núm. 21.

CAPÍTULO VI

OPERACIONES SOBRE LOS LIGAMENTOS REDONDOS

Artículo 1.º—Extirpacion de tumores.

Los tumores de los ligamentos redondos son extremadamente raros. Klob ha visto en el ligamento redondo del lado izquierdo un lipoma subseroso de las dimensiones y forma de una nuez. Spencer Wells ha extirpado dos veces tumores fibrosos implantados en estos ligamentos. En el primer caso el tumor era más voluminoso que una naranja; en el segundo alcanzaba el volumen de una nuez de coco. En los dos casos la masa morbosa estaba implantada á la derecha, y pudo ser extirpada sin dificultad por medio de una simple incision. En los dos casos la herida se reunió por primera intencion. Una de las enfermas tenía cuarenta años y la otra cincuenta. Los tumores habían crecido lentamente, eran movibles y casi indoloros. Los ganglios vecinos estaban sanos.

Léopold (*Nota bibliográfica*) ha descrito un caso de mioma linfangiectásico implantado en el ligamento redondo, que pesaba veinticuatro libras y que fué diagnosticado de quiste ovárico. La enferma sucumbió tres días despues de una tentativa operatoria inútil.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Arch. f. Gynäk., XVI, pág. 402.

Art. 2.º—Tratamiento operatorio de las producciones quísticas implantadas en los ligamentos redondos del útero.

LITERATURA

Henning. *Zeitschr. f. Med., Chir. u. Gebh.*, 1868, núm. 16.
Sévery. *Idrocele del cordone rotondo dell' utero. Rivista clin. di Bologna*, 1875.

Bandl. *Die Krankh. der Tuben d. Ligamente*, etc., págs. 92-95.

Chiari. *Ueber Entzündung der weiblichen Hydrocele*. *Wien. med. Blätter*, 1879, núms. 21, 22 y 23.

Los quistes desarrollados en el ligamento redondo provienen generalmente de anomalías en la involucion del conducto de Nuck, que se encuentra obliterado únicamente á nivel del orificio interno del conducto inguinal (hidrocele enquistado).

Por poca que sea la cantidad de líquido que se acumule en esta cavidad separada del peritoneo, se observa la produccion del quiste. Estos hidroceles se presentan bajo la forma de quistes prolongados, del volúmen de un huevo, llenan todo el conducto inguinal y se extienden hasta los grandes labios. Es posible reconocer en la cara posterior ó interna de este tumor una brida blanquecina ó de color rojo-pálido, que no es otra cosa que el ligamento redondo. Si el conducto inguinal se encuentra obliterado en dos puntos, el quiste tomará una forma bilobulada.

En algunos casos el quiste no se inserta sino en el mismo ligamento redondo, cuyas fibras están entónces disociadas, pareciendo que la continuidad de este cordón se encuentra interrumpida por la presencia de un quiste.

Ya se trate de una ó de la otra de estas formas, la intervencion operatoria no está indicada más que en los casos en que habiendo adquirido un gran volúmen el hidrocele, origina fenómenos de compresion, ó bien cuando la pared del quiste se inflama. Entónces podemos recurrir á los métodos operatorios que se ponen en práctica en los casos de hidrocele en el sexo masculino, esto es, puncion, inyeccion iodada é incision. Henning hizo la puncion en un caso en que el quiste ofrecía 10 centímetros de longitud por 6 de ancho, y se observaba una prolongacion en el conducto inguinal, é inmediatamente despues de practicada la puncion, pasó por el interior del quiste un doble hilo metálico. Sévery (*loc. cit.*) observó despues de la puncion y de la inyeccion iodada que el quiste se llenaba de nuevo. Con la incision se obtiene generalmente una curacion radical, y, como el tumor no sea muy grande, la mujer no corre riesgo alguno. Las incisiones deben hacerse paralelas al gran eje del tumor. Para mantener la herida abierta y obtener la obliteracion del quiste, pueden fijarse los bordes del saco á la piel.

Nada se asemeja más al epiplocele inflamado y á la hernia estrangulada que un hidrocele inflamado, porque muy frecuentemente los fenómenos inflamatorios se propagan al peritoneo, que está muy inmediato. Chiara nos ha dado la relacion de tres casos interesantes de hidrocele inflamado, habiéndose abierto el saco, ó á causa de la presencia de pus, ó porque se creía en una estrangulacion herniaria. En

los tres casos el éxito fué completo. Chassaignac y Pitha han observado casos semejantes en los cuales la inflamacion y la supuracion radicaban en la parte externa del saco.

Art. 3.º — Acortamiento de los ligamentos redondos.

Operacion de Alexander-Adams.

[Al ocuparse los Sres. Hegar y Kaltenbach, en el cap. IX de las operaciones sobre el útero, del tratamiento operatorio en los casos de retroflexion de este órgano, hacen al final una abreviada descripcion de esta maniobra operatoria, propuesta por Freund y ejecutada sobre el cadáver por este cirujano, maniobra operatoria que ya había sido propuesta por el Dr. Alquié, célebre cirujano de Montpellier, que la propuso y discutió públicamente en 1840. Pero lo que no había pasado de la categoria de proyecto hasta poco há, y, cuando más, había sido ejecutado en el cadáver por Freund, entró en el dominio de la práctica ginecológica en 1881, ejecutando Alexander, de Liverpool, esta operacion en la mujer viva, la cual llevó á cabo felizmente en 1.º de Diciembre del referido año. Desde entónces el acortamiento de los ligamentos redondos es una de las cuestiones palpitantes de la Ginecologia operatoria, razon que nos obliga á adiccionar este capítulo bajo el epígrafe que figura al frente de él, que es bajo el cual se la conoce y se la discute.

BIBLIOGRAFÍA

- Archiv. de l'Académie de Médecine*, Paris, Noviembre 1844.
Schultz. *Traité des déplacements de l'utérus*, Paris, 1851.
Aran. *Traité des maladies des femmes*, Paris, 1858.
Medical Press and circular, 1872.
Tillaux. *Traité d'Anatomie topographique*, Paris, 1882.
Glasgow Med. Journ., Junio 1882.
Liverpool Med. Journ., Enero 1883.
Campbell. *Liverpool Med. and Chirurgical Journal*, Julio 1883.
Lediard. *Brit. Med. Assoc*, Agosto 1883.
Alexander. *The treatment of backward displacements of the uterus and of prolapsus uteri by the new method of shortening the round ligaments*, Lóndres, 1884.
Allan. *Lancet*, Junio 1884.
Gardner. *Glasgow Med. Journ.*, Noviembre 1884.
Adams. *Glasgow Med. Journ.*, 1884.
Alexander. *Annales of surgery*, 1885.
Mangiagalli. *Gazetta degli Ospidali*, 1885.
R. Durand-Fardel. *Gazette Médicale*, Enero 1885.
Centralblatt für Gynäkologie, Febrero 1885.

- British Medical Journal*, Febrero 1885.
 Tissier. *Journal de Médecine de Paris*, Marzo 1885.
 Zeiss. *Centralb. f. Gynäk.*, núm. 44, 1885.
 Mundé. *New England Med. Mont.*, Mayo 1885.
 Tissier. *France Médicale*, Junio 1885.
Presse Médicale Belge, Julio 1885.
 Emmet. *Americ. Journ.*, Julio 1885.
 Reid, Elder y Burton. *Brist. Med. Associat. Jour.*, Julio y Agosto 1884.
Archiv. de Tocolog., Septiembre 1885.
 Parish. *Am. Journ. of Obst.*, Septiembre 1885.
 Duncan. *British Med. Journ.*, Julio y Octubre 1885.
 Ricard y Doleris. *Union Médicale*, Noviembre y Diciembre 1885.
 Beurnier. *Union Médicale*, Diciembre 1885.
 Doleris. *Nouvelles Archiv. d'Obst. et de Gynec.*, 1886.
 Manrique. *Thesis inaugurale*, París, 1886.
 Polk. *Am. J. of Obst.*, Febrero 1886.
 Thibaut. *Gazette Médicale*, Abril, 1886.
 Sinclair. *Edimburg. Med. Journ.*, Septiembre 1886.
 Smith. *Bristol Med. Chirurg. Journ.*, núm. 1.º

Historia de la operacion. — En la sesion celebrada por la Academia de Medicina de París en 17 de Noviembre de 1840 se leyó una Memoria de Alquié titulada: *Acortamiento del ligamento redondo, propuesto para remediar las dislocaciones del útero*, siendo digno de notarse que, segun un artículo publicado por nuestro respetable colega el Dr. Doleris en los *Nouvelles Archives d'Obstetrique et de Gynecologie*, de donde tomamos estos datos, el mismo Alquié, que propuso una operacion tan difícil y peligrosa en aquel entónces, había publicado en un libro muy divulgado — *Chirurgie conservatrice* — una acerba crítica de la extremada audacia de los cirujanos más célebres de aquella época.

A la sazón no encontró mucho eco la operacion propuesta por Alquié, pues sólo se la encuentra ligeramente citada en algunos tratados especiales como maniobra operatoria de difícilísima ejecucion y dudosos resultados. De esta suerte se expresa Aran en su *Traité des maladies des femmes*, 1858: «El acortamiento de los ligamentos redondos propuesto para remediar las dislocaciones de la matriz, es de las cosas, si no impracticables, al ménos de aquellas cuya ejecucion ofrece dificultades tan serias y tales peligros, que no debe recomendarse expresamente.»

Posteriormente, Schultze, en su *Traité des déplacements de l'utérus* — traduccion de Herrgott, 1851 — no hace más que mencionarla muy á la ligera.

Más tarde, Deneffe publicó una Memoria aconsejando esta operacion á fin de obtener la curacion radical del prolapso uterino, cuyas conclusiones pueden sintetizarse en la siguiente frase: «Disminuir la

longitud de los ligamentos redondos es curar radicalmente la caída de la matriz.»

Pero el cirujano belga, no conformándose con haber propuesto desde el punto de vista teórico esta operacion, pretende llevarla al terreno de la práctica, y al efecto, se propone ejecutarla con el concurso de los Dres. Burggræve y Soupart, de Gante. Hé aquí la descripción del acto operatorio, hecha por el autor: «Se trataba de un prolapso uterino. Yo incindi la piel á partir de la espina del pubis, y remontándome hasta poner al descubierto el anillo inguinal externo, practicando la incision en ambos lados; pero á pesar de la habilidad que yo había adquirido en la investigacion de los ligamentos redondos, no pude encontrarlos. Siguiendo los consejos de los señores Burggræve y Soupart, abrí el conducto inguinal hasta su orificio interno. ¡Vanos esfuerzos! *Los ligamentos redondos estaban atrofiados por la gran distension que el prolapso de la matriz, muy antiguo, les había hecho experimentar.*» La operacion no pudo, pues, terminarse.

Despues de la tentativa de Deneffe y de ejecutar Freund la operacion sobre el cadáver, la practicó en esta última forma el Dr. Rivington, cirujano del Hospital de Lóndres, en el cadáver de una mujer muerta á consecuencia de una hernia estrangulada, cuya mujer estaba tambien afectada de un prolapso uterino muy notable.

Despues del ensayo de Rivington, Alexander practica por primera vez en la mujer viva esta operacion en 14 de Diciembre de 1881, la segunda en 1.º de Febrero de 1882, y en el trascurso de este año llega á la cifra de 22 operadas, cuyas observaciones, más las de otras 27 operadas por otros cirujanos, publica en un pequeño opúsculo.

El Dr. Adams reclama la prioridad fundándose en que por la misma época hizo estudios sobre esta operacion y pretendió llevarla á cabo; pero si bien el mismo Alexander reconoce que los estudios hechos sobre el cadáver por Adams datan de la misma fecha que los suyos, parece indudable que no puso en práctica la operacion hasta dos meses despues de haberla ejecutado Alexander y que Adams sólo lo intentó sin haber podido terminarla por impedírselo las adherencias pelvianas.

De lo expuesto resulta que Alquié fué el primero á quien ocurrió la idea de practicar el acortamiento ó la reseccion de los ligamentos redondos para curar las desviaciones del útero; que Freund y Rivington han sido los primeros que la han ejecutado sobre el cadáver; que Deneffe es el que en primer término ha intentado, aunque sin lograrlo, ejecutarla en el vivo; pero que Alexander es el primero que la ha ejecutado con feliz éxito.

No resulta, pues, muy injustificado que se la denomine *Operacion de Alexander*.

Es preciso advertir que en algunas de las operaciones precedente-

mente indicadas no se tienen noticias sino de los resultados recientes, pudiendo, á nuestro juicio, explicarse por esta circunstancia la notable diferencia que se observa entre los fracasos que han experimentado algunos operadores sobradamente acreditados y los éxitos al parecer obtenidos por otros.

No tenemos noticia de que haya dado origen á la muerte en ningun caso la operacion de Alexander, pero si ha sido seguida en algunos de peritonitis circunscritas, septicemias ligeras, erisipelas, celulitis pelvianas y leucorrea abundante.

Alexander afirma que en uno de los casos operados por él obtuvo la curacion de una epilepsia, y que en otro se presentaron ataques epilépticos despues de la operacion.

De todas suertes, teniendo en cuenta que el acortamiento de los ligamentos redondos no ha producido jamás la muerte y que tiene por objeto esta operacion curar una de las afecciones uterinas, si no de las más graves, si de las más rebeldes, creemos que es una operacion llamada á generalizarse, sobre todo si se llega á poder fijar determinadas reglas, necesarias para evitar ciertas dificultades de ejecucion aun para los más hábiles cirujanos.

ESTADÍSTICA

Hasta la fecha, segun nuestras noticias, se han practicado las operaciones siguientes:

Alexander.	43	de las cuales han fracasado	5
Campbell.	4	—	2
Lediar.	4	—	2
Imlach.	29	—	4
Reid.	3	—	3
Elder.	1	—	1
Burton.	15	—	1
Gardner.	9	—	1
Smith.	1	—	1
Zeiss.	1	—	1
Sinclair.	1	—	1
Mundé.	6	—	5
Allan.	1	—	1
Reeves.	1	—	1
Adams.	3	—	1
Duplay.	2	—	1
Duncan.	4	—	1
Tait.	1	—	1
Polk.	10	—	2
Heywood Smith.	1	—	1
Keith.	1	—	1
Croom.	1	—	1
Paris.	1	—	1
Deloris.	1	—	1
TOTALES.	143		27

Manual operatorio.— Colocada la paciente en decúbito supino, y previamente anestesiada, se fija á través de la piel el anillo inguinal externo. Se practica despues una incision con el bisturi convexo paralela al ligamento de Poupart, incision que por lo comun no da lugar á ninguna hemorragia notable. Puesto al descubierto el anillo inguinal, se busca el ligamento redondo y se aísla cuidadosamente, valiéndose para ello de la sonda acanalada ó de otro instrumento romo. Una vez aislado el ligamento redondo del lado derecho, se procede á practicar la misma operacion en el izquierdo, y acto continuo el operador, valiéndose de la mano izquierda aplicada á la pared abdominal y de los dedos índice y medio de la derecha introducidos en la vagina, corrige la posicion anormal del útero, que se mantiene en ella mediante el concurso de un ayudante inteligente. El operador entónces, cogiendo con una pinza de Kœberlé el ligamento aislado en el lado derecho, le atrae fuertemente hácia afuera, y reseándole en una extension de 5 á 8 centímetros, segun el grado de dislocacion uterina y la elasticidad de los ligamentos, practica una sutura con catgut que comprenda el ligamento, la piel y los pilares del conducto inguinal. Practicada la misma operacion en el lado izquierdo, se establece en ambos lados el desagüe, se practica la oclusion de las heridas y se aplica la cura antiséptica. Despues es necesario colocar un pesario en la vagina, que debe permanecer aplicado hasta que hayan cicatrizado las heridas y esté consolidada la union de los ligamentos redondos al anillo inguinal.

La principal dificultad de esta maniobra consiste en poner al descubierto el ligamento redondo, susceptible de confundirse, reconociéndose por la inspeccion visual en que se presenta entre el tejido celular que le rodea bajo el aspecto de un haz de color moreno-rojizo de aspecto pálido, surcado por un vaso *serpentin* característico. Aislando el ligamento hasta á nivel del orificio externo del conducto inguinal, se le atrae con más facilidad hácia afuera; pero no debe olvidarse que esta operacion debe ejecutarse con los dedos ó con un instrumento romo.

Sinclair opina que la aplicacion del pesario es innecesaria, porque, á su juicio, ayuda muy poco á la tension de los ligamentos redondos para mantener el útero en su posicion normal.

Durante los primeros días que siguen á la operacion, es conveniente practicar el cateterismo.

Doleris ha propuesto combinar con esta operacion los métodos plásticos ordinarios: elitrorrafia, colporrafia y perineorrafia, habiendo obtenido excelentes resultados en un caso en que practicó la colpoperineorrafia y el acortamiento de los ligamentos redondos.

Esta operacion está contraindicada en las mujeres de mucha edad

y en todos los casos en que se sospeche una falta de consistencia en los ligamentos redondos.

A nuestro juicio, esta operación ha de sufrir importantes modificaciones que salven las dificultades que en la práctica ofrece y que nos den mayores garantías del buen éxito. Entre tanto, podemos apelar á ella por su relativa inocuidad. — *M. G. de S.*]

PARTE SEGUNDA

OPERACIONES SOBRE LA VAGINA

CAPÍTULO PRIMERO

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LA ATRESIA VAGINAL

Artículo 1.º—Literatura.

Kusmaul. *V. d. Mangel. d. Verkümmerng u. Verdoppelung d. Gbm.*, Würzburg, 1859.

Puech. *De l'atrésie des voies genitales*, Paris, 1854. — *Des atrésies compléxes des voies génitales*. *Ann. de Gyn.*, III, pág. 276; IV, pág. 120. — *Gaz. Obstetr.*, 1878, núm. 21 (*spontane Ruptur ohne Operation*).

Simon. *Monatschr. f. Gebh.*, XXIV, pág. 292.

Rose. *Ibidem*, XXIX, pág. 401.

Schröder. *Kritische Unters. über d. Diagn. d. Hämatocèle retrouterina*, etc., Bonn, 1866, y *Berl. klin. Wochenschr.*, 1866, núm. 38.

Freund. *Beitr. z. Gebh. u. Gyn.*, Berlin, t. II, H. 1 (*Hämatometre y Hämatokolbilaterale*), y *Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.*, I, Stuttgart, 1877.

Breisky. *Arch. f. Gyn.*, II, pág. 1, 1871. — *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte Jahrg.*, I, 1871. — *Arch. f. Gyn.*, VI, pág. 1. — *Prager med. Wochens.*, I, pág. 7, 1876. — *Die Krankh. d. Vagina*, Stuttgart, 1879, págs. 13 y 56.

Neugebauer. *Arch. f. Gyn.*, II, pág. 2.

Simpson. *Edimb. Med. Journ.*, XVIII, Mayo.

Dolbeau. *Bull. de Thérap.*, LXXXVI, 15 Febrero.

Greenhalgh. *Brit. Med. Journ.*, 28 Febrero.

C. v. Braun Fernwaldt. *Wien. med. Wochenschr.*, XXIV, págs. 36 y 37.

Näcke. *Arch. f. Gyn.*, IX, pág. 3.

Le Fort. *L'Union*, pág. 91, 1876.

Johannovski. *Arch. f. Gyn.*, XI, pág. 2 — *Prager Med. Wochenschr.*, 1877, núm. 15.

Richmond. *Anal. Centralbl. f. Gyn.*, 1877, pág. 368.

Haussmann. *Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.*, II.

Hirschprung. *Obstetr. of Gyn. Med.*, I, 1878.

M. Weiss. *Prager Med. Wochenschr.*, 1878, núm. 21 y sig.

Jordan. *Bost. Med. a. surg. Journ.*, 1878, 14 Febrero (*atrésie acquise après des cautérisation*).

Thomas Eddis Emmet. *Verhandl. d. Americ. Gyn. Gesellsch.*, 1878, página 437.

Art. 2.º — Anatomía patológica de la atresia de los órganos genitales.

Cualquiera que sea el punto del conducto genital que se encuentre afectado de la atresia, los síntomas y las indicaciones operatorias se asemejan de tal modo, que nos parece inútil hacer una descripción anatómica para cada uno de los diversos casos que pueden presentarse en la práctica, porque sería exponernos á numerosas é inútiles repeticiones. Vamos, pues, á describir en conjunto todas estas especies de atresia (*Nota bibliográfica núm. 1*).

1.º Atresia del conducto útero-vaginal (el conducto genital es único).

Citaremos en primer término la atresia producida por el himen. El himen imperforado se distingue generalmente por su dureza y por su solidez. Lo más frecuentemente, cuando exista una atresia de la vagina, se debe á una falta de desarrollo. Puede observarse, por ejemplo, que falta toda la parte del conducto de Müller correspondiente á la vagina. La vejiga y el recto están entónces unidos el uno al otro por una capa muy tenue de tejido celular. En otros casos, la porción vaginal del conducto de Müller existe, pero se encuentra obliterada en una extensión más ó ménos considerable, siendo la longitud del segmento obliterado tan variable, que puede ser no más que un tabique membranoso ó la atresia muy extensa y aún total. Entre estos dos casos extremos se encuentra un gran número de grados intermedios. Cuando la atresia es muy extensa ó es total, la vagina, toda entera, parece trasformada en un cordón sólido, y en este caso, por lo común, se encuentra también afectado el útero. El asiento de la atresia también varía. Digamos, sin embargo, que cuando la estenosis es extensa, frecuentemente tiene su asiento en el segmento inferior de la vagina.

Es muy raro observar que las paredes vaginales se adhieran la una á la otra á consecuencia de ulceraciones debidas á la gangrena por compresión, á las lesiones resultantes de una tentativa de violación ó al uso de inyecciones cáusticas.

A nivel del útero, la estenosis adquirida es más frecuente que la estenosis congénita; es una disposicion inversa á la que hemos visto existir sobre la vagina. Es absolutamente raro observar en el útero estenosis congénitas aisladas; lo más comunmente, existen en estos casos otras anomalías de desarrollo en el aparato sexual.

La obliteracion existe á veces á nivel del orificio externo, y parece que la mucosa vaginal se extiende de un labio del hocico de tenca al otro sin presentar la menor señal de perforacion.

A veces está imperforado todo el conducto cervical, y la porcion vaginal parece haber sufrido una suspension en su desarrollo. Las estenosis adquiridas pueden existir á nivel del orificio interno, extendiéndose sobre un segmento más ó ménos largo del conducto cervical. La obliteracion del orificio externo puede ser debida á las adherencias producidas á consecuencia de la gangrena por compresion, ó á que la pared del hocico de tenca viene, á consecuencia de una amputacion, á soldarse con la pared del fondo de saco vaginal. En ciertos casos de gangrena de origen puerperal, las adherencias pueden extenderse tambien hasta el fondo de saco vaginal, observándose entónces la atresia útero-vaginal (*Nota bibliográfica núm. 2*). Las adherencias del orificio interno se observan sobre todo en las mujeres de edad, á consecuencia de la endometritis catarral con descamacion del epitelio. La obliteracion se encuentra entónces favorecida por la involucion uterina que se observa siempre en las viejas, y sobre todo por la presencia de flexiones en las cuales las paredes erosionadas se encuentran en inmediato contacto (*Nota bibliográfica núm. 3*).

En ciertos casos raros se han observado sobre el mismo conducto útero-vaginal muchas obliteraciones situadas las unas por cima de las otras. Tan es así, que Thompson, por ejemplo, ha observado dos atresias de la vagina situadas la una por encima de la otra (*Nota bibliográfica núm. 4*).

Steiner ha visto un caso de atresia de la vagina y del himen al mismo tiempo (*Nota bibliográfica núm. 5*). Dupuytren, Amussat y Huguier han observado estrecheces múltiples del útero y de la vagina. Los segmentos del conducto genital situados entre dos tabiques están ordinariamente distendidos por una acumulacion de líquidos segregados por la mucosa que recubre la pared.

2.º Atresia que afecta á un solo lado en los casos de conducto útero-vaginal doble.

En todos los casos hasta aquí conocidos de conducto útero-vaginal doble, la obliteracion no afecta más que á un solo lado (*Nota bibliográfica núm. 6*). Lo más comunmente, la obliteracion tiene su asiento en el lado derecho, y afecta, ya al útero, ya á la vagina. Comunmente

es preciso atribuirla á una falta de desarrollo; uno de los conductos de Müller permanece sólido en cierta extension y por encima de este punto existe una fusion incompleta entre las dos partes laterales del conducto útero-vaginal.

Es muy raro observar la obliteracion de una de las mitades del útero (*Nota bibliográfica núm. 7*). De 46 casos reunidos por Breisky, se encontraba afectada la vagina 35 veces y solamente 11 la lesion afectaba al útero. Rokitansky ha sido el primero que ha descrito casos de esta naturaleza; despues de él lo han hecho Thüngel, Jones, Churchill, Holst, Olshausen, Breslau y Jacquet, que han referido observaciones semejantes. Hasta ahora se sabe muy poco acerca de en qué variedad de útero doble se encuentra más frecuentemente la obliteracion de una de las partes laterales, cuestion que es muy importante bajo el punto de vista operatorio. En las dos observaciones de Rokitansky se trataba de un útero bicorné. En el primer caso se trataba de una estrechez que existia á nivel del orificio interno; en el segundo tenia su asiento la estenosis á un centimetro por debajo del orificio de las trompas (*Nota bibliográfica núm. 8*). En un caso el cuerno obliterado se encontraba á la derecha (faltaba el riñon de este lado); en el otro tenia su asiento la estrechez en el lado izquierdo. En los dos casos el cuello del útero obliterado era prominente, y constituia hácia el fondo de saco vaginal sano una protuberancia tubulada y fluctuante. En el segundo caso, el contenido del cuerno obliterado estaba constituido por una masa amarillenta que se habia abierto paso hácia el conducto cervical derecho, el cual permanecia abierto.

La observacion de Holst se refiere á un útero unicorné y parece probable que el caso de Credé se refiriese á un útero bicorné, pero único en su parte inferior. Todavía no se ha descrito hasta ahora la obliteracion de una de las porciones laterales en los casos de útero bilocular.

Hegar (*Nota bibliográfica núm. 9*) ha observado recientemente dos casos que, despues del exámen que ha hecho sobre la mujer viva, cree que son dos ejemplos de hematómetra en el cuerno rudimentario de un útero unicorné.

En los casos de útero doble con obliteracion de una de las partes laterales la vagina era ordinariamente simple. Santesson (*Nota bibliográfica núm. 10*) ha sido el único que hasta ahora ha observado, en los casos de útero bicorné-unicorné, una vagina doble, de la cual estaba abierta cada mitad.

Es mucho más frecuente observar que la obliteracion hemilateral tiene su asiento á nivel de la vagina, y durante la vida sexual se observa entónces la produccion de la hematocolpitis lateral. Debemos á Leroy (1834) la primera observacion de este accidente. La obliteracion

existía en el lado derecho y tenía su asiento á una pulgada próxima-mente por encima del orificio vaginal. Existía una retencion de san-gre menstrual; el saco, lleno de sangre, llenaba toda la cavidad pelvia-na y se extendía hácia arriba hasta á nivel del ombligo (*Nota bibliográ-fica núm. 11*). Despues que se llamó la atencion acerca de este caso se han multiplicado las observaciones y hoy conocemos las de 40 casos de obliteracion hemilateral de la vagina. Hay médicos que han teni-do ocasion de observar varias veces esta deformacion.

La oclusion unilateral de la vagina puede ser debida á la imper-foracion de la membrana himen; pero generalmente la obliteracion tiene su asiento mucho más arriba, en medio de la vagina ó en los fondos de saco vaginales. Si hay una retencion de los productos segre-gados, la vagina obturada se nos presenta como un tumor cilindrico, fluctuante ó elástico, avanzando hácia el lado de la vagina no oblite-rado y pudiendo llenar toda la cavidad pelviana.

Los dos conductos útero-vaginales, el que está abierto y el que está

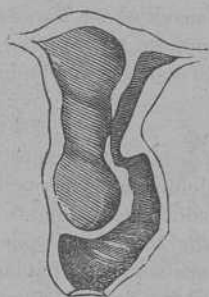


Fig. 38.



Fig. 39.

obliterado, no son en muchos casos paralelos el uno al otro, pero se enrosca frecuentemente el uno alrededor del otro (Freund, Breisky) de tal suerte que el saco relleno de sangre, por ejemplo, se encuentra en su segmento inferior situado hácia adelante y en su segmento su-perior se encuentra hácia atras del conducto útero-vaginal perforado. Cuando la distension es excesiva, el saco vaginal lleno de sangre se hace visible y toma un color azulado. Hácia la parte superior la acu-mulacion de sangre se extiende hasta el tumor formado por el útero. La porcion vaginal que corresponde al lado no obturado se encuentra fuertemente impulsada hácia fuera, y su orificio exterior toma una forma semilunar cuya concavidad está dirigida hácia el cuerno uteri-no lleno de sangre (*fig. 38*). En este caso el útero es bicorne, siendo muy raro observar un útero bilocular como en el caso de Breisky (*fig. 39*). Algunas veces el saco relleno de sangre puede romperse y el

líquido contenido se derrama, ya en la vagina, ya en la cavidad uterina no obliteradas (fig. 39). La sangre puede también derramarse hacia fuera en el tejido celular paravaginal y llegar hasta la región glútea.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Sólo merecen una descripción especial la ausencia ó la obliteración del vestíbulo y la atresia de la vulva.

2) P. Müller. *Ueber utero-vaginale Atresieen*. Scanzoni's Beiträge, V, 1869, pág. 67.

3) La obliteración del orificio externo, producida durante el embarazo, no ofrece interés alguno más que para el tocólogo.

4) *Dubl. hosp. Gazzet.*, 15 de Enero de 1856.

5) *Wien. med. Wochenschrift*, 1871, núms. 29 y 30.

6) Breisky refiere un solo caso de Neudorfer, en el cual la anamnesia permite creer que la atresia afectaba á los dos lados (*loc. cit.*, pág. 28).

7) *Loc. cit.*, pág. 39. Véase también Schroeder. *Krankh. d. weibl. Geschl.*, 1874, págs. 55 y 56.

8) En el segundo caso que refiere Rokitsky en su *Traité d'Anatomie pathologique*, III, pág. 469, 1861, puede preguntarse si la obliteración tenía realmente su asiento sobre el útero mismo y no sobre un fondo de saco rudimentario.

9) *Gesells. f. Gebh.*, Berlin, III, pág. 141.

10) Se trataba en este caso de una joven de dieciocho años, afecta de amenorrea. La mitad izquierda de la vagina doble media cerca de 3 pulgadas de longitud y se terminaba en un tumor redondeado bastante grande. El conducto vaginal derecho, más extenso, media solamente $\frac{3}{4}$ de pulgada y parecía pasar por delante del tumor de que acabamos de hablar. El útero distendido se elevaba hasta á nivel del ombligo. La enferma fué afectada de una peritonitis cinco días después de la operación y sucumbió al séptimo. El cuerno derecho del útero formaba un tumor redondeado del volumen de un puño y su pared ofrecía el espesor de cerca de 1 pulgada. Esta cavidad uterina comunicaba por un orificio de cerca de 4 milímetros con el del cuerno izquierdo; las dos trompas contenían sangre, y la del lado izquierdo estaba rota.

11) Se hizo la punción con un trocar, y el orificio se dilató en seguida con el bisturí. La enferma sucumbió de peritonitis al octavo día. (*Journ. des conaiss. méd.-chirurg.*, 1835, II, pág. 181.)

Art. 3.º — Consecuencias de la atresia del conducto genital.

Toda atresia del conducto genital entraña la retención de sangre. Esta retención se produce en el momento de la pubertad, cuando la estenosis es congénita y aparece en una época variable cuando es adquirido el vicio de conformación. La sangre que viene á acumularse en

el conducto genital por encima del punto obliterado, aumenta en cantidad á cada periodo menstrual. La masa sanguínea puede llegar á ser entónces de muchas libras, y la distension de las paredes genitales se acentúa cada vez más.

Segun el asiento de la obliteracion, el útero solo (hematómetra) ó bien el útero y la vagina (hematocolpos) participan de la formacion del saco lleno de sangre. Frecuentemente se observa que al lado de la hematómetra aparece una acumulacion de sangre en las trompas (hemato-salpingitis). En este caso, estos conductos no constituyen una cavidad única extendiéndose del útero al orificio peritoneal; pero se observa á su nivel una serie de dos, tres ó cuatro cavidades separadas las unas de las otras y llenas de sangre. La separacion de estos sacos es debida á la presencia de diafragmas que forman una prominencia considerable en el interior de la trompa, y á la presencia de pseudo-membranas y de bridas peritoníticas que ejercen una constriccion intensa en su superficie. Las extremidades uterina y abdominal de la trompa se han encontrado casi siempre obliteradas. Si la extremidad abdominal se encuentra abierta, la sangre puede hacer irrupcion en la cavidad peritoneal; en los casos más favorables se acumula y se enquistas en el repliegue de Douglas ó bien entre las franjas del pabellon de la trompa y el ovario. Esta acumulacion de sangre en las trompas y esta peritonitis que acompaña á la retencion de sangre en los órganos genitales internos son de la mayor importancia bajo el punto de vista práctico é influyen extremadamente sobre el éxito de las operaciones.

La sangre menstrual que se encuentra así detenida en el aparato genital ofrece el aspecto y la consistencia de la brea. Puede, sin embargo, descomponerse ó tomar un aspecto purulento cuando se han producido fenómenos inflamatorios ó cuando se encuentra mezclada con una gran cantidad de epitelio.

Ademas de la sangre menstrual puede algunas veces observarse la retencion de los productos de secrecion de la mucosa genital. En ciertos casos raros se ha observado la retencion, desde temprana edad, de líquidos mucosos en el útero ó en la vagina, siendo raro, no obstante, que en este caso haya necesidad de intervenir quirúrgicamente (*Nota bibliográfica núm. 1*), habiéndose citado á este respecto hechos excepcionales. Se ha observado, por ejemplo, en el momento de la pubertad, acumularse el líquido seroso en las vías genitales, y en este caso el saco no contenía indicio alguno de sangre. Tal es la observacion referida por Bryk. Se trataba de una jóven de dieciocho años que no había reglado jamás. La vagina estaba obliterada y el útero distendido se elevaba á dos traveses de dedo por encima del ombligo. Se abrió la vagina y se derramó litro y medio de líquido mucoso. Análoga es la

observacion más reciente de Breisky (*Nota bibliográfica núm 2*), observacion que se refiere á una mujer de treinta y ocho años, multipara, que presentaba una hidrómetra lateral, la cual tenía un útero doble, con obliteracion de una vagina rudimentaria. La obliteracion radica generalmente sobre la region del orificio interno. Es más raro observar á la vez una obliteracion de los orificios externo é interno; el útero distendido toma entónces la forma de una calabaza.

Cuando la obliteracion no existe más que en un solo lado, el saco relleno de sangre puede (nosotros hemos visto un caso) romperse hácia el conducto, que permanece abierto. Los líquidos retenidos pueden descomponerse fácilmente si el orificio de la perforacion es muy estrecho ó no se encuentra favorablemente situado. Tambien puede observarse la produccion de la supuracion en el interior del saco (fisómetra).

La fisómetra puede tambien desarrollarse merced á la penetracion del aire y á la fermentacion de los productos segregados.

Las obliteraciones transitorias del orificio uterino, obliteraciones que pueden producirse á consecuencia de derrames irritantes ó de intervenciones operatorias, ocasionan frecuentemente la retencion de masas fétidas muy abundantes.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Godefroy ha observado en una niña de dos meses un obstáculo á la miccion y á la defecacion á consecuencia de haberse acumulado detras del hímen imperforado una materia mucosa análoga á la albúmina. Hirschprung ha referido dos casos semejantes en dos niñas de cinco y de dieciseis meses; en un caso las masas retenidas eran fétidas; en los dos casos la membrana hímen, puesta en fuerte tension por los gritos de las pacientes, fué incindida. Este autor, apoyándose en estos casos, propone la exploracion de los órganos genitales de todas las niñas recién nacidas.

2) *Archiv. f. Gyn.*, VI, fasc. 1.º

Art. 4.º — Indicaciones.

La intervencion operatoria se encuentra indicada lo más comunmente por las peligrosas consecuencias de la retencion de la sangre menstrual y de los productos segregados por el útero. Al principio las enfermas no sufren sino durante el periodo menstrual; pero más tarde, cuando la retencion ha provocado fenómenos inflamatorios, el dolor se hace continuo, y frecuentemente, en el intervalo de las reglas, se observa la aparicion de accesos extremadamente penosos. Segun el volumen y la situacion del tumor, aparecen ademas fenómenos de compresion de la vejiga y del recto. En estas condiciones, la enferma está

siempre amenazada de una peritonítis ó de una rotura del saco lleno de sangre.

En tales circunstancias, el cirujano no debe limitarse solamente á evacuar de una vez todos los líquidos que se encuentran retenidos en las vías genitales, sino que debe temer á los productos que serán segregados más tarde por las paredes uterinas y crearles un camino que permanezca siempre abierto, por el cual puedan ser expulsados hacia afuera.

La operacion puede, ademas, tener otro objeto. Cuando la obliteracion tiene su asiento á nivel del himen ó en el conducto vaginal, el cirujano puede hallarse en el caso de intervenir para hacer posible la cohabitacion y la concepcion. Sin duda alguna, la fecundacion sólo puede desearse cuando el útero y la vagina no ofrecen falta de desarrollo, y ciertos autores aconsejan crear un orificio bastante ancho para que puedan derramarse al exterior los líquidos procedentes del útero, pero bastante estrecho para oponerse á la introduccion del pene, haciendo de esta suerte un tanto difícil la concepcion.

¿Debe estar permitido operar una atresia que tenga su asiento sobre toda la extension de la vagina ó en una gran parte de este conducto? Cuando no existen signos de retencion, cuando no se tiene la seguridad del completo desarrollo del útero, es una cuestion cuya solucion es muy discutible. En efecto, el manual operatorio es muy difícil; los peligros de la operacion son considerables cuando no es posible orientarse sobre la direccion que conviene dar á la incision, é importa muy poco crear una vagina artificial cuando el útero es rudimentario.

Fletcher parece ser el único autor que hasta ahora ha acometido con éxito la creacion de una vagina artificial sin que existieran fenómenos de retencion. Se trataba de una mujer de veintidos años, casada, que presentaba una vagina completamente obturada. El conducto de la uretra se encontraba ampliamente dilatado á consecuencia de las tentativas de coito. Poco tiempo despues de la operacion se observó la aparicion de las reglas y la mujer pudo concebir.

Teniendo en cuenta que las atresias del conducto genital no se hacen aparentes en ocasiones, sino porque constituyen un impedimento á las funciones sexuales, cabe preguntar si la operacion puede estar indicada ántes de la edad de la pubertad: ésta es una eventualidad extremadamente rara; pero, sin embargo, teóricamente puede responderse en sentido afirmativo. Sin duda alguna, deberán tenerse en cuenta todas las restricciones que dejamos expuestas más arriba; pero no se debe olvidar que la operacion pierde una gran parte de su gravedad cuando se acomete ántes de que la masa sanguínea retenida sea muy considerable. Bérard y Huguier, en estas condiciones, ántes de la pre-

sentacion de las reglas, han acometido esta operacion, habiendo sido coronada de éxito.

Cuando á consecuencia de inyecciones cáusticas, ácido sulfúrico, etcétera, se ha observado la produccion durante el embarazo de una atresia vaginal, la deformacion del aparato sexual adquiere una gran importancia. No es posible durante el embarazo, y aún lográndose, no podríamos oponernos á las lesiones extensas que serían la consecuencias del parto. Tan es así, que cuando la atresia es extensa, es preciso terminar el parto por las vías artificiales. Obedeciendo á esta indicacion, ha practicado Levy (*Nota bibliográfica*) la operacion cesárea. En estos casos, sin embargo, no puede alcanzarse ningun buen resultado de la operacion cesárea practicada con arreglo á los antiguos métodos, porque los loquios no pueden salir al exterior por las vías naturales y es muy difícil establecer el desagüe, estando, por lo tanto, indicada en este caso la operacion de Porro.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Bibl. for. Laeger, Octubre, 1860, pág. 39.

Art. 5.º — Manual de los diferentes procedimientos operatorios.

1.º Apertura de una atresia que tenga su asiento á nivel del himen, y de todo tabique membranoso del conducto vaginal.

Se separan ampliamente los grandes labios el uno del otro, así como las paredes del rudimento inferior de la vagina, se hace penetrar un trocar ó un bisturí puntiagudo en el saco relleno de sangre, que forma prominencia y que aparece como una vesícula azulada ó ne-gruzca. Cuando el derrame se verifique con lentitud se dilata el orificio, ya haciendo una incision crucial sobre la membrana obturadora, ó ya practicando la escision de un fragmento de esta última (*Nota bibliográfica núm. 1*). Baker Brown ha propuesto escindir circularmente el himen á nivel de su insercion; Vidal y Bœckel han aconsejado suturar los labios de la herida producida de esta suerte.

En ciertos casos puede alcanzarse el objeto que el operador se propone, dilatando el orificio con el dedo ó con una sonda metálica.

[En nuestra opinion, es preferible el procedimiento de Baker Brown ó el de la escision de un fragmento del himen al de la dilatacion por la sonda ó por el dedo, por la mayor regularidad de la herida resultante, y porque se hace más difícil la ulterior obturacion de la abertura practicada.—*M. G. de S.*]

2.º Apertura de la atresia vaginal más extensa.

La operacion se hace mucho más difícil cuando la atresia es muy

extensa ó falta completamente la vagina. La enferma, cuyos muslos estarán separados tanto como sea posible, se colocará en el decúbito dorsal ó en el decúbito dorso-sacro, correspondiendo la pelvis al borde de la mesa de operaciones. Si cerca de la vulva existe un rudimento de la vagina, se separarán las paredes de este conducto por medio de separadores ó de erinas, que se aplicarán á los puntos convenientes; despues se introducirá un catéter en la vejiga y un dedo en el recto, á fin de poder apreciar debidamente el espesor de los tejidos que existen entre estos órganos y de evitar la lesion de los mismos. A igual distancia del conducto de la uretra y del recto se hará una incision transversal con un bisturí convexo, y por ella se hará penetrar el dedo ó un instrumento romo, con ayuda de los cuales se creará un camino equidistante de aquellos órganos por medio de los tejidos que constituyen la atresia. A medida que el dedo ó el instrumento vayan profundizando, se aplicarán más profundamente tambien los separadores ó las erinas, y si los tejidos son resistentes, se les incindirá poco á poco con las tijeras ó con el bisturí.

Cuando por estas pequeñas incisiones, por esta diseccion con el dedo ó con el instrumento romo se haya llegado á las inmediaciones del saco lleno de sangre, lo que es muy fácil reconocer por el tacto rectal, se introduce un trócar en la direccion del punto fluctuante y se incinde lateralmente sobre la sonda acanalada el orificio de la puncion. Para practicar ésta puede recurrirse al bisturí recomendado por Breisky, bisturí en forma de lanceta y provisto de un mango muy largo que puede introducirse á traves de la cánula del trócar y utilizarse para agrandar el orificio de la puncion (*Nota bibliográfica núm. 2*). A veces, á traves del último segmento de la vagina obliterada puede reconocerse el orificio uterino por su forma redondeada y su blanda consistencia.

Cuanto más extensa es la atresia, ménos separados se encuentran el uno del otro la vejiga y el recto, siendo, por tanto, más fácil lesionar en la operacion alguno de dichos órganos, el peritoneo ó los uréteres. Algunos cirujanos, y aún de los más hábiles, se han visto en la necesidad de abandonar una operacion comenzada porque les ha parecido impracticable ó muy peligrosa. Amussat ha propuesto la dilatacion en los casos de obliteracion de la vagina. En el procedimiento de este autor no se recurre á ningun instrumento cortante. Crea un conducto vaginal separando los tejidos con la extremidad de los dedos; la dilatacion no es completa sino al cabo de muchas sesiones, durante las cuales introduce en la porcion dilatada esponjas preparadas, siendo preciso frecuentemente esperar muchas semanas para alcanzar el saco sanguíneo, que se abre con un trócar.

Apénas se recurre al empleo exclusivo de instrumentos cortantes,

porque con ellos es muy difícil evitar las lesiones de vecindad y frecuentemente se producen hemorragias que impiden que se oriente el cirujano.

Lefort ha propuesto recurrir al galvano-cauterio en los casos de atresia muy extensa; pero esta práctica ha encontrado muy pocos adeptos.

Casi todos los autores que se han ocupado de esta cuestion en estos últimos tiempos (Emmet, etc.), han vuelto al método preconizado antiguamente por Amussat, si bien aconsejan se lleve á cabo en una sesion en cuanto sea posible.

Dubois y Boyer, á principios de este siglo, han preconizado la puncion del saco por el recto. Este método operatorio, en favor del cual se ha pronunciado Scanzoni, ha sido empleado recientemente por Baker Brown. Operando de esta suerte, se propone el cirujano establecer una fistula útero-rectal permanente, y con este objeto se repite frecuentemente la puncion (Oldham), ó bien se trata de impedir la obliteracion permanente de la puncion dejando colocada la cánula del trócar (Baker Brown). La creacion de una fistula útero-rectal permanente entraña grandes dificultades y es siempre necesario abrir ampliamente el saco relleno de sangre. La operacion es siempre, por lo tanto, peligrosa á consecuencia de la penetracion en el saco de gases y materias fecales. En favor de la apertura del saco por el recto puede hacerse valer como argumento la imposibilidad de la concepcion.

Los modernos partidarios de la puncion rectal consideran esta operacion como operacion preliminar de la creacion de una vagina artificial. Se hace desde luego posible acometerla como definitiva cuando ha desaparecido todo peligro de la rotura del saco. Greenhalgh ha referido cuatro curaciones obtenidas practicando esta operacion. Se puede, no obstante, hacer á este procedimiento una objecion, porque la ausencia de saco distendido por la sangre hace más difícil la orientacion cuando más tarde se crea un conducto vaginal.

No es peligroso hacer una puncion por el recto cuando se emplea un trócar de pequeño calibre. Es tambien excepcional despues de esta operacion observar fenómenos de peritonitis, aunque en todos los casos en que el saco está algo elevado haya necesidad de perforar las dos hojas que tapizan la fosa de Douglas, siendo preciso atribuir esta inoquidad á la direccion oblicua de la puncion y á la frecuencia de las adherencias en el repliegue del citado autor. Baker Brown ha llegado á lesionar la vejiga haciendo la puncion por el recto.

Simon ha propuesto abrir el saco lleno de sangre por la vejiga cuando la atresia vaginal es muy extensa y cuando la cavidad llena de sangre es muy accesible, procedimiento que merece llamar la atencion de los cirujanos. De esta suerte, se evitan toda lesion del peritoneo, la

penetracion de gases y, si puede lograrse que permanezca abierto constantemente el orificio de la puncion, la sangre de las reglas podrá ser evacuada por la vejiga sin provocar fenómenos dolorosos excesivos. Desgraciadamente, este procedimiento entraña inconvenientes semejantes á los que acabamos de demostrar que existen cuando en los casos de fistula ordinaria se practica la obliteracion de la vagina.

3.º Apertura de la atresia uterina en los casos de conducto genital único.

Cuando existe una obliteracion del orificio externo se incidirá por medio de un trócar guiado por los dedos, con un bisturí de mango largo ó empleando las tijeras. Es raro que la porcion obliterada sea muy extensa, y pueden evitarse fácilmente las lesiones de vecindad. Cuando existe simplemente una adherencia entre el epitelio que tapija los labios del crificio externo ó entre el hocico de tenca y el fondo de saco vaginal, puede vencerse la atresia con el empleo de la sonda.

Cuando se trata de una obliteracion adquirida que tenga su asiento á nivel del orificio interno, esta deformacion cede frecuentemente á la introduccion de la sonda ó desaparece espontáneamente despues de la aplicacion de conos de esponja preparada al segmento inferior del conducto que permanece abierto. En los casos de hidrómetra es preciso no considerar como terminado el tratamiento hasta que por sucesivas cauterizaciones de la cavidad uterina no se ha hecho desaparecer la inflamacion catarral de esta mucosa, siendo necesario entonces oponerse á la formacion de nuevas adherencias, y, por tanto, prestarán muy útiles servicios la introduccion de sondas de goma y los medios aconsejados para dicho fin.

4.º Apertura de una hematómetra que tenga su asiento en uno de los lados cuando el útero es doble y cuando cada una de las mitades de este órgano están igualmente desarrolladas.

En todos los casos descritos hasta ahora se ha hecho constar expresamente que el cuello correspondiente al cuerno obliterado estaba fuertemente distendido por la sangre derramada, y que el saco relleno de este líquido formaba una prominencia manifiesta en el fondo de saco vaginal correspondiente ó en el conducto cervical no obliterado. Es, pues, muy sencillo abrir el saco sanguíneo, operando, ya sea por la vagina, ya por el conducto cervical permeable, pudiendo emplear al efecto un bisturí ó un trócar. En el caso referido por Credé, la mitad derecha del útero que estaba obliterada se abrió en el conducto cervical del cuerno izquierdo perforado despues de la introduccion de una sonda uterina. Holst ha abierto un saco sanguíneo con el trócar, pasando por el orificio uterino del lado no obliterado, orificio que se encontraba fuertemente impulsado hácia afuera. La enferma sucum-

bió tres semanas despues de la operacion, próximamente, á consecuencia de una peritonitis.

Jones, en otro caso, hizo desde luégo una puncion exploradora y despues una incision por la vagina; la enferma sucumbió veinte días despues. Olshausen (*Nota bibliográfica núm. 3*) obtuvo una curacion completa despues de dos punciones; el saco no se llenó de nuevo, y la operada se hizo despues embarazada hasta tres veces.

5.º Apertura de la hematómetra cuando tiene su asiento en un útero unicornie rudimentario.

Es imposible precisar hoy cuál es el mejor método de tratamiento

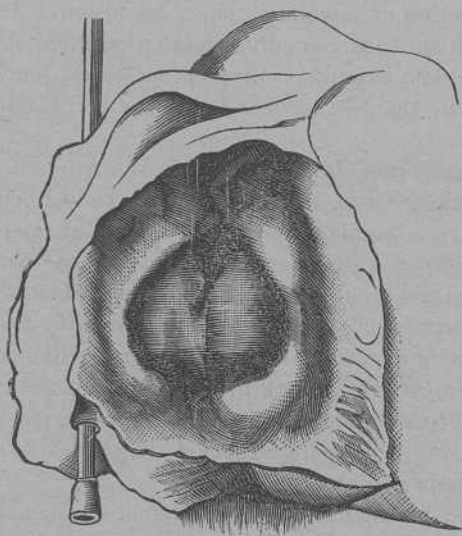


Fig. 40.

en este caso. Por otra parte, no conocemos exámen alguno sobre el cadáver que pueda enseñarnos algo respecto á las relaciones anatómicas del saco lleno de sangre con los órganos vecinos, y principalmente con el peritoneo. Hegar (*loc. cit.*) ha emprendido un estudio crítico de los diferentes métodos de tratamiento á los cuales se puede recurrir: expectacion, puncion simple, creacion de una fistula permanente, extirpacion del saco. En los dos casos que él ha tratado, estableció una fistula permanente en el fondo de saco vaginal, despues de haber hecho adherirse la pared del saco con la de la vagina mediante una cauterizacion con la pasta de Viena. En los dos casos no observó que se reprodujera la acumulacion de sangre en tanto que las enfermas perma-

necieron en observacion, de tal suerte que no hubo necesidad de repetir la puncion y pudo retirarse la cánula.

6.º Casos en que existen una vagina doble y obliteracion de uno de los conductos vaginales (hemelitómetra ó hematómetra y hemato-colpos lateral).

El saco lleno de sangre es fácilmente accesible á los instrumentos porque forma una gran prominencia en el conducto vaginal, que permanece permeable y por lo comun descende profundamente hácia el orificio vulvar. Se han empleado generalmente el bisturi ó el trócar, agrandando en seguida el orificio de la puncion con unas tijeras. Esto es lo que hizo Hegar en un caso en que la operacion fué seguida de buen éxito (*Nota bibliográfica núm. 4*). En la *fig. 40* se ve la incision practicada sobre el tabique. Veit y Schröder han recomendado extirpar un fragmento de la pared del saco á fin de oponerse á toda adherencia entre los labios de la incision.

Neugebauer preconiza la incision con el galvano-cauterio á fin de impedir toda infeccion de la herida.

Citaremos, finalmente, un caso de Staude (*Nota bibliográfica núm. 5*) que ofrece gran interes porque la hematómetra y la hemato-colpitis lateral habían sido confundidas con un tumor del ovario, y no se dió cuenta Staude de la situacion real hasta despues de haber practicado la laparotomía y una puncion.

Staude hizo penetrar entónces un trócar en el saco por la vagina y dejó la cánula permanente. La puncion practicada en el útero fué ocluida por cuatro suturas en hilo de plata y la enferma curó.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Hipócrates y más tarde Plater y Bauhin habían ya recurrido á la canterizacion para abrir las estenosis membraniformes.

2) *Loc. cit.*, pág. 47.

3) *Arch. für Gynäk.*, I, pág. 41.

4) La enferma murió muchos años despues, y en la autopsia se encontraron concreciones en la pelvis del riñon izquierdo no existiendo ninguna en el derecho.

5) *Zeitschrift für Geb.*, t. II, pág. 138.

Art. 6.º—Peligros de la operacion.

Si dirigimos una ojeada sobre la operacion á que conviene apelar en las diferentes formas de atresia que acabamos de estudiar, reconoceremos fácilmente que por lo comun todo se resume en una puncion ó una incision á traves de un tejido poco vascular. Únicamente en el solo caso de atresia vaginal muy extensa es considerable la herida y

debe además temerse la lesión del peritoneo, de los grandes vasos ó de los órganos vecinos. Debe, pues, considerarse la operación en los casos de atresia de los órganos genitales como operación muy poco peligrosa, y sin embargo la mortalidad es mayor que en muchas otras operaciones que á primera vista parecen de más importancia. Boyer y Dupuytren llegaban á esta conclusión: «que en todos los casos antiguos y complicados la operación debía ser considerada como fatal, siendo, por tanto, preciso en tales circunstancias renunciar á toda intervención quirúrgica.» Si tratamos de investigar en cada caso á qué causa debe ser atribuida la muerte, veremos que en definitiva las lesiones de vecindad sólo juegan un papel secundario y que lo más frecuentemente las mujeres sucumben á consecuencia de la septicemia ó á la rotura de los sacos formados por el útero ó por las trompas. En un caso observado por Beutenmuller se presentó el tétanos.

Lo más comunmente, la septicemia no puede ser atribuida á la infección directa de la pequeña herida operatoria, siendo preciso atribuirle á la descomposición de las masas sanguíneas que quedan detenidas en el saco, manifestándose por lo común los accidentes sépticos bajo la forma de peritonitis. La perforación de los sacos sanguíneos situados en las trompas mata, ya por hemorragia interna, ya por peritonitis subaguda. Generalmente se ha observado esta rotura de las trompas algunas horas ó algunos días después de la operación; en otros casos se ha producido del décimocuarto al decimonoveno día, en una época correspondiente al primer período menstrual, período durante el cual las dimensiones del saco aumentan rápidamente. La rotura se verifica con más facilidad cuando la pared de la trompa está muy distendida, muy adelgazada y se ha hecho frágil á consecuencia de las modificaciones aportadas á su textura por la inflamación. Esta fragilidad del saco tubario aumenta por las alteraciones sépticas que se producen después de la operación. De esta suerte se explica fácilmente cómo se observa con tanta frecuencia la simultaneidad entre la septicemia y la rotura.

Frecuentemente han sido consideradas las contracciones del útero como causa de la rotura del saco tubario. Pueden, en efecto, hacer refluir la sangre uterina á la trompa cuando la hematómetra no ha sido completamente vaciada y cuando se ha obliterado el orificio de la punción; pero ésta es una teoría contra la cual podrían exponerse muchos argumentos.

En fin, si olvidamos que muy rara vez se observa que el orificio de la punción se oblitere vaciándose incompletamente el saco, no parece que las contracciones uterinas pueden obrar sobre las masas contenidas en las trompas, porque frecuentemente el orificio uterino de estos órganos se encuentra obliterado, y los diferentes sacos sangui-

neos que existen en las trompas están separados por tabiques los unos de los otros. No es posible admitir las contracciones de la pared de las trompas, si se atiende á las modificaciones que la inflamacion hace sufrir á los tejidos que las constituyen. Pueden, pues, considerarse las contracciones de la pared del saco como la sola y única causa de rotura. Y, en efecto, no se observa que los cólicos uterinos violentos provoquen más frecuentemente la rotura ántes de la operacion, ni ofrezcan consecuencias tan graves despues de ella, aunque la tension de los tejidos esté muy disminuida.

Quedamos, pues, reducidos á admitir que la operacion provoca en los órganos modificaciones que favorecen la rotura, y podemos encontrar argumentos de diversa índole en apoyo de esta opinion. Cuando se ha vaciado la cavidad uterina, la presion se encuentra disminuida, no solamente en el útero, sino en todos los puntos vecinos. Sin embargo, la presion permanece constante en las trompas llenas de líquido todavía, y existe, por tanto, tendencia á la rotura en los puntos en que la tension está reducida al minimum. Es preciso, además, tener en cuenta el poco espesor de la pared del saco y la accion del esfuerzo, que obra con mucha mayor energía despues que ántes de la operacion, en apoyo de cuya interpretacion recordaremos que, lo más frecuentemente, la perforacion sobreviene de una manera brusca cuando la enferma se vuelve estando en la cama, cuando ejecuta un movimiento violento, cuando hace un esfuerzo para defecar, etc. Pero existe una circunstancia que actúa más activamente que las demas; hablamos de las tracciones que el útero, disminuido de volúmen, ejerce sobre las trompas, que tan frecuentemente contraen adherencias con los órganos vecinos, y principalmente con el peritoneo parietal. La trompa, fija en su situacion, no puede obedecer á las tracciones ejercidas por el útero y se rompe. De esta suerte es como puede explicarse la rotura, cuando súbitamente la mujer hace un esfuerzo, cuando se produce una fuerte contraccion uterina, porque el útero tiende á dislocarse y las tracciones que ejerce sobre la trompa aumentan de intensidad.

Finalmente, en muchos casos es preciso atribuir la rotura á un tratamiento poco apropiado. En efecto, cuando se quiere diluir las materias contenidas en el saco por medio de inyecciones forzadas, no se obtiene frecuentemente otro resultado que el de provocar las contracciones uterinas, y ya conocemos la accion nociva de estas últimas.

Otros autores han creído que debían favorecer el derrame de líquido comprimiendo directamente el saco ó estrujándole á traves de la pared abdominal, procedimiento que tambien es en extremo peligroso. Conocemos nosotros muy exactamente las causas de la rotura y por ello adoptamos un cierto número de precauciones capaces de ponernos

al abrigo de este accidente. Desde el principio deberemos evitar todo lo que pueda ocasionar la putrefaccion en la cara interna del saco, y al efecto recurriremos al método antiséptico más severo.

Es importante elegir bien el momento oportuno en que deberá practicarse la operacion.

La congestión menstrual, entrañando siempre un aumento de volumen del saco, favorece la rotura. Deberá, pues, operarse inmediatamente al fin de una época menstrual, es decir, el mayor tiempo posible antes de un nuevo período. Desgraciadamente, cuando la enfermedad es muy antigua es muy difícil reconocer las épocas menstruales, que se señalan solamente por una exacerbación periódica de los dolores permanentes experimentados por la enferma. Es preciso, además, otorgar la merecida importancia á la manera de vaciar el saco. Es necesario que la evacuación de líquido sea lenta, porque de otra suerte se provocaría una depresión muy rápida en la cavidad abdominal y las adherencias se romperían. Es indispensable, por otra parte, evitar á toda costa la compresión directa ejercida sobre el saco abierto, y deberán administrarse los anestésicos á fin de evitar todo esfuerzo (Breisky). Desgraciadamente, los anestésicos, provocando más tarde el vómito, impiden frecuentemente la realización del fin que nos proponemos alcanzar. Mientras se vacía el saco, por medio de un vendaje uatado se podrá ejercer una ligera compresión sobre toda la pared abdominal, compensando de ésta suerte la depresión debida al derrame de líquido. Merced á este procedimiento, la presión que existe en el interior de los sacos tubarios no será sensiblemente diferente de la que existe fuera de estos órganos, y se evitarán ó al ménos se reducirán al mínimum las diferencias de presión que existen durante la tos, etc.

Los procedimientos que acabamos de describir ofrecen además la ventaja de oponerse á la penetración del aire en la herida, lo que acaece fácilmente cuando las adherencias ó la escasa elasticidad de los tejidos impiden á las paredes adaptarse á medida que el líquido se derrama. Nos opondremos además á la entrada del aire evitando, *durante y despues* de la operacion, todo lo que pudiera mantener abiertos la herida operatoria y el conducto vaginal (*Nota bibliográfica núm. 1*). Es preciso sobre todo evitar este accidente cuando la presión está en notable descenso en el interior del saco y cuando el derrame no se efectúa sino con suma lentitud.

Por otra parte, para evitar la fermentación de los restos que quedan en el saco es preciso cuidar que la salida de líquidos se efectúe libre y constantemente. Cuando se trata de un simple tabique membranoso es fácil dar al orificio dimensiones y forma convenientes. Pero cuando se trata de una estenosis extensa, se hace casi siempre necesario mantener abierto el conducto que se ha creado á beneficio de la perma-

nencia de cánulas ó de tubos de cristal. Cuando se haya recurrido á estos instrumentos, deberá practicarse la oclusion de la herida de la manera más aséptica posible para que no pueda penetrar el aire sino debidamente desinfectado.

Terminada la operacion, se hará tomar á la enferma el opio ó la morfina á alta dosis, á fin de obtener un reposo completo del intestino y del útero y para evitar todo género de esfuerzos.

Merced á estas precauciones se disminuye singularmente la frecuencia de las roturas. No obstante, ofrecen el inconveniente de dejar en la cavidad abdominal un saco tubario lleno de sangre, y ya porque este quiste no se haya vaciado en la cavidad uterina y ya porque su contenido no se haya reabsorbido, la mujer no está al abrigo de una perforacion. Hé aquí por qué Kaltenbach propuso en 1874 (*Nota bibliográfica núm. 2*) puncionar aisladamente la trompa por la vagina ó por el recto, proposicion que ha sido bien acogida por los operadores (*Nota bibliográfica núm. 3*). Pero hasta ahora nos parece que no ha sido llevada al terreno de la práctica todavía, sin embargo de no haber faltado en estos últimos tiempos casos de roturas seguidos de muerte (*Nota bibliográfica núm. 4*). A la altura que ha llegado hoy la cirugía abdominal, no debe rechazarse la extirpacion del saco tubario, y la laparotomía, seguida del desagüe abdominal, parece ser el único recurso de salvacion cuando ha tenido lugar la rotura.

[En la sesion celebrada el 27 de Julio último por la Sociedad de Cirugía de París dió cuenta el Sr. Berger de un informe relativo á una observacion del Dr. Jeannel sobre un caso de *retencion de las reglas en una de las mitades de un útero doble, obliterado á nivel del cuello*, operado por incision del tumor que formaba prominencia en la vagina, incision que dió salida á 1 litro de sangre y algunos coágulos, habiendo fallecido la enferma dos horas despues de operada.

Este informe ha dado origen á un debate entre su autor y el doctor Championnière, el cual opina que en esta observacion se habia cometido un error de diagnóstico, puesto que, á su juicio, se trataba de un hematocele que debió haberse operado por laparotomía, opinion que fué combatida por el Dr. Berger, el cual sostuvo que no era tan inofensiva la operacion que exige la retencion menstrual por atresia, criterio que combatió su adversario.

Aunque en el caso de que se trata es admisible un error de diagnóstico, siempre resulta comprobada la opinion de los Sres. Hegar y Kaltenbach, que la operacion de que se trata entraña riesgos de alguna importancia, por cuya razon citamos el hecho. — *M. G. de S.J*

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Citaremos aquí el procedimiento antiguamente preconizado, que con-

sistía en introducir cotidianamente el dedo ó una sonda, á fin de mantener abierta la herida operatoria, y el empleo frecuente de inyecciones vaginales, sin que el operador se pusiera á cubierto de la entrada del aire.

2) *Op. Gyn. p. Ed.*, pág. 321.

3) Haussmann (*loc. cit.*) la ha recomendado despues de haber vaciado el saco tubario por la pared abdominal.

4) Véanse los casos de Winckel y Billroth en Nacke, *Arch. f. Gyn.*, y Steiner, *Wiener med. Wochensch.*, 1871, núms. 29 y 30.

Art. 7.º — Tratamiento consecutivo. — Pronóstico.

De los principios que acabamos de exponer en los artículos anteriores es fácil deducir las reglas que deberán presidir al establecimiento del plan consecutivo á la operacion.

Se inmovilizará el abdómen á beneficio de un vendaje uatado, y para ello bastará anudar el que ya se ha aplicado durante la evacuacion del saco. Se aplicará á la vulva un tapon, tambien de uata, bien desinfectado, á fin de absorber los líquidos que puedan derramarse despues de la operacion y de oponerse á la introduccion del aire.

La enferma deberá guardar el más absoluto reposo en la cama por espacio de diez ó doce días á lo ménos, y durante este tiempo no deberá volverse, sentarse ni levantarse. Ya hemos visto que durante los ocho primeros días deberá administrarse el opio ó la morfina, y durante el mismo período sólo deberá tomar alimentos líquidos.

Se facilitarán las primeras evacuaciones por medio de lavativas y purgantes, y si fuere necesario se practicará la extraccion manual ó instrumental de los excrementos. En todo caso, la enferma deberá guardar cama hasta la terminacion del primer período menstrual.

Finalmente, miéntras dure el tratamiento consecutivo, el cirujano deberá perseguir un doble fin: mantener permeable el conducto y oponerse á la putrefaccion de las materias que pudieran encontrarse detenidas en el interior del saco. Puede obtenerse este resultado sin grandes dificultades, á ménos que no se trate de una atresia muy extensa y que el orificio de la perforacion no sea muy estrecho. En efecto, en estos casos se observa que el conducto que se ha establecido se oblitera, y este fenómeno se produce con tal frecuencia que de 42 casos reunidos por Puech, ha habido necesidad de operar de nuevo en 14.

Antiguamente, á fin de evitar este inconveniente, se dejaba en el orificio la cánula de un trócar, un catéter elástico, un tubo metálico, etcétera; pero siguiendo este procedimiento nos exponemos á otro peligro. El aire no desinfectado penetra en la cavidad del saco, los coágulos que en éste se encuentran detenidos se descomponen y á consecuencia de esta descomposicion se producen en las paredes del saco

fenómenos inflamatorios que aumentan las probabilidades de una rotura. Para obviar este inconveniente se ha recurrido á cánulas dobles que permitan practicar inyecciones antisépticas; tales son, por ejemplo, el doble trócar de Rixby (*Nota bibliográfica*) y la doble cánula en forma de pipa, ideada por Breisky.

La *fig. 41* representa la pinza-cánula de Breisky, pinza que está constituida por dos valvas susceptibles de separarse la una de la otra.

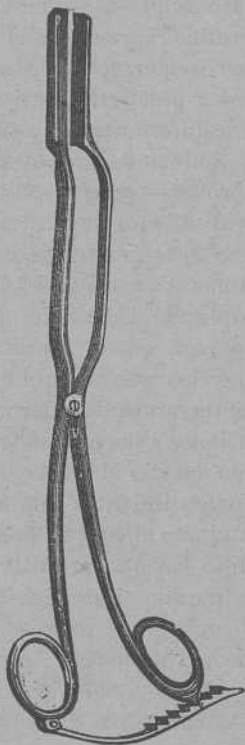


Fig. 41.



Fig. 42.

Se puede con este instrumento, que su autor dirige sobre su trócar, dilatar lo bastante el orificio de la puncion para que pueda introducirse un doble tubo (*fig. 42*). Este último instrumento se termina por una porcion ensanchada que se coloca á nivel de la antigua entrechez; la otra extremidad se dirige hácia afuera y permite practicar en el interior del saco inyecciones antisépticas. Breisky ha recurrido dos veces á este instrumento y ha quedado satisfecho; sin embargo, este aparato no se opone á la penetracion del aire.

Nosotros creemos que en muchos casos podemos oponernos completamente á la penetracion del aire ó hacerle inofensivo practicando la oclusion antiséptica de las cánulas, resultado que se obtiene muy fácilmente introduciendo la extremidad del tubo de desagüe en un vaso lleno de un líquido antiséptico ó rodeándole de una capa de uata fenicada. En una palabra, es preciso seguir el método que nosotros hemos indicado al estudiar los medios de establecer el desagüe en el repliegue de Douglas. Si las cánulas que han de emplearse son de grueso calibre, podrán rodearse de uata sus extremidades ó adaptar á éstas un tubo de cautchuc, cuyo extremo terminal vaya á sumergirse en una vasija llena de un líquido antiséptico, segun el procedimiento anteriormente indicado. Si la oclusion se ha practicado antisépticamente, no será necesario hacer inyecciones desinfectantes. Se recurrirá á estas últimas cuando la naturaleza de los productos segregados y la marcha de la temperatura (que deberá comprobarse cada dos ó tres horas) lo exijan. Cuando estén indicadas las inyecciones se practicarán con arreglo al procedimiento que en el lugar correspondiente hemos indicado, pero es necesario no inyectar jamás gran cantidad de líquido, ni con una presion muy elevada. Se empleará el embudo, que no se elevará á mayor altura que la necesaria para que el líquido pueda verterse por la cánula. Además, será preciso que el líquido antiséptico elegido para la inyeccion esté á la temperatura del cuerpo.

Acabamos de estudiar las precauciones á las cuales debe recurrirse para mantener permeable el conducto creado durante la operacion; pero es preciso describir aparte los procedimientos que conviene emplear cuando se quiere dilatar un conducto al cual se le han dado pequeñas dimensiones ó que ha perdido las que primitivamente se le habían dado, á consecuencia de la retraccion cicatricial. Antiguamente, inmediatamente despues de la operacion se practicaba la dilatacion con la esponja preparada, los dedos, bujías, etc.; pero este procedimiento no deja de ofrecer malos resultados, no debiendo recurrirse á él sino cuando el volúmen del saco tubario haya disminuido lo bastante para que haya desaparecido en parte el peligro de una rotura.

En todos los casos en que la atresia ocupa una extension superior á 2 centímetros próximamente, se puede impedir la obliteracion del conducto haciendo deslizar la mucosa vaginal sobre la herida y suturando el colgajo superior al colgajo inferior, y por escaso que sea el número de puntos en que se obtenga la reunion, podremos tener la seguridad de que el conducto permanezca abierto.

El pronóstico de la operacion depende ante todo de la disposicion anatómica de los tejidos que obliteren el conducto genital. Es preciso tambien tener en cuenta el tiempo de que data la retencion. En efecto, cuanto más extensa es la adherencia, cuanto más inaccesible es la re-

gion en que haya de operarse, más peligrosa es la operacion. Cuando la retencion es antigua deben temerse las modificaciones de origen inflamatorio que han podido producirse en los órganos vecinos, y es preciso temer más la presencia de adherencias y de sacos sanguíneos aislados en las trompas.

Si nos referimos á la monografia de Puech, veremos que de 139 operaciones en casos de obturacion himeneal, en 6 la operacion fué seguida de muerte. En 28 casos de atresia congénita de la vagina operados no pudo terminarse la operacion en 2 y 6 terminaron por la muerte, de ellos 4 á consecuencia de la rotura del saco. De 33 atresias adquiridas, operadas tambien, en 8 la operacion fué incompleta y 6 terminaron por la muerte, uno de ellos por rotura. De 42 operaciones en casos de obliteracion del útero, 4 ocasionaron la muerte.

En todos los casos en que la operacion ha sido coronada de feliz éxito, cuando no existía ninguna otra complicacion, las funciones sexuales se han restablecido en toda su integridad, las mujeres han podido concebir algunas semanas ó algunos meses despues de la operacion (Casper, Mauriceau, Lane) y, en su consecuencia, han podido parir muchas veces sin accidente alguno.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Si se quiere emplear un trócar construido con arreglo al modelo del instrumento de Thompson, el tubo puede fijarse previamente á la cánula y durante toda la operacion está la herida al abrigo del aire.

Art. 8.º — Obturacion de la vagina. — Operacion.

De tal suerte puede observarse la obturacion de la vagina, que parezca á simple vista que existe un doble conducto vaginal. En este caso, la deformidad es lo más comunmente congénita y es preciso atribuirlo á una falta de desarrollo. En muchos casos no obstante más raros, existen en la vagina bridas ligamentosas irregulares, debidas á que los colgajos de la mucosa vaginal ó del hocico de tenca han sido desgarrados durante un parto y han venido á adherirse á un punto cualquiera de la pared vaginal. Estos tabiques no ofrecen intereses alguno sino en algunos casos excepcionales, cuando se combinan con la obliteracion de una mitad de la vagina ó del útero, ó cuando se oponen á la verificacion del coito. Pueden adquirir cierta importancia bajo el punto de vista obstétrico, oponiéndose á la progresion del feto.

Rogers y Breisky se han visto obligados á seccionar estos tabiques á causa de los dolores que provocaba el coito. En el caso de Breisky

(*Nota bibliográfica*) se trataba de una banda carnososa de 2,8 centímetros de larga por 1,2 centímetros de ancha, que se extendía desde el labio anterior del hocico de tenca á la pared izquierda de la vagina, insertándose á 4 centímetros del anillo vaginal y habiéndose producido despues de un parto.

Santesson seccionó un tabique que obturaba la vagina para crearse paso hácia un útero bicorné. Es muy raro que las bridas de que nos ocupamos sean muy vasculares; sin embargo, por lo comun se aplican sobre ellas dos ligaduras en masa, entre las cuales se practica la seccion.

En el caso de Breisky la riqueza vascular era tan grande, que este cirujano se vió en la necesidad de aplicar algunas suturas.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Krankheiten der vagina, pág. 61.

APÉNDICE

OPERACION EN LOS CASOS DE ATRESIA DEL ANO ABIERTO EN LA VAGINA

LITERATURA

- Rhea Barton. *Medic. Record*, t. VII, pág. 357, Filadelfia, 1824.
Blasius. *Atresia ani vaginalis, Handbuch der Chirurgie*, 2.^a edicion, 1841, t. III, pág. 251.
Dieffenbach. *Die operative Chirurgie*, I, pág. 277.
Curling. *Ueber die operative Behandl. der angeb. Missbildung d. Mastd.* *Medico-chirurg. Transact.*, t. XLIII, 1860, pág. 271.
Francesco Rizzoli. *Dell' ano vulvare etc.*, Bologna, 1874.
Esmarch. *Die Erkrankungen des Mastdarms u. Atfers. Billroth-Pitga'sches Handb. d. allg. u. spec. Chir.*, págs. 37 á 39.

En los casos en que nos ocupamos, el ano falta completamente ó se encuentra representado por una simple depresion. La extremidad inferior del recto se abre generalmente por encima del periné en la pared posterior de la vagina (*Nota bibliográfica*). Muy frecuentemente la mucosa rectal forma prominencia á traves del orificio por el cual el recto comunica con la vagina. Si el orificio es muy ancho, los dolores son por lo comun muy poco intensos, y si aquél está rodeado de una especie de esfinter especial (Kiwisch, Veit), no se observa la incontinencia de las materias fecales. Pero si el orificio vaginal es muy estrecho, la evacuacion de las materias fecales se hace muy difícil, y aún si se trata de un recién nacido, es necesario intervenir quirúrgicamente si se le ha de salvar la vida. En otros casos está indicada la intervencion quirúrgica porque no pueden ejercitarse las funciones sexuales ó porque hay una verdadera incontinencia de las materias fecales.

Dieffenbach describe dos procedimientos operatorios.

El primer procedimiento consiste en hacer penetrar inmediatamen-

te por detras de la fosa navicular un bisturi que, respetando la pared de la vagina, se dirija hácia una sonda acanalada introducida en el recto. Se dividirá completamente la piel hasta el cóxis, se aislará el recto, y los labios de la mucosa se suturarán á los labios de la herida cutánea. Más tarde se tratará de obtener la obliteracion del orificio vaginal por medio de cauterizaciones con el nitrato argéntico.

El segundo procedimiento de Dieffenbach es mucho mejor, de tal suerte que aún hoy es seguido en sus líneas generales.

Se aislará la parte inferior del recto de la cara posterior de la vagina, y despues se atraerá hácia atras, y se fijará en la situacion que hubiera debido tener naturalmente.

Desde el principio escinde Dieffenbach un segmento oval de piel á nivel de la region anal, y para procurarse mayor campo visual hace en la parte anterior del periné una incision transversal. Esmarch se contenta con practicar en el rafe una simple incision longitudinal, partiendo de la extremidad del cóxis á la comisura posterior de la vulva. Hecho esto, se aislará lo mejor posible el fondo de saco rectal del tejido celular vecino, y para terminar, con unas tijeras de hoja muy fina se seccionará la extremidad terminal del recto que se abre en la vagina. Existe, en verdad, un agujero en la pared posterior de la vagina, pero será fácil hacerle desaparecer por medio de algunos puntos de sutura aplicados por la vagina.

Por medio de pequeños cortes de tijera se desprenderá entónces la extremidad del intestino, que podrá llevarse hácia atras y hácia abajo, suturando luégo sus paredes á los labios de la herida que se ha hecho en la piel.

A nivel del ángulo anterior de la incision cutánea se suturarán entre sí los dos labios de la herida, obteniéndose de esta suerte un periné más ancho.

Esmarch creyó que operando de la manera precedente, las fibras del esfínter externo que rodean el orificio anormal del recto podían ser trasplantadas á su situacion normal.

Ciertos operadores (Blasius, Rhea Barton) han propuesto practicar la operacion en dos sesiones, limitándose en la primera á incidir todo el periné, partiendo del ano vaginal, y á suturar los labios de la pared rectal á la herida cutánea, obteniendo de esta suerte una cloaca: en la segunda sesion practicaban una perineoplastia. Es muy fácil comprender, segun hemos dicho anteriormente, todas las objeciones que se pueden formular contra este método.

La operacion no provoca generalmente graves hemorragias, es bien soportada aún por las niñas recién nacidas y daba buenos resultados aún antes de apelarse al método antiséptico. De 10 operaciones reunidas por Curling, sólo una terminó por la muerte.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

No nos ocupamos aquí de los casos muy raros en los cuales el intestino se termina por un fondo de saco que queda muy elevado y que se abre solamente en el fondo de saco vaginal.

CAPÍTULO II

OPERACIONES QUE EXIGEN LAS FÍSTULAS URINARIAS

Artículo 1.º — Literatura é historia de la operacion.

AUTORES ANTIGUOS

- Sev. Pinaeus. *Opusc. physiol. et anat.*, París, 1597.
L. Mercatus. *De communibus Opera. ed. Hartm. Beyer*, fol. 1.608, 1.614, 1.620, lib. II, cap. XXV, pág. 965.
F. Plater *Praxis medica Basil.*, 1625. *De mulierum partibus generationi dicatis in Spachii gynaeceorum*, etc., Argent, 1597.
Roonhuyzen. *Heelkonstige Aanmerkingen betr. de gebreken der vrouwen*, Amsterdam, 1663.
Mauriceau. *Traité des maladies des femmes*, París, 1712. *Nouv. obs.*, números 46 y 88.
Levret. *L'art des accouchements*, París, 1753.
Nägele. *Erfahrungen u. Abhandl. a. d. Gebiete d. Krankh. d. weibl. Geschl.*, Mannheim, 1812, pág. 373.
Schreger. *Ann. d. chirurg. Klinikums d. Univ.*, Erlangen, 1817.
Blasius. *Handbuch d. Chirurg.*, III, pág. 460.
Kilian. 1) *Die rein chirurg. operat. d. Geburtshelfers*, Bonn, 1835, pág. 247, y *Operationslehre. f. Geburtshelfer*, Bonn, 1853.
Dieffenbach. 1) *Die operat. Chirurg.*, v. I; 2) *Med. Zeitschr. d. Vereins f. Heilk. in Preussen*, Berlin, 1836, núms. 24 y 25.
Wutzer. *Organon f. d. gesammte Heilkunde*, Bonn, 1843, pág. 34.

AUTORES MODERNOS

- Jobert de Lamballe. 1) *Lancette française*, 1834, núms. 102, y 110; 2) *Mém. sur les fistules*, París, 1836; 3) *Traité de chirurg. plastique*, 1849, t. II; 4) *Gaz. des hôp.*, núm. 15, 1856, y núm. 59, 1862.
Vidal de Cassis. *Traité de pathol. ext.*, París, 1841, y *Siebold's Journ.*, III, pág. 331, 1834.

Roser. *Arch. f. physiol., Heilk.*, 1842, pág. 145, y *Handb. d. anat. Chirurg.*, Tübingen, 1854.

Sims. M. 1) *On the treatment of vesico-vaginal fistula. Americ. Jour. of med. Sc.*, Enero 1852, pág. 59; 2) *Silver sutures in surgery*, New-York, 1858.

Simon. 1) *Ueber d. Heilung d. Blasenschf.*, Giessen, 1845; 2) *Deutsche Klinik.*, 1856, pág. 310; 3) *Scanzoni's Beitrage*, 1860, IV, págs. 1 y 170; 4) *Ueber d. Heilung d. Blschf. durch blutige Naht*, Rostock, 1862; 5) *Mitth. a. d. Rostock. Krankenh.*, Praga, 1868; 6) *Deutsche Klinik.*, 1868, núms. 45 y 48; 7) *Offener Brief an N. Bozeman*; 8) *Arch. f. klin. Chirurg.*, 1870, XII, página 573; 9) *Zur Op. d. Blschf., Vergleich d. Bozeman'schen Operationsmeth. mit. der d. Verf.* *Wien. med. Wochenschr.*, 1876, núm. 27-32.

Bozeman. 1) *Remarks on vesico-vaginal fistula*, 1856; 2) *Urethr.-vag. and vesico-vaginal fistula*, 1857; 3) *New-York med. Record*, II, núm. 43, pág. 433; 4) *Ann. de gynécol. de Paris*, t. VI, págs. 106-116, 1876.

Verneuil. 1) *Arch. de gyn.*, 5.^a serie, t. XII, pág. 654, 1858; 2) *Bullet. de la Société de Chirurgie*, 22 de Julio de 1863.

W. A. Freund. 1) *De fistula uretero-uterina conspectu historico fistula urin. mul.* *Vratisl.*, 1860; 2) *Klin. Beitr. z. Gyn., v. Betschl. u. Freund*, Breslau, 1862.

Wilms. *Ann. de Charité-Krankenh., in Berlin*, 1863, II.

Ulrich. 1) *Zeitschr. d. Wiener Aerzte*, 1863; 2) *Monatsschr. f. Gebh.*, XXII, pág. 317; 3) *Wochenbl. d. Wien. Aerzte*, 1866, núm. 10.

Emmet. 1) *Americ. Journ. of med. Sc.*, Octubre 1867, y 2) *Vesico-vaginal fistula*, New-York, 1868, pág. 19.

Courty. 1) *Gaz. des hôp.*, 51, 1868; 2) *Traité pratique des maladies de l'utérus*, Paris, 1872.

Kaltenbach. *Monatsschr. f. Gebh.*, t. XXXI, pág. 444, y *Die a. d. Freiburger gynæk. Klinik. aus. Urinfistelop*, Freiburg, 1868.

Heppner. *Monatsschr. f. Gebh.*, t. XXXIII.

Deroubaix. *Traité des fistules urogénitales de la femme*, Bruselas, 1870.

Hempel. *Arch. f. Gyn.*, X, 3 H.

Bandl. 1) *Wien. med. Wochenschr.*, 1876; 2) *Ibidem loco*, 1877, núm. 30 bis, 32; 37-40; 45-47.

Winckel. *Die Krankh. d. weibl. Harnroehre u. Blase*, Stuttgart, 1877, páginas 95-156.

Se conoce la fistula urinaria en la mujer desde el fin del siglo xvi en que la describió por primera vez Severino Pineau, año 1597. Poco tiempo despues de él, Luis Mercado y Félix Plater se ocuparon tambien de ella; pero los primeros datos serios á este respecto los debemos á los grandes tocólogos del siglo xviii, Mauriceau y Levret. Sin embargo, fué preciso mucho tiempo para que los médicos confiasen en el tratamiento operatorio de las fistulas. Sin duda alguna, la idea primitiva del tratamiento quirúrgico se encuentra en Mercado; pero las primeras tentativas que se practicaron fueron por medio de la cauterizacion, método que en parte ha sido continuado hasta nuestros días. Fa-

bricio de Hilden, Mauriceau, Levret y más tarde Dessault y Chopart han preconizado el taponamiento vaginal, combinado con la presencia de una sonda permanente en la vejiga, y creyeron que debían atribuir esta conducta, así como á la presencia del catéter (Bundell), numerosos casos de curacion.

Hendrick van Roonhuysen, en 1663, ha sido el primero que ha recomendado el avivamiento y la sutura en la operacion de la fístula. En 1687 Voelter hizo una sutura entrecortada, pero sin resultado. La primera vez que la sutura ha ocasionado la curacion parece que ha sido la practicada por Suisse Fatio en 1752. La sutura cayó despues completamente en el olvido hasta principios del presente siglo, en que Nægele la recomendó calurosamente, apoyándose sobre nuevos hechos. Entónces se experimentaron los procedimientos de sutura más variados: la sutura ensortijada (Nægele, Roux, Wutzer); la sutura entrecortada (Schreger, Ehrmann); la sutura plegada (Blasius); la sutura de pellejero (Schreger, Colombat), y los hilos empleados fueron la seda, el cáñamo, el lino, el oro (Gosset). Para la sutura ensortijada se emplearon las agujas de oro (Betschler), de plata y de acero, rectas y curvas (Nægele). Wutzer empleaba simples agujas de insectos. Lewzisky, Nægele y Deyber colocaban los hilos por la vejiga, valiéndose de instrumentos muy complicados. Los hilos debían ser retirados por el conducto uretral. Diferentes cirujanos, rechazando el avivamiento cruento, ensayaron combinar la cauterizacion con la sutura. Dieffenbach, por ejemplo, hacía la sutura despues de haber cauterizado con la tintura de cantáridas. Ehrmann suturaba por medio de un hilo anudado, despues de haber hecho una cauterizacion mixta por medio del nitrato de plata ó del hierro candente. La sutura comprende, ademas, otros métodos en los cuales los bordes de la fístula, avivados ó no, cauterizados ó no, pueden ser puestos en contacto por garras ó pinzas (Nægele, Lallemand, Laugier y Wutzer). Finalmente, para reemplazar las paredes vesicales destruidas puede apelarse á la trasplantacion, pudiendo en este caso utilizarse las paredes vesical ó vaginal, el cuello uterino, la piel de los labios y la de los muslos.

Esta inmensa variedad de procedimientos demuestra suficientemente que ninguno de ellos da resultados completamente satisfactorios. Wutzer, por ejemplo, que se ha dedicado á esta operacion con una rara paciencia, hasta 1842 no ha obtenido más que 4 curaciones de 18 operadas, y de 1842 á 1852, 7 curaciones de 17 operadas, ó sea, en resúmen, 11 curaciones de 31 operadas.

Se atribuyen los malos resultados de la operacion á causas erróneas. Se ha creído que debían acusarse los éxitos desgraciados á la falta de tendencia á la cicatrizacion en los tejidos sobre que se operaba, á la salida de la orina por la herida y á la disminucion de la capacidad y de

la extensibilidad de la vejiga (Vidal de Cassis), y, sin embargo, todos los fracasos dependen de las dificultades que se experimentan para descubrir el campo operatorio y de la insuficiencia del avivamiento. Antiguamente se descubría el campo operatorio con pinzas romas que casi equivalían á nuestras actuales palancas (Wutzer) y se obligaba á formar prominencia á la fistula por medio de un espéculo de dos ó tres valvas ó cilíndrico que ofreciera una ventana á nivel de la fistula. Lucke y Dieffenbach encontraban ventajas en hacer que descendiera la fistula por medio de erinas, y Kilian y Hayward en hacerla salir por medio de un catéter. Para demostrar cuán difícil era por medio de estos métodos descubrir completamente la fistula, nos bastará citar la práctica de Dieffenbach, que practicaba el avivamiento y la sutura dirigiéndose solamente por el tacto, y la conducta seguida por Sanson, que incidía la uretra en sus partes laterales é introducía el dedo en la vejiga para hacer salir á la fistula.

El avivamiento consistía en una escarificación superficial; á lo sumo se extirpaba un rodete que tuviera una línea de espesor, recorriendo de esta suerte un círculo vicioso. Se temía extirpar mucho por no aumentar la extensión de la fistula en los casos en que la operación no tuviera éxito, y no se daban cuenta de que precisamente fracasaba la operación porque el avivamiento era muy limitado. Tan es así, que Dieffenbach, por ejemplo, decía: «Yo he visto fistulas del tamaño de un guisante pequeño alcanzar las dimensiones de un garbanzo grande después del avivamiento ó de la cauterización; un orificio que tenía dimensiones determinadas, adquirir doble diámetro, ocurriendo otro tanto con la fistula.» El temor de una gran hemorragia impide á muchos cirujanos practicar un avivamiento suficiente.

El método antiplástico por deslizamiento de Jobert de Lamballe constituye un progreso importante. Este autor ha perfeccionado los métodos que permiten descubrir la fistula, haciendo descender al útero, por medio de una pinza de Museaux, lo más abajo posible, obligando á la fistula á formar prominencia por medio del catéter introducido en la vejiga. Se avivan los labios de la fistula en todo el espesor de la cloaca vesico-vaginal y también trasversalmente. La aproximación de los bordes de la herida se hace más fácilmente cuando existen un labio anterior y otro posterior que cuando se trata de reunir dos labios laterales. En efecto, en el primer caso puede contarse con la gran movilidad del útero y de la pared vesical. Los puntos de entrada y de salida de los hilos se colocan de 5 milímetros á 1 centímetro de los bordes de la herida, y la sutura debe comprender todo el espesor de la pared vesico-vaginal. Jobert cuidaba mucho de evitar las grandes pérdidas de sustancia y la presencia de bridas cicatriciales sobre la pared vesical, porque el afrontamiento de los bordes de la herida no

puede hacerse sino á costa de considerables tracciones, siempre perjudiciales, de tal suerte, que él otorga una gran importancia en su método á ciertas incisiones practicadas sobre la pared vaginal y siempre paralelas á los bordes de la fístula, ya sean longitudinales, ya trasversales. Algunas veces disecaba también el fondo de saco vaginal, disociando así la vejiga de la pared anterior del cuello (incision de Jobert). En algunos casos incidía trasversalmente el labio anterior del hocico de tenca. En cuanto á la diseccion del canal de la uretra por debajo de la sínfisis, el mismo Jobert la abandonó más tarde.

Los resultados obtenidos por este método traspasaron mucho los éxitos ántes obtenidos y esta operacion hizo mucho ruido en el mundo científico. Pero el gran progreso de este método no reside solamente, como creía el autor, en la incision libertadora, sino más bien en el progreso aportado al descubrimiento de la fístula y, ante todo, en el amplio avivamiento de la misma.

Sims realizó un nuevo progreso en esta operacion. Sus primeras tentativas datan de 1845 y sus primeros éxitos de 1849. El principal progreso que debe atribuirse al método de Sims reside en la facilidad con que se descubre el campo operatorio de la fístula, haciendo adoptar á la enferma el decúbito lateral y empleando los espéculos que llevan el nombre de tan distinguido ginecólogo. Sims avivaba muy ampliamente los bordes de la fístula, pero respetando la mucosa vesical, y, por último, introdujo en la práctica la sutura con el hilo de plata.

Bozeman, discípulo de Sims, no conserva del método operatorio de su maestro más que el procedimiento de avivar la fístula. Opera colocando á las enfermas en decúbito genu-pectoral y ha ideado un nuevo procedimiento de sutura. Este autor considera como muy importante dilatar previamente la vagina, cuyo calibre esté estrechado por la retraccion del tejido cicatricial, y ha modificado ventajosamente el manual operatorio ideando algunos instrumentos muy útiles.

Bozeman y Sims recorrieron la Inglaterra, la Francia y una parte de Alemania y propagaron de esta suerte el método llamado americano. La operacion fué acogida con gran entusiasmo, principalmente en Inglaterra, y se fué tan léjos en este entusiasmo, que la sutura con los hilos de plata fué considerada como una de las grandes conquistas de la cirugía operatoria del siglo XIX.

Simon ha sido el que ha llevado á la perfeccion actual el manual operatorio de la fístula urinaria en la mujer. Este cirujano desde 1853 se ha dedicado con verdadera constancia al estudio de esta cuestion. Él ha sido el primero que ha establecido sobre una base á la vez científica y práctica los principios fundamentales de la operacion y demostrado que el punto capital, como en las demas operaciones plásticas, está en avivar bien las superficies y suturar cuidadosamente. Él

ha obtenido sus brillantes resultados suturando con hilo de seda y, apoyándose sobre investigaciones experimentales, ha demostrado que la materia constitutiva de los hilos de sutura no tenía más que una importancia secundaria bajo el punto de vista de los resultados de la operacion. Sims tiene ademas el mérito de haber simplificado notablemente el tratamiento consecutivo y de haber perfeccionado el manual operatorio en los casos difíciles. Finalmente, este cirujano ha ideado un método nuevo, « la obliteracion trasversal de la vagina », que permite hacer desaparecer la incontinencia de orina en los casos conceptuados hasta ahora como incurables.

Las opiniones de Simon son aceptadas generalmente; sin embargo, cuanto más se familiarizan los médicos con la operacion de la fistula, más informan su práctica en un sano eclecticismo.

En Alemania los nombres de Poser, Wilms, Hegar, Freund, Spiegelberg, etc., son inseparables de los progresos efectuados en esta operacion; Simpson, B. Brown, Sp. Wells, Watson, Coghill y Marshal en Inglaterra; Verneuil, Follin y Courty en Francia, son los que principalmente se han ocupado de la operacion de la fistula, que, gracias á Szymanowsky y á Heppner, ha recibido derecho de ciudadanía en Rusia. En Bélgica, Deroubaix ha publicado una obra importante sobre las fistulas urinarias en la mujer, y refiere en ella un gran número de observaciones personales. En Austria, Ulrich se ha declarado entusiasta defensor de la operacion, y ya había obtenido notables resultados ántes de que se conocieran los recientes progresos aportados al manual operatorio. Despues, Braun, Salzer y Bandl se han ocupado mucho de esta operacion. En Italia, Peruzzi, Mazzoni y Bottini han obtenido buenos resultados del método de Sims.

NOTA

El torneo operatorio que tuvo lugar en Heidelberg en 1874, en el cual tomaron parte Simon y Bozeman, demostró las respectivas ventajas que podían obtenerse de cada uno de estos dos métodos. Véase *Wien. Med. Wochensch.*, 1876.

Art. 2.º — Anatomía patológica de la fistula urinaria.

Lo más comunmente, la fistula urinaria se produce despues de un parto difícil, debiendo atribuirse, ya á la gangrena por compresion, ya á una intervencion mal dirigida. En cuanto á las demas causas de las fistulas que pueden ser objeto de una operacion, apénas podemos considerar otras que la perforacion de la pared vesico-vaginal por pesarios ó por cálculos vesicales.

La pared que separa el conducto genital de las vías urinarias puede

ser perforada en diferentes puntos, y así podemos encontrarnos con fistulas uretro-vaginales, vesico-uterinas, uretero-vaginales y uretero-uterinas. En algunos casos, muchas de estas variedades pueden presentarse simultáneamente y, por tanto, observarse en un mismo individuo:

- 1.º Fistulas uretro-vaginales y vesico-vaginales.
- 2.º Vesico-vaginales y vesico-uterinas.
- 3.º Fistulas vesico-vaginales.

Las fistulas vesico-vaginales son, sin duda alguna, las más frecuentes, si bien durante mucho tiempo aquella frase ha sido empleada para designar todas las fistulas urinarias de la mujer. Pueden tener asiento en todos los puntos del tabique vesico-vaginal, que desde el meato urinario hasta el fondo de saco vaginal mide próximamente 5 centímetros de longitud y cerca de 4 de anchura. Según el sitio de la fistula, los bordes de la pérdida de sustancia están formados por la pared vesico-vaginal, extendiéndose á veces por abajo hasta el tabique uretro-vaginal, en tanto que por arriba el útero mismo puede contribuir á formar estas paredes. Desde Jobert se ha designado bajo el nombre de fistula vesico-útero-vaginal superficial toda pérdida de sustancia que tenga asiento en el fondo de saco vaginal y esté limitada profundamente por el labio anterior del hocico de tenca más ó ménos intacto (*fig. 43*). La fistula vesico-útero-vaginal se llama profunda si el labio anterior del hocico de tenca está completamente destruido. La fistula se abre directamente en el conducto cervical, que se confunde con la pared vaginal (*fig. 44*). Los labios de la solucion de continuidad se presentan en estados muy diferentes: paredes delgadas y cortantes, en otros casos engrosadas y rodeadas de tejido cicatricial en una gran extension.

Las fistulas vesico-vaginales son más frecuentes á la izquierda que á la derecha y muy rara vez tienen asiento en la línea media. Sus dimensiones varían desde el de un simple conducto que no admite más que la cabeza de un alfiler, hasta el de un orificio de algunos centímetros de diámetro. Cuando la fistula es muy extensa y predomina en una de las partes laterales, un fragmento de los uréteres participa frecuentemente de la solucion de continuidad, pudiendo á veces reconocerse directamente sus orificios en los bordes externos de la fistula. La *fig. 45*, que es esquemática, demuestra la vecindad de los uréteres con la fistula.

Los uréteres atraviesan la pared vesical siguiendo una direccion oblicua de fuera adentro y de arriba abajo, describiendo así bajo la mucosa un trayecto de 1 $\frac{1}{2}$ á 2 centímetros. Según Simon, el orificio de estos conductos está separado 4 centímetros del orificio interno del conducto de la uretra, 3 centímetros del orificio del hocico de

tencia y el uno del otro 2 á 3 centímetros. Estas medidas normales rara vez son mayores en los casos de fistulas; por el contrario, la distancia que, por ejemplo, separa el orificio del uréter del orificio del cuello de la vejiga puede, á consecuencia de la retraccion cicatricial, descender de 4 á 1,25 centímetros. Dada la situacion de los uréteres, se comprende que estos conductos participen de la formacion de una fistula, si esta lesion, situada en la union del tercio superior con el tercio medio de la vagina, se prolonga hácia las partes laterales de este conducto.

Las más pequeñas fistulas vesico-vaginales se presentan bajo la forma de simples hendiduras. Si son un poco más anchas describen un círculo, un óvalo de gran diámetro trasversal ó una media luna de concavidad superior; muy rara vez un óvalo de gran diámetro longitudinal. Las grandes soluciones de continuidad son cuadrangulares ó toman, á consecuencia de su extension sobre la uretra, la forma de un corazon de naípe francés ó de un triángulo.

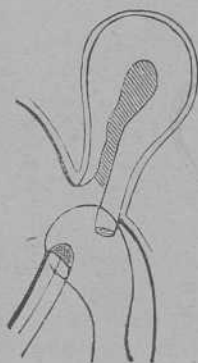


Fig. 43.

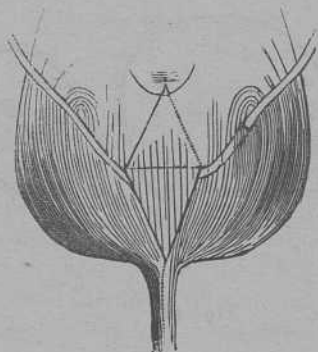


Fig. 44.

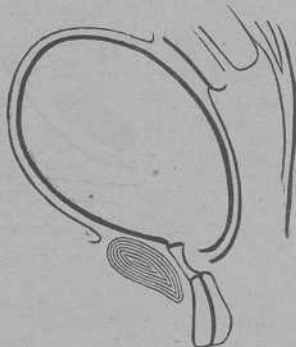


Fig. 45.

La capacidad de la vejiga está muy disminuida por las grandes soluciones de continuidad ó por la formacion de tejido cicatricial en el bajo fondo de la vejiga. Si toda la orina se derrama por la fistula, la vejiga se contrae de una manera continua y su pared se engrosa. Cuando durante el parto han sido considerables las lesiones traumáticas, la pared de la vejiga que corresponde á la sínfisis y el periestio que recubre el pubis pueden ser eliminados por la gangrena. Cuando en tales lesiones sobreviene la cicatrizacion, la vejiga toda entera y con ella la fistula quedan fijadas contra la cara posterior de la sínfisis. Estas fistulas «adherentes á los huesos» hacen la operacion extremadamente difícil.

La mucosa vesical forma muy frecuentemente hernia á través del orificio de la fistula, y se observa á veces producirse una verdadera inversion de una gran parte de la vejiga y aún de este órgano todo entero, que desciende en la vagina bajo la forma de una masa que tiene el volúmen de una nuez ó el de un huevo de gallina. Simon ha visto un caso en el cual la porcion de la vejiga herniada habia contraído adherencias con la pared posterior de la vagina. Se observa frecuentemente que la mucosa vesical se incrusta de sales úricas á nivel de los labios de la fistula ó que se forman gruesos cálculos en la vejiga.

El conducto de la uretra está frecuentemente estrechado cuando se trata de fistulas ya antiguas. Algunas veces se oblitera completamente á consecuencia de contusiones experimentadas durante el parto. La estrechez se extiende en una longitud de centímetro á centímetro y medio, y se prolonga frecuentemente sobre la vejiga en las regiones vecinas á la uretra. La estrechez uretral ofrece dos grandes variedades: ya cerca de la atresia hay una simple fistula vesico-vaginal, ya la es-

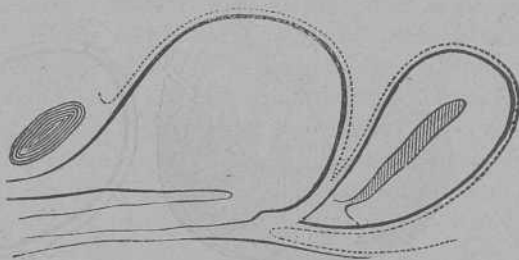


Fig. 46.

trechez está situada entre dos fistulas, de las cuales una es uretro-vaginal y la otra vesico-vaginal. La porcion permeable de la uretra se abre en este caso más ó ménos léjos del orificio externo por un orificio que puede tener el diámetro de un guisante, y despues se encuentra la porcion estrechada de la uretra. Inmediatamente detras está la fistula vesico-vaginal, que rara vez se encuentra alejada del bajo fondo de la vejiga. La fistula uretral colocada delante de la estrechez no debe ser solamente considerada como una simple sutura de la pared inferior del conducto de la uretra, sino que es el resultado de la caída de una parte del conducto fuertemente comprimido. Frecuentemente los puntos obliterados quedan muy léjos y fijos contra las sínfisis, y entónces se les puede reconocer muy fácilmente, porque el catéter sale del conducto de la uretra para penetrar directamente en la fistula vesico-vaginal (*fig. 45*). No se puede reconocer la disposicion real sino

después de haber separado las paredes con una erina. La estrechez forma la punta de un pliegue de flexion entre la vejiga y el conducto de la uretra (*fig. 46*). En algunos casos excepcionales la pared posterior del conducto de la uretra es la única que está perforada y no existe ninguna otra complicacion. Estas fistulas uretro vaginales se producen ménos á consecuencia de la gangrena por compresion que por heridas ó por esquiras óseas, por el catéter ó por los instrumentos de operaciones tocológicas.

Continuamente humectada por la orina, la mucosa vaginal se queda lisa como una membrana serosa. A veces se encuentran aquí y allá exulceraciones incrustadas de sales úricas; á veces, en fin, la irritacion producida por la orina amoniacal provoca la formacion de condilomas que pueden tener asiento en la vagina, á nivel de la vulva ó en la piel. Pero las modificaciones más importantes son debidas al traumatismo producido por el parto; la pared de la vagina está, sobre todo en los alrededores de la fistula, invadida por islotes de masas de tejido cicatricial; la pared anterior de la vagina, bajo la influencia de la retraccion, se acorta de tal suerte que puede observarse que la distancia que separa al meato del fondo de saco vaginal se reduce de 4 centímetros á 1 $\frac{1}{2}$ ó 2 centímetros. Es muy raro encontrar el útero en prolapso y la pared anterior de la vagina laxa y prolongada. En algunos casos, cuando la pérdida de sustancia es muy extensa, la cicatrizacion provoca la formacion de una estrechez anular de la vagina. El conducto, estrechándose cada vez más, termina entónces más ó ménos profundamente en la fistula, ó forma por debajo de ella un orificio redondeado ó aplastado dirigido hácia arriba y frecuentemente un poco á la izquierda, orificio cuyo diámetro puede variar entre algunos milímetros y 1 $\frac{1}{2}$ centímetros. Cuando esta estrechez radica á nivel ó por debajo de la fistula, se puede á veces penetrar con la sonda por delante en la vejiga y por detras en el útero. Pero frecuentemente el cateterismo no basta y el cirujano, si se trata de una amenorrea, queda en la duda y no puede determinar si la parte del conducto genital situada por encima de la estrechez comunica ó no libremente con la vejiga. El labio posterior de esta estrechez está constituido por un pliegue saliente de la pared posterior de la vagina que, en los casos en que la retraccion cicatricial es considerable, está por lo comun poco distante del fondo de saco vaginal y del fondo del repliegue de Douglas.

La vagina puede estar estrechada y aún completamente obliterada por encima de la fistula aunque el útero y una parte del fondo de saco vaginal estén completamente separados de la parte inferior de la vagina. En este caso el borde posterior de la fistula está formado por la pared vesico-vaginal aplicada contra la pared posterior de la vagina (*fig. 46*).

Generalmente el útero está también lesionado.

La porción vaginal está frecuentemente destruida por completo ó no quedan de ella más que algunos rudimentos triangulares del labio posterior del hocico de tenca. Si la gangrena por compresión es profunda, el conducto cervical puede obliterarse. Al principio el útero está por lo común aumentado de volumen (infarto crónico); más tarde se produce una atrofia que es fácil de hacer constar por el tacto rectal.

Cuando la lesión es extensa, cuando el útero ha sido sometido durante el parto á una compresión prolongada, se ven sobrevenir lesiones inflamatorias en los anejos, parametritis y perimetritis, á consecuencia de las cuales encontramos frecuentemente engrosamientos y nudosidades en los ligamentos y adherencias entre los diversos órganos pelvianos. Todas estas complicaciones provocan fácilmente la dislocación del útero — sobre todo la retroversión — así como la torsión de su revestimiento peritoneal. Los repliegues peritoneales anterior y posterior pueden estar entonces en relación directa con la fístula.

Normalmente, el punto de reflexión del peritoneo sobre la pared anterior del útero corresponde al orificio interno del cuello; el punto más profundo del fondo de saco vaginal anterior se encuentra á una distancia de 2 centímetros del hocico de tenca. Si la pared anterior del cuello está afectada, la retracción cicatricial puede obligar al peritoneo á descender hasta á nivel del labio superior de una fístula útero-vesicovaginal. Otro tanto ocurre en los casos de cistocele muy marcados, porque la vejiga entraña con ella el peritoneo que la recubre, y la pared anterior de la vagina se encuentra revestida por la serosa, que pudiera ser alcanzada al practicar el avivamiento. Nosotros hemos observado una vez esta disposición. La fístula era debida á la presión ejercida por un pesario que se había aplicado para luchar contra el prolapso de la pared anterior de la vagina. Pero se lesiona, sobre todo, el peritoneo si se practica el avivamiento sobre la pared posterior de la vagina en uno de los casos en que hallándose el útero en retroversión, el labio posterior del cuello, así como el fondo de saco correspondiente, no forma en la vagina una prominencia muy marcada (*fig. 47*).

En la fístula vesico-uterina (*fig. 48*) la pared cervico-vesical se encuentra atravesada por un orificio que no alcanza la pared vaginal. Estas fístulas, que la señora Lachapelle, Michälis, Harrisson y Jobert nos han dado á conocer, no alcanzando nunca grandes dimensiones.

Nosotros no conocemos hasta ahora más que nueve observaciones de fístulas uretro-uterinas. Las primeras nos han sido dadas á conocer por Bérard, Puech y W. A. Freund. Sólo este último autor (*Nota bibliográfica núm. 1*) ha podido estudiar sobre el cadáver, bajo el punto de vista anatómico, el caso que él ha observado. La fístula tiene siem-

pre su asiento en las partes laterales del cuello, y de ocho casos en los cuales se ha descrito expresamente el punto en que radicaba la fistula, seis veces era al lado izquierdo.

Cuando los uréteres han penetrado en el tejido celular periuterino, describen entre el cuello del útero y la vagina una curva en forma de S, y descienden hasta 2 y 3 centímetros por debajo del hocico de tenca, cuya extremidad inferior se encuentra separada de 1 á 5 centímetros. Entre estos conductos y el útero existen un rico plexo venoso y tejido celular laxo. A nivel del orificio interno, el uréter se encuentra separado del borde lateral del cuello por una distancia de 2,5 centí-

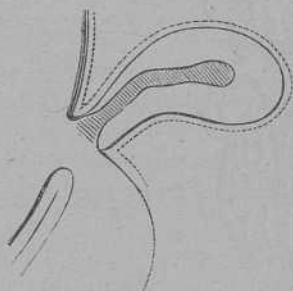


Fig. 47.

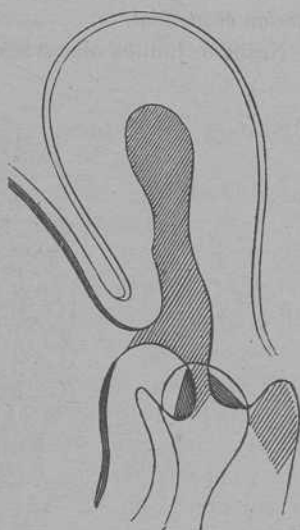


Fig. 48.

tros, que se reduce á 8 centímetros á nivel de la porcion supravaginal del cuello y á 6 centímetros á nivel del fondo de saco vaginal (véase la fig. 49, que reproducimos segun Luschka). El uréter está, pues, bastante separado del útero para no ser afectado por las lesiones del cuello; pero todo cambia cuando el uréter está aplicado contra el útero por tejido cicatricial (Freund) ó bien cuando el cuello está completamente dilatado por una parte del feto.

Simon, Alquié, Panas, Landau y Bandl han descrito la *fistula uretero-vaginal simple* sin participacion de la vejiga. Estas pequeñas fistulas se presentan bajo la forma de pequeños orificios de bordes groseros, ó bien el uréter viene á abrirse en el vértice de una pequeña pro-

minencia que tiene su asiento generalmente en las partes laterales á 1 ó 2 centímetros del orificio uterino. En las fistulas de que acabamos de hablar (fistulas uretero-vaginales ó uretero-uterinas) la extremidad vesical del uréter tiende con el trascurso del tiempo á obliterarse; sin embargo, existen excepciones (véase Duclout). Frecuentemente se observa que al lado de las fistulas urinarias existen otras lesiones en los órganos sexuales; tales son, por ejemplo, las desgarraduras en el tabique recto-vaginal, las fistulas recto-vaginales (*Nota bibliográfica núm. 2*), la hidronefrósis, los abscesos en los riñones y la atrofia de estos órganos.

La solucion de continuidad ofrece durante el puerperio dimensiones muy considerables que sufren en seguida una gran reduccion merced á la retraccion cicatricial.

Nosotros hemos observado, por ejemplo, tres semanas despues del

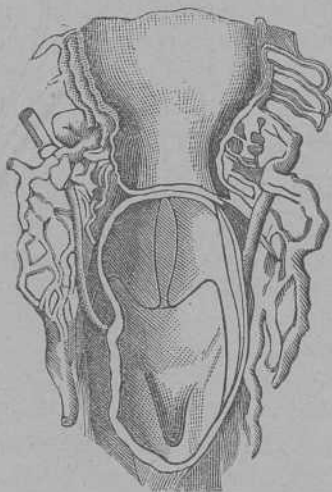


Fig. 49.

parto una fistula vesico-vaginal que representaba entonces las dimensiones de una pieza de un marco. Tres días más tarde apenas dejaba pasar una sonda. No es dudoso que estos procesos puedan terminar en ciertos casos excepcionales por una curacion espontánea, curacion que se atribuye á maniobras sin importancia, tales como la cauterizacion, las inyecciones vaginales, el taponamiento de este conducto, etc. En ciertos casos se ha observado la obliteracion de la vagina por debajo de la fistula, desapareciendo la incontinencia (Freund).

Pero cuando la involucion de los órganos sexuales es completa, es preciso no contar con una curacion espontánea, porque los bordes de la fistula quedan cubiertos de una película mucosa. Se ha observado, sin embargo, modificarse de una manera notable la situacion cuando se produce una estenosis vaginal por debajo de la fistula ó cuando algunas concreciones vienen á obliterar el orificio fistuloso.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) El uréter en su parte superior estaba dilatado como en un caso de hidronefrosis, y en una extension de 6 centímetros estaba adherido al cuello uterino y al tejido celular vecino. Por debajo de la fistula el uréter estaba muy retraído.

2) A veces se ha visto que la vejiga misma comunicaba con el recto. Hach ha observado una fistula vesico-rectal á traves de una vagina atre-siada.

Art. 3.º — Indicaciones del momento favorable á la operacion.

El cirujano, en los casos de fistula urinaria, se propone ante todo hacer desaparecer la incontinencia de orina, incontinencia que es en extremo penosa y sensible, cualquiera que sea la situacion de la mujer. El tratamiento operatorio expone á tan pocos peligros y de él se obtienen resultados tan positivos, que no puede haber contraindicacion, salvo los casos en que la perforacion es debida á la presencia de un cáncer. La edad y el estado general son factores que aquí tienen ménos importancia que en las demas operaciones. Simon ha operado con éxito una niña de ocho años, en la cual la fistula había sido provocada por un gran cálculo vesical. Se han operado frecuentemente con éxito mujeres que habian llegado á la edad de la menopausia. Una enferma de Hegar, de sesenta años de edad, que padecía una fistula hacia treinta y cinco años, fué operada con éxito. En la Clínica de Friburgo fué tambien operada con éxito otra mujer que tenía una esclerosis arterial y estaba hemiplégica á consecuencia de una hemorragia cerebral. Simon ha operado durante el periodo menstrual. Watson y Baker Brown han operado durante el embarazo, sin que hayan tenido que lamentar ningun contratiempo. Otros operadores, sin embargo, Scharz por ejemplo, han sido ménos afortunados.

Si nosotros nos referimos á nuestra propia experiencia, el momento más favorable para la operacion podemos asegurar que es de la sexta á la octava semana despues del parto. En esta época el flujo loquial ha desaparecido, el proceso gangrenoso está limitado, los labios de la fistula son muy vasculares, están dotados de mucha vitalidad y los tejidos que les constituyen son, no obstante, bastante sólidos para servir

de punto de apoyo á las ligaduras y á la sutura. Si se opera más pronto es preciso temer la hemorragia, que es mucho más violenta á causa de las dimensiones de la fistula y de la riqueza vascular de sus labios; además, el tejido es mucho ménos resistente y más friable para poder hacer la sutura. Pero si se espera mucho tiempo (Nélaton, Verneuil, Sims y otros no operan hasta el sexto ó el noveno mes despues del parto), estas condiciones son mucho más desfavorables y se obtiene difícilmente una reunion por primera intencion, porque los bordes de la fistula no son tan movibles y los tejidos están invadidos por masas cicatriciales induradas y poco vasculares. Operando oportunamente, salvo en un caso, nosotros hemos obtenido siempre la curacion en la primera operacion. En una enferma de Hegar existía todavía en el momento de la operacion una paraplegia traumática de los miembros inferiores, paraplegia que fué ocasionada en el momento del parto.

En las fistulas debidas á la accion de los cálculos ó de los pesarios es preciso, para operar, que toda inflamacion haya desaparecido y que la ulceracion esté bien limitada.

En toda fistula vesico y uretro-vaginal se puede hacer cesar la incontinencia:

- 1.º Obliterando directamente la fistula.
- 2.º Obliterando el conducto genital por debajo de la fistula.

El segundo procedimiento no debe ser empleado sino cuando el primero es muy peligroso ó parece impracticable.

Se obtiene la obliteracion directa de la fistula en la inmensa mayoría de los casos haciendo la sutura y, en algunos casos excepcionales, practicando la cauterizacion.

Art. 4.º — Obliteracion directa por medio de la sutura de las fistulas vesico y uretro-vaginales.

En ciertos casos es necesario instituir un tratamiento preparatorio especial cuando existen bridas cicatriciales extensas ó estrecheces de la vagina que ocultan á la vista el campo operatorio. Ya Emmet, en estas circunstancias, había recurrido al dilatador de cristal de Sims; pero Bozeman ha dado todavía más importancia al tratamiento preparatorio. El método de este cirujano consiste en distender gradualmente las masas cicatriciales practicando incisiones en su espesor y manteniendo ampliamente abierto el conducto vaginal con tapones de cautchue ó cilindros de goma endurecida. Se continúan estas maniobras hasta que el operador pueda darse fácilmente cuenta de la disposicion anatómica de la fistula, y hasta que los bordes de esta última estén suficientemente movilizables para que pueda intentarse la re-

union en las mejores condiciones. Es preciso, no obstante, reconocer que este tratamiento preparatorio no deja de ser penoso para las enfermas, porque su duracion es muy larga y debe prolongarse durante semanas y aun meses, y es doloroso, aunque no ofrece peligro alguno. Cuando el tapon queda aplicado á la vagina y mantiene abiertas las heridas, el pus y la orina fermentada vienen, durante largas horas, á bañar la superficie de estas últimas, lo que puede ocasionar á las pacientes accidentes febriles graves (Simon). Se han observado tambien colpitis, cistitis, pielitis y, cuando las incisiones han llegado á afectar el tejido celular de la pelvis, parametritis y pelviperitonitis.

En manos ejercitadas, la dilatacion rápida por el método de Simon es preferible. Se incinden profundamente con el bisturí las bridas cicatriciales y adherentes que puedan existir, y se introducen, uno despues de otro, espéculos de un tamaño gradualmente mayor. Se pueden movilizar los labios del cuello ó el borde superior de la fistula, que parece inextensible, ya ejerciendo tracciones con la pinza de Simon, ya ejerciendo una traccion continua con pesas. Sin duda alguna, esta dilatacion rápida es más difícil, pero la rapidez con que se obtiene no deja de ofrecer importancia ventajosa.

Si se opera poco despues del puerperio, podrá limitarse la hemorragia haciendo algunos días ántes de la operacion inyecciones vaginales con agua caliente. En muchos casos es inútil la anestesia, porque la operacion no es dolorosa por sí misma. Szymanowsky, por ejemplo, refiere que algunas de sus operadas podían ellas mismas enhebrar las agujas. Existe otro motivo que nos obliga á renunciar á la anestesia, que es la larga duracion del acto operatorio. En fin, no debemos olvidar que muy frecuentemente nos vemos obligados á hacer adoptar á las enfermas posiciones que pueden dificultar la respiracion. No se deberá, pues, recurrir á la anestesia sino cuando la enferma sea indócil ó muy nerviosa, ó si existen á nivel de los órganos genitales externos escoriaciones ó excrecencias papilares muy dolorosas.

PRIMER TIEMPO DE LA OPERACION. — Se descubre la fistula.

Decúbito de la enferma. — El decúbito simple de la talla sólo puede convenir cuando la fistula está situada muy abajo ó cuando existe al propio tiempo un prolapso del útero y de la vagina. Este decúbito es al que apelan los cirujanos que hacen descender notablemente la fistula (Dieffenbach, Jobert, Baker Brown).

El decúbito genu-pectoral, que ya ántes habia sido recomendado por Schreger, Wutzer y Simpson, ha vuelto á ser preconizado de nuevo por Bozeman. La enferma debe estar fuertemente asida á una mesa especial; pero esta posicion se hace extremadamente penosa para la paciente cuando no está anestesiada. Sin duda alguna, la vagina está de esta suerte perfectamente distendida por el aire, la fistula se hace

visible; pero el campo operatorio se aleja de tal modo de la vulva, que es muy difícil dirigir los dedos ó los instrumentos á tal profundidad. Se ha dicho que estando la enferma en esta posición, la sangre se vertía en la vejiga y no entorpecía las maniobras del operador; pero ésta es una ventaja de escasa importancia. Sin embargo, existen casos en los que resulta útil la extensión de la vagina, debida al decúbito genu-pectoral. Aludimos á los casos en que existen fistulas muy pequeñas y muy altas; fistulas que permanecen ocultas entre los pliegues de la mucosa vaginal y que se hacen ostensibles por el procedimiento de que nos ocupamos.

Lo más comunmente, se recurre al decúbito dorso-sacro de Simon ó al decúbito lateral de Sims porque, en efecto, en ambas posiciones puede quedar la fistula perfectamente accesible á la vision y al tacto, debiendo añadir que el decúbito lateral es mucho mejor soportado por las mujeres.

La pared posterior de la vagina es impulsada hácia atrás con una valva de Simon ó de Sims, y las paredes laterales se separan hácia afuera por medio de separadores. Si la pared anterior de la vagina viene á formar prominencia por debajo de la fistula, se la empujará con un pequeño separador de Simon, ó se atraerá hácia abajo con unas pinzas ó con una erina doble. De la misma manera se obrará cuando existan en otros puntos los repliegues mucosos que vengan á entorpecer al operador por su volúmen y su prominencia.

Se hace la fistula mucho más accesible cuando se atrae el útero fuertemente hácia abajo, valiéndose, ya de las pinzas de Museux (Jobert), ya de asas de hilo (Simon). Sin embargo, esta maniobra no debe ejecutarse sino con grandes precauciones, á poco que haya estado afectada la paciente de grandes inflamaciones en el tejido celular pelviano ó en el peritoneo. Parece frecuentemente preferible atraer hácia atrás los labios del cuello empleando una pinza de garfios, distendiendo así los labios de la fistula. También es útil por lo comun hacer salir hácia adelante la fistula empleando un catéter que se introduce en la vejiga (*Nota bibliográfica núm. 1*). Indudablemente, lo más oportuno es variar de conducta segun los casos y, si es posible hacerlo, estudiar detenidamente, ántes de la operacion, de qué manera y en qué posición se hace más accesible la fistula. Por otra parte, será preciso salvar muy grandes dificultades cuando las paredes de la vagina sean muy laxas y estén muy plegadas, cuando el conducto vaginal esté estrechado por tejidos cicatriciales, ó cuando la fistula muy elevada esté adaptada á la pared anterior de la pelvis.

Neugebauer, Ulrich y otros han ideado aparatos muy complicados destinados á hacer más accesible la fistula, pero nunca semejantes instrumentos podrán reemplazar las manos de los ayudantes. El me-

nor movimiento de la enferma produce, en efecto, una dislocacion en todo el campo operatorio.

El procedimiento de Bozeman es preferible cuando quiere disminuirse el número de ayudantes. Por medio de este procedimiento las paredes laterales de la vagina quedan separadas la una de la otra por medio de un espéculo de doble valva, y la pared posterior de la vagina descende sobre una placa que toma su punto de apoyo sobre el sacro. Sin embargo, parece que si la fístula se hace más accesible, es preciso no atribuir esta ventaja al aparato; es más bien el resultado debido al decúbito genu-pectoral, en el cual la presión intraabdominal está en notable descenso, por cuya razón el aire se precipita en la vagina separando sus paredes. Después de haber estudiado el método de Bozeman, nosotros le consideramos con Simon poco ventajoso porque la fístula descende mucho hacia la cavidad abdominal.

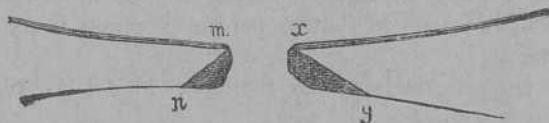


Fig. 50.

SEGUNDO TIEMPO.—Avivamiento de los labios de la fístula.

Por medio del avivamiento nos proponemos obtener dos labios anchos, lisos, que puedan ser perfectamente aplicados el uno contra el otro, que estén situados fuera del tejido cicatricial y que manen sangre.

Existen dos procedimientos de avivamiento. El primero ha sido preconizado por Simon. Se avivan de tal suerte los labios de la fístula, que la superficie avivada represente un cono de base estrecha. Se incide á través de todo el espesor de la pared vesico-vaginal, sin tomar precauciones especiales, á nivel de la mucosa vesical (*fig. 50 m n*). El bisturí deberá hacer desaparecer todos los tejidos que han sido invadidos por la cicatriz. Los bordes de la herida tienen una anchura de 6 á 8 milímetros.

El segundo procedimiento ha sido preconizado por los autores americanos. Consiste en dar al avivamiento una forma cónica, pero de base ancha, de tal suerte que á nivel de la pared vaginal se extirpe un anillo de tejido de $1\frac{1}{2}$ á $2\frac{1}{2}$ centímetros de ancho, en tanto que á nivel de la mucosa vesical se conserve el tejido (*fig. 50 x y*).

Por medio del procedimiento de Simon los labios de la herida se corresponden perfectamente y se dejan aproximar fácilmente el uno al otro sin que haya necesidad de ejercer fuertes tracciones, lo que es

fácil de concebir, porque con este procedimiento, estando poco extendido el avivamiento por el lado de la vagina, existe mucho más tejido. Añadamos que en el segundo procedimiento los hilos abarcan una gran masa de tejidos; por consecuencia, la pared vaginal está muy tensa, los hilos tienen que ser anudados con gran fuerza y frecuentemente se observa que cortan los tejidos que atraviesan. Es muy difícil á los cirujanos elegir de una manera definitiva entre estos dos procedimientos. En cuanto á nosotros, al principio ensayamos el procedimiento de Simon; pero habiéndonos encontrado la pared avivada sembrada de tejido cicatricial, aumentamos las dimensiones de la superficie avivada escindiendo del lado de la vagina, y sustituimos el procedimiento de Simon por el de los americanos. Operando de esta manera extirpamos mucha menor cantidad de tejidos (*fig. 51 P o*) que si hubiéramos practicado una incision pasando por fuera de los tejidos alterados (*fig. 51 r S*).

Nosotros evitamos con sumo cuidado herir la mucosa vesical por fuera de los bordes de la fistula, porque tememos la producción de hemorragias.

Cuando se trata de pequeñas fistulas redondeadas, se puede, si-

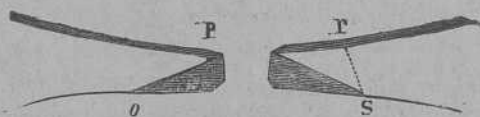


Fig. 51.

guiendo el avivamiento, determinar la dirección en la cual se ha de llevar á cabo la reunión de los labios de la herida. En este caso puede darse al avivamiento una forma oval, cuyo gran diámetro sea longitudinal, y entonces la línea de reunión estará dirigida en este sentido. Si se trata de una fistula oval cuyo gran diámetro esté en el sentido trasversal ó en el sentido longitudinal, se modificará el avivamiento según la forma de la fistula, debiendo siempre corresponder los ángulos de la superficie avivada á las extremidades del gran diámetro de la fistula. En los casos de fistulas muy extensas nos limitaremos á avivar siguiendo los bordes de la fistula. Sin embargo, es preciso saber modificar la incision, si fuere necesario, según la disposición de las bridas cicatriciales que puedan existir.

Será conveniente desde el principio delinear el contorno del avivamiento, haciendo con un escalpelo una incision circular que no traspase la mucosa vaginal. Es, desde luego, más fácil hacer la incision

en las restantes capas de tejidos, que están más profundas y son menos resistentes; además, será más fácil orientarse cuando durante la operación la sangre, derramándose, venga á enmascarar el campo operatorio. Cuando la fistula esté implantada en las inmediaciones de la vulva, se empleará un escalpelo ordinario; pero cuando esté situada en las partes profundas del conducto vaginal, será necesario apelar á bisturís montados sobre largos mangos. El operador debe tener á su disposición instrumentos de diferentes modelos. La *fig. 52* representa las formas más usadas. Durante el avivamiento los labios de la fistula se cogen y se fijan con erinas ó con pinzas.

Si la mucosa vesical viene á formar hernia á través de la fistula,

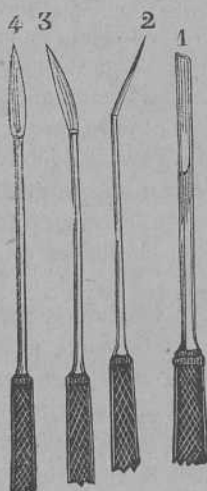


Fig. 52.

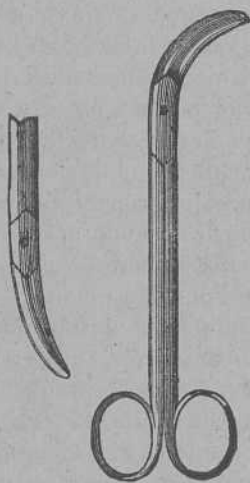


Fig. 53.

se la empujará con la sonda ó con una pequeña esponja fija á un asa de hilo. Para terminar el avivamiento, se hace penetrar el bisturí á través de toda la pared vesico-vaginal, y suavemente, de una manera regular, se cortan los tejidos, siguiendo la incision que se ha hecho sobre la mucosa vaginal. Es necesario tener cuidado de extirpar una capa de tejido cuyo espesor sea igual por todas partes. Cuando la fistula es poco extensa, y cuando se dirige bien el bisturí, se logra á veces escindir todo el borde de la fistula de un solo corte. Se comenzará siempre por los puntos más inferiores á fin de que no estorbe la sangre que se derrame.

Un ayudante cuidará de limpiar constantemente con una esponja el campo de la operación, y comprimirá con aquélla los puntos que

den sangre. Si se produce una hemorragia en sábana abundante, se dirigirá sobre la herida un chorro continuo de agua muy fría ó muy caliente (á 50 grados). Cuando se practique la incision sobre las paredes laterales de la vagina y en las inmediaciones del útero, se cortan algunas veces vasos arteriales voluminosos, que se les puede coger con pinzas de forcipresion, torcerlas ó aplicar á su nivel una ligadura mediata. Si no se pueden coger fácilmente los vasos con pinzas, se terminará rápidamente el avivamiento y se contendrá la hemorragia aplicando una sutura. Las hemorragias más inquietantes y más rebeldes se producen cuando se ha lesionado la arteria vesico-uterina. Se sabe que este vaso está situado sobre las partes laterales del cuello uterino y la parte superior de la vagina. En este punto alcanza algunas veces las dimensiones de una pluma de ave. Dada la situacion inaccesible de este vaso y la consistencia de los tejidos que le rodean, se hace extremadamente difícil aislarle y atraerle suficientemente hácia abajo para que pueda aplicarse directamente sobre él una ligadura. En cuanto á la aplicacion de una sutura compresiva, no se puede pensar en ella sino cuando todos los bordes de la sutura han sido avivados y todavía no basta para proteger á la enferma contra los peligros de una hemorragia secundaria con derrame de sangre en la vejiga ó fuera de ella, siendo preferible aplicar ligaduras mediatas múltiples á nivel de los vasos que dan sangre.

Cuando se ha terminado el avivamiento, se igualará la herida valiéndose de tijeras curvas sobre su cara y un poco sobre sus bordes (*fig. 53*). Todos los pequeños colgajos que formen prominencia se cogerán con pinzas y se extirparán. Si se observa que los tejidos á nivel de los cuales se ha practicado la incision son de naturaleza cicatricial y sangran poco, se agrandará la incision de manera que se obtenga una herida sobre tejidos sanos.

Bozeman, empleando el método que dejamos descrito bajo su nombre, para lograr poner al descubierto la fistula, ha llegado á hacer una gran parte del avivamiento valiéndose de las tijeras. Al efecto ha ideado los modelos de tijeras más variados, curvas sobre sus caras, acodadas, etc., de tal suerte que algunos de estos instrumentos parecen estar torcidos. Nosotros hemos recurrido frecuentemente á estos instrumentos para igualar los bordes de la herida. Simon rechaza, y con razon, el empleo exclusivo de las tijeras para hacer el avivamiento. Estos instrumentos ofrecen, en efecto, el inconveniente de comprimir muy fuertemente los tejidos, siendo con ellos muy difícil limitar la incision tanto como pudiera desearse y extirpándose frecuentemente más tejido del que fuera necesario.

Cuando se trata de una fistula vesico-vaginal ó uretro-vaginal clásica, el avivamiento no debe practicarse más que sobre el tabique ve-

sico-vaginal ó sobre el uretro-vaginal (*fig. 54*). Pero si la fistula tiene más alto su asiento, si existe una fistula vesico-útero-vaginal superficial, el avivamiento alcanzará el labio anterior del cuello que limita profundamente la fistula: hacia abajo el avivamiento llegará hasta el tabique vesico-útero-vaginal y, en ciertos casos, aún sobre el uretro

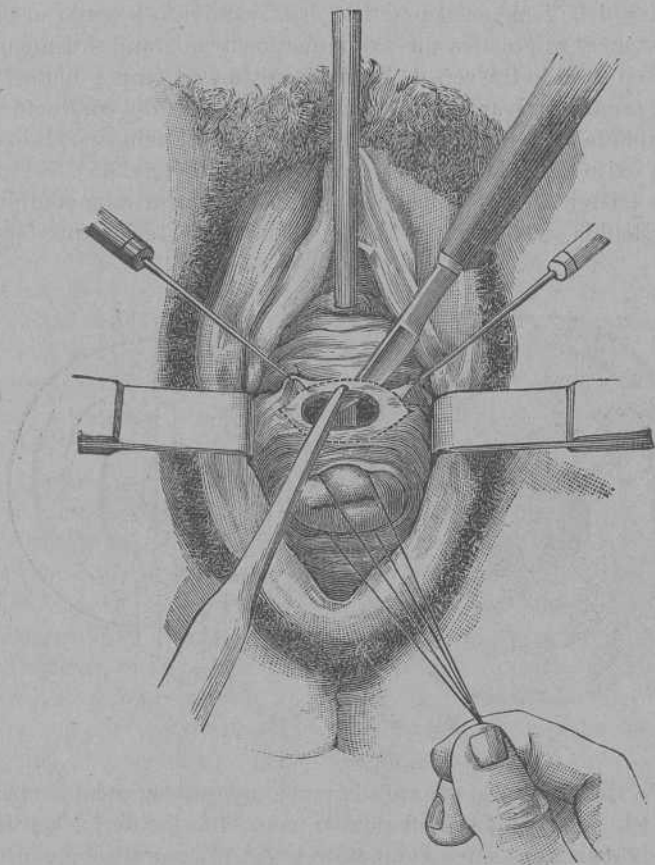


Fig. 54.

vaginal (*fig. 48*). Pero cuando se trata de una fistula vesico-útero-vaginal muy profundamente situada, se ha temido hasta ahora avivar el tejido uterino á nivel del punto que corresponde á la extremidad profunda de la fistula. En estos casos generalmente se ha suturado el labio posterior del hocico de tenca con el labio anterior de la fistula

(fig. 49). Esta es una operacion que bajo el punto de vista de sus resultados fisiológicos corresponde á la obliteracion del conducto vaginal. Se considera que la pared anterior del cuello no puede servir para la sutura porque no ofrece más que un poco de tejido en el cual se pueda practicar un avivamiento amplio, y ademas porque es poco susceptible de movilizarse.

Ademas, debe temerse al practicar el avivamiento lesionar el peritoneo. Entónces se practica un avivamiento cuyas grandes dimensiones estén en sentido trasversal. En estos últimos tiempos hemos llegado, por tanto, á avivar á nivel de la pared anterior del conducto cervical, y cuando los tejidos no están muy alterados, hemos podido suturar con éxito pasando los hilos trasversalmente (fig. 55). En una mujer de cuarenta años la porcion vaginal se encontraba completamente destruida, salvo algunos restos del labio posterior que tenian

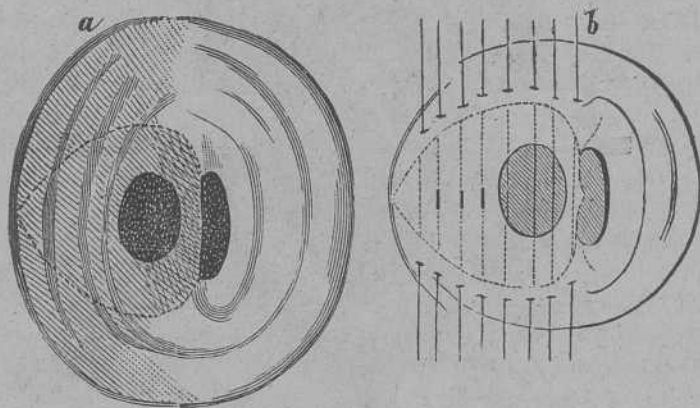


Fig. 55.

un aspecto verrugoso. En cuanto á la porcion supravaginal de la pared anterior del cuello, estaba destruida en una extension de $1\frac{1}{2}$ centímetros, donde existía un surco que profundamente comunicaba con una fístula. No puede verse toda la solucion de continuidad sino despues de haber separado considerablemente las paredes y de haber escindido los restos de la porcion vaginal que subsistian por detras y sobre las partes laterales. Se resolvió intentar la reunion directa, y despues de haber avivado todo el contorno de la fistula, así como la pared anterior del conducto cervical, los labios avivados fueron suturados con hilos dirigidos trasversalmente. La pared del conducto cervical era tan delgada, que no podía pasar más que un solo hilo (fig. 55). Toda la herida operatoria curó, salvo un pequeño trayecto fistuloso que quedó en

la mitad de la línea de reunion. Esta fistulita curó espontáneamente ocho días despues de haber quitado los hilos.

Al estudiar la anatomía patológica de las fistulas hemos visto que frecuentemente los uréteres eran lesionados en el avivamiento. Rara vez estos conductos aparecen en la fistula como un cordón bien aislado y es difícil reconocer la herida que presentan. Pero si se observa un orificio sobre su trayecto, será entónces fácil confundir un uréter con un vaso que hubiera sido incindido, porque la orina que por él se derrama sale mezclada con sangre. Se podrá, no obstante, diferenciar estudiando la naturaleza del líquido que enrojece el papel de tornasol. En un caso, Simon, para comprobar el diagnóstico, introdujo en el orificio una sonda que pudo penetrar hacia arriba y hacia afuera en dirección á los riñones hasta la profundidad de un pié próximamente.

Cuando el uréter se presenta en los bordes de la fistula, es preciso empujar su orificio vesical lo más lejos posible de la solución de continuidad (Simon), á fin de que no pueda ser cogido jamás en las suturas. Si despues de la operación de la fistula se ven sobrevenir trastornos en la excreción urinaria, cólicos violentos que tengan su asiento en la dirección del trayecto de los uréteres, vómitos, etc., se deberán quitar las suturas inmediatamente. En muchos casos la constricción ejercida sobre los uréteres desaparece, porque son oportunamente cortados los hilos de sutura, ó porque el uréter, distendido más y más por la orina, se escapa fuera de los hilos.

Se conoce la disposición de los uréteres á nivel de la vejiga, y se sabe que estos conductos recorren un determinado trayecto sobre la mucosa vesical. Se evitará, pues, más fácilmente lesionar estos órganos haciendo el avivamiento segun el procedimiento adoptado por los autores americanos, que recurriendo al preconizado por Simon.

Es muy raro observar la apertura del peritoneo.

Spiegelberg (*Nota bibliográfica núm. 2*) refiere, sin embargo, un caso en el cual un operador lesionó el peritoneo tratando de obliterar una fistula vesical, en cuyo caso la herida de la serosa era de tal suerte considerable que los intestinos formaban hernia. El mismo Spiegelberg (*Nota bibliográfica núm. 3*), en otro caso abrió el peritoneo en una extensión de medio centímetro, penetrando el aire en la cavidad peritoneal. Ambos casos terminaron, no obstante, felizmente. En la cuarta operación, que se hizo en Viena, Bozeman abrió el peritoneo sobre las partes laterales del útero, la trompa de Falopio formó hernia y la enferma curó.

Cuando la fistula está profundamente situada es más frecuente abrir el tejido celular subperitoneal ó el tejido conjuntivo situado por delante del cuello uterino. En los casos de cistocele el peritoneo puede seguir la vejiga y descender hacia las partes inferiores de la vagina.

A este propósito citaremos el caso siguiente, cuya observacion hemos recogido de la clinica de Hegar. Una mujer, de cincuenta años, estaba afectada, desde hacia nueve, de un prolapso completo del útero, que desde el principio fué reducido á beneficio de un pesario de anillo primero, y despues empleando un pesario de Zwanck, presentándose, al cabo de un año, una incontinencia de orina. Fué admitida en nuestra clinica, y encontramos en el orificio vaginal un prolapso de la pared anterior de la vagina del volúmen de un huevo de pato, é inmediatamente por detras una ancha fistula, en la cual podían penetrar cómodamente dos dedos. El catéter no podía ser dirigido más que hácia abajo; existía un cistocele, y la porcion vaginal se encontraba situada á la entrada de la vagina. Se practicó un amplio avivamiento y se abrió por detras el tejido celular laxo que reviste al peritoneo, y se aplicaron numerosas suturas. La curacion se llevó á cabo sin accidente alguno.

TERCER TIEMPO. — Aplicacion de la sutura.

Una vez terminado el avivamiento, se hace la reunion de los labios de la herida practicando una sutura que, en este caso, no ofrece nada de particular.

Todos los métodos complicados son completamente superfluos, y no se deberán emplear sino instrumentos muy sencillos. En la mayor parte de los casos se recurrirá á las agujas curvas de calibre y curvatura diferentes que se fijarán al porta-agujas. Las agujas curvas que describen un semicírculo, cuyo diámetro sea próximamente de 2 centímetros, son muy á propósito y es muy fácil manejarlas aun cuando se trate de una fistula situada á gran profundidad. Podrían tambien emplearse con ventaja las agujas cruzadas de Simpson (*Nota bibliográfica núm. 4*), las de Sims, que pueden inclinarse sobre el mango formando ángulos diferentes, etc., y como hilo de sutura se elegirán el hilo de plata ó el hilo de Florencia. Nosotros empleamos exclusivamente el primero.

En toda operacion de fistula se deberá desde el principio aplicar una serie de suturas profundas que abracen toda la herida hasta la mucosa vesical, cuyas suturas profundas aseguran una coaptacion muy exacta de los labios de la herida. Entre estas suturas se aplicarán los hilos semiprofundos ó superficiales que asegurarán la reunion de los labios de la herida vaginal. Si la fistula es pequeña, bastará aplicar un solo orden de suturas.

En cuanto á la sutura doble, preconizada por Kuchler y Simon, que consiste en aplicar hilos externos que penetren á 1 centímetro ó 1 $\frac{1}{2}$ centímetros por fuera de la fistula, é hilos internos separados solamente de una línea á línea y media, sólo diremos que Simon mismo ha renunciado á este procedimiento, recurriendo al que consiste en

coger grandes cantidades de tejido (*Nota bibliográfica n.º 5*). Hoy hace penetrar los hilos externos á 1 $\frac{1}{2}$ centímetros próximamente de los labios de la herida, de tal suerte que estos hilos comprendan todo el espesor de aquéllos, comprendida ó no la mucosa vesical. Los hilos superficiales aseguran la perfecta coaptacion de los labios de la herida de la mucosa vaginal. (*fig. 56*).

Cuando se han pasado todos los hilos, se irriga cuidadosamente la herida, teniendo cuidado de extraer todos los coágulos que puedan adherirse á los hilos, anudando en seguida los de las suturas. Una vez anudados éstos, se lava la vejiga de manera que se extraiga toda la sangre que pueda haber penetrado en ella y asegurarse de la perfecta oclusion de la fistula.

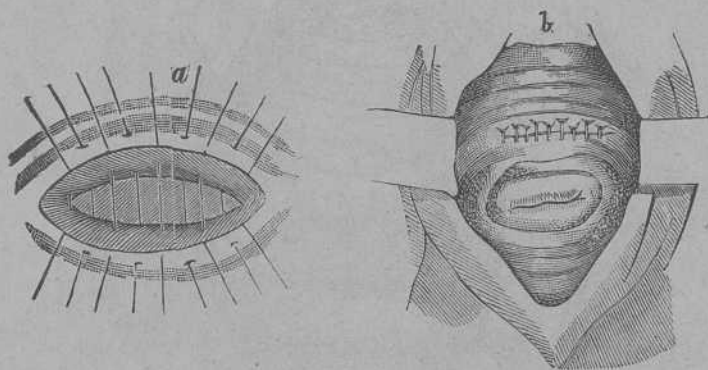


Fig. 56.

En muchos casos hay necesidad de dirigir los hilos en tal ó cual sentido, segun la forma de la fístula ó la del avivamiento. Pero más frecuentemente corresponde al operador elegir la direccion que deberá dar á las suturas. Por lo comun, la herida, despues de la reunion, se dirigirá transversalmente, porque el útero y la pared vesico-vaginal se dejan dislocar mucho más fácilmente en el sentido antero-posterior que en el trasversal. Por otra parte, la direccion trasversal parece adaptarse mejor á la forma ordinaria de las fistulas. La herida suturada no se dirigirá de adelante atras sino en los casos en que se trate de una pequeña fistula oval que ofrezca sus grandes dimensiones en el sentido antero-posterior ó se extienda hasta la uretra ó el cuello uterino. En los casos de fistulas muy extensas no puede ser cuestion más que de una simple sutura lineal. Si los labios anterior ó posterior del hocico de tenca se atraen hácia abajo para ayudar á la obliteracion de la fistula, la herida, despues de la reunion, presentará la forma de

una curva de concavidad posterior (*fig. 57*). Si se trata de una fistula triangular, ó que tenga la forma de un corazon de naipe francés con la punta dirigida hacia abajo, la herida suturada tendrá la forma de una Y. La *fig. 58*, que debemos á Simon, demuestra cuál sería la forma de la herida suturada en un caso en que la herida fuera muy extensa y presentara una forma cuadrangular.

Finalmente, la disposicion sería aún más complicada si se tratara de uno de esos casos en que la lesion es tan extensa que para obliterar la fistula fuera preciso hacer que deslizara un colgajo mucoso de la vagina ó bien un colgajo cutáneo tomado de la piel de los labios, como

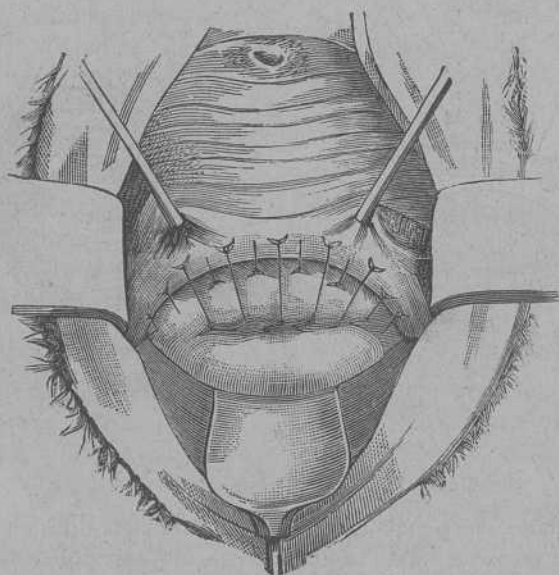


Fig. 57.

Simon y otros autores lo han practicado con éxito. La tension de los labios de la herida es tal, que es absolutamente necesario en la mayoría de los casos recurrir á las incisiones de Jobert. Por otra parte, estas incisiones, hechas paralelamente á la fistula, deben comprender todo el espesor de la pared vaginal para que pueda obtenerse una amplitud de algunas líneas.

Dadas las dimensiones de la fistula, el beneficio que pueda obtenerse de estas incisiones es de muy escasa importancia. Podría tambien disecarse el labio anterior del cuello y aislarle de la vejiga, procedimiento mucho más beneficioso, pero que tambien ofrece mayores pe-

ligros. No se recurrirá, pues, á las incisiones de Jobert sino en algunos casos excepcionales, cuando la fistula sea de tal suerte ancha que nos obligue á recurrir á este procedimiento para obliterarla.

Bozeman recurre á un método de sutura que es muy especial. Desde el principio, empleando su porta-agujas y una aguja corta y recta (*fig. 59*), hace pasar alrededor de los labios de la herida un hilo de seda, en la extremidad del cual se encuentra arrollado un hilo metálico. Emplea hilos gruesos de plata porque seccionan con ménos faci-

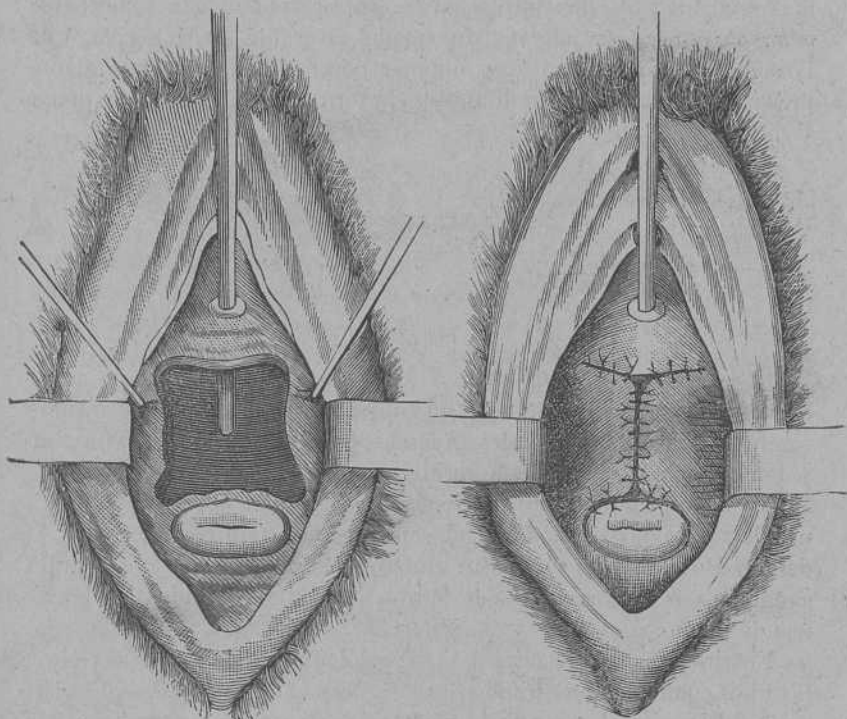


Fig. 58.

lidad los tejidos, y no practica más que algunas suturas, estando cada hilo separado del inmediato por una distancia de 1 centímetro. Bozeman hace en seguida penetrar los hilos en el orificio de una pequeña placa metálica montada sobre un mango, placa que él oprime contra los labios de la herida al mismo tiempo que tira del hilo, y obtiene de esta suerte una adaptacion perfecta de los labios de la herida.

Fija, por último, cada hilo haciendo pasar su extremidad á través de una lámina de plomo de 1 milímetro de espesor, cuya forma varía segun los casos y que por su concavidad mira hácia los labios de

la herida, y, finalmente, se anuda cada hilo pasando su extremidad por una bolita de plomo, que se aplasta.

Nosotros hemos empleado la sutura de Bozeman con el objeto de experimentarla, habiéndonos dado en dos casos resultados muy satisfactorios. La coaptación fué buena; no obstante, en el primer caso subsistieron dos fistulas, que fueron obliteradas por una operación consecutiva.

El procedimiento de Bozeman, que es muy complicado, no ofrece más seguridad que la simple sutura entrecortada (*Nota bibliográfica núm. 6*), y necesita además un estado favorable de la herida, que Bozeman se esmera tanto en obtener por medio de su tratamiento preparatorio. En los casos de fistula de forma complicada, este proce-



Fig. 59.

dimiento no ofrece las ventajas que obtenemos de numerosas suturas semiprofundas y superficiales. Además, las láminas de plomo no impiden corregir la forma de la herida, como lo veremos.

Ya dejamos dicho que era preciso no retirar muy pronto las láminas de plomo, porque todavía al séptimo día es imposible evitar la desgarradura de la cicatriz. Sin embargo, Bozeman teme observar la gangrena por compresión dejando mucho tiempo colocadas las láminas de plomo.

Finalmente, con frecuencia se experimentan dificultades al retirar los hilos cuando se ha quitado la placa de plomo; los hilos se desvían en la vejiga y pueden servir de núcleos de origen a la formación de cálculos.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Millot ha propuesto hacer la fistula más aparente, introduciendo en la vejiga un tapon que pueda distenderla (*De la méthode par ballonnement. Gaz. méd. de Paris*, 1875, núm. 34).
- 2) *Berl. klin. Wochenschr.*, 1865, núm. 36.
- 3) Hempel. *Loc. cit.*, pág. 503.
- 4) Smith y Startin han ideado unas agujas cruzadas, en las cuales el hilo puede ser impulsado en el interior de la aguja por medio de una rueda colocada sobre el mango.

5) *Mittheilungen aus der chirurg. klinik des Rostocker Krankenh.*, Praga, 1868, 2.^a parte, pág. 120.

6) Véase *Wien. med. Wochenschrift*, 1876.

Art. 5.º — Modificaciones de la operacion en ciertos casos particulares.

Cuando la fistula es muy extensa, ó bien cuando la hemorragia es abundante, puede ser ventajoso, no hacer la operacion en varios tiempos, como acabamos de indicar, sino que es preciso hacerla en muchas veces (Simon, Courty—*Nota bibliográfica núm. 1*). Tan es así, que, por ejemplo, no se avivará de un solo golpe todo el contorno de la fistula, sino que se practicará sobre un solo punto, á nivel del cual se hará una sutura, se avivará despues un segundo punto, que se suturará, y así sucesivamente. En los casos muy dificiles, tales como los que no se observan sino cuando existe una oclusion de la vagina, se hace cada una de estas operaciones parciales en muchas sesiones repartidas en dos ó tres días. Si existen muchas fistulas, la conducta variará segun las dimensiones de cada una de ellas y la distancia que las separe. Si, en efecto, existen solamente dos pequeñas fistulas vesico-vaginales que no estén separadas la una de la otra más que por un estrecho puente de tejido, podrán abarcarse en una sola incision las dos fistulas, de tal suerte que despues del avivamiento no quede más que una sola. Si las fistulas son extensas y separadas la una de la otra, será preferible operarlas aisladamente en una ó varias sesiones, porque trasformando en una sola las dos fistulas, se producirían lesiones muy grandes.

La fistula vesico-vaginal puede estar complicada con estrechez de la uretra. Este es un hecho muy frecuente, porque Simon la ha encontrado en el 7 por 100 de los casos que él ha observado. Si existe una simple estrechez de la uretra al lado de una fistula vesico-vaginal, puede elegirse entre dos procedimientos. Puede hacerse permeable el conducto obliterado perforando la estrechez con un trócar y haciendo pasar muchas bujías cada vez más gruesas. Puede tambien escindirse completamente la porcion obliterada y suturar en seguida las partes sanas de las paredes vesico-vaginal y uretro-vaginal, procediendo más tarde á la obliteracion de la fistula. La creacion de un puente sobre la atresia, procedimiento en el cual se escinde definitivamente la porcion del conducto de la uretra que esté degenerada, parece que da mejores resultados definitivos que la simple perforacion. No es, sin embargo, aplicable más que en los casos en que la atresia es poco extensa y cuando la uretra queda indemne en una gran parte. En los casos en que la atresia es muy extensa ó en que el conducto uretral está

completamente destruido, Baker Brown ha ensayado crear un conducto completamente nuevo. A este efecto, hacía una puncion con ayuda del trócar al lado del conducto obliterado y mantenía abierto el conducto así producido manteniendo una sonda permanente.

Si la atresia tiene asiento entre dos fistulas, de las cuales una es uretro-vaginal y la otra vesico-vaginal, el procedimiento que se deberá adoptar variará segun las dimensiones de la fistula vesical y segun la distancia que separe esta fistula del punto á nivel del cual existe la atresia, y por consecuencia de la fistula uretral. Si la fistula vesical está situada inmediatamente detras de la atresia, si es poco extensa, se convertirán las dos fistulas en una sola, y se aplicará la sutura de tal suerte, que despues de la reunion la herida quede dirigida en sentido trasversal. Pero si la fistula vesical está situada léjos de la estrechez, en las partes superiores del tabique vesico-vaginal, puede escindirse desde luégo la porcion de las vías urinarias que está estrechada, hacer desviar hácia la porcion de uretra permeable el tabique vesico-vaginal y suturarlo, operando más tarde la fistula (Simon). Si la atresia del conducto de la uretra es muy extensa, si es imposible crear un puente de tejido sobre ella, puede hacerse necesaria la obliteracion de la vagina (véase más adelante). Se sabe que las fistulas vesico-vaginales que se prolongan hasta la uretra curan mucho más difícilmente que las situadas más arriba (*Nota bibliográfica núm. 2*). Emmet y otros operadores han creido que podría obviarse este inconveniente forzando la orina á derramarse por otra vía que el conducto de la uretra, en tanto que la fistula no esté obliterada. Esto fué lo que hizo, por ejemplo, Lawson Tait (*Nota bibliográfica núm. 3*) en una mujer que hacía catorce años sufría una fistula vesico-uretro-vaginal, fistula que se produjo despues de una operacion de talla. A traves de la pared izquierda de la vagina hizo penetrar un trócar en la vejiga, cuya puncion se practicó lo más léjos posible de la uretra.

Hizo salir el instrumento inmediatamente al lado del cuello, colocó una cánula de nikel en este conducto, la fijó y entónces operó la fistula. Quitó los hilos y la cánula al décimosexto día. La herida debida á la puncion se obliteró espontáneamente.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Gazette des hôpitaux*, 26 de Mayo de 1877.
- 2) Simon. *Wien. med. Wochensch.*, 1876, núm. 32.
- 3) *Lancet*, 22 de Julio de 1876. *Transact. of the Obstetr. Society of London*.

Art. 6.º — Obliteracion directa de las fistulas vesico-vaginales por la cauterizacion.

LITERATURA

Chelius. *Ueber die Heilung d. Blasenscheidenf. d. Cauterisation*, Heidelberg, 1844.

Bouqué. *Du traitement des fistules uro-gén. par la réunion secondaire*, París, 1875.

Soupart. *Bull. de la Soc. de méd. de Gand.*, 1873, págs. 319, 369, 374, y *Bull. de l'Académie royale de médecine*, 2.ª serie, t. I, núm. 2, y t. VI, número 7.

La cauterizacion de las fistulas fué antiguamente recomendada por Mercado (1600). Desde esta época se ha recurrido frecuentemente á este procedimiento, modificándole de muy diversos modos. Dupuytren ha preconizado el hierro candente, Chelius el nitrato de plata, y otros cirujanos han recurrido al nitrato ácido de mercurio, al ácido sulfúrico, al ácido crómico, á la potasa cáustica, etc. Recientemente, Nélaton empleaba el galvano-cauterio y Carlos Braun ha recomendado el empleo del carbon al rojo. Los unos no cauterizan más que el interior de la fistula (cauterizacion intrafistular); los otros, como Chelius, llevan la cauterizacion á los puntos inmediatos á la fistula (cauterizacion perifistular), proponiéndose los operadores obtener de esta suerte, no solamente la formacion de granulaciones en el interior de la fistula, sino tambien una retraccion cicatricial concéntrica llevada sobre los puntos inmediatos á la solucion de continuidad (*Nota bibliográfica*). Ya dejamos explicada anteriormente la combinacion del empleo de los cáusticos y la sutura.

Cuando la fistula es extensa, puede considerarse la cauterizacion como completamente inútil. Añadiremos tambien que una cauterizacion intensa, sobre todo con el hierro candente, pudiera ser peligrosa, porque esta intervencion tiene desde luego por efecto aumentar la solucion de continuidad y trasformar los tejidos inmediatos en una cicatriz rígida é inextensible. Tan es así, que si más tarde se pretende avivar y aplicar una sutura, se encontrarán grandes dificultades y se comprometerá el éxito de la operacion. La cauterizacion, pues, no producirá buenos efectos sino en ciertos casos muy precisos, principalmente cuando se trate de fistulas pequeñas, cuyos labios estén cubiertos de mamelones, condiciones que no se encuentran sino en las fistulas recientes que aparecen en el puerperio, en las que son debidas á una operacion que en parte ha fracasado, ó en pequeños orificios que subsisten en los puntos por donde se han pasado los hilos. Pero cuan-

do los labios de la fistula están ya cicatrizados, la cauterización no podrá ser útil sino cuando exista un trayecto que presente á lo menos una longitud de un centímetro, y esté oblicuamente dirigida, tal como se observan principalmente en las inmediaciones del útero y del cuello de la vejiga. En estos casos, basta la escara para obliterar el conducto aun antes de que los mamelones carnosos hayan impedido la reunion de sus paredes, y entónces deberemos limitarnos á cauterizar con el lápiz de nitrato de plata ó con el cauterio actual puntiagudo y muy estrecho. Si la cauterización no responde pronto, es preciso cesar de recurrir á ella, porque persistiendo en emplearla se corre el riesgo de no hacer otra cosa que disminuir las probabilidades de éxito de una operacion ulterior.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Soupart ha preconizado la cauterización perifistular centripeta. Con este objeto practica una serie de cauterizaciones alrededor de la fistula, cauterizaciones sucesivas de forma circular, pero de diámetro cada vez más pequeño. Finalmente, se ha propuesto la práctica de la cauterización por la vejiga valiéndose de un porta-cáustico especial (cauterización intravesical, Soupart, Bouqué).

Art. 7.º — Obliteracion del conducto genital por debajo de la fistula.

LITERATURA

Vidal de Cassis, Simon, Bozeman. *Loc. cit.*

Kaltenbach. *Ueber Scheidenverschluss bei Urinfisteln. Berl. klin. Wochenschrift*, 1869.

Rose. *Ueber d. plast. Ersatz d. weibl. Harnroehre. Vortrag. in d. chir. d. Münchn. Naturforschervers., et Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, págs. 122-137.

Svensson. *Zur Occlusion d. Vagina nach Simon. Upsala Laekarefoeren Foerhandl.*, XIII, 1878.

Cazin. *Contribution à la therap. chir. des fist. vésico-vaginales. Création d'une fistule recto-vaginale avec occlus. de la vulve. Arch. gén. de méd.*, Marzo 1871.

Hahn. *Berl. klin. Wochenschr.*, núm. 27, 1879.

La idea de donde arranca esta operacion es debida á Vidal de Cassis. Segun este autor, la obliteration directa de la fistula fracasa á veces porque las paredes de la vejiga son inextensibles, pareciéndole, pues, indicado crear un reservorio más espacioso para la orina. Así, Vidal intentó la obliteration del segmento más inferior de las vías genitales, suturando de adelante á atras los grandes labios (episioesténosis). Vidal, así como Wutzer, Bérard y Dieffenbach, no obtuvieron buenos resultados de esta operacion. Dejaban siempre á nivel del con-

ducto de la uretra algunos pliegues no obliterados ó algunos orificios, por los cuales se habían pasado los hilos, que permanecían abiertos (*Nota bibliográfica núm. 1*). La proposición de Vidal estaba casi completamente olvidada cuando fué emprendida bajo otra forma por Simon, el cual obtuvo algunos éxitos. Este cirujano hizo la oclusión en la vagina reuniendo trasversalmente las paredes de este conducto, y obtuvo buenos resultados. Simon, para distinguir su operación de la de Vidal, le dió el nombre de obliteración trasversal de la vagina, ó *colpocleisis*.

Para terminar, citaremos el procedimiento de Jobert, que practicó la obliteración del conducto vaginal en puntos situados más arriba. Este autor ha sido el primero que en determinados casos de fístulas ha suturado el borde posterior del cuello al borde inferior de la fístula, y en los casos de fístula vesico-uterina ha suturado los labios del cuello (*histerocleisis*, véase el artículo siguiente).

INDICACIONES DE LA EPISIOESTENÓISIS Y DE LA COLPOCLEISIS

La episioestenosis puede estar indicada preferentemente á toda otra operación cuando la pared uretro-vaginal se encuentra en su mayor parte ó totalmente destruida, en cuyo caso las condiciones son desde luego muy desfavorables para acometer cualquier operación plástica; cuando la uretra y las paredes vecinas están sólidamente fijadas á la cara posterior de la sínfisis, haciéndose, por tanto, muy difícil movilizar estos tejidos hácia la línea media ó hácia atrás, y cuando, además, la pared de la uretra se encuentra de tal modo reducida que es muy difícil operar. Czerny (*Nota bibliográfica núm. 2*) ha observado un hecho que evidencia estas dificultades. El conducto de la uretra mediría solamente $1\frac{1}{2}$ centímetros, y no se obtuvo la curación sino haciendo deslizar un colgajo cutáneo que se había tallado sobre los grandes labios. En vano se había intentado la obliteración de la fístula, repitiendo 11 veces la sutura longitudinal y 3 veces la sutura trasversal. Añadamos también que en los casos en que la obliteración vulvar no fracasa, no se queda siempre al abrigo de la incontinencia de orina, según lo demuestra un caso observado por Schuppert, en Nueva Orleans, porque la pared de la uretra no siempre llena sus funciones.

Por sí sola la episioestenosis no tiene valor alguno. Rose ha intentado hacer útil esta operación completándola con la creación de una fístula recto-vaginal. Dicho cirujano creó de esta suerte una cloaca artificial y describió la operación bajo el nombre de *Obliteratio vulvæ rectalis*, operación que de nuevo ha sido recientemente preconizada por Cazin (*loc. cit.*).

Antiguamente eran mucho más numerosas que lo son hoy las indicaciones de la colpocleisis. En efecto, la obliteracion de la vagina está solamente indicada cuando la fistula ofrece muy grandes dimensiones, siempre que los tejidos que limitan la solucion de continuidad no estén muy alterados. En estos casos, en efecto, nos es casi siempre imposible obliterar directamente la fistula, aun recurriendo á uno de los procedimientos complicados de que nos hemos ocupado, haciendo la operacion en muchas sesiones. Hemos visto que hoy tenemos á nuestra disposicion procedimientos que nos permiten alcanzar una fistula antes inaccesible.

La obliteracion de la vagina no se encuentra, pues, indicada sino en los casos en que al lado de la impermeabilidad del conducto vaginal existen otras complicaciones. Tales son, por ejemplo, la inextensibilidad absoluta de los labios de la herida, el estar invadidos por tejido cicatricial, viniendo á complicarlo una fistula situada más arriba; tales son tambien la adherencia de la fistula á los huesos de la pelvis ó el peligro que se correría de lesionar órganos importantes al operar. En efecto, hay gran riesgo de lesionar el peritoneo cuando se trata de una de estas fistulas vesico-útero-vaginales, profundamente situadas, y en las cuales las paredes anterior y posterior del hocico de tenca están destruidas en una gran extension, sobre todo si las partes que subsisten están trasformadas en un *bloc* de tejido cicatricial. Muy frecuentemente la obliteracion de la vagina se hace necesaria cuando se ha intentado muchas veces sin éxito obliterar directamente la fistula; cuando, al hacer el avivamiento, por ejemplo, se ha lesionado la arteria vesico-uterina, el uréter ó el peritoneo; cuando se han producido en la vejiga hemorragias primitivas ó secundarias; cuando se han producido fenómenos graves, atribuibles á trastornos de la excrecion urinaria ó á una peritonitis. En estos casos, en efecto, el uréter ha sido cogido en las suturas y la cavidad abdominal ha sido infectada por la penetracion de orina fermentada.

Muchas tentativas operatorias infructuosas pueden tambien obligarnos á hacer la obliteracion de la vagina aunque no hayamos tenido que deplorar ninguna de las complicaciones precedentes; pero á cada operacion la fistula se hace más extensa, sus labios se adelgazan y se hace mucho más difícil movilizarlos. Esto se observa principalmente en los casos de fistulas muy anchas del conducto uretral.

Simon ha practicado la obliteracion de la vagina en los casos en que existía entre dos fistulas una estrechez muy extensa del conducto uretral, cuando ninguno de los métodos que anteriormente hemos estudiado era aplicable ó cuando no se lograba modificar la incontinencia. Cuando la vagina se encuentra estrechada á nivel de la fistula ó inmediatamente por debajo de ella, nos es generalmente posible,

por una dilatacion preliminar, llegar hasta la fístula para hacer la obliteracion. Esto es, sobre todo, lo que es preciso hacer en los casos de estenosis que radique sobre las partes inferiores de la vagina, y no se deberá, en casos tales, recurrir á la obliteracion de la vagina sino cuando sea imposible descubrir suficientemente la solucion de continuidad ó bien cuando se haya reconocido la desfavorable estructura de los tejidos inmediatos á la fístula.

Pero existe una cuestion que nosotros debemos tratar y que es de la mayor importancia. Debemos hacer la obliteracion de la vagina sin temor á producir una hematómetra cuando estemos seguros de que existe una ancha comunicacion entre la cavidad uterina de una parte y el conducto vaginal ó la vejiga. Podría creerse que la ausencia de menstruacion ó de hematómetra ántes de la operacion puede bastar para que el cirujano formule un diagnóstico exacto, lo cual no es cierto, como puede asegurarse obturando la fístula ú obliterando la vagina por debajo de esta última. La experiencia nos enseña, en efecto, que muy frecuentemente la menstruacion se suspende en tanto que existe la fístula, y que reaparece en cuanto la solucion de continuidad ha desaparecido ó se ha obturado la vagina. Si en estas condiciones se produce una obliteracion del útero ó de la vagina á nivel de los fondos de saco, se producirá una hematómetra. Pero es una eventualidad extremadamente rara, porque cuando las lesiones son muy profundas, para hacer necesaria la obliteracion completa del conducto cervical ó de la vagina, existen generalmente lesiones sobre el útero ó sobre los anejos que se oponen á la menstruacion ó la hacen muy difícil. El útero en masa está atrofiado ó está enclavado con la trompa y los ovarios en una masa inflamatoria antigua. Nosotros no conocemos, por otra parte, más que un solo caso en el cual, á consecuencia de una operacion de fístula, se observó la retencion de la sangre, y eso que no se trataba en este caso de una obliteracion del conducto vaginal, sino que los labios de la fístula habian sido simplemente aplicados el uno contra el otro (*Nota bibliográfica núm. 3*).

Hegar ha practicado en tres casos la obliteracion de la vagina: este conducto estaba notablemente estrechado y existía una amenorrea. En ninguno de estos casos le habia sido posible al cirujano fijar el estado del útero, aunque había sido dilatada la estrechez vaginal con la esponja preparada y el bisturi, y aunque había empleado toda clase de recursos para explorar el útero por la vejiga y por el recto valiéndose del dedo y de la sonda. En uno de estos casos, poco tiempo después de la operacion se presentó el flujo catamenial por la vejiga, y en los otros dos las funciones menstruales continuaron suspendidas, sin resultar de esta suspension el menor inconveniente para las operadas.

Si después de la operacion se produce una hematómetra, será pre-

ciso romper la oclusion vaginal, dilatar la estrechez y hacer una operacion plástica, pudiendo, si hubiere necesidad, evacuarse la hemátometra por la vejiga.

MANUAL OPERATORIO

El procedimiento más sencillo consiste en escindir la mucosa á nivel del anillo vaginal de manera que se extirpe una banda de tejido de un centímetro de ancho, extendiéndose desde el meato urinario hasta la comisura posterior. La herida producida así se suturará por hilos transversalmente dirigidos, de tal suerte que la línea de union corresponda á la forma del orificio vulvar.

Dieffenbach fijaba los bordes de los grandes labios en unas pinzas fuertes y escindía la piel á este nivel, procediendo de detras adelante, en una anchura de un cuarto de centímetro, avivaba despues igualmente á nivel de las comisuras anterior y posterior y aplicaba en seguida de seis á ocho puntos de sutura.

Este cirujano ha recurrido tambien á otro procedimiento muy complicado, pero por medio del cual puede evitarse toda pérdida de sustancia. Se hace alrededor del anillo vaginal una incision continua, y partiendo de esta incision se disea la mucosa vaginal. Una vez obtenida de esta suerte una especie de manguito, se practica de delante atras una incision longitudinal. Se obtienen así dos colgajos de mucosa situados cada uno hácia una parte lateral, se ranversa entónces cada uno de estos colgajos hácia la vagina, de tal suerte que puedan aplicarse el uno contra el otro por su superficie avivada.

Los bordes de la incision longitudinal anterior se unirán á la pared posterior del conducto de la uretra que ha sido avivado, y toda la herida se obturará por medio de una sutura entrecortada.

Bérard hacía pasar un hilo bajo toda la superficie de la herida, le disponía como los cordones de una bolsa y atraía las extremidades hácia arriba por medio de una sonda de Belloc que hacía pasar por la fístula.

La obliteracion de la vagina puede hacerse á nivel de la porcion uretral, á nivel del bajo fondo de la vejiga ó á nivel de los fondos de saco. En general, puede establecerse como regla que el tabique debe quedar colocado tan alto como sea posible, á fin de evitar un acortamiento inútil. Parece, por otra parte, que hay ménos probabilidades de éxito cuando se opera en las partes superiores de la vagina que cuando el avivamiento se practica en la porcion inferior, porque los labios de la herida pueden ponerse fácilmente en contacto sin que haya necesidad de desgarrar los tejidos ni de someterlos á una gran tension. En fin, cuando se practica la obliteracion á nivel de la porcion uretral

de la vagina no hay seguridad de obtener una contencion absoluta de la orina.

Para practicar la obliteracion vaginal se hará, por tanto, debajo de la fístula la escision de un anillo de tejido que mida una anchura de $1\frac{1}{2}$ á 2 centímetros y de 3 milímetros de espesor próximamente, y se unirá la herida hecha sobre la pared anterior de la vagina á la herida que se ha trazado sobre la pared posterior. Interin dura la operacion, la enferma estará colocada en el decúbito dorso-sacro. Las paredes de

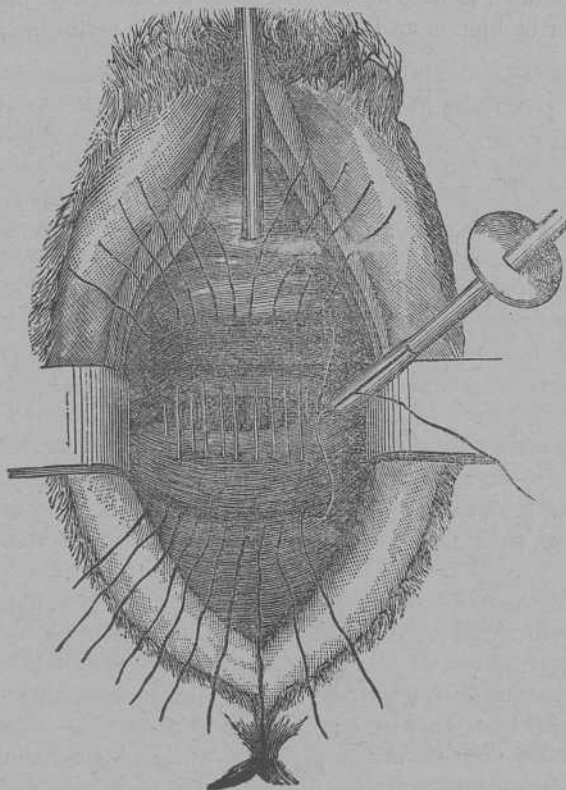


Fig. 60.

la vulva y de la porcion inferior de la vagina se separarán por medio de espéculos de valvas ó de separadores.

El manual operatorio ofrece algunas particularidades, segun que la obliteracion se practique sobre una vagina cuyas dimensiones sean normales ó que ofrezca alguna estrechez.

Si las paredes de la vagina son laxas y llenas de pliegues, se inves-

tigará en qué punto podría aplicarse la sutura sin ejercer tension alguna.

Con este objeto, se cogerá la pared anterior ó la posterior de la vagina en diferentes puntos con pinzas-erinas, y de esta suerte podrá darse cuenta el cirujano de la elasticidad y del espesor de las paredes, comparándolos con los de los puntos simétricos. De esta manera se pasará revista á toda la circunferencia de la vagina.

Cuando se quiera practicar el avivamiento, se hace una incision poco profunda en la base de un pliegue de la mucosa, de manera que se circunscriba bien el anillo de tejidos que debe escindirse; cogiendo

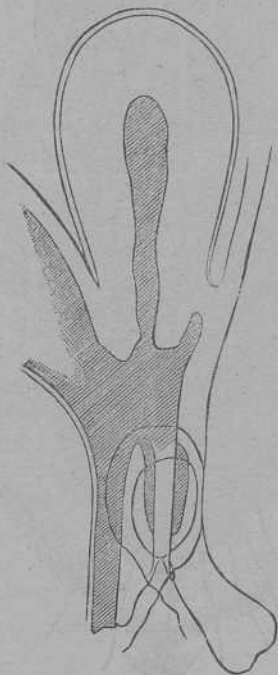


Fig. 61.

entónces con erinas ó con pinzas de garras el borde inferior de este anillo, se le diseca, á la par que un ayudante auxilia al operador ejerciendo continuamente con una segunda pinza tracciones sobre los tejidos que deben ser disecados.

La operacion se hará más fácilmente si se obliga á formar prominencia y se pone en tension la pared anterior de la vagina por medio de un catéter introducido en la vejiga, ejecutando lo mismo con la posterior mediante la introduccion de un dedo en el recto.

De esta manera se aprecia mucho mejor el espesor de la pared que se va á avivar, y se pone el cirujano al abrigo de esas lesiones de vecindad que deben evitarse. Una vez terminado el avivamiento, se igualan los labios de la herida con tijeras. La hemorragia es sobre todo muy intensa cuando se llega hácia las partes laterales de la vagina, y deberá contenerse por los diversos procedimientos que tantas veces hemos indicado.

Para aplicar la sutura basta por lo comun emplear pequeñas agujas curvas; excepcionalmente habrá que recurrir en algunos casos á la aguja de Simpson.

Las suturas deberán abarcar todo el fondo de la herida (*fig. 61*), y se obrará cuerdamente introduciéndolas por un lado de abajo á arriba y por el otro de arriba á abajo; pero tambien se pueden dirigir siempre los hilos de arriba á abajo si se emplean hilos á cada una de cuyas extremidades se haya fijado una aguja.

La aplicacion del primer hilo exige una atencion especial, porque ha de servir de punto de apoyo á todos los demas, dependiendo de él el éxito de la sutura. Se vigilará y cuidará, por lo tanto, que los labios de la herida de la pared anterior de la vagina vengan á aplicarse perfectamente contra los labios de la herida de la pared posterior. Basta atraer este primer hilo para hacer más accesible el campo de la operacion, lo que facilita singularmente la aplicacion de los demas puntos de sutura.

Los hilos se colocarán á una distancia de 3 á 4 centímetros entre sí, cuidando de cerrar perfectamente los ángulos de la herida, y los hilos no deben pasar de la pared vaginal. Sin embargo, es muy difícil evitar que por delante no interesen la vejiga ó la uretra y por detras el recto.

Practicada la operacion en muchas sesiones, ofrece grandes ventajas cuando se ejecuta la obliteracion de la vagina hacia la parte superior de este conducto, porque en este punto la herida debe ser muy extensa y se observan frecuentemente grandes hemorragias.

Observacion. — Se trataba de una fistula situada en el fondo de saco anterior que ofrecia 3 centímetros de diámetro. Practicadas tres operaciones por otro profesor, se habían reducido las dimensiones de la solucion de continuidad, que no media más que 8 milímetros, estando completamente destruida la porcion vaginal, de la cual no subsistian más que algunos restos del labio posterior. Del lado derecho de la fistula partian bridas cicatriciales blanquecinas que venian á perderse en los fondos de saco anterior y posterior. Hegar se vió obligado á no acometer la obliteracion directa de la fistula y prefirió acometer la obliteracion de la vagina á nivel de la region de los fondos de saco. En la primera operacion se produjo una hemorragia arterial muy intensa en

el momento en que se avivaba el último tercio próximamente de la circunferencia vaginal. Aplicacion inmediata de una sutura y ligadura mediata de los vasos y reunion de toda la herida operatoria, habiendo podido obtenerse la reunion del último tercio de la herida á las siete semanas sin accidente de ninguna especie. Seis días despues se observó la reaparicion de las funciones menstruales, que habian desaparecido completamente despues del último parto, siendo expulsada la sangre por la vejiga sin el menor dolor.

Si existe ya una estrechez del conducto vaginal, la obliteracion de este órgano se ejecuta con más facilidad.

Para hacer el avivamiento se deberá elegir un punto que esté situado un poco por debajo de la estrechez. Obrando de esta suerte se operará con más seguridad en los tejidos sanos y será ménos fácil lesionar el peritoneo, que puede ser invadido por la cicatriz. En efecto, cuando existe una estrechez de la vagina situada más arriba se ha observado frecuentemente, durante el avivamiento de la pared posterior, la abertura del repliegue de Douglas. Se reconoce fácilmente este accidente en que existe un orificio de bordes abruptos, por el cual vienen á derramarse algunas gotas de líquido ascítico. Spiegelberg ha visto tambien asas intestinales formar hernia á traves de un orificio de grandes dimensiones. Es preciso tener en cuenta que la herida del peritoneo debe ser cerrada por una sutura, y que la obliteracion de la vagina debe ser ejecutada en un punto más bajo. En un caso en que se trataba de una fistula cuyo mayor diámetro podría compararse al de una cereza, situada en el fondo de saco vaginal del lado derecho, Simon modificó la operacion de tal suerte, que en lugar de obliterar transversalmente la vagina, logró obtener la obliteracion oblicua de este conducto, de manera tal que el fondo de saco vaginal derecho fué el único obliterado, quedando la vagina libre en el resto de toda su extension. Si la vagina y la vejiga comunican ampliamente por encima de la porcion obliterada, la miccion se efectuará completamente bien y no se observarán ni fermentaciones en la orina ni cálculos. Estos accidentes no se observan sino en los casos en que el orificio de la comunicacion es muy estrecho y en aquellos otros en que ya ántes de la operacion existia un catarro purulento de las vías urinarias.

Bozeman ha sostenido que, sin duda alguna, la pielitis supurativa con ó sin formacion de cálculos se producía secundariamente y despues de la obliteracion de la vagina; pero esta opinion está destruida por la observacion de Simon, que de 10 enfermas mantenidas en observacion durante cinco y diez años, no ha observado ningun caso jamás de *pielitis supurativa*. Los resultados obtenidos en nuestra clínica son tambien muy favorables.

En la autopsia se ha encontrado el nuevo reservorio urinario ma-

nifiestamente dilatado y tapizado por una mucosa lisa (Rose). Es de advertir que la obliteracion de la vagina entraña la esterilidad, pero todas las demas funciones del aparato sexual no experimentan trastorno alguno por lo comun. La sangre procedente de las reglas es expulsada ordinariamente sin dolor por la vejiga, y en ocasiones se ha visto reaparecer la menstruacion regularmente despues de haber sido suspendida durante algun tiempo. Sólo excepcionalmente se ha observado la presencia de un catarro vesical en el momento en que se vierte la sangre procedente de las reglas.

Tampoco se dificulta ni impide el coito cuando la obliteracion se ha efectuado en las porciones superiores de la vagina; pero no ocurre lo mismo cuando se ha practicado la obliteracion á nivel de la porcion uretral, y existen mujeres en que á pesar de haber logrado la desaparicion de un sintoma tan molesto y penoso como la incontinenia de orina, no quieren disfrutarla á tan alto precio, y demandan que á toda costa se les haga de nuevo permeable el conducto vaginal. En un caso de esta naturaleza, Simon intentó hacer una prolongacion plástica de la vagina. A este efecto, disecó sobre la pared posterior de este conducto un colgajo cuadrado, cuya base estaba dirigida hácia la atresia, y prosiguió la diseccion en el tejido celular que separa la vagina del recto, hasta $1\frac{1}{2}$ centímetros más allá de la atresia. Empujó entónces el colgajo mucoso en el conducto así creado y le suturó á su pared anterior, contra la cual aplicó un tapon de hilas: la enferma curó y la vagina adquirió entónces un centímetro más próximamente de longitud.

En dos mujeres operadas por otros cirujanos, Simon, practicando el tacto por el conducto de la uretra dilatado, pudo observar que las fistulas habían quedado reducidas á muy pequeñas dimensiones. Hizo entónces desaparecer la atresia artificial de la vagina, seccionó las bridas cicatriciales y obtuvo directamente las fistulas.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Recientemente, sólo Schnupper ha podido obtener una reunion completa recurriendo á la episioestenosis; pero no pudo suprimir en absoluto la incontinenia. *A Treatise on vesico-vaginal fistula*, Nueva Orleans, 1886.

2) *Beiträge zur operativen Chirurg.*

3) Schwartz. *Complicationen der Blasenscheidenfisteln*. *Schuchardt's Zeitschrift für praktische Heilkunde*, 1867, págs. 97-114. En este caso se trataba realmente de una obliteracion del útero; faltaba la porcion vaginal; la gran solucion de continuidad fué obturada por medio de veinte puntos de sutura; la enferma sucumbió al quinto día con ictericia, coma y peritonitis generalizada. En la autopsia se observó que en el útero se encontraba acumulada una determinada cantidad de sangre.

Art. 8.º—Tratamiento de las fistulas vesico-uterinas (fistulas vesico-cervicales).

LITERATURA

Jobert. *Traité des fistules vésico-utérines*, etc., Paris, 1852, pág. 39, y *Gaz. des hôp.*, 1853, 19 Julio y 20 Agosto.

Simon. *Deutsche Klinik*, 1856, núm. 31.

Kaltenbach. *Berliner klin. Wochenschr.*, 1876, núm. 6.

Hempel. *Zur casuistik, Therapie u. Ätiologie der Urinfisteln des Weibes. Arch. für Gyn.*, t. X., pág. 479.

Lossen. *Deutsche Zeitschrift f. klin. Chirurg.*, t. XI, 1 y 2.

Martin. *Zeitschrift f. Gebh. u. Gyn.*, IV, 1879, pág. 321.

Müller. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1879, núm. 41.

Simpson. *Obstetr. Mémoires*, t. I, pág. 232.

Pippingskoeld. *Finska läk. sälls. handl.*, t. XVI, pág. 232.

Conocemos dos procedimientos que nos permiten curar las fistulas vesico-cervicales: 1.º La obliteracion de la fistula por la sutura ó la cauterizacion. 2.º La obliteracion del orificio uterino por debajo de la fistula (histerocleisis).

Desde el año 1849 recurrió Jobert con éxito al primero de estos procedimientos. Incindía trasversalmente el orificio uterino, ponía al descubierto la fistula y suturaba los labios. Pero en seguida, no habiendo encontrado más que un caso al cual fuera aplicable este método de tratamiento, recurrió exclusivamente á la histerocleisis. Lo mismo hicieron todos sus sucesores, y no obstante, la histerocleisis entraña tales inconvenientes, que debe preferirse siempre la obliteracion directa de la fistula cuando es practicable. Ante todo (*Nota bibliográfica núm. 1*), la histerocleisis deja estéril á la mujer, y esto es tanto más grave, cuanto que en los casos en que la fistula está limitada no existe una estrechez muy marcada de la pelvis. Se observan frecuentemente cólicos intensos en el momento de las reglas, porque el orificio de comunicacion entre la vejiga y el conducto cervical es generalmente muy estrecho, y bajo la influencia de las contracciones uterinas se ha observado que se abre el orificio uterino obliterado.

Cuando la solucion de continuidad está muy elevada, es muy difícil obliterarla directamente por una sutura. El mismo Simon, cuyo campo de operaciones es tan rico, no ha practicado más que una sola vez esta operacion en 1873 (*Nota bibliográfica núm. 2*). En 7 casos Spiegelbert (*Nota bibliográfica núm. 3*) no ha intentado más que una sola vez aplicar una sutura directa; pero subsistió una pequeña fistula que tuvo que ser obturada por cauterizaciones. Más tarde, en 1875,

Kaltenbach, y despues de él Lossen, Martin y Müller, practicaron con éxito esta operacion.

La enferma de Kaltenbach fué colocada en decúbito lateral, y este cirujano incindió los labios del cuello hasta por encima de la insercion vaginal, y valiéndose de pinzas-erinas los atrajo hasta el tercio inferior de la vagina. La *fig. 62*, dibujada segun el natural, demuestra cómo fué puesta al descubierto la fistula. La pared anterior del con-

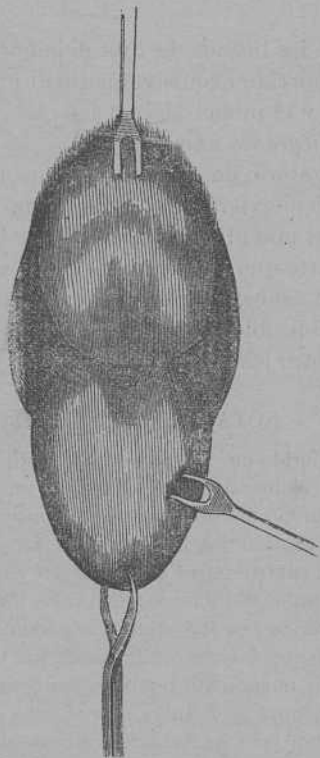


Fig. 62.

ducto cervical presentaba un pliegue embarazoso que se separó por medio de una erina, se avivaron los bordes de la fistula y se aplicaron siete puntos de sutura; la ablacion de estos hilos fué muy difícil, porque las incisiones practicadas sobre las partes laterales estaban en su mayor parte cicatrizadas.

Simon, Spiegelberg y Lossen pudieron descubrir la fistula sin incindir previamente los labios del cuello.

Lossen y Martin hicieron salir violentamente á la fistula basculando la punta de un catéter introducido en el conducto de la uretra.

Simpson, Spiegelberg y Polaillon han obtenido la curacion practicando cauterizaciones con el hierro candente ó con el nitrato argéntico.

En muchas acasiones se ha observado la curacion espontánea de las fistulas vesico-cervicales (*Nota bibliográfica núm. 4*), de tal suerte, que para Michälis y Martin no es muy raro este medio de terminacion.

A excepcion de los hechos de que dejamos hecha mencion, todos los autores han recurrido exclusivamente al procedimiento de Jobert, á la histeroceleisis, y el mismo Jobert ha observado 11 curaciones en 13 casos (*Nota bibliográfica núm. 5*).

El manual operatorio de esta operacion es muy sencillo. Se avivan los bordes del orificio externo del cuello en la mayor extension posible, y se suturan el uno al otro por medio de hilos dirigidos de delante atras, de tal suerte que quede una sutura en direccion trasversal. Si los tejidos están sanos, las probabilidades de éxito son muy grandes porque es posible obtener anchas heridas, en las que es muy fácil adaptar el uno al otro los labios de la herida (*fig. 48*).

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) En un caso referido por Deroubaix, subsistía despues de la operacion un pequeño orificio solamente permeable para un estilete. Un año despues existía á nivel del cuerpo del útero una fistula urinaria oval de gran eje trasversal que medía 2 centímetros de diámetro. La enferma refirió que había abortado á los tres ó cuatro meses de embarazo y que el feto había avanzado hasta la vejiga, «habiendo pasado uno de los brazos por el conducto de la uretra, pero concluyendo por ser expulsado por la vagina». Los datos suministrados por la paciente fueron confirmados por el médico que la trataba. Winckel y Lane han observado tambien embarazos en casos en los cuales habían subsistido pequeñas fistulas. En el caso de Winckel tuvo lugar el aborto y se verificó por las vías naturales á costa de violentos dolores.

2) Véase Lossen. *Loc. cit.*, pág. 74.

3) Véase Humpel *Loc. cit.*

4) Véase Polaillon. *Bulletin de la Soc. de Chir.*, 1876, núms. 4 y 5.

5) *Medical Times*, 10 de Enero de 1863. — Cartas á Lane.

Art. 9.º — Tratamiento de las fistulas uretero-vaginales y uretero-uterinas.

LITERATURA

Simon. *Deutsche Klinik*, 1856; Scanzoni's *Beitrage*, t. VI, 1860; *Wien. med. Wochenschr.*, núm. 28, 1876, pág. 692.

Alquié. *La Presse medic. belge*, 1857, núm. 3.

Panas. *Gaz. des hôpitaux*, 1860, pág. 273.

Landau. *Ueber Entst., Erkenntniss u. Behndl. d. Harnleiterschf. Arch. f. Gyn.*, IX, pág. 426.

Bandl. *Wien. med. Wochenschr.*, 1877, núms. 30 y 32; *Zur Entst. u. Behndl. d. Harnleiterschf.*

Hahn. *Bericht über einzelne bemerkensw. Urinfisteln beim Weibe. Berl. klin. Wochenschr.*, núm. 27, 4 Julio 1879.

Bérard. *Dictionnaire de médecine*, t. XXX, pág. 449; u. *Prager Viertel-jarschr.*, 1846, t. IV, pág. 78.

W. A. Freund. *Klinische Beiträge zur Gynäkol.*, núms. 1 y 2, y *Berl. klin. Wochenschr.*, 1869, pág. 504.

Duclout. *Gaz. de Paris*, 1869.

Kurz. *Memorabilien*, XXI, 5, 1876, pág. 222.

Zweifel. *Ein Fall von Ureteren - Uterusfistel geheilt durch die Exstirpation einer Niere. Arch. f. Gyn.*, XV.

B. Credé. *Nephrectomie wegen Ureteren - Uterusfistel. Arch. f. Gyn.*, t. XVII.

En los casos en que nos ocupamos, los bordes de la fistula son tan delgados y el calibre de la uretra tan estrecho, que es imposible suturar directamente la solucion de continuidad; ademas, no se sabe nunca con certidumbre si la extremidad vesical del uréter es permeable. Simon ha ensayado hacer desde luego permeable la extremidad vesical del uréter y obliterar en seguida la fistula; pero todas sus tentativas fracasaron, porque el uréter se obliteró de nuevo y la fistula volvió a abrirse. Estas tentativas operatorias iban acompañadas desde luego de síntomas alarmantes atribuibles a la retencion súbita de la orina, como dolores violentos en los riñones, vómitos frecuentes, fiebre intensa, etc. Durante mucho tiempo, apoyándose en la autoridad de Simon, se ha creído que la incontinenencia de orina no podía ser curada sino por medio de una operacion, obrando indirectamente sobre aquélla. Era preciso desde luego crear una fistula vesico-vaginal artificial, despues hacer por debajo de este punto la obliteracion de la vagina, utilizando, si fuese preciso, el borde inferior de la fistula que se acababa de practicar. Fueron necesarios los ventajosos resultados obtenidos por el deslizamiento del uréter en los casos de fistula uretero-vesico-vaginal y la posibilidad de explorar por la uretra dilatada la cavidad vesical y los uréteres para que los cirujanos intentasen obliterar directamente las fistulas uretero-vaginales.

Simon enseña desde luego en su *Curso de Ginecología* que se debía atravesar la pared vesical á nivel de la fistula y despues introducir á traves de este orificio una sonda en el uréter por la vejiga. Finalmente, debía hacerse deslizar por encima de ella un colgajo de la pared vesico-uterina é introducir diariamente una sonda para mantener se-

parados los bordes del colgajo hasta que la cicatrizacion fuera completa. En un segundo tiempo debían avivarse paralelamente á su gran diámetro los labios de la fistula vaginal, que, sin embargo, estaban alejados del nuevo orificio del uréter, y aplicar una sutura. Podría, además, avivarse una pequeña parte del fondo de saco vaginal y utilizarlo para obliterar la fistula.

Landau ha recomendado recientemente que se introduzca por la vagina un largo catéter elástico que penetre en la extremidad superior del uréter, en tanto que su extremidad libre está dirigida hácia la vejiga y es atraída hácia afuera á través del conducto de la uretra.

Se coloca entónces á la mujer en decúbito genu-pectoral y se aviva la mucosa vaginal á nivel de los puntos que corresponden á la porcion de la sonda que queda al descubierto. Se suturan en seguida las porciones avivadas por encima de la sonda, que debe permanecer colocada durante algun tiempo. Si este procedimiento no permite llegar á un resultado, es preciso escindir sobre la pared vesico-vaginal un colgajo mucoso y trasformar así la fistula uretero-vaginal en una fistula vesico-vaginal, en la extremidad superior de la cual vendria á abrirse el uréter. Por último, se suturará esta fistula por medio de puntos profundos que comprendan la mucosa vaginal. Bandl ha operado dos veces segun el procedimiento de Landau ligeramente modificado, pero no se obtuvo la curacion sino despues de muchas operaciones. Hahne ha recurrido una vez á este procedimiento, pero sin éxito.

El procedimiento de Simon nos parece más racional, porque el punto á nivel del cual el uréter se abre en la vejiga está alejado de la fistula vesico-vaginal. En uno de estos casos, Bandl, empleando el procedimiento de Landau, cogió en la sutura el orificio vesical del uréter, habiendo experimentado la enferma un violento escalofrío que duró cinco cuartos de hora, y cuatro horas despues de la operacion la temperatura axilar se elevó á 42° c., experimentando finalmente vivos dolores en la region lumbar del lado derecho, hasta que se quitaron los hilos.

Cuando se trata de una fistula uretero-uterina es imposible poner al descubierto la fistula, no pudiendo, pues, obtenerse resultados más que por medio de procedimientos indirectos. La simple hysterocleisis no parece oportuna sino cuando la extremidad vesical del uréter es permeable; de otra suerte, debería desde luégo crearse una fistula vesico-cervical, artificial, ó bien dar paso á la orina por un conducto artificial desde el uréter á la vejiga. Zweifel ha intentado estos dos procedimientos, pero no ha obtenido éxito alguno. Hasta ahora, Duclaux es el único que ha obtenido una curacion completa de la incontinencia de orina apelando simplemente á la hysterocleisis. Adoptó este procedimiento, porque habiendo intentado ántes de la operacion

obliterar la fístula por medio de cauterizaciones, había hecho constar que después de la cauterización del conducto cervical la incontinencia de orina cesaba durante algún tiempo, y que introduciendo una esponja preparada en el orificio uterino, no había observado jamás fenómenos de uremia; la extremidad vesical del uréter estaba, por tanto, permeable.

Hahne, que ha sido el primero que en un caso de fístula uretero-uterina ha adoptado el procedimiento de Simon, hizo una fístula vesico-vaginal artificial y obliteró por debajo de ella la vagina. Hizo una sutura en forma de bastilla para oponerse á la obliteración esponánea de la herida vesical. Esta sutura unía al borde superior de la fístula la mucosa vesical y la mucosa vaginal. El borde inferior de la fístula fué suturado á la parte media de la pared vaginal posterior. La curación fué completa, pero ocho meses más tarde la vagina obliterada fué abierta de nuevo por exigencia del marido de la paciente. Ésta se hizo embarazada, y después del puerperio no pudo hacerse constar la existencia de la fístula uretero-uterina, en tanto que subsistía la fístula vesico-vaginal creada artificialmente.

En 1878, Zweifel, habiendo observado que en un caso habían fracasado todos los demás métodos de tratamiento, y ante la oposición de la enferma y de su marido, que no aceptaban la obliteración de la vagina, practicó la extirpación del riñón correspondiente al uréter afecto, y la curación fué completa. En 1880, B. Credé obtuvo también una completa curación en un segundo caso.

Habiendo adquirido cierta importancia la nefrectomía bajo el punto de vista ginecológico en el tratamiento de las fístulas urinarias de la mujer (Simon, Zweifel y Credé), creemos deber indicar aquí rápidamente los principales tiempos de la operación.

La enferma adoptará el decúbito lateral correspondiente al lado del uréter no afecto, sobre un colchón grueso, á fin de que el borde inferior de las costillas esté tan alejado de la cresta ilíaca como sea posible (Credé).

Se incidirá la piel á nivel del borde externo de la masa sacro-lumbar, y se extenderá la incisión desde la undécima costilla hasta las inmediaciones de la cresta ilíaca, estando alejada de la cresta espinosa de 6 $\frac{1}{2}$ á 7 centímetros próximamente. Una vez bien disecado el tejido célula-grasoso subcutáneo, se ofrece á la vista la aponeurósis lumbar dorsal superficial. Al incidir las fibras de esta aponeurósis se dividen generalmente á nivel del ángulo superior de la herida algunas fibras que pertenecen al gran dorsal. Incindida esta aponeurósis, el bisturí descansa sobre el borde del músculo sacro-lumbar, donde debe encontrar un vaso, quedando al descubierto la aponeurósis dorso-lumbar profunda. Se incidirá esta membrana á nivel del bor-

de de la masa sacro-espinal, haciéndose ostensibles las fibras del músculo cuadrado de los lomos, que pueden reconocerse por su direccion de arriba abajo y de fuera adentro. Es preciso agrandar la incision hasta á nivel del ángulo formado por la duodécima costilla con el músculo sacro-espinal. Debajo de esta aponeurósis se encuentra el nervio ileo-inguinal, que se secciona. Terminado este tiempo, se separa, sin cortarle, el cuadrado lumbar y por debajo de la duodécima costilla se puede palpar el borde inferior del riñon. Pero es preciso todavia franquear la aponeurósis trasversa, y para ello se hace en su espesor un ojal situado en el ángulo superior de la herida, ojal que se agranda con el dedo. Con éste se puede entónces enuclear el riñon completamente de su cápsula grasosa, procediendo de abajo arriba. Este tiempo de la operacion es muy difícil cuando los ligamentos están cargados de grasa, y hay necesidad frecuente de reseca la duodécima costilla, á fin de crearse un camino. La enucleacion se hace sobre todo difícil cuando hay necesidad de penetrar profundamente por debajo de las costillas para alcanzar la extremidad superior de los riñones. Puede haber necesidad de ejecutar tracciones del riñon; pero es preciso no hacerlo sino con grandes precauciones, porque el tejido reblandecido se desgarrá y pueden sobrevenir muy graves hemorragias. Zweifel se ha visto obligado á coger los riñones con una pinza de Nélaton.

Credé se vió obligado en un caso, en que el riñon había contraído adherencias con el peritoneo, á aislar las partes superior é inferior de aquel órgano con un bisturi de boton.

Cuando se han atraído los riñones hácia afuera se ligarán los vasos del uréter, si es posible, por medio de muchas ligaduras en masa hechas con seda fenicada. Se cortarán muy cortos los hilos, se colocarán tubos de desagüe en la profundidad de la herida y se practicará una sutura tan profunda como sea posible.

Zweifel ha recurrido á la sutura entrecortada ó dentada de Kœberlé.

Art. 10.—Tratamiento consecutivo.—Accidentes despues de la operacion.—Pronóstico de la operacion de la fístula.—Estado en que se encuentran más tarde las mujeres operadas.

Simon ha tenido el gran mérito de simplificar el tratamiento consecutivo al cual se sometía á las mujeres despues de la operacion de la fístula. Merced á él se ha hecho racional este tratamiento. Antiguamente se creía que era necesario limpiar diariamente la herida, practicar inyecciones vaginales y, si era preciso, apelar á la irrigacion continua. Una vez terminada la operacion, se dejaba colocado un catéter, la

orina se vertía libremente, y no distendiéndose nada la vejiga, los labios de la herida no tenían tendencia alguna á desgarrarse (*Nota bibliográfica núm. 1*).

La práctica que hoy se sigue es muy diferente: se deja la herida tranquila hasta la ablacion completa de los hilos de ligadura y no se recurre á las inyecciones vaginales sino cuando existe una indicacion precisa y especial. No se emplea la sonda sino cuando la enferma no está en estado de expulsar libre y espontáneamente la orina, y cuando esto acontece no se apela á la sonda permanente, sino que basta son-
dar cada dos horas y media ó tres á la enferma los primeros días que siguen á la operacion. No sólo es inútil dejar la sonda colocada de una manera continua, sino que obrando de esta suerte casi siempre se producirá un catarro de la vejiga y tenesmo vesical violento. Se someterá á las operadas á una alimentacion nutritiva fácilmente digestible y se cuidará de que hagan al ménos una deposicion diaria.

En general, nuestras enfermas permanecen en cama durante ocho días, evitándose así todas las tracciones que pudiera experimentar la herida, y las vísceras abdominales permanecen en el más completo reposo. Sin embargo, si nos referimos á los ventajosos resultados obtenidos por Meadow, Schuppert y Simon, y si recordamos que estos cirujanos dejan á sus operadas en libertad de levantarse inmediatamente despues de la operacion ó á los dos ó tres días de efectuada, deberemos convenir en que esta regla no es absoluta, y si hubiere necesidad, podríamos apoyarnos en los éxitos de estos autores para modificar nuestra conducta.

Los hilos de seda se extraerán al sexto día, pero los hilos metálicos podrán permanecer aplicados durante muchas semanas sin ocasionar el menor inconveniente. Cuando la operacion fracasa puede reconocerse á los tres ó cuatro días de efectuada, porque la orina continúa escapándose por la vaginã y las enfermas se sienten mojadas de nuevo; pero comunmente no se observa aquí ningun acceso febril. En muchos casos, sin embargo, no nos apérebiremos del fracaso hasta que la enferma se levante por primera vez, ó bien cuando se quiten los hilos de sutura (*Nota bibliográfica núm. 2*). Si no existen más que algunos pequeños puntos en los cuales no haya podido obtenerse la reunion (pequeños orificios situados en el trayecto de la sutura, orificios por los cuales se han pasado los hilos), será por lo comun conveniente apelar á las cauterizaciones con el nitrato de plata en barra ó en disolucion, y con frecuencia se obtendrá la curacion de esta suerte. Las enfermas deberán permanecer en un decúbito tal que la orina no tenga tendencia á escaparse por la vagina.

Muy frecuentemente será oportuno recurrir al decúbito abdominal ó al lateral cuando las mismas enfermas observen que en esta situa-

ción el derrame de orina es mucho ménos abundante ó cesa completamente. Pero si la solución de continuidad que subsiste después de la operación fuera más considerable, si la cauterización no diera ningún resultado, sería necesario apelar á una nueva operación que se practicaría preferentemente tres ó cuatro semanas después de la primera tentativa operatoria.

ACCIDENTES QUE SIGUEN Á LA OPERACION

En los primeros días que siguen á la operación se observa frecuentemente un catarro vesical, sobre todo cuando se practica frecuentemente el cateterismo, ó cuando se ha apelado á la sonda permanente. Este catarro puede fácilmente propagarse á las partes superiores de las vías urinarias, y si la herida se infecta, ó bien si se producen calambres vesicales, la reunión por primera intención podría dificultarse. Debe, pues, retirarse lo más pronto posible el catéter, porque obrando de esta suerte se observa frecuentemente que la enfermedad se cura por sí misma; resultado que se obtiene ordenando á las enfermas que no orinen, en tanto que permaneciendo acostadas no se levantan ó se sienten. Se les aconseja, finalmente, el uso del agua de Vichy. A veces los calambres vesicales son debidos á la producción de hemorragias secundarias en la vejiga, ó bien á que se ha cogido en la sutura la mucosa vesical, pudiendo hacerlos desaparecer por medio de lavativas opiáceas ó de inyecciones de morfina.

Las *hemorragias secundarias* pueden producirse en la vagina ó en la vejiga, y pueden aparecer, ya inmediatamente después de la operación, ya al cabo de tres á cinco días, debiendo siempre ser atribuidas á una falta cometida durante la operación. Cuando la hemorragia se produce en la vagina, podrá triunfarse de ella haciendo inyecciones de agua clorurada, aplicando directamente los estípticos á nivel de los puntos que dan sangre, ó haciendo, si hubiere necesidad, una sutura mediata.

Cuando la hemorragia se produce por la vejiga, es mucho más grave, sobre todo si es debida á la herida de vasos arteriales voluminosos. La cantidad de sangre que se derrama es frecuentemente tan considerable, que la vejiga distendida puede elevarse hasta á nivel del ombligo y puede observarse que sobrevienen fenómenos graves de anemia. La sangre derramada en la vejiga provoca rápidamente la aparición de tenesmo vesical. Pero aunque sean muy vivas las contracciones de este órgano, apenas si se derraman algunas gotas de orina teñida en sangre, y la vejiga retiene ésta coagulada. Más tarde, durante los días posteriores, puede observarse que la sangre disgregada se mezcla con la orina bajo la forma de pequeños grumos, que son expulsados, ya

por la uretra, ya por entre los labios de la fistula. El éxito de la operacion se encuentra casi siempre comprometido y las enfermas no se reponen sino lentamente de la pérdida de sangre que han experimentado.

Si la hemorragia es moderada, se aplicará un saco de hielo y se luchará contra los calambres de la vejiga recurriendo á los narcóticos. Las inyecciones frías aumentan el tenesmo, en tanto que permanecen en la vejiga los coágulos y no se oponen á la continuacion de la hemorragia.

Es muy difícil obtener la expulsion de los coágulos, ya sea practicando la expresion, ya haciendo la aspiracion con una sonda gruesa, etcétera, y hay necesidad casi siempre de hacer previamente la dilatacion del conducto uretral. En todos los casos la herida recientemente suturada corre grandes peligros.

Por poco importante que sea la hemorragia, desde que se ha podido reconocer su origen en la herida hecha en una arteria de grueso calibre, parece muy racional coger en un asa de hilo el vaso que da sangre cuando puede reconocerse su situacion, y, si fuere necesario, es preciso abrir de nuevo la herida y ligar aquél.

Réstanos por estudiar las *complicaciones infecciosas de la herida*; pero, aún antes de que se apelara al método antiséptico, las complicaciones inflamatorias eran aquí mucho más raras que en las demas operaciones; tanto, que se había creído que la imbibicion permanente de la herida por la orina protegía aquélla contra la infeccion. Gracias á las precauciones antisépticas á las cuales recurrimos hoy, apénas se observa la infeccion primitiva de la herida. Pero la observacion de Zweifel nos ha demostrado (*Nota bibliográfica núm. 3*) que jamás está completamente al abrigo de los gérmenes. Este autor, en efecto, ha observado una piohemía mortal debida á la infeccion provocada por hilos de catgut impregnados de bacterias. Cuando despues de la operacion se observan fenómenos infecciosos, fiebre, etc., lo más comunmente es preciso acusar á la fermentacion de la sangre ó de la orina ó á la entrada de gérmenes por la vejiga ó la vagina. Ordinariamente, consiste en una falta cometida en las maniobras operatorias: en que no se ha vigilado si quedaba alguna gota de sangre entre los labios de la herida; en que no se ha cuidado de dejar exactamente cerrado el tejido celular que ha sido incindido; en que no se han desinfectado debidamente la vejiga y la vagina, no siendo posible jamás, finalmente, evitar en absoluto una autoinfeccion cuando existe una antigua pielitis purulenta.

Peritonitis. — La peritonitis, que es todavía la causa más comun de muerte despues de la operacion de las fistulas, es ménos frecuentemente debida á una lesion directa del peritoneo ó á la infeccion de

esta serosa que á la propagacion de las inflamaciones de los órganos vecinos. Citemos, sobre todo, como una de las causas que juegan principal papel, la infiltracion de orina en el tejido celular situado entre el cuello del útero y la vejiga. En las autopsias se ha visto con frecuencia que el peritoneo estaba aislado del tejido subyacente por un voluminoso foco purulento.

No es raro observar algunas semanas ó algunos meses despues de la operacion cálculos vesicales que denuncian su presencia por orinas sanguinolentas ó purulentas ó por un tenesmo vesical penoso. Es preciso atribuir estos cálculos á los depósitos de sales urinarias (fosfatos) alrededor de los hilos y, en algunos casos más raros, alrededor de esponjas introducidas en la vejiga durante la operacion y más tarde abandonadas en este reservorio. La consistencia de estos cálculos es muy débil para que puedan romperse fácilmente, ó es su volúmen tan pequeño que no pueden extraerse enteros con facilidad por la uretra. Merced al método antiséptico, la operacion de la fistula expone muy poco ó nada la vida de la paciente. Apénas si existe peligro, si no es cuando existe una disposicion anatómica muy desfavorable, cuando ha sido lesionado el peritoneo, herida una arteria ó cogido el uréter en la sutura, ó bien cuando existe una complicacion de cierta entidad, como la pielitis purulenta.

La mortalidad en las operaciones practicadas por Jobert era muy elevada, pues en 147 operaciones practicadas desde 1835 á 1860, este cirujano tuvo 26 éxitos funestos. Pero es preciso tambien atribuir tan malos resultados al deplorable estado de los hospitales de Paris bajo el punto de vista higiénico, y á los peligros que llevan consigo las incisiones libertadoras de este autor.

Simon, que es el que mayor número de operaciones de fistula ha practicado ántes de recurrirse al método antiséptico, no perdía más del 4,4 por 100 de sus operadas, y, sin embargo, en ciertos casos la disposicion anatómica era de las más complicadas (*Nota bibliográfica núm. 4*). Si juzgamos por los nuevos resultados obtenidos en los hospitales alemanes, veremos que el máximum de mortalidad no pasa de 1 $\frac{1}{2}$ á 2 por 100. De 60 operadas, Spiegelberg no ha perdido más que una; Bandl tampoco ha perdido más que una, y de 60 mujeres operadas en nuestra clínica desde 1864, no hemos perdido ninguna ni hemos observado ninguna complicacion grave. Desgraciadamente, los resultados de Verneuil son mucho más desfavorables, hasta el punto de haber llamado la atencion de los médicos acerca de los peligros de esta operacion. Verneuil ha perdido 5 operadas de 80, y en algunos casos la operacion había sido muy sencilla; en fin, hasta una enferma sucumbió, sin llegar á ser operada, de pielonefritis y de flegmasia. Este cirujano ha observado complicaciones tan graves como la eri-

sipela y la *flegmasia alba dolens*. En otro caso observó, despues de un simple exámen, la aparicion de una fiebre herpética. Todo esto nos conduce á la siguiente conclusion: «La ausencia de precauciones anti-sépticas expone á los mayores peligros.»

Hoy los resultados plásticos obtenidos despues de la operacion de la fístula son mucho más ciertos.

De 42 operaciones hechas en los casos más complicados, Simon no ha tenido más que un fracaso. De todas las mujeses operadas en nuestra clínica, solamente en dos no hemos podido obtener la curacion. Una de éstas, despues de una primera operacion practicada sin éxito, rehusó todo tratamiento. En la segunda había ademas una solucion de continuidad extensa sobre la pared recto-vaginal, y algun tiempo antes de morir, Simon había practicado una admirable trasplantacion de un colgajo tomado de la piel, operacion considerada por él mismo como preliminar. Hegar hizo sin éxito tres tentativas operatorias.

Cuando la reunion es perfecta, la mujer no siempre queda completamente al abrigo de la incontinencia, porque el tejido cicatricial puede á veces estar de tal suerte tenso que no se deje distender la vejiga, pudiendo entónces ser debida la incontinencia de orina á que se destruyen las fibras musculares del cuello de dicho órgano; pero afortunadamente, la capa muscular del conducto de la uretra basta frecuentemente para oponerse á la expulsion continua de la orina, y el papel que desempeña esta pared es evidente en los casos en que, habiendo sido completamente destruido el cuello, basta con que la uretra tenga 2 ó 1½ centímetros de longitud para que la continencia de la orina sea completa.

Si existe una incontinencia cuando la reunion ha sido completa, nuestra intervencion es impotente. Sin duda, se han propuesto las inyecciones de estrienina (Heppner) y se ha preconizado el empleo de la electricidad; pero cuando la pared de la uretra ha sido destruida en una gran extension, es muy difícil hacer funcionar las fibras musculares que subsisten. Baker Brown ha propuesto crear un nuevo conducto de la uretra al lado del antiguo, pero éste es un procedimiento que ha dado escasos resultados.

Uter Hart (*Nota bibliográfica núm. 5*) ha podido restablecer en un caso la continencia seccionando una brida cicatricial que impedía á la pared inferior de la uretra venir á aplicarse contra la pared superior. Si la incontinencia es debida á la inextensibilidad de la vejiga, puede curarse practicando la dilatacion metódica y gradual de la vejiga colocando á la mujer en decúbito genu-pectoral (Hegar). Cuando todos estos medios de tratamiento fracasan, debe aconsejarse á la mujer el uso de un recipiente para recibir la orina, ó de un obturador que, oprimiendo la uretra contra la cara posterior de la sínfisis, se oponga

á la incontinencia. Schatz ha imaginado un pesario cónico, cuya base descansa sobre el elevador del ano, y cuya punta, dirigida hácia abajo, está situada en el orificio vaginal. La proposición de Rutenberg merece llamar la atención. Este autor, en efecto, ha propuesto obliterar el conducto de la uretra y crear otro nuevo, haciendo una fístula vesico-abdominal que se abra por encima de la sínfisis. En este caso la fístula puede ser obliterada mucho más fácilmente con una pelota, que si se tratara del conducto uretral.

Por otra parte, cuando la reunión de la fístula ha sido completa, la incontinencia de orina no es absoluta; lo más comunmente, las enfermas pueden conservar su orina cuando se colocan en determinadas

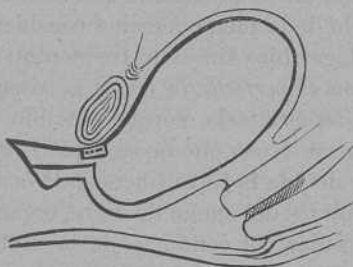


Fig. 63.

posiciones ó la vejiga se deja distender hasta cierto grado; pero las mujeres entónces se ven obligadas á orinar en cuanto experimentan la necesidad de hacerlo. En suma, las enfermas se alivian notablemente por medio de la operacion.

En ciertos casos raros puede observarse, despues de la curacion de la fístula, producirse la iscuria; lo que se observa, por ejemplo, cuando se ha suturado el tabique vesico-vaginal á un resto de uretra adherente al pubis, ó bien cuando la línea de union forma una prominencia angular en el conducto de la uretra (*fig. 63*). Simon pudo triunfar de esta iscuria haciendo uso de la sonda durante muchos meses.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) En un caso en que se había operado una fístula uretero-vaginal, Bandl no se limitó á dejar un catéter permanente en el uréter sobre que había operado, sino que introdujo un segundo catéter en la vejiga, haciendo así posible obtener la inmediata evacuacion de la orina procedente del uréter sano.
- 2) Simon ha hecho notar que se encuentra la pared vaginal alrededor de la herida cubierta de membranas infiltradas de sales úricas, lo que es preci-

so atribuir al rezumamiento de la orina entre los labios de la herida insuficientemente reunidos. Estas falsas membranas, que un cirujano principiante confundiría con las escaras diftéricas, pueden, sin embargo, ser causa de un fracaso en la operacion.

3) *Catgut als Träger der Infection. Centralblatt f. Gyn.*, núm. 12, 1879.

4) Véase Winckel. *Loc. cit.*, pág. 122.

5) *Annales de Gynécologie*, IV, Enero 1877.

CAPÍTULO III

FÍSTULAS ESTERCORÁCEAS

Artículo único. — Tratamiento operatorio de las fistulas que ponen en comunicacion el intestino delgado con la vagina.

LITERATURA

- Casamayor. *Journ. hebd. de méd.*, Paris, t. IV, pág. 170.
Roux. *La Clinique des hôpit.*, t. II, núm. 33, 1828.
Kiwisch. *Klin. Vortraege*, t. II, pág. 559.
Heine. *Arch. f. Klin. Chir.*, t. XI, pág. 485.
M. Bartels. *Arch. f. Gyn.*, t. III, pág. 502.
Breisky. *Die Krankheiten der Vagina*, Stuttgart, 1879, págs. 122-130.
Dahlmann. *Mittheilungen aus der gynäk. Klinik in Königsb. Arch. f. Gyn.*, t. XV, H. 1.

La comunicacion entre el intestino delgado y la vagina puede ofrecer dos variedades:

- 1.^a Ano vaginal contranatural.
- 2.^a Fístula estercorácea vaginal, ileo-vaginal.

La primera de estas especies de fistulas se producen cuando durante el parto el conducto cervical ó el fondo de saco vaginal posterior se rompen. Las asas del intestino delgado pueden entónces, espontáneamente ó á consecuencia de tracciones, encajarse en esta solucion de continuidad, y el peritoneo que les recubre venir á adherirse á los labios de la perforacion, y basta que la porcion herniada se gangrene y se desprenda la escara para que quede establecida la fistula.

La continuidad del intestino delgado puede encontrarse interrumpida, porque puede ser expulsada una extension considerable de este conducto (de uno á muchos piés).

Entonces se observa que en el fondo de saco posterior de la vagina se abren dos orificios intestinales, entre los cuales existe un espolon. Segun es más ó ménos pronunciado el ángulo que forman las dos extremidades al venir á abrirse la una cerca de la otra, así el espolon es más ó ménos pronunciado, y las materias fecales pueden á veces penetrar en parte en la extremidad inferior, y á veces, por el contrario, este paso es completamente imposible.

En todos los casos hasta ahora conocidos, el segmento del intestino eliminado radicaba en las porciones inferiores del intestino delgado, y no existía más que un fragmento de 6 á 8 centímetros de longitud entre la perforacion y la abertura del intestino delgado en el grueso. El segmento inferior del intestino que no funciona se estrecha gradualmente.

En un caso citado por Casamayor estaba completamente obliterado y trasformado en una brida sólida, y no existía más que un orificio intestinal en el fondo de saco vaginal.

Por lo comun, la vagina está estrechada á consecuencia de los traumatismos que ha sufrido durante el parto, y bajo la influencia de la irritacion producida por las materias fecales está inflamada y ulcerada.

Las fístulas propiamente dichas situadas entre el intestino delgado y la vagina son debidas á la perforacion en la vagina de un asa intestinal previamente adherida á la pared del repliegue de Douglas (*Nota bibliográfica*).

Lo más comunmente, es preciso atribuir las á un absceso que á la vez se ha abierto en las dos direcciones. En este caso, bien diferente del que precede, el orificio no existe más que sobre un lado de las paredes del intestino y las materias fecales pueden pasar al segmento intestinal inferior.

En los casos de ano contranatural se ha propuesto hasta ahora apelar á los procedimientos siguientes:

1.º Se ha propuesto implantar la extremidad superior del intestino delgado en el colon ó en el recto á fin de poder oponerse al paso de las materias fecales por la vagina. Roux ha operado en un caso con arreglo á este procedimiento. Abrió la cavidad abdominal, separó la extremidad superior del intestino de las adherencias que había contraído con la vagina, y la atrajo y la fijó á un orificio que había practicado en otro punto del tramo intestinal. La enferma sucumbió á consecuencia de una peritonitis.

Citaremos tambien la proposicion de Jobert, que separa de la vagina el segmento superior del intestino, y que despues de haber creado un orificio en el tabique recto-vaginal, atrae hácia este orificio el asa intestinal y les sutura. Merced á este último procedimiento resulta inútil un segmento muy considerable del tubo intestinal.

Pero estos dos procedimientos no tienen más que un interes puramente histórico.

2.º *Se practica entre el recto y la vagina un ancho orificio, por debajo del cual se obtura el conducto vaginal* (Simon). Es cierto que en esta operación no se abre el peritoneo; pero una porción muy extensa del intestino queda inútil, y la parte de la vagina que se encuentra situada entre la extremidad del intestino delgado y el recto soporta mal el peso de materias fecales.

En fin, operando por el recto es difícil mantener abierta la fistula recto-vaginal.

3.º *El ano vaginal debe ser transformado en una fistula que pueda obliterarse espontáneamente ó ser suturada, cauterizada, etc.* Casamayor ha ensayado crear fuera de la vagina anchas adherencias entre el segmento superior del intestino delgado y el recto. A este efecto, empleaba tijeras curvas cuyas ramas estaban provistas de extremidades aplastadas. Introducía una de sus ramas por la vagina en el intestino delgado, introduciendo la otra en el recto.

Estando cerradas las tijeras, sus hojas mantenían aplicadas la una contra la otra las paredes del intestino delgado y del recto. Bajo la acción de la compresión prolongada, estas paredes se adhieren la una á la otra y más tarde se necrosan.

Merced á este procedimiento, Casamayor renunció, es verdad, á obtener una amplia comunicación entre el intestino delgado y el recto, pero el orificio que hacía comunicar éste con la vagina no se oblitera y en vano pretendió este ginecólogo recurrir al empleo del obturador.

Á O. Weber pertenece el mérito de haber sido el primero que ha transformado un ano vaginal en una fistula, haciendo comunicar las dos asas del intestino delgado entre sí.

Después de su muerte, Heine completó la operación haciendo la sutura de los bordes de la fistula. Siendo único el caso de este autor, creemos deber relatarlo brevemente: «El ano contranatural presentaba dos orificios separados el uno del otro; por cada uno de estos orificios la mucosa intestinal formaba una gran prominencia en el fondo de saco vaginal y en el orificio externo del útero que había sido desgarrado. La incontinencia de las materias fecales era completa; la vagina estaba estrechada y presentaba ulceraciones, así como los órganos genitales externos. Introdujo en los dos orificios intestinales las ramas de un enterotomo de Dupuytren modificado (*fig. 64*). Las ramas de este instrumento median próximamente 15 centímetros y ofrecían una curvatura paralela á la de la pelvis. El tercer día después de la aplicación del enterotomo se observó por primera vez después del accidente provocarse una deposición por el ano; al sexto día se pudo retirar el enterotomo sin dificultad; una semana más tarde empezó á experi-

mentar la enferma vivos dolores abdominales, y el exámen directo nos dió á conocer que los dos orificios se encontraban trasformados en uno solo muy ancho, á través del cual se invaginaba la pared intestinal, y de aquí un obstáculo infranqueable á la expulsion de gases y una retencion completa de las materias fecales. El cirujano redujo con una

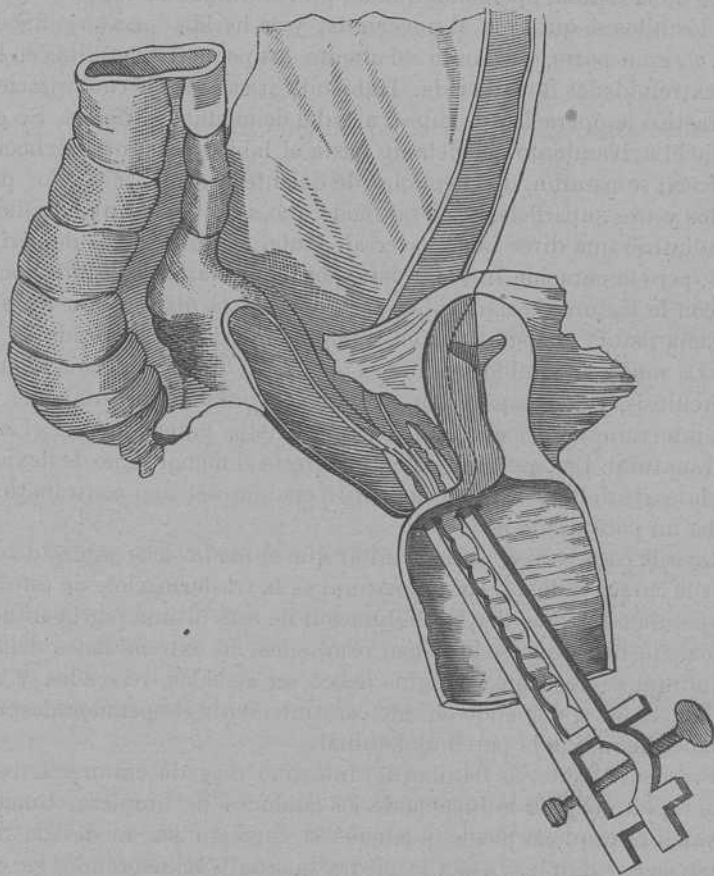


Fig. 64.

esponja montada la pared herniada y se produjo inmediatamente una abundante deposicion.

»Hubo signos de peritonitis, pero un mes despues de la operacion se pudo intentar la obliteracion de la fistula por medio de cauterizaciones con el cauterio actual y con la tintura de cantáridas. El orificio de la fistula se redujo de tal suerte que no medía más que $1\frac{1}{2}$ centímetros de diámetro próximamente.

»Nueve meses más tarde, Heine aplicó por segunda vez el enterotomo á fin de dividir entónces por más arriba el tabique intestinal. La fistula se redujo de tal suerte que no tenía más diámetro que el de un dedo, y entónces Heine intentó obliterarla por medio de la sutura. Terminado el avivamiento, pasó cuatro hilos á un centímetro de los labios de la fistula, operacion que no provocó ninguna reaccion notable; los hilos se quitaron al noveno día y la herida operatoria fué curada en gran parte, quedando solamente dos pequeñas fistulitas en las dos extremidades de la herida. Habiendo fracasado la cauterizacion, se practicó la operacion de nuevo al cabo de algunas semanas. Se extendió el avivamiento por delante hasta el labio posterior del hocico de tenca; se pasaron, dirigiéndolos de delante á atras, seis hilos profundos y tres superficiales, de tal modo que, una vez suturada la herida, adquirió una direccion transversal. Hubo algunos signos de peritonitis; pero la curacion fué completa, porque bastaron las cauterizaciones con la tintura de cantáridas para obtener la obliteracion de una pequeña fistula que subsistió en el ángulo inferior de la herida.

»La mujer sucumbió seis meses más tarde á consecuencia de una tuberculósis, y la autopsia demostró que el conducto intestinal no estaba interrumpido en el punto en que existía anteriormente el ano contranatural. La pared intestinal no ofrecia el menor signo de flexion; sólo la parte del intestino situada por encima del ano contranatural estaba un poco dilatada.»

De este caso parece, pues, resultar que el medio más seguro de obtener la curacion del ano contranatural es la trasformacion de éste en una fistula estercorácea y la obliteracion de esta última por la sutura. Si por este medio no se obtienen resultados, las extremidades del intestino que se abocan á la vagina deben ser aisladas, resecaadas y suturadas despues, debiendo en este caso intervenir el operador despues de haber incindido la pared abdominal.

Frecuentemente las fistulas del intestino delgado curan con bastante rapidez bajo la influencia de los cuidados de limpieza. Cuando la fistula es pequeña puede obtenerse la curacion por medio de una cauterizacion simple, ya con la piedra infernal (Hildebrand), ya con el hierro candente (Gussenbauer). Si no se obtiene ningun resultado ó si la fistula parece desde luégo de tal modo extensa que no debe pensarse en la cauterizacion, puede intentarse el avivamiento y la sutura de la solucion de continuidad.

Cuando el asa intestinal no se adhiere en una gran extension á la pared del repliegue de Douglas, es muy fácil al avivar la fistula abrir el peritoneo. Pero pueden evitarse las graves consecuencias de este accidente aplicando una sutura bien hecha. Si la reunion de los bordes de la fistula es impracticable ó si parece muy peligrosa, podría

intentarse entónces cubrir la fístula por medio de un colgajo tomado de la mucosa vaginal (Heine), y en los casos más desfavorables podría intentarse hacer la laparotomía y practicar en seguida una enterorrafia directa con ó sin reseccion previa del intestino.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

El caso de Breitzmann, en el cual la fístula venía á abrirse en el fondo de saco vaginal, parece ser único hasta ahora.

Art. 2.º — Tratamiento operatorio de las fístulas estercoráceas.

LITERATURA

Jobert de Lamballe. *Mém. sur les fistules*, etc. *Arch. gén.*, 4.ª serie, t. XXII, Mayo 1850.

J. Baker Brown. *Lancet*, 26 Marzo 1864.

G. Simon. *Monatsschr. f. Geb.*, t. XIV, pág. 439; *Prager Vierteljahrssch. f. prakt. Heilk.*, t. IXC; *Mittheilungen aus der chirurg. Klinik des Rostocker Krankeninhauses*, II, págs. 295 á 310.

Winckel. *Pathologie u. Therapie d. Wochenbetts*, 3.ª edicion, pág. 88.

T. G. Thomas. *Philadelph. med. and surg. Rep.*, XXX.

F. Rizzoli. *Dell' ano, vulvare, non che di varie aperture e fistole retto-vulvari e retto-vaginali*, etc. Bologne, 1874.

Breisky. *Die Krankheiten der Vagina*, Stuttgart, 1879, págs. 122 á 130.

El tabique recto-vaginal puede encontrarse perforado á cualquiera altura.

El asiento de la fístula varía segun el modo de accion de la causa que la ha producido y ofrece cierto valor semeiológico. En el segmento más inferior del tabique recto-vaginal encontraremos esas fístulas, que subsisten despues de la curacion incompleta de las desgarraduras del periné que alcanzan al tabique, las cuales son debidas á la perforacion hecha por cuerpos extraños introducidos en el recto. Un poco más arriba, de 2 á 5 centímetros por encima del borde anal, encontraremos fístulas producidas durante los partos dificiles. La compresion se ha ejercido en este caso sobre las partes blandas situadas entre la parte fetal y el periné, la extremidad del cóxis, los isquion, etc., y la pared recto-vaginal se ha gangrenado en el punto correspondiente.

Si se tiene en cuenta la disposicion del recto en la parte superior de la excavacion, se comprenderá fácilmente que, alojado en la concavidad que limita á la izquierda el sacro, sea fácilmente sustraído á la compresion que podrian ejercer sobre él las partes fetales.

Tambien las fístulas recto-vaginales son mucho ménos frecuentes que las vesico-vaginales.

En cuanto á las soluciones de continuidad que tienen su asiento

en el segmento superior de este intestino, es preciso atribuir las a la presencia de exudados en el repliegue de Douglas, que formando un saco extrauterino (Baker Brown) se abren paso á la vez hácia el intestino y hácia la vagina.

Las perforaciones atribuidas á los instrumentos empleados por los tocólogos, á la aplicacion de pesarios no apropiados ó á úlceras de diversa naturaleza, pueden producirse á cualquiera altura.

La fistula recto-vaginal puede ofrecer las más variadas dimensiones, pudiendo ser bastante estrecha para dejar apenas paso á un estilete, y se observan tan grandes que la pared recto-vaginal está casi toda destruida. Es muy raro, sin embargo, que estas fistulas midan más de $1\frac{1}{2}$ á 2 centímetros en su mayor diámetro.

Estas fistulas pueden ser redondas ú ovals, y, en este caso, su gran diámetro puede ser longitudinal ó trasversal. Lo más frecuentemente, los bordes de la fistula son delgados y cortantes; á veces, pero ésta es una disposicion muy rara, están rodeados en una gran extension por tejido cicatricial y se adhieren á las paredes de la excavacion.

Cuando la fistula recto-vaginal está situada cerca del orificio de este conducto, la columna posterior de la vagina no cede y la solucion de continuidad se encuentra colocada al lado de este repliegue muscular, que frecuentemente la recubre á manera de una válvula.

Si la perforacion es muy extensa, la pared posterior del recto y aun la misma S iliaca pueden encajarse á traves de la misma y contraer adherencias (Winkel). Breisky ha observado una fistula recto-vaginal extensa á traves de la cual se había invaginado un quiste dermoideo.

Las fistulas recto-vaginales coinciden frecuentemente con otras lesiones de los órganos sexuales, por ejemplo, con fistulas vesico-vaginales, con estenosis de la vagina, con desgarraduras del periné.

Indicaciones.—Nuestra intervencion tiene por objeto impedir el paso de las materias fecales y de los gases intestinales á traves del tabique recto-vaginal. La intervencion operatoria está, pues, indicada en todas las fistulas recto-vaginales, á excepcion de aquellas que son debidas á una ulceracion gangrenosa. Por esto hemos dicho anteriormente que cuando la solucion de continuidad sea debida al parto, se intervendrá con preferencia de las seis á las ocho semanas de verificado éste; porque se observa con suma frecuencia producirse una curacion espontánea durante el período de involucion uterina.

Pero si la fistula es atribuible á otra causa (peritonitis, sífilis, etc.), conviene esperar á que se curen estas afecciones, ó esperar á que los bordes de la fistula se hagan bien regulares y no estén cubiertos de membrana alguna.

Si hubiese un embarazo, no se deberá intervenir sino en los casos en que existen dolores muy vivos (*Nota bibliográfica núm. 1*).

Procedimientos operatorios. — Para curar las fistulas recto-vaginales se ha recurrido á la cauterizacion y á la sutura.

La pared recto-vaginal es muy movable en sentido longitudinal, lo que favorece la retraccion cicatricial y una exacta adaptacion de los bordes de la fistula cauterizada.

En la fistula recto-vaginal la cauterizacion ofrece muchas más probabilidades de éxito que en la fistula vesico-vaginal. Cuando la fistula es reciente, la cauterizacion practicada con un lápiz de nitrato de plata ó con un pequeño hierro al rojo puede bastar, sobre todo si se trata de esas pequeñas fistulitas que suceden al desprendimiento de los hilos de sutura despues de una operacion, ó de fistulas antiguas cuyas dimensiones no exceden á las de un guisante. Si la cauterizacion no permite obtener una reduccion marcada de las dimensiones de la fistula, deberemos abstenernos de repetirla, porque no haríamos más que disminuir las probabilidades de éxito de una intervencion cruenta que más tarde se haría necesaria.

Cuando la solucion de continuidad es extensa, se deberá recurrir siempre á la sutura. Los principios fundamentales de la operacion (avivamiento y sutura) son los mismos que dejamos expuestos al ocuparnos de las fistulas vesico-vaginales.

Existen tres procedimientos por medio de los cuales podemos obliterar la fistula recto-vaginal: 1.º, *por la vagina*; 2.º, *por el recto*; 3.º, *por el periné despues de haber dividido previamente este último por debajo de la fistula*.

Para elegir uno de entre estos procedimientos, será preciso tener en cuenta: el asiento de la fistula, la facilidad en hacerla accesible, y los resultados obtenidos por las operaciones anteriores si se hubiere practicado alguna.

No se intentará la reunion por la region perineal sino cuando al lado de una fistula recto-vaginal elevada exista una desgarradura completa del periné. No es raro, sin embargo, que se apele á este procedimiento operatorio cuando no se ha obtenido éxito alguno operando por la vagina ó por el recto, ó cuando, teniendo su asiento la fistula inmediatamente por encima del periné, está rodeada de tejidos cicatriciales y no puede ser puesta al descubierto sino incompletamente cuando se hace descender al periné. Simon, en estas circunstancias, ha incindido éste, y ha recurrido tambien á este procedimiento cuando el periné era ancho y la fistula muy estrecha.

Sin duda se teme que la herida perineal no cicatrice, pero este temor no está justificado.

En todos los casos en que la fistula recto-vaginal no es complicada debe operarse siempre por la vagina. Operando de esta suerte, por regla general, se puede poner mucho más fácilmente al descubierto la

fistula que si se operase por el recto, porque el orificio de aquel conducto es mucho más extensible que el ano, y cuando se opera por el recto puede hacerse imposible bajar suficientemente la pared posterior del intestino si la extremidad inferior del sacro forma una gran prominencia hacia adelante. Añadamos que si se opera por la vagina el avivamiento es más fácil, porque se practica en el tejido duro y compacto de la pared vaginal, en tanto que si se interviene por el recto, la mucosa que tapiza esta porcion del intestino es tan rica en vasos, tan poco adherente, y se pliega continuamente, con tal facilidad, bajo la presion del bisturí, que incomoda mucho al operador.

No se deberá, pues, operar por el recto sino en los casos en que exista una estrechez de la vagina, ó cuando, siendo muy ancho el periné, sea difícil descubrir por la vagina una fistula situada en la region más inferior del tabique recto-vaginal.

Operaciones por la vagina. — Estando echada la enferma en decúbito dorsal y separadas las paredes anterior y laterales de la vagina, se hacen prominentes los bordes de la fistula á beneficio de tracciones por medio de erinas ó de pinzas. Entónces pueden ponerse en tension los bordes de la herida y hacer más fácilmente accesible el campo de la operacion introduciendo un dedo en el ano é impulsando hacia adelante la pared anterior del recto.

Ciertamente que este procedimiento permite descubrir mejor el campo operatorio que si se emplea el espéculo fenestrado de Simon.

Para practicar el avivamiento se emplea un escalpelo comun ó un bisturí montado sobre un mango largo y encorvado. El tabique deberá ser avivado en todo su espesor, aunque los labios de la fistula formen un cono muy aplastado.

Cuando los labios de la herida son muy anchos, se coloca una doble sutura, cuya profundidad comprenda todo el espesor de la herida hasta la mucosa rectal y alterne con la superficial, que no abarca más que la mucosa vaginal.

La direccion de las suturas variará segun la forma de la fistula y segun la extensibilidad de sus labios.

Cuando la fistula es pequeña, se dará á los hilos una direccion trasversal; pero si la solucion de continuidad es extensa, si ofrece una forma semilunar, se recordará que el tabique recto-vaginal es principalmente movable de arriba abajo, y se colocarán los hilos en el sentido longitudinal, si bien la herida, una vez obtenida la reunion, tendrá una direccion trasversal.

Casi siempre deberán avivarse los bordes de la fistula y suturarles. Sin embargo, en un caso en que la fistula era muy extensa y en que existían un descenso notable y una retroflexion del útero, Simon re-

unió el labio anterior de este último al borde inferior de la fistula. La sangre de las reglas fué despues expulsada por el recto.

Cuando la fistula es muy extensa, si no es favorable la disposicion de sus labios, cabe preguntar si no sería bueno obliterar la fistula por medio de colgajos tomados á la mucosa vaginal ó á la piel.

Cuando se opera por el recto, la mujer puede estar en decúbito lateral ó dorso-sacro. Algunos cirujanos han preconizado el decúbito genu-pectoral, pero esta posicion resulta extremadamente penosa para las enfermas en virtud de la larga duracion de las maniobras operatorias.

La pared posterior del recto será impulsada hácia atras por medio de un espéculo univalvo, y las partes laterales del ano serán impulsadas hácia afuera por medio de separadores vaginales.

Cuando existe una contractura del esfínter puede hacerse necesaria la incision de este último.

Si la mujer está colocada en decúbito dorso-sacro, la pared anterior del recto representa una superficie oblicuamente dirigida hácia atras y hácia abajo, y por medio de erinas ó de pinzas puede obligarse á que forme prominencia la region de dicha pared en que la fistula tiene asiento.

Por medio de un dedo introducido en la vagina podremos comprobar los progresos del avivamiento y vigilar la aplicacion de la sutura.

Simon dirigía las agujas de tal suerte que estuviera el orificio de la puncion sobre la pared vaginal á medio centímetro de los labios de la fistula, en tanto que por la parte del recto estaba inmediatamente aplicada á los labios de la fistula. Operando de esta suerte, se coge una masa suficiente de tejidos y se evita el ver la mucosa rectal, tan blanda, tan plegada, abarquillarse entre los labios de la herida.

Cuando se opera por el periné se divide este último por medio de un bisturí de boton ó de un escalpelo dirigido sobre la sonda acanalada. Merced á esta incision perineal se pueden fácilmente alcanzar los bordes de la fistula, que hasta entónces eran poco accesibles, y se puede avivar tan exacta y tan ampliamente como sea necesario.

Si el periné tiene dimensiones normales, queda por debajo de la fístula una herida triangular que se reune por medio de suturas, cuyos cabos se dirigen hácia la vagina, el recto y el periné. Pero si no queda más que un resto de periné, si el recto ha sido desgarrado, la seccion del puente membranoso (*Nota bibliográfica núm. 2*) situado por debajo de la fistula no constituye más que un tiempo preliminar de la operacion, y se deberá practicar á cada lado del orificio vaginal un avivamiento triangular, á fin de que se pueda llevar á cabo, ademas de la operacion de la fistula, la perineorrafia.

La operacion de la fistula recto-vaginal da resultados positivos si

se practica un avivamiento suficientemente regular y suficientemente amplio, y si nos oponemos á que la mucosa rectal venga á formar hernia entre los labios de la herida cuando se aplican las suturas. Lo que dejamos dicho nos dispensa de añadir que es muy difícil cumplir estas condiciones cuando la fístula tiene su asiento en un punto muy alto, y que frecuentemente nos vemos obligados á recurrir á una operación secundaria y á modificar el procedimiento operatorio.

La vida de las pacientes se encuentra mucho ménos expuesta que en las operaciones de fístula urinaria, porque aquí no hay que temer á las lesiones del peritoneo ni á las heridas de vasos voluminosos.

El tratamiento consecutivo será el de todas las operaciones plásticas practicadas en la vagina: nosotros no nos ocuparemos aquí más que de un punto de la más alta importancia y á propósito del cual difieren en mucho las opiniones de los médicos.

¿Cómo conviene reglar la defecacion? Los unos creen que por medio del opio y de una alimentacion en extremo moderada deben retardarse las deposiciones hasta el décimo ó duodécimo día, creyendo que en este momento la cicatriz es suficientemente sólida para resistir á la presion de las masas fecales. Pero por este prolongado estreñimiento las heces se hacen duras, compactas, y la cicatriz, todavía reciente, puede fácilmente desgarrarse, de tal suerte que siempre resulta en extremo penosa la primera deposicion.

Otros creen que es preciso usar los calomelanos, la jalapa, etc., á fin de obtener deposiciones líquidas que no comprometan el trabajo de cicatrizacion.

En general debe preferirse este último método, que ha sido preconizado principalmente por Simon; sin embargo, es preciso evitar la diarrea propiamente dicha, porque las materias fecales flúidas pueden introducirse por los pequeños intersticios que dejan los puntos de sutura y desempeñar el papel de agentes infectantes, debiendo temerse, por último, que las repetidas contracciones de la pared rectal desgarran los labios de la herida.

Hé aquí la conducta que nosotros seguimos en todas las operaciones que practicamos sobre el tabique recto-vaginal. Procuramos que ántes de la operación se verifique una deposicion abundante, y durante los tres días que siguen al en que se ha verificado aquélla, la operación no toma más que sopas y leche. La tarde del cuarto día administramos de 10 á 15 centigramos de calomelanos, y á la mañana siguiente un vaso de agua purgante. En cuanto se anuncia una deposicion se explora el recto, y si existen trozos duros de materias fecales se practica cuidadosamente la extraccion ó se trata de reblandecerlos por medio de lavativas aplicadas con el aparato de inyecciones. Los días siguientes basta, por regla general, hacer tomar á la enferma un vaso de

agua laxante, y de esta suerte se obtiene diariamente una deposición sin dolores. Las enfermas que se someten á este plan se reponen más pronto que las que permanecen estreñidas. Por otra parte, la experiencia demuestra que la expulsión de materias fecales no compromete en absoluto la cicatrización.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) En un caso referido por Mauriceau fué interrumpido el embarazo y la enferma murió.

2) Véase Kaltenbach. *Zeitschr. für Gebh. und Gyn.*, t. IV, pág. 287. Existía una fístula recto-vaginal en el fondo de saco vaginal que ofrecía las dimensiones de una moneda de dos pesetas. El tabique recto-vaginal tenía de largo dos traveses de dedo solamente. La vagina estaba estrechada por tejido cicatricial y el periné faltaba completamente. Se incindió el punto formado por el tabique recto-vaginal y se hizo un avivamiento lateral de manera que pudiera hacerse una perineorrafia. La enferma curó.

CAPÍTULO IV

OPERACIONES DESTINADAS Á CURAR EL PROLAPSO DE LA VAGINA Y DEL ÚTERO

Artículo 1.º — Generalidades. — Historia. — Literatura.

En este capítulo nos proponemos estudiar:

El prolapso de la vulva;

El prolapso de la vagina;

El prolapso del útero.

Los métodos operatorios serán, por tanto, muy diferentes, según que se trate de la vulva, de la vagina ó de la matriz.

En ciertos casos, en el uretrocele y en el cistocelo por ejemplo, puede operarse sobre la vagina (creación de una fístula vesico-vaginal artificial); pero ésta es una operación que no debe ser propuesta ni practicada sino cuando exista una cistitis muy intensa, y aún en este caso no ofrece grandes probabilidades de éxito. No nos ocuparemos, por tanto, de ella de una manera especial (*Nota bibliográfica num. 1*).

La escisión de la porción vaginal ó supravaginal del cuello no está indicada solamente en los casos de prolapso, sino que se puede apelar á ella cuando existan otras anomalías. Cuando se trate de un prolapso no puede ser considerada sino como una operación auxiliar; no haremos, pues, aquí más que considerarla de esta suerte, limitándonos á mencionar los casos en que está indicada, pues que ya hemos tratado en capítulos precedentes de su manual operatorio.

HISTORIA

Los métodos operatorios pueden dividirse en dos grandes grupos:

A. Se opera sobre la vulva.

B. Se opera sobre la mucosa vaginal en un punto más ó menos elevado.

A. La episiorrafia tal como la practicaba Fricke (*Nota bibliográfica núm. 2*) consistía en avivar la cara interna de los dos grandes labios y en suturar las superficies así avivadas. Domes (*Nota bibliográfica núm. 3*) pasaba un anillo metálico á traves de los dos grandes labios, procedimiento que puede considerarse como extremo. En suma, por el método de Fricke nos proponemos reforzar la masa de tejidos que se encuentran situados entre el recto y el conducto genital, pero esta consolidacion no se lleva hasta los puntos inferiores, razon por la que el procedimiento de este autor no da buenos resultados. La mucosa vaginal y el útero ranversan la barrera que se les opone. Era preciso, por tanto, llegar no solamente al orificio vulvar, sino tambien á una parte más ó menos extensa de la vagina, sobre todo á los puntos que confinan con la comisura posterior. Con este objeto, Mende (*Nota bibliográfica núm. 4*) propuso avivar la region del hímen, practicar, en una palabra, la himenorrafia; pero no llegó á poner en ejecucion su idea.



Fig. 65.

Malgaigne (*Nota bibliográfica núm. 5*), por el contrario, hizo el primer avivamiento hasta el orificio vaginal. Su procedimiento fué adoptado por otros varios operadores, entre los cuales citaremos á Credé, Baker Brown, Kuchler y Linhart (*Notas bibliográficas núms. 6, 7 y 8*).

Citaremos, finalmente, el procedimiento propuesto por Emmet (*Nota bibliográfica núm. 9*).

Cualquiera que sea el procedimiento adoptado por cada uno de estos operadores (véase en la *fig. 65* el procedimiento preconizado por Baker Brown), siempre se le puede considerar como una episiorrafia ventajosamente modificada. La operacion, en suma, no es más que un avivamiento de la vulva, de la cara interna de los grandes labios.

B. Se opera sobre la mucosa vaginal en un punto más ó ménos elevado. Aquí la intervencion no se ejecuta ni sobre la vulva ni sobre los grandes labios: se opera exclusivamente sobre la vagina.

Los operadores que adoptan este procedimiento obedecen á ideas muy diferentes. Para los unos se trata simplemente de estrechar el diámetro de la vagina y de oponerse así al prolapso. Para los otros, el resultado que debe obtenerse es más complejo, porque se conseguiría ademas consolidar las adherencias de la pared vaginal con los órganos vecinos. Hé aquí por qué se ha recurrido á diferentes cáusticos, al nitrato de plata, al ácido azótico (*Notas bibliográficas núms. 10 y 11*), que se aplican sobre la vagina. Jobert (*Nota bibliográfica núm. 12*), en los casos de cistocèle cauterizaba la pared anterior de la vagina con el nitrato de plata, y despues, cuando las escaras estaban desprendidas, practicaba una sutura sobre la herida así obtenida. Laugier, Kennedy y Dieffenbach (*Notas bibliográficas núms. 13, 14 y 15*) han recurrido frecuentemente al hierro candente.

Desgranges (*Nota bibliográfica núm. 16*) cauterizaba los pliegues de la vagina cogiéndolos con una pinza, cuyas cucharas estaban huecas en su cara interna y contenian cloruro de zinc, ó bien cogiendo con muchas pinzas de Vidal los pliegues de la mucosa, dejaba mortificarse y que se cayera toda esta masa cogida, esperando á que más tarde sobreviniera la retraccion cicatricial.

Richter (*Nota bibliográfica núm. 17*) recomendaba vivamente la ligadura en los casos de prolapso vaginal, procedimiento al cual recurrió con éxito Hedrich (*Nota bibliográfica núm. 18*) en un caso en que la masa prolapsada tenia el volúmen de la cabeza de un niño recién nacido. Rokitansky practicó una operacion absolutamente idéntica recurriendo á la ligadura elástica (*Nota bibliográfica núm. 19*).

Muchos autores prefieren recurrir á los procedimientos por virtud de los cuales se escinden fragmentos elípticos más ó ménos extensos sobre las paredes anterior, posterior ó laterales de la vagina, para suturar en seguida los bordes de la superficie avivada. Hall, Ireland, Hemming, Velpeau, Dieffenbach y Baker Brown (*Notas bibliográficas números 20, 21, 22, 23, 24 y 25*) han recurrido á este procedimiento, habiendo sido el primero en apelar á él Hall. Finalmente, Gérardin (*Nota bibliográfica núm. 26*) propuso avivar en la porcion inferior del conducto vaginal y en una cierta extension las dos paredes de la vagina, y suturar la una con la otra las dos superficies cruentas.

Más recientemente ha sido preconizado de nuevo por Sims (*Nota bibliográfica núm. 27*). Este autor, así como Emmet (*Nota bibliográfica núm. 28*), le considera como muy poderoso y como el único procedimiento activo en los casos de prolapso de la matriz.

En esta relacion histórica debemos mencionar los procedimientos

por medio de los cuales los operadores se prometen multiplicar las adherencias entre la pared vaginal y los tejidos vecinos, y mantener de esta suerte fijo el órgano en su posición normal.

Sin duda, operando como nosotros lo hemos dicho anteriormente, puede también obtenerse este resultado, pero no se alcanza jamás este objeto sino de una manera más ó menos completa. Para los operadores que dejamos citados este resultado no tiene más que una importancia secundaria.

Bellini (*Nota bibliográfica núm. 29*) practicaba con este objeto suturas semilunares, pasando los hilos bajo la mucosa y anudándolos fuertemente. Blasius (*Nota bibliográfica núm. 30*) adoptó este procedimiento. Estos dos autores se proponían al operar de esta suerte, no solamente estrechar el calibre de la vagina, sino también obtener adherencias entre las paredes de este conducto y los órganos vecinos. Citaremos, en fin, á Chipendale, que propuso inocular en la mucosa pus blenorragico.

Un gran número de estos métodos operatorios son completamente impotentes, pero permiten, no obstante, obtener algunos resultados. Citaremos, por ejemplo, la episiorrafia, modificada ventajosamente como dejamos dicho. Añadamos también la elitrorrafia, toda vez que se escinden grandes colgajos de la pared vaginal. Nada hay, hasta la ligadura de la porción prolapsada, que no pueda dar algunos buenos resultados. Por otra parte, nada debe detenernos, dada la variedad de las disposiciones anatómicas que se encuentran en el prolapso de la vagina y de la matriz.

En general, sin embargo, los resultados obtenidos con todos estos procedimientos no son de tal suerte satisfactorios que el tratamiento quirúrgico del prolapso haya adquirido una extensión proporcional á la de este accidente.

Tratándose de este asunto, se vuelve siempre á los diferentes aparatos de contención, los cuales, á pesar de todos los inconvenientes y de los peligros que provoca su empleo, á pesar del abundante flujo á que dan origen, se han divulgado de tal suerte que los médicos se asombrarían si lo supiesen. Para darse cuenta de ello es preciso visitar las casas de los almacenistas de instrumentos quirúrgicos y los almacenes de los ortopédicos que gozan la confianza de las clases populares, y allí se aprecia la gran cantidad de pesarios y vendajes que se venden, para colocar los cuales se dirigen al almacenista ó á la matrona.

Lo más frecuentemente, la mujer misma ó el marido aplican por sí el instrumento, y no se recurre al médico sino en muy raros casos.

En estos últimos tiempos el tratamiento quirúrgico del prolapso ha entrado en una nueva fase y adquirido una nueva extensión. Este progreso es, sin duda alguna, debido á los conocimientos más precisos

que poseemos sobre la disposicion anatómica de estos estados morbosos comprendidos bajo el nombre de prolapso del útero y de la vagina.

Hace ya mucho tiempo que Froriep nos había dado en sus dibujos documentos muy estimables. Citemos tambien á este propósito las interesantes comunicaciones de Franke: *Der Vorfall der Gebärmutter u. s. w.*, Würzburg, 1860. Sin embargo, Huguier es el que da más impulso á este progreso, merced á sus estudios sobre la prolongacion hipertrófica del cuello del útero, por más que aqui no se estudie más que un lado de la cuestion (Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques*, etc., París, 1860).

En tanto que los antiguos autores, Morgagni y Kivisch por ejemplo, consideraban la prolongacion como debida á las tracciones de la mucosa vaginal; en tanto que, por otra parte, Virchow la consideraba como secundaria generalmente y debida al prolapso (*Verhandlungen d. Ges. f. Geb. in Berlin*, t. II, pág. 207, 1847), Huguier describía una prolongacion primitiva, que Virchow, por otra parte, había reconocido en algunos casos excepcionales. Citemos tambien algunas comunicaciones de menor importancia de Freund (*Zur Pathologie und Therapie der veralteten Inversio ut puerp. u. d. compl. prol. uter.*, Breslau, 1870) y de Eduardo Martin (*Zur Pathologie und Therapie der Gebärmutter und Scheidenvorfalls*; *Monatsschr. f. Gebh.*, t. XXVIII).

Hüffel, en su trabajo sobre la anatomía y el tratamiento operatorio del prolapso del útero y de la vagina (Fribourg, 1873), ha estudiado la anatomía del prolapso, apoyándose sobre los hechos hasta entónces conocidos y sobre las observaciones y experimentos llevados á cabo en la Clínica de Friburgo.

Tauffer ha estudiado especialmente la anatomía y la etiología (*Nota bibliográfica núm. 32*). Citemos tambien los instructivos cortes de la pelvis hechos por Stach, A. Shütz y Spiegelberg, y los trabajos de Breisky (*Notas bibliográficas núms. 33, 34, 35 y 36*), en los cuales se encontrará una buena descripcion del prolapso vaginal, y los de Winkkel (*Nota bibliográfica núm. 37*), que contienen una interesante descripcion de las diferentes formas de prolapso.

Se consultarán tambien con fruto las investigaciones anatómicas de Savage (*Nota bibliográfica núm. 38*) sobre los órganos que contribuyen á la fijacion del útero, y los estudios de Fritsch sobre las relaciones contraídas por la matriz en el prolapso, en cuya última obra se encuentran láminas muy instructivas (*Nota bibliográfica núm. 39*).

Con los trabajos de Simon (*Nota bibliográfica núm. 40*) la cuestion hizo un nuevo progreso. Este autor tuvo la idea de combinar la elitorrafia posterior con la episiorrafia, en lugar de limitar el avivamiento al anillo vaginal y á los puntos vecinos, le extendió hasta la parte vagi-

nal, yendo mucho más léjos que los operadores que le habían precedido. Hegar hizo poco tiempo despues su primera operacion segun estos principios y erigió en método su conducta.

Los resultados obtenidos demostraron rápidamente y de una manera indiscutible que la colpoperineorrafia era la verdadera operacion que convenia practicar en los casos de prolapso. En cuanto á los demas métodos operatorios, la elitrorrafia anterior y la elitrorrafia posterior no deben ser consideradas como operaciones auxiliares; pero no diremos otro tanto de la escision del cuello uterino.

Spiegelberg ha combinado la colpoperineorrafia con la sutura de las dos paredes de la vagina. Para oponerse mejor al cistocele, por ejemplo, sutura los puntos más inferiores de la pared anterior de la vagina á la parte superior de la pared posterior (*Nota bibliográfica núm. 41*).

Lefort adoptó más tarde semejante procedimiento, limitándose, sin embargo, á unir en una cierta extension las paredes de la vagina (*Nota bibliográfica núm. 42*).

Recientemente Neugebauer se ha pronunciado favorable á este método (*Nota bibliográfica núm. 43*).

El número de estas operaciones es todavía poco considerable, y no tenemos datos suficientes acerca de los resultados obtenidos. Sin embargo, si se quiere poner en práctica este procedimiento, se deberá apelar al método de Spiegelberg, porque parece indispensable consolidar el plano pelviano si se quiere obtener resultados duraderos.

Al lado de estos autores debemos señalar á Bischoff y á Martin. Estos ginecólogos han propuesto métodos nuevos que no son sino variantes de los procedimientos de Simon y de Hegar.

En efecto, en el espíritu de estos operadores el punto capital es consolidar el tabique recto-vaginal; pero para alcanzar este fin puede apelarse á diferentes procedimientos (*Nota bibliográfica núm. 44*).

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Bozeman. *Über Urethrocele bei der Frau. The medical record*, 1871, número 120; *Allgem. med. Centralzeitg.*, 1871, pág. 40.
- 2) *Annalen der chirurg. Abtheilung des Krankenhauses in Hamburg*, t. II, 1833, pág. 142 y sig.
- 3) *Hanover'sche Annalen für die ges. Heilk.*, t. V, 1, pág. 20 y sig.
- 4) *Geschlechts Krankheiten des Weibes. Herausgegeben von Balng.*, Goettingen, 1834, t. II, 1, pág. 61.
- 5) *Manuel de méd. opérat.*, 1873, pág. 728.
- 6) *Casper's Wochenschr. f. die ges. Heilk.*, 1851, núms. 14, 15 y 16.

- 7) *On surgical Diseases of women*, 1861, pág. 80.
- 8) *Doppelnacht bei Damm., Scham. und Scheidennacht*, Erlangen, 1863.
- 9) *The principles and the practice of the Gynaecology*, Filadelfia, 1879, pág. 389 y sig.
- 10) Meding. *Dresdener Zeitschr. f. Natur. u. Heilkunde. Neue Folge.*, 1830, t. I, núm. 2.
- 11) Philipps. *Lond. med. Gaz.*, t. XXIV, pág. 494.
- 12) *Gaz. méd. de Paris*, 1840, núm. 5.
- 13) *Schmidt's Jahrb.*, t. XIII, pág. 375.
- 14) *Lancet*, 1839, t. II, núm. 12.
- 15) *Operationslehre*.
- 16) *Gaz. méd. de Paris*, 1853, núms. 5-25.
- 17) *Loders Journal*, t. VII, pág. 59.
- 18) *Dresdener Zeits. f. Natur. u. Heilk.*, t. I, núm. 1, pág. 170 y sig.
- 19) *Aerztl. Bericht d. Maria-Theresia-Hospitals in Wien.*, 1877.
- 20) *Dublin Journ. of med. a. chem. Sc.*, Enero 1825; *Gaz. méd.*, 1832, 21 Enero.
- 21) *Dublin Journ. of med. a. chem. Sc.*, 1835, Enero.
- 22) *London med. Gaz. Dec.*, 1835.
- 23) *Journ. hebdom.*, 1835, núm. 35.
- 24) *Med. Vereinszeitg.*, 1836, núm. 31.
- 25) *Op. cit.*
- 26) *Arch. gén. de médecine*, t. VIII, Paris, 1825, pág. 132.
- 27) *Gebärmutter chir.*, her. von Beigel, 1870, pág. 740.
- 28) *The principles and pract. of Gynaecol.*, pág. 375 y sig.
- 29) *Colpodesmorrhaphia. Bulletino delle scienze mediche*, 1835, Noviembre y Diciembre.
- 30) *Preuss. Vereinszeitg.*, 1844, núm. 41.
- 31) Sería conveniente fijar de una vez para siempre la nomenclatura de las operaciones á las cuales se recurre en los casos de prolapso. No se comprende por qué se ha abandonado la antigua y excelente denominacion de elitrorrafia, cuando se practica la escision de colgajos tomados á la mucosa vaginal y cuando se practica en seguida la sutura de las superficies avivadas. Simon ha propuesto el nombre de colporráfia, que tiene una significacion idéntica. Pero este operador designa tambien con este nombre una operacion muy diferente, porque no solamente opera sobre la mucosa vaginal, sino tambien sobre el orificio anterior de este conducto. Nosotros proponemos reservar el nombre de elitrorrafia á toda operacion en la cual no se actúe más que sobre la mucosa vaginal. Cuando se opere sobre la pared posterior de la vagina, y al mismo tiempo sobre el anillo vaginal, el nombre de colpoperineorrafia nos parece excelente.
- 32) *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1877, núms. 22-25.
- 33) Stach de Goltzheim. *Anatomische Beschreibung eines Gebärmutter und Scheidenvorfalls, Inaugural dissertation*, Freiburg, 1875.
- 34) A. Schütz. *Arch. f. Gyn.*, t. XIII, pág. 262.
- 35) Spiegelberg. *Ibid.*, pág. 271.
- 36) Breisky. *Krankheiten der Vagina*, Stuttgart, 1879.

37) Winckel. *Pathologie der weibl. Sexualorgane in Licht druck abbildungen*, Leipzig, 1880, pág. 221.

38) Savage. *Illustrations of the Surgery of the Femals Pelvic. Organs.*, Lóndres, 1868.

39) Fritsch. *Lageveränderungen der Gebärmutter*, Stuttgart, 1881; *Billroth's sammelwerk*.

40) *Prager Vierteljahrschr.*, 1876, t, III, pág. 112; *Mittheilungen aus der chir. Klinik des Rostocker Krankenhauses*, etc., Prag., 1868, pág. 282.—Engelhardt. *Die Retention des Gebärmuttervorfalls Durch die Kolporrhaphia posterior*, Heidelberg, 1871.

41) *Berliner klin. Wochenschr.*, 1872, núms. 21 y 22.—Markus Konrad. *Der Vorfall der weiblichen genitalien*, *Wiener med. Wochenschr.*, 1871, núm. 21, pág. 47.

42) Lefort. *Bulletin de thérapeutique*, 30 Abril 1877.

43) Neugebauer. *Centralblatt f. Gyn.*, núms. 1 y 2, 1881.

44) Véase Heinrich Banga. *Die Kolpoperineoplastik nach Bischoff*, Bale, 1875.—Egli Sainclair. *Ueber die operative Behandlung des Gebärmuttervorfalls. Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte Jahrg.*, 1877.—Martin. *Vollmann's klin. Vorträge. Ueber den Scheiden und Gebärmuttervorfall*, núms. 183 y 184, *Gynäkologie*, 54.—Véase tambien Winckel. *Pathologie der weiblichen Sexualorgane in Lichtdruckabbildungen*, Leipzig, 1880, pág. 246.

Este autor da cuenta de un procedimiento particular.

Art. 2.º — Estudio teórico sobre el mecanismo del prolapso.

La cavidad pelviana, considerada en conjunto, se presenta bajo la forma de un vasto espacio limitado en parte por paredes sólidas y en parte por una pared elástica, muscular, constituida por el diafragma, los tegumentos abdominales y el plano pelviano. Esta pared, que constituye la mayor parte de los límites de esta cavidad, está unida á las porciones óseas. Tiene generalmente una forma convexa hácia afuera, estando muy rara vez deprimida hácia la cavidad abdominal, y está siempre sometida á cierto grado de tension que tiende á disminuir en curvatura y á hacerla plana, de donde resulta una cierta presion sobre las vísceras abdominales.

La presion que existe en el interior de la cavidad abdominal depende de numerosos factores, entre los cuales citaremos: la cantidad de gases contenidos en el intestino, la tension á la cual están sometidos, el grado de tension de la pared, los movimientos respiratorios y la posicion del cuerpo.

Segun la posicion del cuerpo, cada segmento de la pared está sometido á una presion diferente.

Cada vez que una parte de la pared abdominal experimenta un cambio de presion, se modifica ésta inmediata é igualmente para las

demás partes, lo que se comprenderá fácilmente si se tiene en cuenta la facilidad con que se propaga la presión por el intermedio de las vísceras contenidas en el abdomen. El plano pelviano parece encontrarse en las más desfavorables condiciones, porque en la mayor parte de las posiciones del cuerpo él es el que soporta la mayor presión, y además ofrece un cierto número de orificios por los cuales, si el aumento de presión es considerable, pueden herniarse las vísceras. Aquí nos encontramos, pues, una disposición particular y complicada.

Queriendo considerar la cavidad pelvi-abdominal como un todo, no puede obtenerse más que una ojeada general y aproximada sobre el mecanismo de resistencia de las partes blandas de la pelvis. A este respecto no puede obtenerse ninguna conclusión bien precisa. En efecto, el peritoneo viene á aplicarse sobre la pared abdominal anterior y las vísceras están estrechamente unidas á membranas elásticas y contráctiles.

Si examinamos la pelvis de una manera más especial, vemos que entre las vísceras abdominales y el peritoneo de una parte, y por otra parte el peritoneo pelviano, existen segmentos de órganos que no están cubiertos por el peritoneo, existiendo en ciertos puntos una cantidad más ó menos abundante de tejido celular. De esta estructura complicada resultan ciertas particularidades en la manera como se reparte la presión, de las cuales resulta ésta equilibrada.

La presión intraabdominal se tramite en la pelvis por el peritoneo. Ahora bien; esta membrana recubre una gran parte del útero y de la vejiga, y solamente un pequeño segmento de la vagina. La mayor parte de este órgano y toda la porción inferior del recto son libres. De esta disposición podemos obtener esta consecuencia: todas las partes que no están cubiertas por el peritoneo no pueden experimentar de una manera directa la acción de la presión abdominal. Si examinamos más especialmente la ampolla rectal, nos apercibiremos de que tal efecto no será posible sino en los casos en que esta víscera esté llena ó distendida y en que las materias que contenga estén en contacto inmediato con el contenido del resto del intestino á consecuencia de la abertura del esfínter superior.

Después de haber tapizado estas vísceras, el peritoneo viene á ganar las paredes abdominal y pelviana, paredes á las cuales se adhiere por un tejido celular generalmente muy laxo. Sin duda alguna esta unión no es muy íntima, pero se acentúa cuando la pared abdominal está tensa, y es preciso guardarse de descuidar su importancia. Por otra parte, la fijeza de esta membrana se encuentra también aumentada merced á la presencia de numerosos ligamentos y de multitud de pliegues del peritoneo. A nivel de estos repliegues, el peritoneo recubre al tejido celular, vasos, fibras musculares, y esto en proporciones

variables, viniendo además á insertarse sobre la pared abdominal, con la cual contrae adherencias en estos puntos, mucho más íntimas que las partes de la serosa que son absolutamente planas. Citaremos entre estos ligamentos: los ligamentos vesicales, laterales y medio; los ligamentos redondos del útero, que son particularmente ricos en fibras musculares, y los ligamentos vesico-uterinos que unen la vejiga y el útero.

Sobre las partes laterales encontramos los ligamentos anchos; por detras son varios los ligamentos: los que atraviesan el plexo espermático; los que, partiendo del ligamento ancho, van á ganar el mesenterio del ileon y de la S iliaca y, sobre todo, el repliegue de Douglas con sus fuertes fibras musculares. Estos últimos ligamentos no ejercitan solamente la accion de consolidar la situacion del cuello, sino que dan tambien más fijeza al fondo de saco posterior de la vagina y á toda la parte del recto situada por encima de la ampolla.

El peritoneo puede ciertamente equilibrar una parte de la presion intraabdominal, si bien ésta no se trasmite íntegra á los órganos pelvianos. Si se quiere averiguar en qué proporcion puede ejercer su accion esta membrana, es preciso examinar con cuidado el grado de su elasticidad, la disposicion de sus repliegues, la solidez de sus adherencias á la pared abdominal y, finalmente, la fijeza ó movilidad de esta última. Los repliegues que vienen á insertarse á la pared posterior de la pelvis ó de la cavidad abdominal, por su manera de insertarse, ofrecen una disposicion que concurre muy favorablemente á la realizacion del resultado de que acabamos de hablar. Pero no se podría admitir que en los puntos en que la pared abdominal es movable, el peritoneo no pueda ser sometido á ninguna tension y que no pueda ser disminuida la presion abdominal. A nuestro juicio, se cae en este error cuando no se tiene en cuenta la accion de los ligamentos que van de la vejiga y de la matriz á la pared abdominal anterior, porque precisamente estos órganos entran en juego cuando el plano pelviano debe soportar una presión muy fuerte. Véase, por ejemplo, una mujer que respira segun el tipo abdominal ó que hace un esfuerzo. La presión intraabdominal se hará muy elevada y la pared abdominal anterior se encontrará impulsada hácia adelante, siendo muy fácil asegurarse de que la distancia que separa la sínfisis del anillo umbilical está aumentada. ¿Qué pasa entónces á la serosa parietal, y sobre todo á los ligamentos que unen la vejiga á la pared abdominal y aún á los repliegues vesico-uterinos? Todos estos órganos se encuentran sometidos á una tension muy fuerte y proporcionalmente se alejan de la pared abdominal.

Esta disposicion se hace entónces mucho más marcada cuando la mujer se tiende desde el principio, ó bien cuando se inclina hácia

adelante, en cuyo caso, en efecto, toda la presión se trasmite á la pared abdominal. Gracias á este mecanismo la pelvis escapa á la mayor parte de la presión, cuya acción se encuentra entonces disminuida á consecuencia de la fuerte tensión del peritoneo y de sus ligamentos. De todo esto parece resultar que en los casos en que la pared abdominal está completamente atónica y privada de elasticidad, cuando cae por delante del pubis á la manera de un saco de paredes flácidas, los órganos pelvianos deberán encontrarse más elevados. En algunos casos excepcionales se observa esta disposición, pero lo más frecuentemente no ocurre así. En este caso, en efecto, todos los tejidos, así como el peritoneo y los ligamentos y como la pared abdominal, han perdido su elasticidad, y aunque la última sea rechazada fuertemente hacia adelante de los pubis, el peritoneo no puede ponerse en estado de tensión. No existe nada hasta el plano pelviano que no haya perdido su resistencia. Finalmente, la falta de elasticidad de la pared abdominal obra entonces de otra manera particularmente desfavorable. Cuando la mujer está echada sobre el dorso, cuando la presión abdominal ha descendido notablemente (puerperio, extirpación de un tumor voluminoso, etc.), la pared abdominal anterior se hace cóncava hacia afuera; toda la presión se trasmite, pues, á los órganos pelvianos, lo que no se observaría si los tegumentos estuvieran intactos, teniendo por su elasticidad tendencia á tomar una disposición bien plana.

Enfrente del peritoneo, que trasmite la presión de la cavidad abdominal á los órganos pelvianos, debemos colocar el plano de este nombre, que debe, finalmente, equilibrar toda presión que le sea transmitida.

El plano ó diafragma pelviano se encuentra constituido por la aponeurósis pelviana y el elevador del ano. Por debajo se encuentran también otros tejidos, los músculos perineales, tejido celular, y, en fin, la piel que cubre todo el plano. Estos tejidos ofrecen una disposición bastante complicada alrededor del orificio exterior de diferentes órganos que en este punto les constituyen los esfínteres que impiden toda comunicación entre las cavidades de aquéllos y la atmósfera, y permiten la independencia absoluta de la presión atmosférica y la que se encuentra en el interior de la pelvis.

La aponeurósis pelviana viene á insertarse sobre los órganos casi á nivel del orificio interno del conducto de la uretra, en el punto que une el tercio medio al tercio inferior de la vagina y del límite del esfínter externo del ano. A partir de estos puntos, los órganos se hunden en el diafragma pelviano ó, mejor dicho, le atraviesan.

Los orificios de estos órganos, orificios que son, propiamente hablando, conductos poco prolongados, tienen paredes especialmente sólidas.

Para la vejiga encontramos el conducto de la uretra, que en su parte inferior se encuentra fijada por la hoja inferior del periné y á su orificio interno por la aponeurósis pelviana. La oclusion de este conducto es perfecta merced á su estrechez y á su riqueza en fibras musculares.

Diremos, por tanto, de la extremidad del recto, que hácia atras se encuentra mantenida por sus adherencias con el sacro, hácia delante por el plano perineal, y que ofrece ademas un esfínter muy poderoso.

La oclusion de la vagina está ménos asegurada. La parte situada por debajo de la aponeurósis pelviana mide muy cerca de 3 centímetros, por arriba está fuertemente unida al conducto de la uretra, conducto que está bien fijo, y á los ligamentos triangulares. A nivel del orificio interno de la uretra se nota un pliegue bien marcado, partiendo de la porcion uretral de la pared vaginal á la porcion vesical, que se opone á los descensos de la vagina y que debe su resistencia á la penetracion en su interior de fibras que proceden de la aponeurósis pelviana.

Por detras de la vagina se encuentran el segmento inferior del tabique recto-vaginal y el cuerpo perineal, masas de tejidos situadas entre el recto y la vagina. El plano perineal es rico en tejido muscular (esfínter externo del ano, trasverso del periné, elevador del ano) y se encuentra fuertemente unido á los tejidos situados en las partes laterales. El plano perineal forma una prominencia hácia adelante, deprimiendo la pared de la vagina, cuyo calibre reduce. Cuanto más considerable es esta prominencia, más acentuada es la curvadura en 8 de guarismo de la pared posterior de la vagina. Entónces se ve á la pared inferior de este conducto hacerse convexa hácia adelante y hácia arriba, en tanto que se hace cóncava su porcion superior. En las partes laterales, el segmento más inferior de la vagina está sólidamente fijo, segun puede apreciarse fácilmente por la vista y por el tacto.

Puede observarse tambien, cuando todo es normal, la fijeza de la parte inferior de la vagina, tan grande en las nulíparas, bastando á este efecto prescribirlas que respiren profundamente ó hagan algun esfuerzo. La horquilla describe entónces un movimiento ménos marcado que el ejecutado por los puntos vecinos del ano. Si se ejerce una presion sobre la pared posterior de la vagina valiéndose de una valva, se observa que el tabique vesico-vaginal descende notablemente, en tanto que la horquilla describe un movimiento muy poco marcado.

La oclusion de este conducto está, pues, asegurada porque la pared superior de la vagina encuentra en estas adherencias un medio de equilibrar la presion que ella recibe. Ademas, la parte más inferior de las columnas vaginales ricas en vasos constituye dos cojines elásti-

cos que vienen á aplicarse el uno contra el otro y á aislar de la atmósfera el conducto vaginal. Cuanto más considerable es la presión á la cual están sometidos estos órganos, más perfecta es la oclusión del conducto vaginal. Estos dos cojines elásticos se hacen más anchos, se hacen más ostensibles, y la vagina se obtura completamente, quedando su orificio representado no más que por la figura siguiente |—|.

En las nulíparas el elevador del ano juega un papel más importante y más activo en la oclusión del conducto vaginal y éste le desempeña atrayendo la porción inferior de la vagina contra el pubis. No hay nada hasta el constrictor de la vagina que no desempeñe un papel importante.

En las vírgenes es preciso tener además en cuenta el himen.

En las mujeres que han tenido hijos este aparato no es tan completo y la oclusión no se verifica de una manera tan absoluta.

Entre el peritoneo y el plano pelviano se encuentran tejido celular y segmentos de órganos que es importante examinar detalladamente bajo el punto de vista mecánico.

Si se tiene en cuenta la riqueza del tejido celular en vasos voluminosos y en plexos, se le podrá considerar como un tejido elástico. Este tejido no contribuye sino en grado muy débil á la fijación de los órganos contenidos en la cavidad pelviana; es laxo y esponjoso. Las conexiones que presenta con las paredes de la pelvis y con las vísceras son poco estrechas y no son íntimas sino en los puntos en que los vasos vienen á penetrar en estos últimos. Este tejido ejerce una función real en la transmisión de la presión del peritoneo sobre el plano pelviano, y recíprocamente, entrando aquí especialmente en juego su elasticidad. Existe además una función muy importante sobre la cual se ha insistido muy poco hasta ahora: reparte de una manera igual la presión sobre los diferentes puntos de la pelvis, debiendo el poder llenar esta función á su estructura laxa y á los numerosos pliegues que le surcan. Volveremos en breve á ocuparnos de este asunto.

Entre el peritoneo y el plano de la pelvis se encuentran: la ampolla rectal, la vejiga, el útero y la parte superior de la vagina. De todos estos órganos, la pared posterior de la ampolla rectal y la pared anterior de la vejiga son las únicas que están unidas á los huesos por tejido celular. Todos estos órganos ofrecen, además, una movilidad relativamente considerable, hecho que es sobre todo bien evidente para la pared inferior de la vejiga, la pared anterior del recto, el útero y, sobre todo, para la parte superior de la vagina. Esta movilidad desempeña un importante papel en la transmisión de la presión, y permite á estos órganos vaciarse y llenarse alternativamente.

Estudiemos ahora la parte superior del conducto vaginal, á que podemos dar el nombre de ampolla de la vagina por analogía con la

ampolla rectal. Por detras y por delante está unida á vísceras muy movibles; por arriba se termina en el cuello uterino, que ofrece cierto grado de movilidad, y por abajo viene á fijarse al esfínter vaginal, cuya situacion no se modifica. Por las partes laterales corresponde á un tejido celular laxo y rico en vasos. Otro tanto diremos de las paredes vesico y recto-vaginal, cuyas adherencias con los órganos vecinos no se establecen más que por medio de un tejido celular laxo. Estos órganos gozan de una movilidad que les es propia y que no siempre está subordinada á los movimientos ejecutados por los órganos vecinos.

La ampolla del recto no recibe directamente la presion del abdomen. Ésta no actúa sino de una manera mediata por el intermedio de las vísceras pelvianas y por la parte del recto que, situada más arriba, está sometida directamente á la presion intraabdominal. Es preciso que la ampolla del recto esté llena de materias fecales y que el esfínter anal superior esté entreabierto para que esta presion se transmita directamente.

El útero y la vejiga reciben directamente la presion que les es transmitida por el peritoneo. Cuanto á la ampolla de la vagina, parece que no sufre esta presion sino de una manera mediata por el intermedio del cuello del útero y de la vejiga. Este último órgano, ofreciendo una superficie muy ancha, parece mejor dispuesto que cualquier otro para transmitir la presion y, dada la cantidad de líquido que le rellena casi siempre, para repartirla de una manera más igual.

La trasmision de la presion sobre la vagina puede encontrarse notablemente disminuida cuando el tabique vesico-vaginal está anormalmente tenso y ofrece un cierto grado de convexidad hácia atras. Es preciso también tener en cuenta la rigidez de la pared vaginal y la consolidacion de esta pared por tejido cicatricial, disposicion que se encuentra en determinados casos patológicos. La trasmision de la presion por el cuello del útero se encuentra dificultada por poco acentuada que sea la tension de los ligamentos peritoneales que fijan el cuello. En los casos en que éste se encuentra fijado de una manera anormal, la trasmision de la presion se encuentra disminuida y aun desaparece por completo.

Cuando esto acontece, la pared vaginal adquiere por sí misma una solidez mayor y una gran tension, sobre todo cuando el cuello se encuentra dirigido hácia arriba y hácia atras, en cuyo caso aquélla transmite mal la presion. Se observa la produccion de efectos semejantes cuando existen tumores que elevan el útero y en todos los casos, en fin, en que existen neoplasias ó bien un simple aumento de volumen del útero por escasos que sean los obstáculos que estos estados patológicos opongan al descenso de la matriz, y sobre todo si la vejiga se encuentra empujada hácia arriba.

Cohnstein (*Nota bibliográfica núm. 1*) ha llamado la atención recientemente sobre la dilatación de los fondos de saco como consecuencia de la disminución de presión.

Durante el embarazo y durante el puerperio se observa que sobrevienen una fuerte hiperemia y turgencia de los tejidos que están sometidos a una menor presión; existe entonces una especie de compensación.

Los órganos pelvianos experimentan variaciones de volumen que no por quedar dentro de los límites fisiológicos dejan de imprimir un sello especial a la manera como se propaga la presión.

Todo el mecanismo que acabamos de exponer experimenta, pues, modificaciones según el estado de vacuidad ó plenitud de la vejiga y del recto, según la época del embarazo y del puerperio y según el grado de la presión intraabdominal. Notemos, sobre todo, que la transmisión de la presión no se efectúa siempre de una manera igual sobre los diferentes puntos de la pelvis. Cuando la mujer está acostada sobre el dorso, cuando la vejiga está moderadamente llena, la presión se transmite de una manera casi igual sobre los diferentes órganos pelvianos, siendo muy escasas las diferencias, si alguna existe. Lo mismo acontece cuando la mujer se pone en pie, pero en este caso se observan más excepciones. Sin embargo, cuando la presión intraabdominal sufre un aumento muy marcado, cuando la mujer hace algún esfuerzo, etc., la presión en la ampolla vaginal permanece inferior a la que existe en la vejiga, sin que pueda decirse que es preciso atribuir este efecto exclusivamente a una cierta tensión de la pared vaginal anterior ó a la de los ligamentos. Estos dos factores obran probablemente, porque no es posible la tensión de la pared vaginal anterior si el cuello está fijo.

En suma, existen dos factores que entran en acción para mantener los órganos pelvianos, y especialmente el aparato sexual, en su posición normal, y son los siguientes:

1.º El peritoneo con sus repliegues, que puede equilibrar una parte de la presión intraabdominal, si bien ésta no se transmite en totalidad sobre los órganos alojados en la pelvis. Puede reconocerse directamente esta reducción de la presión cuando durante un esfuerzo se examina la ampolla vaginal.

Es verosímil que una parecida disminución de la presión se observe en las demás partes de la pelvis, y que en estos casos el peritoneo sea el factor que entre en acción; pero éste es un punto que no ha sido demostrado todavía.

2.º El plano perineal con sus esfínteres. Añadamos, en fin, que es preciso tener en cuenta la disposición y el estado del tejido celular, de los vasos y de los plexos que contribuyen a equilibrar la presión.

La causa del descenso y del prolapso puede buscarse, ya en la in-

suficiencia de los ligamentos, ya en la falta de resistencia del periné. Lo más comunmente, estas dos causas se combinan entre sí, ya al principio ó ya en el curso de esta enfermedad.

I. *Insuficiencia de los ligamentos.* — Cuando los ligamentos se ponen flácidos, y sobre todo cuando esta falta de resistencia afecta á los ligamentos sacro-uterinos, se observa inmediatamente la producción de un ligero descenso del útero, con el cual se combina casi siempre un cierto grado de retroversion de este órgano.

La presencia de esta retroversion no deja de ofrecer cierta importancia bajo el punto de vista del prolapso. Si en efecto es poco marcada, el descenso del útero está favorecido, el eje de este órgano se confunde con el eje de la vagina y de la parte superior de este último conducto, y el útero se presenta á la manera de un cono cuyo vértice está dirigido hácia abajo. Toda elevación de presión en la región del conducto vaginal tendrá, pues, por efecto hacer descender al útero. Sin duda el aparato de oclusión de la vagina resiste, pero bien pronto se debilita, y el útero continúa descendiendo, arrastrando las paredes de la parte superior de la vagina, que vienen á insertarse sobre el cuello uterino.

Pero el cuello, descendiendo gradualmente, viene á hacerse ostensible en el anillo vaginal; todo, pues, parece favorablemente dispuesto para que se produzca el prolapso. Sin embargo, existen todavía obstáculos que no han sido vencidos: el periné resiste, el tabique uretro-vaginal no cede, las partes laterales del segmento inferior de la vagina están todavía bastante sólidamente fijas para oponerse á una inversión completa de la pared vaginal y para mantener el útero durante algún tiempo todavía. Hé aquí por qué en derredor de este último órgano, y sobre todo hácia atrás á nivel del plano perineal, se encuentra frecuentemente un fondo de saco constituido por la mucosa vaginal.

La vejiga, conservando sus relaciones con el útero, es casi siempre arrastrada por este órgano y la vagina. Pero ésta es una disposición que no existe fatalmente, porque la vejiga puede quedar en su situación normal ó estar retenida por la solidez de sus adherencias á los tegumentos abdominales, etc.

Añadamos que en los casos de adherencias entre el cuello del útero, la vagina y la vejiga son aquéllas bastante laxas para permitir al primero de dichos órganos dislocarse sin arrastrar al último.

La disposición del peritoneo á nivel de los órganos prolapsados varía según la situación de la vejiga. Por detrás existe, casi sin excepción, una separación entre el recto y la vagina á nivel de la porción superior del tabique recto-vaginal. La unión de estos dos órganos es más laxa que por delante y há lugar á tener en cuenta aquí la acción

ejercida por la pared muscular del recto. El peritoneo sigue al cuello del útero y al fondo de saco vaginal en su descenso; esta serosa tapiza la cara profunda de la pared vaginal posterior, invertida desde la extremidad de la masa prolapsada hasta su base.

Frecuentemente se observa que el segmento superior del recto forma una prominencia considerable hacia abajo y hacia adelante, y constituye una especie de asa intestinal que tiende á herniarse en el saco formado por la vagina ranversada.

En el segmento inferior del tabique recto-vaginal las paredes vaginal y rectal están intimamente unidas y el punto más inferior de este tabique resiste al descenso formando una sólida brida.

El prolapso, tal como acabamos de describirle, no se encuentra en toda su pureza, y es preciso buscarle en las vírgenes ó en las nulíparas.

Hay una forma de prolapso que merece llamar la atencion. Queremos referirnos á los casos en que el útero está sólidamente fijo, pero en los cuales el peritoneo está distendido y flácido, en cuyo caso se ve desde luégo producirse hernias vaginales.

Pero éste es un prolapso muy raro porque es preciso que se reunan un cierto número de condiciones para que pueda producirse. Es preciso, en efecto, que el útero esté fijo, que el peritoneo esté distendido y sea laxo y que la presion intraabdominal se encuentre aumentada de una manera continua, tal como se observa cuando existe una ascítis ocasionada por la presencia de un tumor ó merced á otra causa. Es preciso tambien que las paredes de la vagina, cuyo órgano encuentra un punto de apoyo importante en el útero inmóvil, estén flácidas y extensibles.

Desde que nuestra atencion se ha fijado en este punto, hemos encontrado los grados ligeros de este accidente con más frecuencia de lo que se pudiera imaginar. Esta disposicion tiene por efecto llevar el útero hacia adelante (*fig. 66*), dislocacion que es tambien atribuible á la retencion de materias fecales por encima del esfínter profundo del ano.

La hernia vaginal posterior puede quedarse en este grado, pero al final se ve que los medios de union con el útero ceden completamente ó en parte y se constituye el prolapso. Segun la resistencia, así se produce una prolongacion más ó menos marcada del cuello, y es digno de notarse que la prolongacion puede algunas veces predominar sobre la pared posterior del cuello, que está sometida directamente á las tracciones. La vejiga, ya participa del descenso del útero, ya permanece en su situacion normal (*figs. 67 y 68*, tomadas de Froriep — *Nota bibliográfica núm. 2*). Es extremadamente raro observar la hernia vaginal anterior; pero nosotros conocemos un ejemplo que, desgraciadamente, no ha sido perfectamente observado (*Nota bibliográfica núm. 3*).

Hemos visto que era necesaria cierta movilidad del útero y de la

pared vaginal para que se estableciera el equilibrio entre las diferentes presiones á las cuales están sometidos estos órganos. Si falta la movilidad, no se obtendrá el equilibrio sino á costa de la distension de los vasos sanguíneos, y gradualmente se verá producirse la hiper-

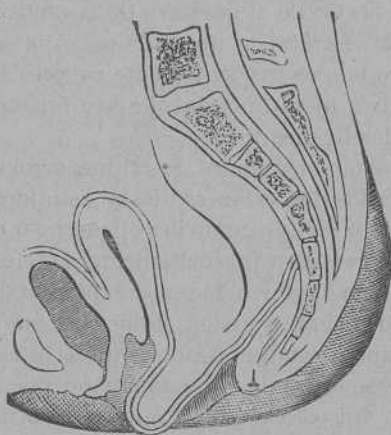


Fig. 66.



Fig. 67.

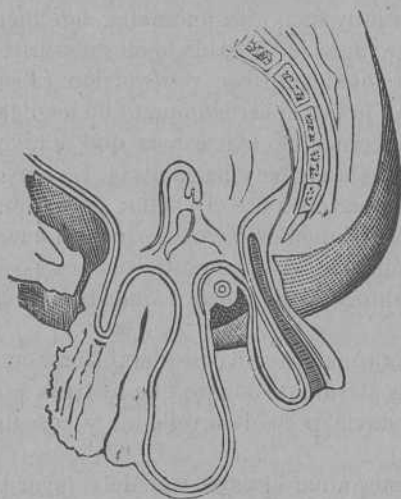


Fig. 68.

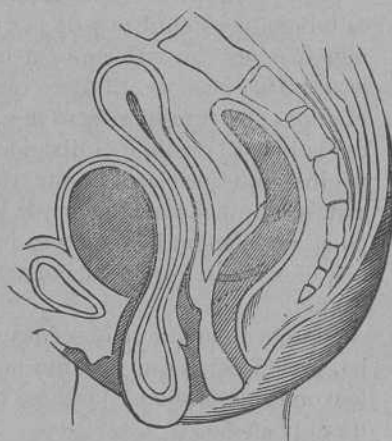


Fig. 69.

plasia. Es éste un proceso de la más alta importancia, ya por la génesis del prolapso, como por la patogenia de muchas afecciones del apa-

rato genital. Estas modificaciones en los tejidos juegan un papel tanto más importante, cuanto que en otra causa de prolapso entrará también en juego la elevación de la presión intraabdominal: en estas condiciones, aparecen la hiperemia y la hipertrofia aunque el útero, bien fijo, no se disloque; pero estas modificaciones anatómicas pueden aparecer igualmente durante la formación de un prolapso, cuando la causa continúa obrando y sobreviene un obstáculo al descenso de la matriz.

Estos obstáculos son varios: ya se trata de una versión ó ya se trata de una flexión del útero; pero lo más frecuentemente es preciso acusarlos á una falta de fijeza ó á una fijeza anormal de este órgano, anomalía atribuible á lesiones de los ligamentos.

Los ligamentos sacro-uterinos están engrosados, retraídos, arrugados; un ligamento ancho, y á veces los dos, están rígidos y retraídos, y bridas adherentes mantienen más ó menos inmóviles el cuerpo ó el cuello del útero. Estas modificaciones tienen frecuentemente por efecto, no solamente fijar el órgano, sino también hacer desaparecer la anteversión normal y aun provocar una retroversión. Estos obstáculos al descenso pueden desde el principio ser tan marcados, que el útero no puede descender; en ciertos casos, sin embargo, este órgano puede verificarlo, pero la dislocación no traspasa ciertos límites. En otros casos el obstáculo no se produce sino después de un principio de descenso. Los resultados de estos obstáculos al prolapso se hacen, pues, sentir más ó menos pronto.

Este es un proceso que explica muy bien esta anomalía, tan bien estudiada por Schultze y de la que tanto se ha hablado en estos últimos tiempos: nos referimos á la ante-flexión con retroversión (*Nota bibliográfica núm. 4*). El útero está fijo por el arrugamiento de los ligamentos sacro-uterinos, pero la adherencia no existe más que á nivel del istmo. El cuello está dirigido hacia arriba y hacia atrás. La pared vaginal anterior ejerce una fuerte tracción sobre el cuello; pero como se inserta mucho más bajo que los ligamentos sacro-uterinos, el cuerpo en ante-flexión bascula y se inclina hacia atrás tanto como es posible, el cuello se dirige hacia adelante y su eje queda paralelo al de la vagina.

Frecuentemente se observa una prolongación considerable del cuello, prolongación que es tanto más alarmante cuanto que se trata por lo común de mujeres jóvenes, todavía poco desarrolladas y con un útero pequeño.

Se ha discutido mucho para determinar el papel que debe jugar la prolongación del cuello uterino en la génesis del prolapso. Los unos, como Virchow, consideran la prolongación primitiva del cuello como un hecho muy raro; otros, como Huguier, le hacen jugar un papel muy importante; otros, en fin, le niegan completamente.

Para nosotros la prolongacion primitiva del cuello, ya se trate de la porcion infravaginal, ya se trate de la supravaginal, no tiene nada de inverosímil.

Hemos demostrado cómo estando fijo el útero podía producirse antes de todo descenso la hipertrofia del cuello si se elevaba la presión intraabdominal; pero también conviene hacer jugar en la génesis de esta hipertrofia un cierto papel á la involucion uterina despues del parto, á la endometritis.

Que la hipertrofia afecte solamente á la porcion supravaginal, ó que al mismo tiempo se extienda al cuerpo del útero, nada debe extrañarnos, toda vez que estas diferencias son debidas á que desde el principio la causa obra más enérgicamente sobre tal ó sobre cual segmento.

Añadamos, en fin, con Fritsch que la distincion entre la hipertrofia de la porcion supravaginal y la de la porcion infravaginal no es tan clara como generalmente se cree. Huguier nos ha demostrado ya que el límite que separa estas dos porciones del cuello se borra y se hace inapreciable. Por otra parte, en muchos casos la hipertrofia existe al principio sobre los dos segmentos del cuello. Pero poco á poco los labios de éste se ranversan y la hipertrofia parece limitada á la porcion supravaginal.

Es verdad que existen casos en que es imposible dejar de admitir que la prolongacion no ha sido el fenómeno inicial (*Nota bibliográfica núm. 5*).

Nosotros, por ejemplo, hemos observado la prolongacion del cuello en mujeres jóvenes, en vírgenes, en nulíparas cuyas paredes vaginales eran sólidas, sin que hubiera la menor señal de descenso, hallándose el istmo uterino en su situacion normal. Sin embargo, la parte superior de la vagina estaba invertida bajo la influencia de la prolongacion del cuello.

Hemos visto también una múltipara que tenía un útero doble, la cavidad en la cual se desarrollaban los huevos era más voluminosa que su vecina; el cuello, muy prolongado, avanzaba fuera del anillo vaginal, arrastrando toda la pared correspondiente de la vagina. El cuello correspondiente á la otra cavidad estaba en su situacion normal aproximadamente, y la pared correspondiente de la vagina apenas estaba dislocada. En este caso es preciso hacer jugar cierto papel á la subinvolucion uterina, pero éste es un hecho que se encuentra frecuentemente.

Sin embargo, la prolongacion hipertrófica, tal como la ha descrito Huguier, se encuentra muy rara vez en toda su pureza. Frecuentemente hay desde el principio un cierto grado de descenso, y los dos procesos se combinan, favorecidos por la falta de resistencia del esfín-

ter vaginal, por las anomalías de forma y de situación del útero, etc.

Si los ligamentos uterinos ceden, poco á poco se ve al cuello avanzar gradualmente hasta el anillo vaginal, lo que es preciso atribuir así á la prolongacion del cuello como á su descenso. Pero en este momento la evolucion variará segun los casos. Si, en efecto, el útero en su descenso encuentra obstáculos poderosos, predominará la hipertrofia; pero si, por el contrario, no se produce ninguna resistencia, si los ligamentos, si los esfínteres ceden, observaremos principalmente el prolapso y la prolongacion en segundo término.

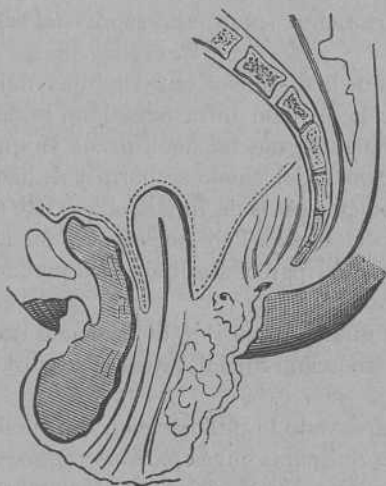


Fig. 70.

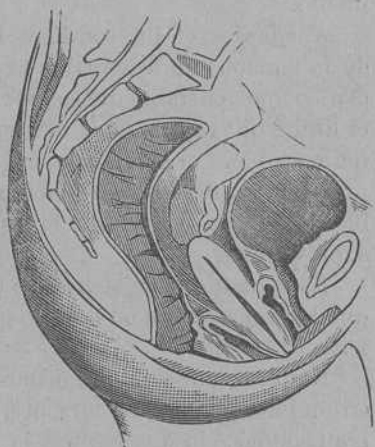


Fig. 71.

Cualquiera que sea la evolucion, el útero podrá venir á formar prominencia fuera de la vulva, disposicion que se observa en los más diversos grados del descenso ó de la prolongacion hipertrófica.

La situacion de la vejiga es variable; ya este órgano es arrastrado por el cuello (*fig. 70*), ya, y ésta es la excepcion, permanece en su situacion normal (*Nota bibliográfica núm. 6*).

En cuanto al peritoneo, permanece alejado por delante de la extremidad de la masa prolapsada, á ménos que los labios del cuello y una parte de las paredes del conducto cervical estén en inversion. En este caso las relaciones de la serosa se encuentran modificadas; por detras el peritoneo puede seguir al cuello en su prolongacion y aproximarse á la extremidad de la masa prolapsada; pero aquí encontramos tambien excepciones, y el fondo de saco peritoneal recto-uterino puede

permanecer en la cavidad pelviana ú ofrece una situacion anormal (*fig. 71, Nota bibliográfica núm. 7*).

Ya dejamos indicadas las condiciones que favorecen el predominio del descenso ó el de la desviacion uterina. Si el periné es flácido, si cede, si, por otra parte, los ligamentos no oponen ninguna resistencia, tendremos simplemente un prolapso. Pero si los ligamentos son resistentes, si el periné se opone á la progresion del útero, si, en una palabra, el prolapso no puede completarse, veremos acentuarse la retroversion ó la retroflexion bajo la influencia de la compresion ejercida por el recto sobre el fondo del útero; las materias fecales vendrán á acumularse en el intestino, y el útero será empujado hácia la cavidad de Douglas, y cuando, despues de una defecacion, se vacie la ampolla rectal, el cuerpo del útero vendrá á ocupar el espacio que ha quedado libre, y poco á poco el repliegue de Douglas se hará más profundo.

Cuanto á la vejiga, cuya parte superior puede sólo ser distendida por la orina (la parte inferior de este reservorio queda cogida entre la sínfisis y el cuello), vendrá á extenderse sobre el cuerpo uterino, á quien cubre en lugar de ser cubierta por él.

Ya no se observa más que una simple version uterina, ya no existe más que una flexion; todo depende de la solidez del tejido uterino y de la rigidez de la pared vaginal anterior.

El útero, en los casos de que nos ocupamos, se encuentra empujado en la direccion del ano y desciende en el repliegue de Douglas tanto como es posible. En ciertos casos extremos se ha observado que la pared rectal anterior hacía prolapso á traves del ano, y en la masa prolapsada se ha encontrado el útero y se ha visto tambien á este órgano empujar la pared posterior de la vagina á traves del anillo vaginal. Pero para que se produzcan estos accidentes, cuando existe una retroflexion muy acentuada, es preciso que todo el plano pelviano ofrezca una flacidez extraordinaria (*Nota bibliográfica núm. 8*), siendo muy raro observar estos casos extremos. La retroversion y la retroflexion, que tienen lugar á consecuencia de un prolapso, permanecen estacionarias cuando han alcanzado un cierto grado de desarrollo.

Todo lo que dejamos dicho acerca de las condiciones que favorecen la produccion del prolapso ó el desarrollo de las retroversiones y retroflexiones nos permitirá comprender fácilmente por qué en las jóvenes que jamás han parido se encuentran mucho más frecuentemente flexiones y retroversiones que prolapsos, en tanto que se observa lo contrario en mujeres que han tenido hijos. En las primeras, en efecto, los ligamentos sacro-uterinos y el periné son más sólidos y más resistentes.

En fin, en los casos de retroflexion ó de retroversion es preciso tener en cuenta las adherencias que se oponen al prolapso.

Si las versiones y las flexiones constituyen un obstáculo al prolap-

só, se oponen igualmente á la prolongacion hipertrófica del cuello, ó por lo ménos le imprimen un carácter especial.

En las retroversiones y las retroflexiones pronunciadas el labio anterior del cuello se encuentra fuertemente empujado contra la pared del fondo de saco vaginal anterior, en el cual se hunde. En este caso es imposible que se verifique el proceso hipertrófico, ántes bien ocurrirá lo contrario.

Pero no ocurre lo mismo en el labio posterior, que se encuentra dirigidó más ó ménos hácia el eje de la vagina, sino que aumenta de volúmen. En algunos casos raros el labio posterior es asimismo empujado contra la pared vaginal, disposicion que no se observa sino en los casos de retroversion extremadamente marcada y combinada con una flexion ligera.

Lo mismo ocurre si hay una anteflexion muy marcada. Para que se verifique el prolapso es preciso que el peritoneo que tapiza el repliegue vesico-uterino sea muy laxo ó que las adherencias que fijan el útero sean relativamente laxas. El repliegue peritoneal descende gradualmente, ocurriendo lo mismo en la pared anterior de la vagina. El cuerpo del útero descende tambien gradualmente por detras de la vejiga, que conserva su situacion normal. Pero este órgano no puede franquear el plano pelviano sino cuando el plano vulvar ha perdido toda resistencia, porque plegado sobre sí mismo, como sucede en los casos de que nos ocupamos, el útero ofrece un gran volúmen (*Nota bibliográfica núm. 9*).

La *fig. 72* muestra cuán complicada es la disposicion del peritoneo en el caso precedente. En esta figura la vejiga ha conservado su situacion normal, pero existen casos en los cuales un pequeño segmento del reservorio urinario está situado en la parte anterior de la masa prolapsada por debajo del ligamento triangular.

II. *Insuficiencia de los medios de contencion.* — La resistencia de los medios de contencion disminuye por el coito ó por el parto; por el coito, que desgarrá el himen y que ocasiona la distension y el relajamiento del constrictor de la vagina y de los tejidos elásticos que rodean al anillo vaginal; por el parto, que ejerce una accion mucho más poderosa.

Después del parto, en efecto, el himen está casi completamente destruido; el constrictor de la vagina y los tejidos elásticos perivaginales están distendidos y frecuentemente han perdido toda elasticidad. A veces las lesiones son más profundas y se extienden más léjos. Generalmente, las regiones anterior y laterales de la parte inferior de la vagina son respetadas, y se ve frecuentemente que el conducto de la uretra y la pared uretro-vaginal conservan su situacion normal aunque la vagina esté prolapsada. Las partes laterales del anillo vaginal

conservan tambien durante mucho tiempo su solidez, y estas regiones no participan sino secundariamente del prolapso cuando éste es ya muy acentuado.

Pero no ocurre lo mismo en la region posterior, que está relajada y desgarrada. Aquí, en efecto, nos encontramos las desgarraduras del periné, desgarraduras cuya disposicion y extension son muy variables; las desgarraduras de la vagina, que se extienden por los lados de la columna posterior de este órgano; las roturas de la pared vaginal, afectando una disposicion tal que la columna posterior está desprendida de los tejidos subyacentes, etc. Estas desgarraduras se presentan frecuentemente en una gran extension aunque la comisura posterior de la vulva esté completamente intacta. No es inútil hacer observar aquí que estas desgarraduras se favorecen mucho más que se evitan por las incisiones laterales á las cuales se recurre en algunos casos para proteger el periné.

Las lesiones tienen por efecto quitar todo punto de apoyo á la fosa navicular, que no puede contribuir más que la horquilla á la oclusion de la vagina.

Por poco exajerada que sea la presion á que la pared vaginal esté sometida, puede ésta descender, porque no existe ninguna resistencia capaz de oponerse á esta dislocacion, y, en lugar del conducto que constituia anteriormente el aparato de contencion de la vagina, no subsiste más que un simple anillo.

La pared posterior de la vagina puede tambien constituir al principio un cojin que resista el descenso del tabique vesico-vaginal; pero en este caso la distension de la vejiga por la orina obra desfavorablemente.

No es raro ver que la pared posterior de la vagina participa del descenso. En este caso las dos paredes vaginales forman dos rodetes, que se aplican fuertemente el uno contra el otro, constituyendo una especie de oclusion.

Es raro ver predominar el prolapso ó que tenga exclusivamente asiento sobre la pared posterior de la vagina. Esta disposicion se encuentra sobre todo cuando la distension de la ampolla rectal por las materias fecales favorece la produccion de un rectoceles.

Pero el útero participa bien pronto del descenso; descende él, y el cuello se dirige hácia la region donde la resistencia alcanza su minimum, es decir, hácia el anillo vaginal. El segmento de la vejiga que se encuentra situado detras de la sínfisis se opone á la anteversion del útero, y este último órgano se dirige directamente hácia arriba ó se inclina hácia atras.

Rara vez se observa una fuerte anteversion del útero ó una ante-flexion de este órgano. Para que esta anomalía de situacion se realice

es preciso que los ligamentos sacro-uterinos sean muy resistentes y hayan adquirido una resistencia patológica. El cuello se encuentra entonces situado hacia arriba y hacia atrás y el cuerpo del útero se inclina y efectúa una inflexión para seguir á la vejiga, que desciende.

La evolución del prolapso varia según que la dislocación predomina sobre la pared anterior, sobre la pared posterior de la vagina, ó bien cuando estas dos paredes participan igualmente del descenso.

Lo más frecuentemente, la pared anterior de la vagina es sobre todo la afectada. La *fig. 72* demuestra cómo el peritoneo, siguiendo á la vejiga, se encuentra en relación con la pared anterior de la vagina (*fig. 73*, *Nota bibliográfica núm. 10*). La pared posterior de la vagina entra poco á poco en inversión comenzando por los puntos vecinos del útero. La

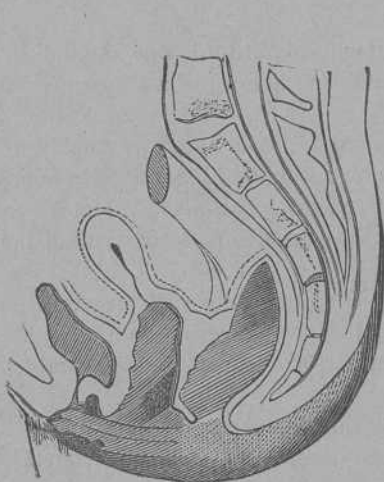


Fig. 72.

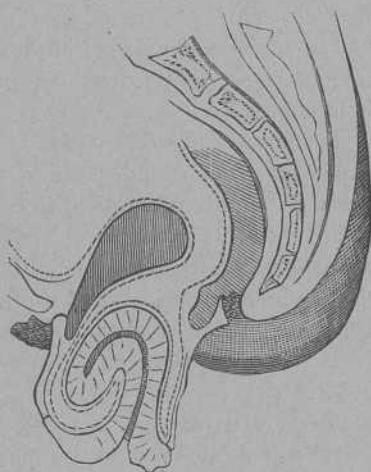


Fig. 73.

parte superior de esta pared se aísla casi siempre del recto, si bien el peritoneo se insinúa entre el recto y la vagina (*fig. 74*, *Nota bibliográfica núm. 11*); en tanto que la base del tabique recto-vaginal opone resistencia, la vagina no está en completa inversión.

Pero cuando esta pared cede, puede verse á la pared anterior del recto participar por un pequeño segmento del prolapso. En fin, llega un momento en que toda la pared anterior de la vagina, retenida por algunas adherencias todavía sólidas que subsisten, no desciende, y entonces desciende el útero, constituyéndose el prolapso uterino.

En estos casos, que en suma son muy raros, la pared posterior de

la vagina es la principalmente afecta (*fig. 75, Nota bibliográfica número 12*); la evolucion del prolapso sigue aquí una marcha inversa. El rectocele juega el papel más importante y la vejiga queda casi en su situacion normal.

Si las dos paredes de la vagina participan de una manera sensiblemente igual en el descenso, la vejiga por delante y la pared del recto por detras, penetran, á lo ménos por su segmento inferior, en la masa prolapsada.

En todos estos casos el peritoneo puede encontrarse cerca de la extremidad del prolapso.

Si en un grado cualquiera de la evolucion del descenso sobreviene algun obstáculo que se opone á su completo desarrollo, se ven apare-

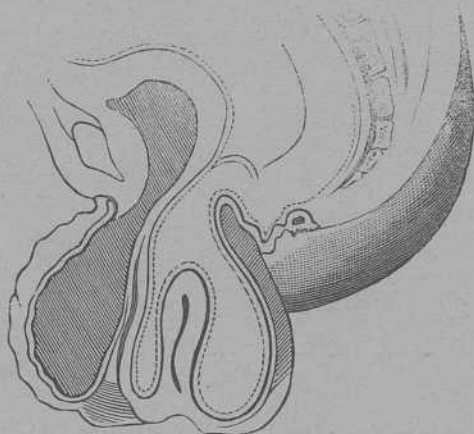


Fig. 74.

cer modificaciones anatómicas que complican el prolapso. Los obstáculos que éste puede encontrar son muy variados: ya el peritoneo resiste, ya existe una anomalía de forma ó de situacion del útero, tal como una flexion, ó ya resiste el plano pelviano. En ciertos casos puede observarse que estos factores desempeñan un papel tan importante, que constituyen el elemento principal de la anomalía.

Cuando el útero está mantenido por los ligamentos útero-sacros sólidamente, ó por adherencias, se halla casi siempre situado en la prolongacion de la vagina ó en retroversion, la pared prolapsada de la vagina ejerce tracciones sobre el cuello y principalmente sobre la porcion supravaginal, que se prolonga y se adelgaza cuando nada viene á oponerse á esta modificacion. Si se tiene en cuenta la congestion vascular

con que en este momento se produce, se concibe que existan dos factores en accion inversa, el primero provocando la atrofia y el segundo la hipertrofia.

Segun que predomine la accion de tal ó cual de estos factores, el resultado final será bien diferente. Deberá tambien tenerse en cuenta el estado variable de las paredes anterior y posterior de la vagina, que participan desigual ó igualmente en el prolapso.

Si las dos paredes de la vagina están igualmente lesionadas, el cuello estará modificado de la misma manera en sus dos paredes, ob-

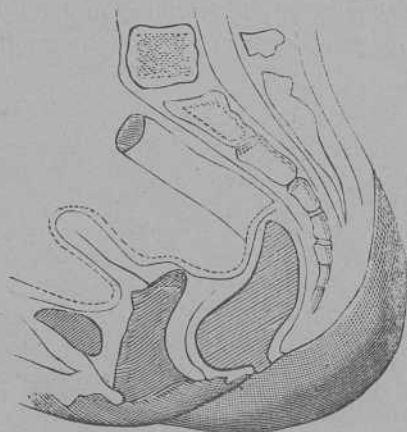


Fig. 75.

servándose entonces una prolongacion regular (*fig. 76, Nota bibliográfica núm. 13*).

Si, conforme á la regla general, la pared anterior de la vagina es la principalmente afecta, la prolongacion asentará principalmente sobre la pared anterior del cuello.

Si es la pared posterior de la vagina la afectada principalmente, veremos producirse una disposicion inversa, que será tanto más rara cuanto ménos frecuente es el prolapso aislado de la pared posterior de la vagina.

Por grande que sea al principio la solidez del peritoneo y de las adherencias patológicas que mantienen fijo al útero, concluye por ceder y el istmo uterino se encuentra casi siempre en descenso. Se observan, pues, los grados y las combinaciones más variados de prolongacion y de descenso, segun la accion de los factores que entran en juego.

Cuanto al peritoneo, segun lo dejamos dicho, corresponde por detras con la extremidad de la masa prolapsada y por delante se encuen-

tra generalmente más ó ménos separado segun el grado de prolongacion.

Las retroflexiones y las ante flexiones del útero constituyen obstáculos al prolapso, toda vez que, en algunas ocasiones, el plano pelviano opone todavía alguna resistencia. Ya hemos visto cuál era en este caso la situacion del útero con relacion á la vejiga y al recto. (Véase lo dicho anteriormente.)

Por lo que precede se ve cuán necesario era distinguir los casos en los cuales la enfermedad de que nos ocupamos es debida á la falta de resistencia de los esfínteres del plano pelviano, y aquellos en los cuales es preciso ante todo atribuirla á la relajacion de los medios de mante-

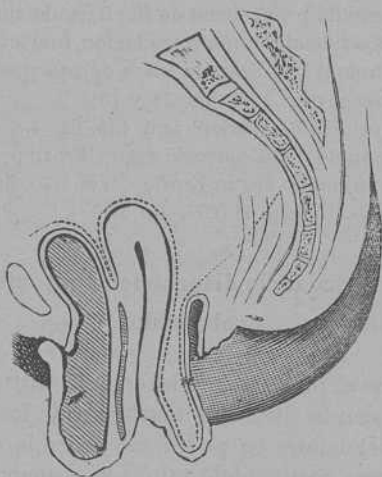


Fig. 76.

nimiento del útero ó de la vagina. En el primer caso se observa ante todo la produccion del prolapso; la falta de resistencia de los ligamentos peritoneales conduce más frecuentemente á la retroversion y á la flexion uterina que al prolapso.

Es preciso, en fin, tener en cuenta la manera como estos diferentes factores se agrupan en cada caso.

Lo que acabamos de decir nos dispensa de insistir sobre las modificaciones que se producen entónces, y el lector sabe lo bastante para que le sea posible orientarse en cada caso particular que se le presente.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Arch. f. Gynäck.*, t. XXVI, pág. 503.
- 2) Froriep. Lám. 417, fig. 1, y lám. 388, fig. 6.
- 3) H. Martin. *Monatschr. f. Geburtsh.*, t. XXVIII, 1866, pág. 168.

La pared vesico-vaginal formaba una gran prominencia, en la cual se encontraba el repliegue del peritoneo que había descendido entre el útero y la vejiga, la cual había conservado su posición normal. Es interesante notar la prolongación secundaria y considerable del cuello, sobre todo en su labio anterior, sometido á una tracción directa.

- 4) Véase Schultze. *Loc. cit.*
- 5) Esto resulta de una observación de Froriep referida por Hüffel, fig. 14.
- 6) Se trataba de una prolongación primitiva del cuello con descenso de la vejiga. Véase Froriep, lám. 417, fig. 4.
- 7) Hüffel, fig. 21.
- 8) De aquí la extraña proposición de Seyffert de curar el prolapso mediante la producción artificial de una retroflexión fuerte.
- 9) Franque y Freund han descrito casos de prolapso de esta naturaleza. (Véase también Fritsch, pág. 174, figs. 74 y 75.)
- 10) Cistocele al principio. Froriep, lám. 435, fig. 4.
- 11) Prolapso acentuado con cistocele según Froriep, lám. 41, fig. 4.
- 12) Rectocele al principio según Froriep, lám. 435, fig. 4.
- 13) Según Franque. (Véase Hüffel, fig. 45.)

Art. 3.º — Diagnóstico de la disposición anatómica de los órganos prolapsados.

Cuando se tiene el propósito de intervenir quirúrgicamente, es importante conocer bien la situación anatómica de los órganos prolapsados. Valiéndose del catéter se podrá reconocer la situación de la vejiga: con el dedo será posible determinar la posición del recto.

Es fácil reconocer la hipertrofia del cuello. No se encontrarán dificultades sino cuando se quiera distinguir la hipertrofia que afecta á la porción supravaginal de la que se limite á la porción vaginal. El segmento de la vagina que esté invertido se aplica, en efecto, de una manera tan íntima sobre el cuello, que se hace muy difícil distinguir lo que pertenece á la porción vaginal ó á la supravaginal.

Se puede, sin embargo, hacer el diagnóstico recordando que en ciertos casos existe á nivel de la inserción vaginal un surco aplastado, y que á veces la mucosa de este conducto ofrece una coloración muy diferente de la coloración de la mucosa que cubre el hocico de tenca. Si se reduce el prolapso, la superficie del hocico de tenca queda bien lisa, en tanto que queda plegada la pared vaginal. También puede reconocerse la mucosa de este conducto porque se deja dislocar sobre el

cuello del útero, en tanto que nada semejante se observa sobre el hocio de tenca. Se puede, en fin, con el dedo ó con la pinza cogerla, elevarla y formar un pliegue. Cuando se abriga el propósito de recurrir á la amputacion del cuello, es necesario establecer de modo indudable la precedente distincion. Pero éste es un punto no tan interesante como antiguamente se había creído. Dando una forma cónica á la escision es poco probable una herida de la serosa, y, finalmente, una incision llevada sobre el peritoneo no es tan grave como se había creído.

Si se recuerdan los detalles en los cuales hemos entrado á propósito de la patogenia del prolapso, será fácil designar los puntos donde en el curso de una operacion correremos el riesgo de herir el peritoneo.

¿Existe un cistocèle sin prolongacion del cuello? El peritoneo se encuentra siempre situado muy bajo y muy cerca de la insercion vaginal. Al contrario, si existe una prolongacion manifiesta, se podrá tener la seguridad de que el peritoneo está situado á cierta distancia de la extremidad del prolapso si no hay una gran eversion.

Si en la parte posterior del prolapso existe un rectocèle bien manifiesto, puede abrigarse la seguridad de no herir, al ménos en este punto, al peritoneo.

Cuando la pared vaginal posterior forme una prominencia muy marcada, sin rectocèle, puede tratarse simplemente de una hipertrofia que radique en la mucosa y en el tejido submucoso; pero el diagnóstico es aquí muy difícil. Si el repliegue de Douglas está propulsado, pueden reconocerse por el tacto muchas capas de tejido, deslizándose las unas sobre las otras; al contrario, cuando existe una simple hipertrofia, el dedo recibe la impresion de una masa de tejido bien uniforme y bien compacta. Es muy raro que sobre la presencia de líquidos ó de un asa intestinal podamos fundamentar el diagnóstico. En los procedimientos que estudiaremos repetidamente y que consisten en extirpar el tumor que forma prominencia, el peligro es poco considerable aunque se abra la serosa.

Debemos tambien señalar por una vez un punto que merece llamar vivamente la atencion, cuando se ha recurrido á las operaciones más comunmente empleadas. En el fondo de la excavacion vesico-uterina el peritoneo no se adhiere tan íntimamente á los tejidos subyacentes como lo hace sobre el útero y la vagina. Por detras, la union del peritoneo con el cuello y el fondo de saco vaginal no es muy íntima. Además, cuando en un caso de prolapso el peritoneo corresponde á puntos de los cuales debiera estar separado, por ejemplo, á la pared anterior del cuello, al segmento inferior de la vagina ó aún en las inmediaciones del orificio vaginal, la serosa se aplica sobre estos órganos, pero no se adhiere. Así, pues, el peligro de una lesion del

peritoneo no es tan grande como pudiera creerse *à priori*, y nosotros sólo muy rara vez hemos herido esta serosa en las numerosas extirpaciones del cuello que hemos llevado á cabo en las operaciones de fistulas.

Recordamos, sin embargo, muchos casos en los cuales, practicando una de las operaciones precedentes, hemos visto, al dar un corte de bisturí, producirse un agujero, en el cual venía á formar hernia un tejido laxo, y aún á veces una especie de vesícula. No olvidaremos jamás una ablacion del cuello del útero hecha en Darmstad por Simon: empleaba el magullador; extirpada la porcion vaginal, se apercibió de pronto de la presencia de un agujero que se manifestaba en el fondo de saco anterior. Hicimos penetrar el dedo, lo que no volveremos á ejecutar jamás, y penetramos en un tejido de mallas muy laxo, sin reconocer, sin embargo, la presencia de una cavidad libre. El peritoneo no estaba herido. Más tarde hemos visto hechos semejantes, pero solamente sobre la pared vaginal posterior, y pudimos asegurarnos por medio del catéter, lo que tampoco ejecutaríamos hoy, que no había sido abierto el peritoneo. No obstante, es preciso operar con el mayor cuidado, y nosotros aconsejamos sencillamente cerrar en seguida por medio de una sutura el agujero que se produce. Es necesario, sin embargo, no exajerar los peligros que resultan de la proximidad del peritoneo cuando se ejecuta una operacion de prolapso ú otra intervencion quirúrgica, y reprobar por esto tales operaciones. Se ha considerado, por ejemplo, como funesto un avivamiento hácia arriba en la colpoperineorrafia, es decir, en una de las operaciones más importantes que podemos ejecutar contra el prolapso; pero esta opinion es completamente errónea. Se corren tantos riesgos de herir el peritoneo operando sobre la mitad inferior de la vagina, como haciendo una herida sobre puntos más elevados. Aquí, como en el otro caso, el peritoneo está protegido por las débiles adherencias que contrae con los tejidos subyacentes.

Art. 4.º — Indicaciones. — Pronóstico. — Momento oportuno para practicar la operacion. — Generalidades sobre los procedimientos operatorios.

Las condiciones en las cuales es admisible una intervencion operatoria son las siguientes:

El prolapso debe ser tal que no parezca posible obtener su curacion sin operar. Cuando el descenso no es muy antiguo, no es muy marcado y es preciso ante todo intentar los medios usuales; desgraciadamente, este tratamiento sólo muy rara vez ofrece resultados duraderos. La posicion social de las enfermas no es generalmente tal que

pueda contarse con los cuidados necesarios aún cuando el tratamiento propiamente dicho esté terminado.

Es preciso que la causa del accidente no sea tal que pueda ser puesto en duda el éxito de la operacion.

A veces, cuando, por ejemplo, se trata de tumores, puede obrarse sobre la causa misma y destruirla; pero existen causas que no pueden ser eliminadas; tales son, v. gr., las deformaciones del esqueleto.

La operacion puede estar contraindicada cuando existe una deformidad que estreche mucho la cavidad abdominal, pero es preciso que esta deformacion sea muy marcada. Tan es así, que á nosotros, por ejemplo, nos ha sido posible curar un prolapso intenso en una mujer afectada de cifosis de la columna dorsal, y la enferma pudo durante muchos años llenar en nuestro servicio las penosas funciones de enfermera.

Es, en fin, necesario que la mujer esté en un buen estado de salud, lo que podrá obtenerse en ocasiones merced á un tratamiento apropiado. No es racional operar ántes de que el estado de salud sea suficientemente satisfactorio. Si la mujer es de edad avanzada, si está en la decrepitud, no debe aconsejarse la operacion. Pero es preciso no tener tanto en cuenta el número de años como el estado individual de la paciente. En efecto, nosotros hemos operado con éxito mujeres que pasaban de los sesenta años.

Hay ciertas afecciones generales y locales que pueden complicar el prolapso y contraindicar toda intervencion operatoria. Citaremos principalmente las afecciones sifilíticas, en cuyo caso convendrá instituir ántes un tratamiento completo y apropiado. Si existe un prolapso considerable del recto, deberá curarse desde luego.

Para nosotros la operacion está indicada en todos los casos en que las condiciones precedentes pueden ser realizadas. La intervencion quirúrgica no lleva, en efecto, aparejado un pronóstico grave si se adoptan todas las precauciones convenientes para alejar los gérmenes infecciosos. En 160 casos de prolapso en los cuales ha habido muchos que han exigido una intervencion repetida, sólo hemos tenido que lamentar dos éxitos funestos. Mas, por otra parte, no debe ocultarse á las enfermas que pueden ser expuestas por la operacion á una afeccion grave cuyas consecuencias pueden ser mortales. Pero tambien, ¡cuán desagradable, cuán penosa es la enfermedad que sufren! ¡Cuántos inconvenientes, qué de dolores origina un pesario! ¡Cuántos accidentes puede provocar este instrumento! La operacion parece en este caso mucho más justificada que en tantos otros en que, para luchar contra una enfermedad ménos grave, entrañan tantos peligros y son hoy, sin embargo, admitidas sin protesta.

En fin, á veces nos vemos obligados á pensar en la operacion, por-

que la reduccion no puede ser mantenida sino con las más grandes dificultades, porque al lado del prolapso existe una disposicion anatomica, tal como la prolongacion del cuello, que exige por sí misma una intervencion operatoria.

No podemos, pues, reservar la operacion únicamente para los casos graves. Sin duda alguna, cuando el prolapso es ligero puede bastar el pesario, pero casi nunca se obtiene por este medio una curacion duradera. El pesario no ataja los progresos de la enfermedad, y frecuentemente nos vemos obligados á emplear una serie de instrumentos cada vez más voluminosos. Por otra parte, si el prolapso poco desarrollado no provoca peligros por sí mismo, la operacion en sí es ménos considerable y son más probables sus buenos resultados, pudiendo muy fácilmente limitarse el avivamiento. Pueden temerse los desórdenes que se produjeran durante un parto ulterior; pero ¡cuánto se dilata la vagina, aún estrechada, durante el parto! Basta poner en juego todas las prescripciones aconsejadas por los tocólogos para proteger el periné; hacer, en los casos en que sea necesario, incisiones laterales que podrían, si hubiera necesidad, suturarse en seguida, y no quedará comprometido el resultado de la operacion.

Se ejecutará preferentemente la operacion en los catorce primeros días que siguen al período menstrual. Si la operacion estuviera indicada despues de un parto, convendrá esperar seis á ocho semanas, hasta que la dilatacion de los vasos, la hiperemia y el aumento de volumen de los órganos enfermos hayan desaparecido en parte.

Las operaciones que están hoy en uso en el tratamiento del prolapso, son: la escision del cuello uterino, la sutura vaginal (elitrorrafia) y la colpoperineorrafia (operacion que tiene por objeto reforzar el tabique).

Es fácil determinar el valor relativo de estas diversas operaciones despues de lo que dejamos dicho sobre el mecanismo del prolapso.

No puede intentarse la curacion del prolapso más que consolidando los ligamentos peritoneales y creando un aparato contentivo que funcione bien. Es imposible satisfacer el primer *desideratum* por medio de operacion alguna, y sólo puede obtenerse este resultado provocando adherencias patológicas y exponiéndolas á todas las graves circunstancias de tal intervencion. Este procedimiento, por otra parte, no podría bastar sino en los casos en que el prolapso es primitivamente debido á una relajacion de los ligamentos, sin que esté combinada con ella la relajacion del plano perineal.

En muchos métodos operatorios á los cuales habían recurrido los operadores antiguos, se observaban frecuentemente adherencias producidas involuntariamente cuando se había recurrido á los cáusticos, al hierro candente, etc. Los procedimientos á que recurrimos hoy per-

miten por lo comun este inconveniente, y, por tanto, la proposicion de Nekel (*Nota bibliográfica*) no nos parece lógica.

Sabido es que este autor creyó que en los casos en que la curacion es duradera es preciso atribuirle á la produccion de tales adherencias. Pero en la mayor parte de las operaciones no se observan ni fiebre ni fenómenos de peritonitis, y casi siempre se puede hacer constar una movilidad normal del útero, á excepcion de los casos, por supuesto, en que esta movilidad hacia falta ántes de la operacion.

Podría preguntarse si no sería posible tomar ciertas medidas profilácticas que permitan conservar á los ligamentos toda su elasticidad. Ciertamente que puede hacerse mucho en este sentido, sobre todo despues del parto. En este momento podrá hacerse desaparecer la relajacion de la pared abdominal por la gimnástica, la electricidad, ciertas posiciones, la regularidad en la miccion y en las deposiciones, obrando sobre los ligamentos sacro-uterinos por medio del frío, haciendo una especie de amasamiento, etc.

Pero si no es posible obrar sobre los ligamentos pelvianos, puede crearse un aparato de contencion más sólido aún que el que existe en estado normal. Obrando así obtenemos la gran ventaja de ver regularizarse la presion normal en la pelvis. La operacion destinada á curar el prolapso tendrá, pues, lo más frecuentemente por efecto consolidar la pared vaginal por medio de la colpoperineorrafia.

Sin embargo, accesoriamente puede recurrirse á la escision del cuello del útero y á los diferentes procedimientos de elitrorrafia.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Nekel. *Sobre la consolidacion del tabique recto-vaginal*. Inaug. dis. Heidelberg, 1880, pág. 16.

Art. 5.º — Escision ó amputacion del cuello uterino.

Ya dejamos descrito en el lugar correspondiente el manual operatorio; no nos ocuparemos aquí más que de las modificaciones que debe experimentar en sus relaciones con el prolapso y de las diferentes modificaciones de esta operacion segun el asiento de la hipertrofia del cuello.

La ablacion de la porcion vaginal está indicada en todos los casos en que el cuello ofrece una prolongacion, un engrosamiento manifestos, siempre que la reduccion prolongada obtenida por medio de otras operaciones no permita obtener la desaparicion de esta hipertrofia.

Los nódulos de consistencia blanda la pierden frecuentemente desde que la enferma permanece en reposo durante un largo espacio de

tiempo. Si el tejido es duro y compacto, no puede contarse con ningún resultado semejante.

En la hipertrofia aislada de la porción vaginal basta la escisión a nivel de la inserción vaginal.

Las hipertrofias de la porción supravaginal del cuello, sobre todo cuando son de origen reciente, y las hipertrofias cuya aparición ha sido provocada por el prolapso vaginal, desaparecen muy frecuentemente por el simple reposo, manteniendo el tronco ligeramente elevado y practicando algunas embrocaciones con la tintura de iodo.

La escisión está indicada cuando la deformación es de fecha antigua, cuando el cuello no solamente está prolongado, sino engrosado, cuando está indurado el tejido y cuando la capa submucosa del conducto vaginal está manifestamente hiperplasiada.

El éxito de la colpoperineorrafia puede estar fácilmente comprometido cuando el cuello está muy hipertrofiado, principalmente cuando es difícil reducirle por completo en la pelvis sin encorvarle, sin plegarle, disposición que se observa cuando el útero está fijo por fuertes ligamentos inextensibles ó por bridas de nueva formación.

No es necesaria la extirpación del cuello cuando la prolongación es moderada ó cuando es fácil rechazar el útero de la vagina.

En la prolongación de la porción supravaginal del cuello se puede escindir un largo segmento sin correr el riesgo de abrir el peritoneo.

Basta dar a la incisión una forma tal que la parte superior del segmento extirpado sea cónica, para que sea posible escindir un segmento suficiente.

La incisión tal como Simon la ha modificado presta por lo común muy buenos servicios, siendo muy raras veces necesario dividir completamente el fondo de saco vaginal anterior como lo practicaban Huguier y Schroeder.

Art. 6.º — Elitrorrafia. — Sutura vaginal.

Esta operación consiste en la escisión sobre la mucosa vaginal de colgajos más ó menos extensos, de formas variadas, cuyo gran diámetro sea paralelo al eje de la vagina, y en suturar en seguida las superficies avivadas.

I. — ELITRORRAFIA ANTERIOR

La elitrorrafia anterior consiste en la escisión de colgajos tomados de la pared vesico-vaginal sin extenderse al tabique uretro-vaginal.

Está indicada cuando la pared vaginal anterior se encuentra prolapsada y se asemeja a un voluminoso repliegue de la mucosa. La

masa prominente puede contener la vejiga sola, ó bien estar constituida al mismo tiempo por el tejido celular fuertemente hipertrofiado. El útero puede haber descendido más ó menos ó estar notablemente prolapsado. En este último caso empujaremos al útero y nos aseguraremos del estado de la pared vaginal anterior.

Debemos proponernos dar á esta pared una solidez determinada, porque, aunque el aparato de contencion sea bueno, una pared vaginal flácida viene fácilmente á herniarse á traves de aquél, ya sea porque la mujer haga un esfuerzo violento, ya porque la vejiga esté repleta. Cuando el tabique vesico-vaginal sea todavía bastante sólido, no es necesaria la elitrorrafia anterior.

Entre estos dos extremos existen grandes intermedios, en los cua-



Fig. 77.



Fig. 78.

les la operacion no está indicada de una manera absoluta, pero parece muy útil como intervencion auxiliar.

La operacion es poco dolorosa, tanto que generalmente no es preciso recurrir á la anestesia, y es tan poco peligrosa, que es muy razonable ejecutarla ántes de la colpoperineorrafia.

Antiguamente se practicaban las dos operaciones en épocas diferentes; pero obrando de esta suerte se perdía mucho tiempo y se prolongaba mucho la estancia de las enfermas en los hospitales. Hoy han desaparecido estos inconvenientes, y no existe ninguna razon para abandonar las pequeñas operaciones auxiliares.

Hasta ahora no poseemos un método preciso universalmente aceptado para practicar la elitrorrafia anterior. Los cirujanos difieren principalmente en la forma y la extension que conviene dar á las superficies avivadas. Antiguamente, la forma más usada era la elíptica. Sims la modificó y dió al avivamiento la forma de una herradura, cuyo punto de union de las dos ramas se encontrara situado en las inne-

diaciones del orificio uretral. Las dos ramas avivadas se reunían por medio de una sutura por encima de la region media que no había sido avivada. Para evitar que la porcion vaginal viniera á fijarse en el fondo de saco así constituido, Sims prolongaba la incision por medio de un pequeño avivamiento trasversalmente dirigido (*fig. 77.*)

Emmet daba á la herida la forma de una paleta de al bañil (*fig. 78.*), cuya porcion ancha correspondiente á las partes profundas de la vagina era suturada á la herida media.

El avivamiento preconizado por Sims no ofrece ventaja alguna especial.

En el primer procedimiento de Emmet las dos mitades de la herida no se aplican de una manera exacta la una contra la otra, al ménos en la porcion ancha de las mismas, cuando se anudan las suturas. El

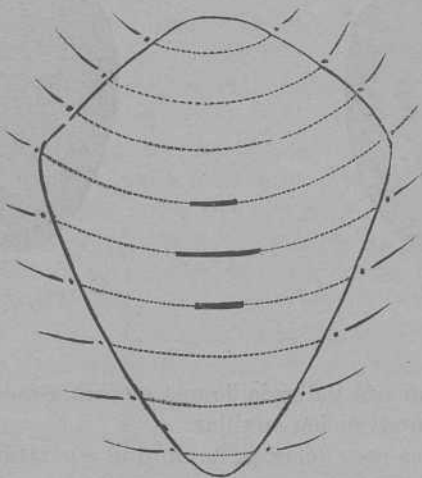


Fig. 79.

segundo procedimiento de este autor difícilmente alcanzará un gran éxito.

Un avivamiento ampliamente practicado en la porcion superior de la vagina ofrece positivas ventajas. La tension es en este caso ménos fuerte, y la reunion por primera intencion se obtiene fácilmente.

Si se quiere practicar un avivamiento de esta naturaleza, y si se quiere dar á la herida una forma favorable á la reunion, es preciso avivar describiendo una elipse, cuyo ángulo superior sea tan obtuso como sea posible (*fig. 79.*). Esta era la forma que nosotros dábamos antiguamente á la superficie avivada. Sin embargo, despues de mucho

tiempo hemos adoptado un procedimiento en el cual nos contentamos con escindir un pliegue longitudinal, sin preocuparnos de dar al avivamiento una forma especial. Obrando así puede practicarse la operación muy rápidamente sin provocar hemorragia, y como es una operación preliminar, puede acometerse en el acto la colpoperineorrafia (*Nota bibliográfica núm. 1*). Recomendamos colocar á la enferma en el decúbito de la talla ó en el dorso-sacro. La operación es poco dolorosa, no estando, por tanto, indicada la anestesia sino en las personas muy sensibles y muy inquietas.

El cirujano dispondrá de cuatro ayudantes: dos estarán encargados de fijar las extremidades inferiores, y ayudarán al operador á descubrir el campo operatorio, etcétera; otro estará encargado de presentar los instrumentos, y, en fin, el último lavará las superficies avivadas con la esponja y practicará las irrigaciones.

Hacen falta los instrumentos siguientes: un pequeño bisturí convexo, tijeras curvas sobre sus caras y cuyas hojas sean muy finas, varias pinzas, pinzas de forcipresion, agujas, porta-agujas, tijeras rectas, pequeñas esponjas y porta-esponjas, un irrigador, hilos metálicos, seda y un catéter. Para seguir el procedimiento que desde hace algun tiempo hemos puesto nosotros en práctica, hay necesidad tambien de una pinza fuerte, por medio de la cual se puede coger la mucosa vaginal, despues de haber sido escindida, ó bien un cepo particular y un bisturí de boton.

Con arreglo á nuestro procedimiento cogemos desde luégo, por medio de dos ó tres pinzas, un pliegue longitudinal sobre la pared longitudinal anterior. El instrumento situado más alto lo estará á 1 centímetro próximamente del labio anterior del cuello, y el más inferior á 3 centímetros del orificio uretral; entre ambos se colocará tambien

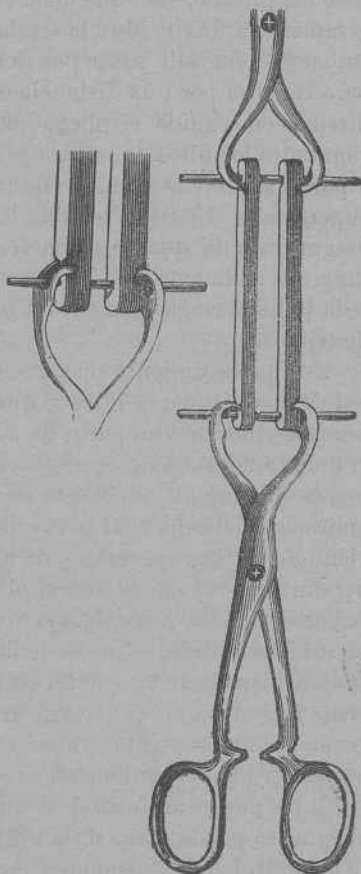


Fig. 80.

otra pinza. Bastará tirar de estos instrumentos para levantar el pliegue, y se podrá desde luego aplicar un cepo paralelamente á su direccion.

En este momento se puede utilizar una pinza de Krassowski, una pinza gruesa de Hegar ó el aparato de Chéron, cuyo grabado publicamos (*fig. 80*).

Este instrumento no debe ser aplicado inmediatamente contra la base del pliegue, sino que debe estar un poco alejado y encontrarse ligeramente aproximado á la cresta. La compresion puede ser fuerte. Sin embargo, hemos de pasar por debajo de este instrumento suturas separadas de él por una distancia de 1 centímetro próximamente. Escindiremos en seguida el pliegue con el bisturí, haciendo pasar la incision entre los hilos de sutura y el cepo, anudando entónces los hilos, y para asegurar la oclusion de la herida aplicaremos ademas suturas superficiales. Una vez reunida la herida, oprimiremos los labios para asegurarnos de que no se ha derramado sangre entre ellos, y si existe sangre vertida entre los hilos, se aplica á nivel del punto de donde proceda la hemorragia una sutura profunda abrazando una gran cantidad de tejidos.

Este procedimiento puede ser peligroso porque puede cogerse la pared de la vejiga en el pliegue que se ha tomado de la pared vaginal y puede escindirse una parte de aquel órgano; pero es un riesgo no tan grande como pudiera creerse y en un gran número de operaciones no hemos observado jamás este accidente. Basta reconocer ántes de la aplicacion del cepo cuál es el espesor de la pared vesico-vaginal, sirviéndose, si fuese necesario, de un catéter introducido en la vejiga. Generalmente, cuando se coge el pliegue con los dedos puede reconocerse la pared vaginal y por debajo de ella la de la vejiga. Si más tarde hubiere alguna duda, se puede todavía, en el momento que se pasan las agujas, introducir un catéter en la vejiga á fin de ver si el metal no viene á ponerse en contacto con el metal. El segmento extirpado es generalmente bastante grueso y presenta una forma cónica. La reunion por primera intencion se obtiene muy fácilmente.

Si no puede alcanzarse el objeto haciendo la escision de un solo pliegue, se puede obrar de la misma manera sobre otro pliegue, al cual se le darán las dimensiones y forma convenientes.

Cuando la pared vaginal es muy delgada y está atrofiada deben temerse las heridas de la vejiga, y entónces es preferible recurrir al antiguo procedimiento. Éste consiste en escindir sobre la pared vaginal un colgajo que sea, ya regularmente elíptico, ó ya más ancho hácia la porcion vaginal. En cuanto á la anchura que conviene dar á la superficie avivada, variará segun los resultados del exámen al cual se haya procedido previamente.

Deberá, en efecto, cuidarse de que sea siempre posible aplicar una sutura sin ejercer una tension muy fuerte.

Sims aconseja que se deprima con fuerza la pared vaginal anterior con una sonda uterina, bien entendido que esta maniobra se ha de ejecutar despues de haber reducido el prolapso, pudiendo de esta suerte asegurarse del estado de flacidez de los tejidos.

Nosotros procedemos de diferente manera. Por medio de dos erinas aplicadas á las partes laterales tratamos de aproximar á la línea media los puntos que han sido cogidos, y segun la facilidad con que podemos ejecutar esta maniobra, prejuzgamos acerca de la resistencia que encontraremos al aplicar la sutura.

El espesor del colgajo extirpado variará segun el espesor de la pared vaginal anterior. Si esta pared está, en efecto, hipertrofiada y engrosada, tal como se la encuentra frecuentemente; si la capa submucosa está engrosada, se escindirá más profundamente que si la pared vaginal está atrofiada.

Para practicar la incision es preciso que el campo operatorio esté bien puesto al descubierto y en estado de tension, doble resultado que se obtiene, mejor que con ningun otro procedimiento, con el siguiente:

Se cogerá con una pinza la pared vesico-vaginal, aplicando el instrumento á 1 centímetro próximamente del labio anterior del hocico de tenca; despues se hará descender el punto así cogido hasta las inmediaciones del anillo vaginal, y se le llevará atras, hácia la horquilla. Se aplicará una segunda pinza á 2 ó 3 centímetros próximamente del meato urinario, y con este instrumento se podrá fijar sólidamente contra el borde inferior del pubis el punto de la pared vaginal que ha sido cogido. A derecha é izquierda se aplicarán otras dos pinzas sobre los puntos correspondientes á las extremidades del diámetro más ancho de la superficie que se trate de avivar. Operando de esta suerte, el cirujano podrá ver la pared vaginal anterior, que quedará fuertemente tensa.

Hecho esto, se trazará desde luégo la incision, contorneando el colgajo; despues, cogiendo la extremidad más inferior de éste con una pinza de garras, se le aislará de los tejidos subyacentes. Será muy ventajoso emplear, ya la mano derecha, ya la izquierda, para combatir el bisturí. Si se cree que en algun punto la tension no es suficiente, se aplicará otra pinza ó una nueva erina. Deberá siempre dirigirse la extremidad del cuchillo hácia el colgajo que se va á tallar, porque de otra manera correríamos el riesgo de incindir muy profundamente. Será conveniente aislar desde luégo todo el contorno, completando el aislamiento á partir de su ángulo inferior. Para ejecutar este tiempo de la operacion, se cogerá el tejido, incindido en parte, con el índice y

el pulgar de la mano izquierda, y se terminará rápidamente el avivamiento.

Ciertos operadores prefieren, siguiendo el consejo de Simon, recurrir á las tijeras. Bischoff, despues de haber circunscrito los tejidos que va á extirpar, coge el colgajo y le aísla tirando de él con los dedos. Pero operando de esta suerte, ya se penetra muy profundamente, ya no se incinde más que superficialmente, y si este procedimiento es frecuentemente bueno en los casos en que la superficie avivada debe ser poco extensa, es preciso casi siempre recurrir al bisturí cuando se quiere obtener un colgajo extenso que ofrezca un espesor igual en todas sus partes.

Cualquiera que sea el procedimiento que se adopte, deberá siempre igualarse la superficie avivada valiéndose de las tijeras.

Se anudarán los hilos de sutura comenzando por la extremidad de la herida que confina con la porcion vaginal. Volveremos á ocuparnos de todas estas reglas que deben observarse, reglas que ya dejamos expuestas en el capítulo consagrado á la sutura de las heridas. Si durante el avivamiento se produce una hemorragia abundante, se recurrirá á las pinzas de forcipresion; en los casos en que sea necesario se podrán aplicar ligaduras, cuidando de cortar los hilos muy cortos.

Antes de anudar los hilos se tendrá cuidado de reseca los tejidos que hayan sido cogidos entre los dientes de las pinzas, sobre todo cuando haya habido necesidad de comprimir aquéllos con los instrumentos. El mejor procedimiento para obtener la hemostasia es tambien una sutura cuidadosamente hecha. Si se ha recurrido á la elitrorrafia anterior, sin que se pretenda practicar la colpoperineorrafia, pueden emplearse los hilos de seda; pero en todos los demas casos se emplearán principalmente hilos de plata, porque las suturas deben permanecer entónces colocadas durante mucho tiempo.

II. — ELITRORRAFIA POSTERIOR

Quando la pared posterior de la vagina está excepcionalmente en estado de laxitud y plegada, puede estar indicada la escision en ella de un colgajo elíptico. Sin duda, puede ayudarse practicándose la colpoperineorrafia y dando á la superficie avivada una gran extension; pero obrando de esta suerte la herida es muy considerable, y es difícil darle una forma completamente simétrica, la operacion es muy larga y la coaptacion de las superficies avivadas no puede obtenerse con tanta precision como cuando las heridas son pequeñas. Es preferible, pues, extirpar sobre la parte superior ó la parte inferior de la vagina dos colgajos más ó menos extensos y hacer inmediatamente, ó bien despues de la curacion, la colpoperineorrafia. En estos casos,

frecuentemente habrá necesidad de practicar al mismo tiempo una elitorrafia anterior extensa.

La elitorrafia posterior está tambien indicada cuando el prolapso de la pared vaginal posterior es debido á un ectropion de la mucosa y del tejido submucoso muy hipertrofiados. La elitorrafia debe tambien en este caso practicarse ántes de la operacion principal, porque si se quiere practicar desde luégo la colpoperineorrafia, sería necesario, para escindir el tejido elefantíásico, crear una enorme superficie cruenta.

El manual operatorio es casi el mismo que el que acabamos de describir al estudiar la elitorrafia anterior. Tambien en este caso preferimos nosotros el procedimiento que consiste en escindir los pliegues cogidos en el cepo.

Cuando se practica la elitorrafia posterior no siempre puede evitarse abrir el repliegue de Douglas. La diseccion del colgajo no pone completamente al abrigo de este accidente, aunque este procedimiento da más seguridades que el precedente. Pero, por otra parte, es más ventajoso coger la mucosa vaginal en un cepo y seccionarla, porque obrando de esta suerte puede procederse más rápidamente, si bien la abertura del peritoneo no ofrece más peligro. Este accidente, por otra parte, es muy raro y nosotros no le hemos observado más que una sola vez. El tumor formado por la pared vaginal posterior parecía muy compacto; las diferentes capas de tejido se dejaban dislocar difícilmente la una sobre la otra, y aún resistían á tracciones ejecutadas sobre ellas. Cuando se hubo extirpado la masa prolapsada parecía que el epiploon estaba adherido á la superficie del repliegue de Douglas, y así se había extirpado, además de la pared vaginal hiperplasiada, un extenso segmento del peritoneo. Sin embargo, las consecuencias de la operacion fueron normales.

Winckel (*loc. cit.*) ha recomendado recientemente una elitorrafia considerada por él como la principal operacion que conviene practicar en los casos de prolapso. Comienza el avivamiento por el borde del orificio vaginal, por detras de las carúnculas mirtiformes, y reseca sobre las paredes posterior y laterales de la vagina un colgajo semicircular que ofrezca una anchura de 2 centímetros. Se empieza por hacer una incision en la mitad de la pared vaginal posterior, y á cada lado se marcan, dirigiéndose hácia arriba, dos colgajos que tengan á lo ménos 6 centímetros de longitud.

Después de haber reducido esta longitud á 3 centímetros, sutura desde luégo los puntos avivados procediendo de abajo arriba y, finalmente, reúne los restos del colgajo.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Si la operacion del prolapso no se divulga sino difficilmente, es preciso atribuirlo, sobre todo, á la prolongacion del tratamiento al cual deben estar sometidas las mujeres. No es, pues, de desdeñar un procedimiento que permite practicar rápidamente la elitrorrafia anterior, pudiendo, por otra parte, terminarse en una sola sesion la elitrorrafia anterior y la colpoperineorrafia. (Véase Lossen. *Zur operat. Behandlung des Prolapses der Vag. und d. Uterus Berl. klin. Wochenschrift*, 1879, núm. 40.)

Art. 7.º — Colpoperineorrafia.

Cuando se practica esta operacion existe el propósito de crear un nuevo aparato de contencion vaginal. El esfínter de la vagina tiene próximamente 3 centímetros de longitud y su funcionalismo depende del estado normal de la porcion más inferior de la vagina.

Basta considerar la disposicion anatómica de estos órganos para



Fig. 81.

que podamos saber con ayuda de cuáles medios podemos alcanzar nuestro objeto. No solamente podemos consolidar los tejidos que sirven de punto de apoyo al aparato de oclusion, sino que podemos tam-

bien darles una resistencia mayor que la que ellos ofrecen en su estado normal.

Los diferentes procedimientos merced á los cuales podemos alcanzar este resultado se asemejan mucho. En efecto, en todos es preciso practicar una herida extensa en el tabique recto-vaginal. Pero mientras para los unos es preciso comprender la vulva en el avivamiento, para los otros este procedimiento debe ser rechazado. La superficie avivada se encuentra, pues, dividida en dos partes iguales lateralmente situadas, que pueden ser puestas en seguida en contacto por medio de la sutura. Las partes laterales de la herida son atraídas hácia el plano medio, y obramos de tal suerte que la masa de tejidos que nosotros llamamos tabique recto-vaginal y periné ofrecerán un diámetro antero-posterior mucho más considerable que en el estado normal. La fuerza del aparato de consolidacion de la vagina está, pues, aumentada. Todos estos métodos descansan así sobre principios rigurosamente fisiológicos.

La *fig. 81*, que ha sido dibujada segun un corte antero-posterior

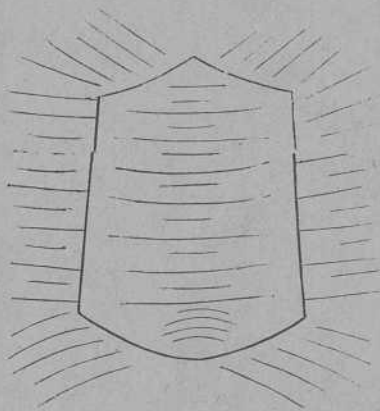


Fig. 82.

hecho sobre el cadáver de una mujer, muerta poco tiempo despues de la operacion, manifiesta la disposicion anatómica. Sobre esta figura puede verse que por encima del segmento inferior del tabique recto-vaginal se sobreañade un nuevo segmento triangular (*Nota bibliográfica núm. 1*).

El avivamiento puede ofrecer las mayores variedades bajo el punto de vista de su forma y de su extension. Se puede, en efecto, trazar, partiendo del rafe perineal, una incision curva, extendiéndose bastante por las partes laterales para contornear los grandes labios, participan-

do así la vulva del avivamiento; además, esta incisión puede aproximarse más ó ménos al meato urinario, respetando ó no los pequeños labios. Merced á este avivamiento se puede crear un aparato de contencion semejante al que existe normalmente y funcionar como él. Se conoce que se ha obtenido este resultado en que el meato urinario mira directamente á la pared vaginal posterior como se observa en los casos normales.

Para obtener un aparato de contencion semejante al que existe

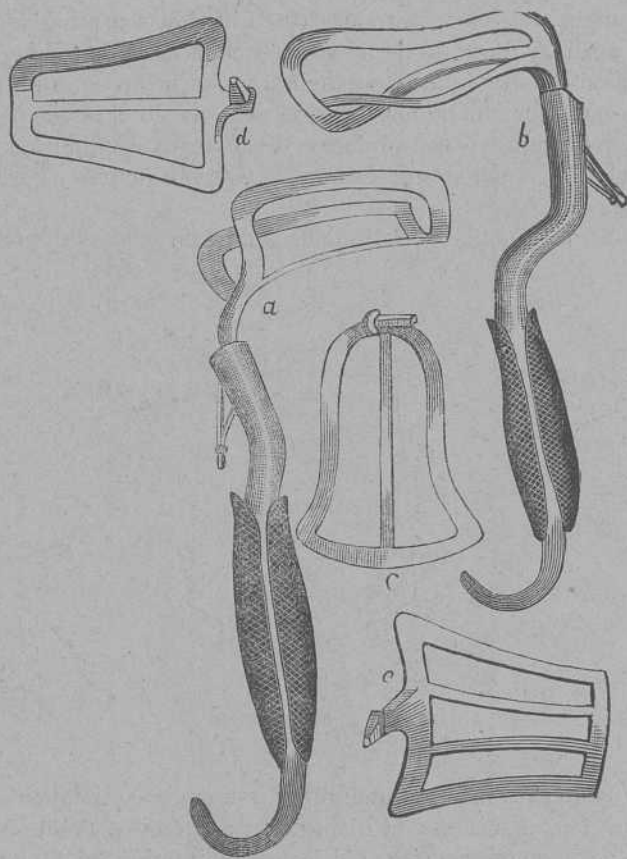


Fig. 83.

normalmente, basta, segun lo prueba lo que dejamos dicho, dar á la superficie avivada una extension moderada. Pero lo más comunmente hay necesidad de agrandar el avivamiento, porque el prolapso no es debido solamente á la insuficiencia del plano perineal, sino tambien á

la de los ligamentos uterinos. Pero como es imposible restituir á estos últimos la fuerza que han perdido, hay necesidad de dar al plano perineal una fuerza mayor que la que normalmente tiene.

Ademas, la pared de la vagina es de tal manera flácida en su segmento superior, sus adherencias con los tejidos subyacentes son de tal suerte laxas, que vienen á formar prominencia á través del orificio de este conducto, y poco á poco el aparato de contencion cede y se ensan-

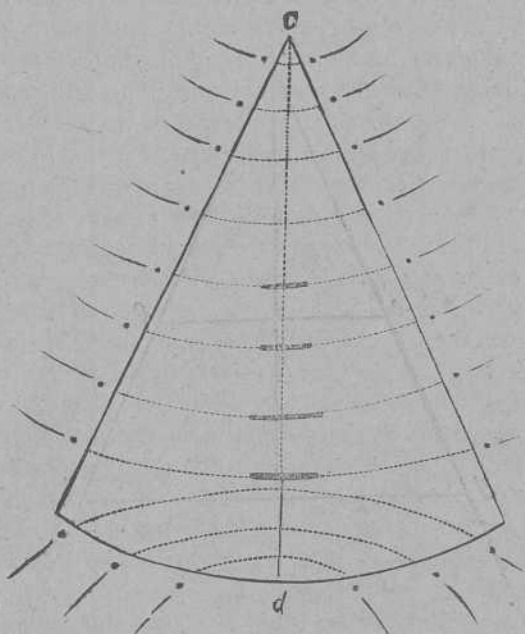


Fig. 84.

cha. En estos casos es preciso, pues, avivar hasta en la parte superior del tabique vaginal, y acabamos de ver que entónces pudiera ser necesaria la elitrorrafia.

Estudiemos el manual operatorio de los diferentes métodos que han sido puestos en práctica, y veamos cuáles son los resultados que nos permiten obtener.

El procedimiento de Simon consiste en avivar sobre la pared posterior de la vagina y de la vulva (*fig. 82*) una superficie que tenga la forma de un trapecio, cuya base corresponda á la horquilla y mida de 5 á 6 centímetros. La altura de este trapecio será más ó menos considerable. Simon ha aconsejado recientemente dar á la base del trapecio

una forma curva (*fig. 82*), porque se facilita así la coaptación de los labios de la herida, que toma entónces la forma pentagonal.

Las suturas vaginales hechas con hilo de seda juegan un papel principal; cuanto á los hilos perineales, no deben penetrar á una profundidad que exceda de $1 \frac{1}{2}$ centímetros. Para poner en tensión el campo operatorio, Simon empleaba espéculos de dos ó tres ventanas, semejantes á los representados en la *fig. 83*, y para coger el colgajo que él debía escindir recurrió á pinzas provistas de muchas garras.

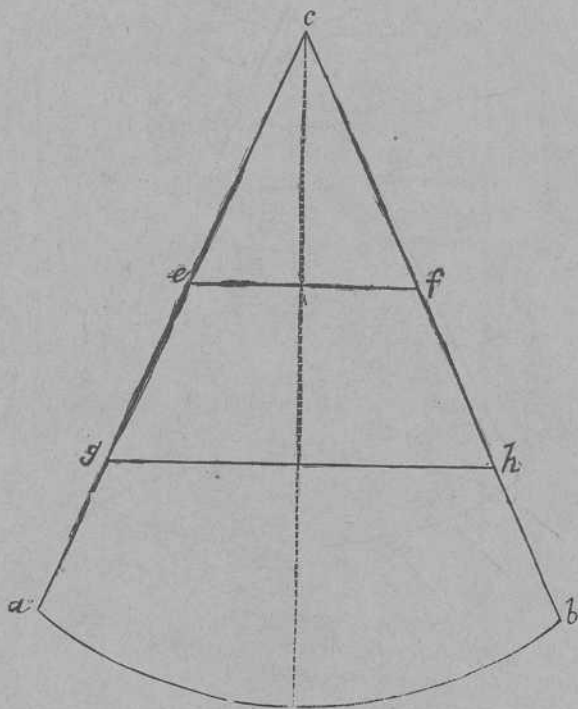


Fig. 85.

Para practicar el avivamiento se emplea el bisturí, y para igualar la superficie avivada emplea tijeras curvas sobre sus caras.

El procedimiento de Simon difiere completamente del de Hegar, así en la forma del avivamiento, que es triangular en el procedimiento de este último autor, como en la manera de poner Hegar al descubrir el campo operatorio.

Antes de hacer la operación es preciso darse cuenta exacta de la

disposicion anatómica, y esto valiéndose solamente del dedo. Frecuentemente se observará que las partes laterales de la vagina y de la vulva son más ó ménos asimétricas, que existen ó no antiguas desgarraduras y antiguas cicatrices, y especialmente la columna vaginal puede ofrecer una forma y una direccion variadas. Si se introduce una pinza en la vagina hácia el ángulo superior de la herida que se va á hacer, y si se atrae este punto hácia adelante y hácia arriba, se forman dos pliegues que van á ganar las partes laterales del orificio vaginal, y que de esta suerte limitan un espacio triangular. Cuando el caso es favorable, este triángulo es regular y su superficie no presenta desigualdades notables. Pero con frecuencia puede notarse que cada uno de estos pliegues ofrece una longitud diferente tomada sobre los puntos que no son absolutamente simétricos y comprende un espesor de tejido variable. Por tanto, si se practica una incision á lo largo de estos pliegues, no solamente los bordes de la herida serán desiguales, sino que habrá tambien necesidad de reunir superficies muy desiguales. Por una parte, se habrá incidido sobre tejidos ricos en vasos venosos vecinos de la columna vaginal; por otra parte, estos tejidos habrán sido respetados. Se variará, pues, la posicion de la pinza, llevándola, ya más á la derecha, ya más á la izquierda, alejándola ó acercándola más á la vulva, y podrá determinarse así el punto á nivel del cual será más regular la incision, admitiendo que sea imposible obtener una simetria perfecta. Por esta maniobra preliminar puede tambien apreciarse la extensibilidad de los tejidos, y es posible fijarse en la longitud y en la anchura que conviene dar á la superficie de avivamiento.

Es preciso guiarse por el grado de prolapso; cuanto más considerable sea la masa prolapsada, mayores serán las dimensiones de la superficie triangular. En los casos ligeros basta avivar un triángulo que tenga de 6 á 7 centímetros de base por 7 centímetros de altura (*fig. 85*). Cuando el prolapso sea muy voluminoso, la base podrá medir 8 centímetros y podrá elevarse la altura hasta 9 (*fig. 86*). Pero existen tambien otras condiciones que es preciso tener en cuenta. En las mujeres que se dedican á trabajos penosos, la extension de la superficie avivada será más considerable. Si á pesar de una elitrorrafia anterior la pared vaginal correspondiente permanece flácida, si subsiste un cistocele importante, el avivamiento ofrecerá mayores dimensiones y se extenderá mucho más hácia los órganos genitales externos. Si la pared posterior de la vagina es laxa y prominente, se podrá comprender en el avivamiento una porcion más ó ménos grande de esta prominencia.

La víspera de la operacion tomará la enferma un purgante y se harán lavados antisépticos sobre los tejidos á nivel de los cuales ha de practicarse la incision.

Durante la operacion bastará hacer de vez en cuando irrigaciones

con un líquido desinfectante. Antes y durante la operacion se deberá lavar bastante frecuentemente el recto con agua clorurada y salicilada.

La enferma se colocará en la posicion de la talla.

Son necesarios cuatro ó cinco ayudantes: dos mantendrán los muslos y sostendrán las pinzas con ayuda de las cuales se ha de poner al

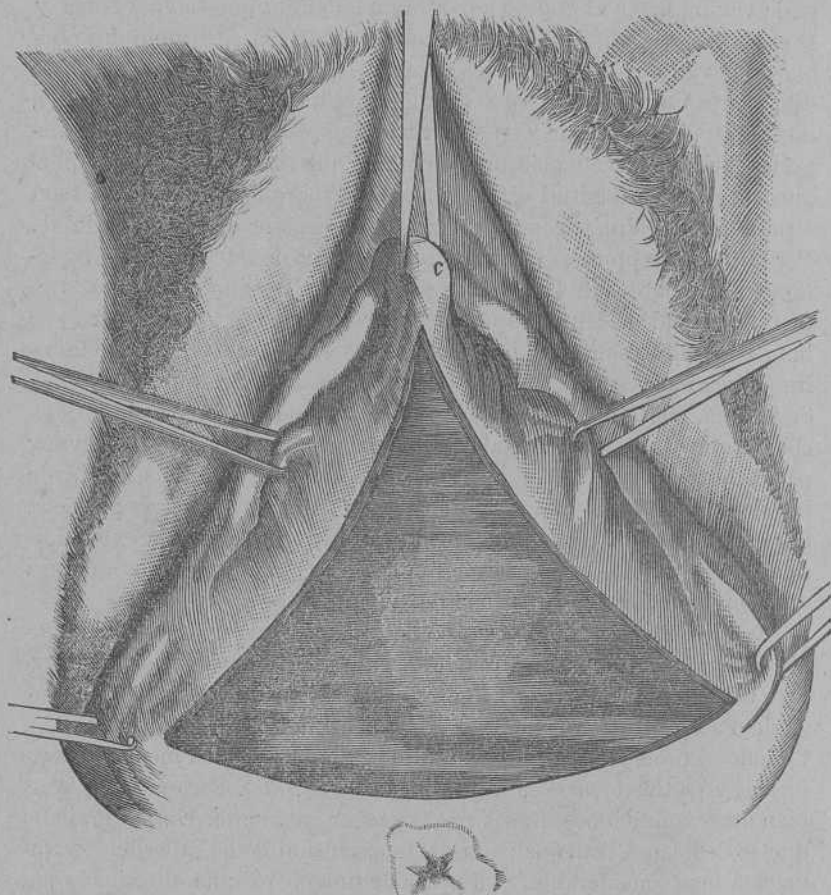


Fig. 86.

descubierto el campo operatorio; en todo caso un tercer ayudante se ocupará de este cuidado; el cuarto se ocupará de los instrumentos, y el quinto estará encargado de la anestesia, á la cual se deberá recurrir porque, á poco que se alcance durante la operacion el segmento inferior del conducto genital, el dolor es excesivo.

Instrumentos: cuatro ó cinco pinzas de anillo; un separador vagi-

nal para elevar la pared anterior de la vagina, lo que, por otra parte, es superfluo cuando se emplean las pinzas de anillo; erinas de uno ó de dos dientes, á fin de poder desplegar tambien el campo operatorio; varios bisturís pequeños y convexos; tijeras curvas á fin de igualar la herida; un par de pinzas largas de garras; numerosas agujas de diversos calibres y más ó ménos curvas; hilos de metal y seda fina; tijeras

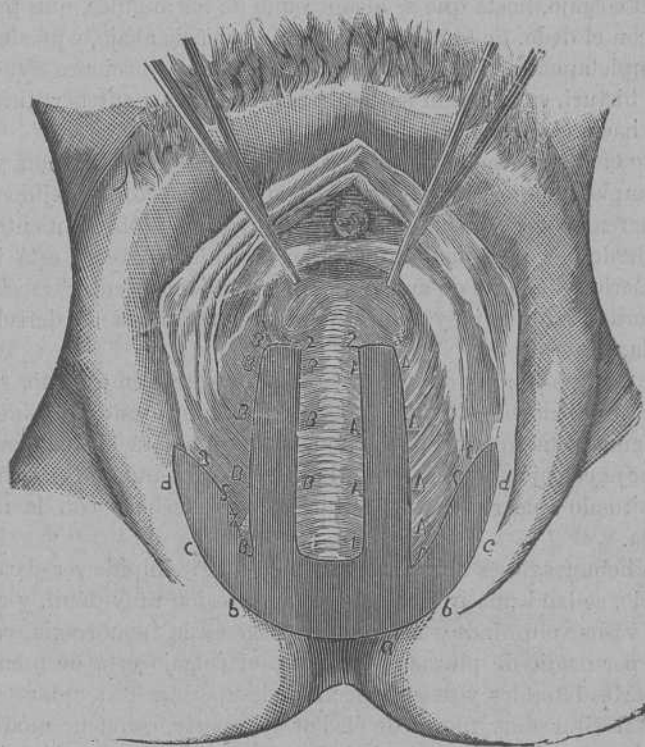


Fig. 87.

rectas para cortar los hilos de sutura; esponjas, porta-esponjas y un irrigador.

Es preciso desde luego descubrir bien y hacer muy ostensible el campo operatorio, para lo cual se emplearán tres ó cuatro pinzas-erinas (*fig. 87*). Se reconoce el punto á nivel del cual ha de estar situado el ángulo superior de la herida, se le cogerá y se le atraerá hacia adelante y hacia arriba, si bien la pared posterior de la vagina aparecerá directamente en el orificio vaginal. Con dos dedos colocados á 3 ó 4 centímetros del rafe perineal, se separará, deslizándolos, la porcion in-

ferior de los grandes labios, pudiendo entónces trazarse el contorno de la superficie que debe ser avivada. La base del triángulo será curva y paralela á la horquilla, y cuando sea necesario se podrán tambien aplicar otras dos pinzas de garras en medio del triángulo.

Se procede despues á disecar el colgajo, y para ello se coge la punta de este colgajo con una pinza-erina y se aísla. Cuando la parte más superior está libre, es conveniente trazar un pequeño surco bajo el borde del colgajo, hasta que se alcance uno de los ángulos, que puede cogerse con el dedo. Se atrae esta extremidad hácia abajo, y puede aislarse completamente el colgajo ejerciendo sobre él tracciones ayudándose del bisturí, cuya punta se tendrá cuidado de mantener dirigida siempre hácia el colgajo.

Yo no creo que sea conveniente seguir el consejo de Bischoff y separar completamente por traccion el colgajo. En efecto, los tejidos son más adherentes por capas y se les desgarran muy profundamente, teniendo desde luégo el colgajo un espesor irregular. A veces está indicado atraerle solamente de arriba abajo, y conviene ejecutar tracciones de los bordes del colgajo, ya de izquierda á derecha, ya de derecha á izquierda.

Si el tabique es muy delgado y se teme penetrar en el recto, se introducirá un dedo en este último, de manera que forme prominencia en la vagina el tabique recto-vaginal, y se empleará el dedo pulgar para fijar el colgajo á su parte inferior. Es conveniente que el cirujano esté habituado á usar el bisturí con la mano derecha y con la mano izquierda.

Si la hemorragia es muy intensa y si la sangre impide ver el campo operatorio, se hará una irrigacion con una presion muy débil, y cuando sean vasos voluminosos los que den origen á la hemorragia, se obturarán por medio de pinzas. Desde que el colgajo está desprendido de las partes laterales y de su extremidad superior, los ayudantes deben evitar tirar muy fuerte de él. Por otra parte, conviene modificar la traccion segun haya necesidad de efectuarlo: si, por ejemplo, se opera cerca de la comisura posterior, el operador ó un ayudante elevará el colgajo, miéntras que aquél sostendrá los tejidos por medio de los dedos de la mano izquierda introducidos en el recto. Se puede desde luégo designar el límite del colgajo á lo largo de la comisura posterior, y bastan algunos cortes de bisturí para desprender completamente aquél. Merced al procedimiento precedente podrá terminarse con suma rapidez, en cinco ó diez minutos, el tiempo de la operacion que acabamos de describir. Cuanto más rápidamente se opere, menor es la hemorragia, porque ésta suele cesar por sí misma en el momento en que el colgajo está totalmente desprendido.

El espesor del colgajo variará segun el estado de los tejidos, y á este

respecto podremos guiarnos por las indicaciones que nos suministre el dedo introducido en el recto. En general, basta un espesor de algunos milímetros. Pero cuando la pared está hiperplasiada, cuando es callosa y está constituida por tejidos poco vasculares, cicatriciales, se debe incidir más profundamente.

Una vez completado el avivamiento, debe el operador igualar la herida con las tijeras, y, á este efecto, hará salir la superficie cruenta por medio de un dedo introducido en el recto. Si subsisten algunos islotes mucosos que no hayan sido alcanzados en el avivamiento, se les deberá extirpar cuidadosamente, pero no se insistirá exajeradamente en este tiempo de la operacion.

El aspecto de la herida variará, en efecto, según el grado de tension al cual hayan estado sometidos los tejidos, y no se puede lograr obtener una superficie absolutamente lisa, que, por otra parte, tampoco es necesaria, bastando hacer que desaparezcan los puntos más salientes y las desigualdades más considerables.

En seguida se lavará la herida cuidadosamente, se ligarán con seda muy fina ó con catgut todos los vasos un poco voluminosos que den sangre, se seccionarán los vasos venosos que procedan del colgajo, vasos que se obturarán por sí mismos exprimiendo el coágulo que contengan si existieran ya algunos trombos.

El último tiempo de la operacion consiste en aplicar las suturas, y el operador deberá á este efecto seguir las reglas establecidas en el artículo correspondiente. Parece conveniente aplicar en este caso un número suficiente de suturas profundas que abracen todo el fondo de la herida, si bien de modo que no puedan acumularse ni la sangre ni los líquidos segregados por aquélla.

Cada uno de estos hilos profundos estará separado de los inmediatos por una distancia de 1 á 1 $\frac{1}{2}$ centímetros; entre cada dos hilos profundos se coloca uno superficial para asegurar la coaptacion más perfecta de los labios de la herida y oponerse á la penetracion de las secreciones vaginales. Hay casos, en fin, en los cuales es útil aplicar una sutura bien profunda. Si los labios de la herida ofrecen una gran tendencia á arrollarse hácia adentro, se comenzará por anudar los hilos superficiales que se aplicarán por encima y por debajo de cada hilo profundo, y entónces solamente se anudará este último. La reunion se hará al principio á nivel del vértice del triángulo, en cuanto se hayan introducido dos ó tres hilos de sutura se les anudará, y obrando de esta suerte puede verse si los labios de la herida se corresponden exactamente, y se podría, si esto fuera así, corregirlo modificando ligeramente la forma de las suturas ó la forma del avivamiento. También se pueden reseca las desigualdades abriéndose camino con las tijeras por los tejidos que forman prominencia.

Es difícil aconsejar hasta qué punto deben apretarse los hilos. Simon aconseja no apretarlos mucho, sobre todo cuando se aplican suturas superficiales, porque fácilmente podrían ser cortados los tejidos. Cuanto á las suturas profundas, manteniéndolas muy laxas se corre el riesgo de ver acumularse los líquidos segregados entre los labios de la herida; y si se anudan fuertemente, los tejidos pueden ser cortados con facilidad y, lo que es peor, se observará la gangrena de los tejidos que hubiesen sido cogidos.

Cuando se emplean hilos de seda es muy difícil apreciar hasta qué punto debe anudarse el hilo, pero esto es muy fácil tratándose de hilos metálicos. Con estos últimos, en efecto, no pueden apretarse tanto los tejidos, y si se hiciere se desgarrarían muy pronto ó sobrevendrían los funestos efectos de una constricción muy prolongada. Cuando se emplean estos hilos puede seguirse como regla general apretar moderadamente, y hé aquí por qué nosotros preferimos los hilos metálicos, que ofrecen además la ventaja de poder permanecer más tiempo aplicados sin empaparse.

En la colpoperineorrafia la sutura desempeña un importante papel.

Para aplicar las suturas perineales generalmente se recurre á los hilos de seda. Werth ha recomendado recientemente la aplicacion de las suturas de catgut para reunir las partes profundas de la herida. Estos hilos, una vez anudados, se cortan al rape del nudo; despues se deben reunir, segun este autor, los labios de la herida por los procedimientos usuales, haciendo así una sutura en varias capas. Es una idea feliz; solamente debemos hacer notar que es preciso no confiar mucho en este punto y que hay necesidad de guardarse de creer que obrando de esta suerte es posible evitar los inconvenientes de un avivamiento muy amplio y de una tension exajerada, siendo preciso, sin duda alguna, atribuir á estos defectos los malos resultados de que con frecuencia se acusa á esta operacion.

Una vez terminada la sutura, se irrigará cuidadosamente la vagina.

Ya dejamos dicho que en los casos en que el prolapso era muy intenso convenia aumentar las dimensiones de la superficie avivada. El ángulo superior de la herida se encuentra á una distancia de 2 á 3 centímetros de la porcion vaginal, pudiendo fácilmente atraerse el hocico de tenca hasta el orificio vaginal y elevarle por delante de éste. Desde luégo se puede avivar el triángulo *e c f* (fig. 85) y despues sucesivamente los trapecios *e f g h* y *a b g h*.

Si la hemorragia es muy intensa se triunfará fácilmente de ella suturando desde luégo el segmento que ha sido avivado ántes de continuar el avivamiento. Pero nosotros preferimos generalmente, cuando la pared posterior es flácida y el prolapso muy intenso, hacer desde luégo una simple elitrorafia.

Cuando existe un cistocele muy intenso, cistocele que no puede corregirse por una simple elitorrafia anterior, debe agrandarse suficientemente la herida hácia su parte inferior para que la porcion avivada se extienda hasta á nivel de la region media de los grandes labios.

Se encuentran dificultades particulares cuando por uno ó por los dos lados de la columna vaginal existen profundas escotaduras ó bridas cicatriciales. Las depresiones normales pueden estar desarrolladas en grado excesivo, y es preciso vigilar con la mayor atencion este punto cuando se procede al avivamiento. Si, en efecto, se aviva muy profundamente á nivel de estos puntos, no podrán anudarse los hilos sino ejerciendo sobre los tejidos una tension muy considerable, lo que demuestra que no debe irse muy léjos cuando no es necesario. Es preciso atribuir á esta falta los desgraciados éxitos que han experimentado ciertos operadores.

Si los tejidos están atravesados por cicatrices que los atraen de un lado más que del otro, deberán resecarse estos últimos; el triángulo ofrece dos bordes desiguales, pero la diferencia no es tal que no pueda corregirse por la sutura. Estas son, por otra parte, disposiciones muy raras, porque las cicatrices no asientan generalmente más que sobre la porcion más inferior de la vagina, es decir, en este punto en que la superficie avivada debe ser naturalmente muy ancha y deben necesariamente circunscribirse con el bisturí los tejidos sanos que existan á un lado de la columna vaginal y los tejidos que existan al otro.

Se observa á veces durante la aplicacion de las suturas que el borde de la herida es más largo por un lado que por el otro, bastando generalmente recurrir á los procedimientos que dejamos indicados en el capítulo correspondiente al tratar de las suturas en general para corregir este inconveniente. Rara vez nos veremos obligados á hacer un pliegue sobre la piel del labio más largo. Con frecuencia se facilita singularmente la operacion agrandando un poco á nivel del orificio vaginal el borde más corto de la herida.

La hemorragia es algunas veces muy abundante durante la operacion. Sin embargo, jamás la hemos visto hacerse peligrosa.

El tratamiento consecutivo es muy sencillo. Cuando las enfermas pueden, deben orinar solas; habitualmente, desde el día siguiente de la operacion autorizamos á las operadas para que tomen una alimentacion sólida, y al tercero ó cuarto día administramos un purgante. Durante los primeros días no se harán lavados vaginales, prescribiéndolos únicamente en los casos en que exista una secrecion profusa de la pared vaginal ó de la herida, ó cuando exista fiebre. Al quinto ó sexto día se desprenden los hilos de la sutura perineal.

Autorizamos generalmente para que se levanten las enfermas al

décimo ó duodécimo día, y desde el décimocuarto ó décimosexto las abandonamos con las reservas y prescripciones ordinarias (prohibicion de ejecutar trabajos penosos, de practicar el coito, cuidado de mantener el vientre libre y de oponerse á la retencion de orina, etc.). Las recomendamos que vuelvan á vernos al cabo de cuatro ó seis semanas, y en este momento desprendemos los hilos vaginales; debiendo advertir que ántes de darles el alta retiramos la sutura colocada á nivel del orificio vaginal, porque frecuentemente provoca una penosa irritacion.

Segun las noticias que poseemos, los operadores que han adoptado nuestro procedimiento han encontrado dificultades para obtener la coaptacion de los labios de la herida en las inmediaciones del anillo vaginal. La coaptacion se verifica mejor en las partes profundas de la vagina y alli se logra más fácilmente.

Es cierto, nosotros lo reconocemos, pueden encontrarse ciertas dificultades; pero cualquiera que sea el procedimiento que se adopte, se tropezará con estos inconvenientes.

Se ha tratado de modificar la forma de la superficie avivada de manera tal que se disminuyera la extension de la herida, respetando la parte media de los pilares de la vagina.

Martin, que ha tratado de realizar esta indicacion, ha propuesto el siguiente procedimiento: cogiendo con ayuda de dos pinzas la pared vaginal posterior inmediatamente por debajo del fondo de saco vaginal, pone en fuerte tension esta pared por delante del anillo vaginal (*fig. 87*), imitando así el procedimiento de Hegar. La columna vaginal aparece entónces como un repliegue saliente en medio de la mucosa. Si se experimentan dificultades para limitar la columna vaginal, se podrá fácilmente reconocer la situacion de esta última volviendo á colocar la pared vaginal en su situacion normal. Se practicará con el bisturí una incision que seguirá los bordes de la columna vaginal; despues, haciendo á cada lado de esta columna un pliegue sobre la mucosa, se aislarán dos colgajos laterales (1, 2, 3, 4). A nivel de los puntos 1 y 4 la incision traspasará el anillo vaginal, y se reunirán los labios de estas superficies avivadas por medio de suturas, que irán de *a* á *a*, de *b* á *b*, etc.

Para hacer el avivamiento y la reunion á nivel del anillo vaginal, se harán sobre las partes laterales incisiones que se eleven hasta la mitad de la altura del anillo vaginal; las extremidades de estas incisiones — II — quedarán situadas en la union de la piel con la mucosa. Se completará el avivamiento y se aplicarán las suturas de tal suerte que cuatro se reunan *a* con *a*, *β* con *β*, *ε* con *ε* y *δ* con *δ*, y, por último, se suturarán *a* con *a*, *b* con *b*, *c* con *c* y *d* con *d*.

Recurriendo á este procedimiento, Martin ha obtenido buenos re-

sultados; cuanto á la reunion por primera intencion, no podemos juzgar de su resultado final dado el escaso tiempo durante el cual han permanecido en observacion las operadas.

A priori dudamos que por este procedimiento se obtenga una solidez suficiente á nivel del orificio vaginal; el avivamiento debe llevarse muy léjos sobre las partes laterales y alcanzar los tejidos, que valdría mejor respetar. Nosotros preferiríamos un procedimiento que permitiera respetar solamente la porcion media de la columna vaginal y practicar el avivamiento sobre las partes laterales de esta columna; que se

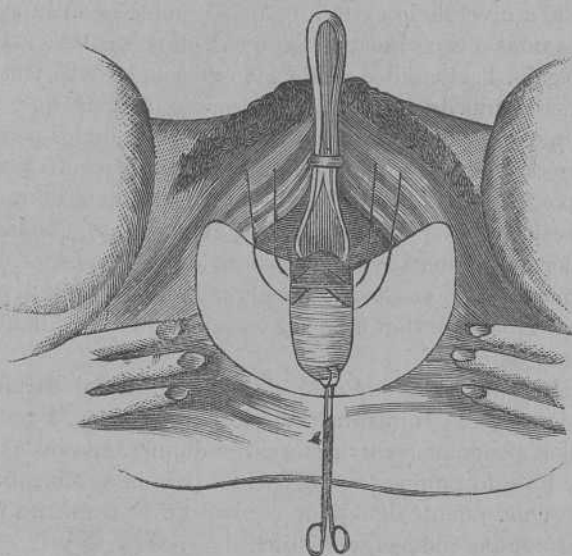


Fig. 88.

incindiera en seguida muy ligeramente ó aún que se respetaran los tejidos muy vasculares situados á los dos lados de la columna vaginal. Por otra parte, esta columna constituye frecuentemente un repliegue tan informe, que nos vemos obligados á extirpar en una extension bastante considerable.

Nos parece, pues, útil hacer nuevas investigaciones acerca del aprovechamiento de una parte de la columna vaginal; punto acerca del cual Freund ha sido el primero en llamar la atencion, practicando su operacion de perineoplastia.

El último procedimiento de que debemos ocuparnos aquí es el que

ha sido preconizado por Bischoff (*Nota bibliográfica núm. 2*). En este procedimiento se respeta también la columna vaginal, pero de otra manera que en los procedimientos precedentes. Se la aísla de los tejidos subyacentes y se forma un colgajo (*fig. 88*), y sin poner en fuerte estado de tensión de una manera especial el campo de la operación, que se descubre solamente con ayuda de las manos, se hace pasar el bisturí sobre la parte posterior de la vulva, á nivel de la línea de demarcación que existe entre la mucosa vaginal y la piel, y se traza así sobre la columna vaginal un colgajo de 4 á 6 centímetros y de 2 $\frac{1}{2}$ centímetros de ancho. Este colgajo será desde luego aislado de los tejidos subyacentes por medio de algunos cortes de bisturí dados de plano y llevando éste á nivel de la extremidad de aquél. Se continúa la disección con las uñas ó con el mango del escalpelo y se llega así hasta la base del colgajo. Partiendo de cada lado de esta base se traza á derecha é izquierda una incisión trasversalmente dirigida que, sobre las partes laterales, se extenderá hasta la parte media de los pequeños labios. Se disecciona la media luna así circunscrita, y Bischoff recomienda comenzar por las partes laterales á fin de evitar que el derrame de la sangre nos estorbe. Una vez terminado el avivamiento, queda una herida de la forma de una U y situada sobre la parte posterior de la vulva. Las ramas de la U se elevan en cada lado hasta la parte media de los pequeños labios, y están unidos á los labios de la herida que radica en la vagina (*fig. 88*).

Los tejidos extirpados se toman de los grandes labios, de los pequeños labios y de la comisura posterior de la vulva. Para extirpar estos colgajos, podemos recurrir al auxilio de una especie de cepo análogo al que ha sido propuesto por Kuchler para la episiorrafia. Si subsiste un pequeño puente de tejidos á nivel de la comisura posterior, se extirpará con las tijeras ó el bisturí.

Desde el principio se fijarán por suturas los labios del colgajo, y para ello se les reunirá, por medio de suturas hechas con hilo de catgut, á los labios externos de la superficie avivada, y se continuará aplicando hilos perineales, hilos que serán de plata. Para aplicarlos se emplearán agujas largas lanceoladas, separadas unas de otras 1 centímetro á 1 $\frac{1}{2}$ centímetros, penetrando en los tejidos á 3 centímetros de los bordes de la herida y abrazando todo el espesor de la pared perineal. Si la hemorragia es un poco abundante, se cogerá en uno ó en dos hilos el colgajo, de tal suerte que no pueda salir por debajo de él ni sangre ni producto alguno de secreción. Para hacer la comisura posterior á la extremidad del colgajo se empleará seda fina, y las asas de los hilos se anudarán suavemente. Más tarde, Bischoff ha empleado la sutura entrecortada preconizada por Werth. Bischoff, comenzando por las partes profundas de la herida, da tres ó cuatro puntos.

Ya hemos dicho anteriormente que el procedimiento de Bischoff no respondía á condiciones naturales. La comisura posterior se encontraba en un punto situado más arriba y más adelante que en el estado normal.

Bajo el punto de vista operatorio, notaremos que la aplicación de suturas tan profundas como Bischoff aconseja no es ventajosa. Las agujas deben ser introducidas á 3 centímetros de los labios de la herida (!) y deben atravesar un espesor de 5 á 6 centímetros hasta la re-

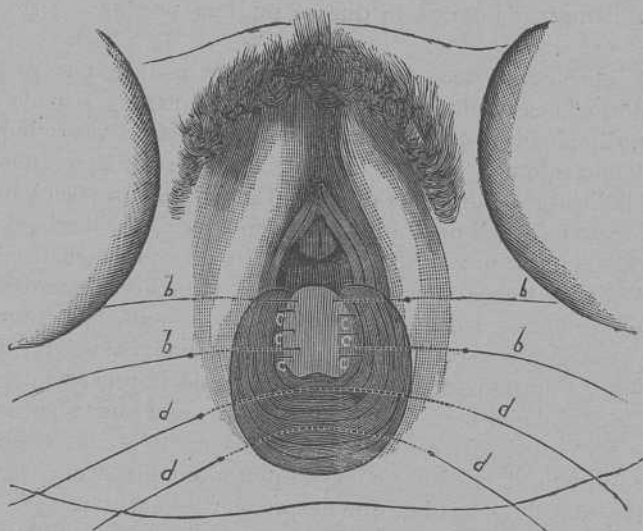


Fig. 89.

gion de la base del colgajo. El hilo abraza, pues, una masa de tejidos considerable.

En la operación de Simon y en la de Hegar se separan las suturas vaginales de las perineales, distinción que no deja de ofrecer ventajas. La experiencia nos enseña que las suturas de catgut, recientemente llevadas á la práctica por Bischoff, dan buenos resultados; sin embargo, estimamos que una gran parte de estas suturas *subterráneas*, hechas en tres ó cuatro lugares (!), son de una utilidad problemática.

ACCIDENTES QUE SE PRODUCEN DURANTE Y DESPUES DE LA COLPOPERINEORRAFIA. — RESULTADO FINAL

Ya hemos hablado de la herida del peritoneo y de las hemorragias internas que pueden ocasionarse durante la operación.

Es muy raro que haya que temer hemorragias consecutivas cuando la sutura ha sido regularmente aplicada. Nosotros hemos observado tres veces estos accidentes. En un caso la sangre venía de una arteria vaginal bastante separada de la vulva; la hemorragia se presentó próximamente seis horas despues de la operacion. Se contuvo la hemorragia por la acupuntura, sin que fuera necesario desprender las suturas.

En otra ocasion, al duodécimo día de la operacion, una arteria situada en el orificio vaginal daba sangre, adquiriendo grandes proporciones la hemorragia ántes de que se pudiera prestar socorro á la paciente.

En un tercer caso, doce días despues de la operacion, se presentó una hemorragia secundaria procedente de una arteria situada en la vagina, no habiéndose podido poner al descubierto el vaso sino despues de haber roto una parte de la cicatriz. Desde esta época nosotros hacemos la ligadura inmediata de todas las arterias un poco voluminosas. A veces es difícil distinguir esta hemorragia, que desde el principio no siempre es muy importante, de un derrame menstrual prematuro ó que aparece en una época regular. Para hacer este diagnóstico nos apoyaremos en la época en la cual se presente la hemorragia y en las sensaciones experimentadas por la enferma. Será conveniente, sin embargo, á fin de poder orientarse acerca de la procedencia de la sangre, poner al descubierto las partes, en tanto que pueda hacerse sin desgarrar las cicatrices recientes. Si por esta maniobra no se obtiene ningun resultado, si la hemorragia es intensa, no queda otro recurso, en los casos más desgraciados, que desprender las suturas.

Frecuentemente se ha observado el catarro de la vejiga cuando no se ha limitado tanto como es posible el empleo del catéter. Cuando el flujo vaginal es muy abundante, cuando hay supuracion, están indicadas las inyecciones, que se practicarán teniendo cuidado de hacer deslizar la cánula tanto como se pueda contra la pared vaginal anterior.

A veces aparecen pequeños abscesos en la vagina á nivel de las suturas y ocasionan un poco de fiebre. Por lo comun se abren espontáneamente á nivel de los puntos de sutura, y cuando es necesario se abren con un bisturí guiado por el dedo.

De 160 operaciones practicadas en nuestra clínica no hemos tenido que lamentar más que dos casos de muerte á consecuencia de piodemia y de septicemia. En un caso existía cierto número de cánceres del cuello en la clínica; en el otro había en el hospital una enferma con un quiste del ovario supurado.

La reunion por primera intencion es la regla (*Nota bibliográfica núm. 3*). El resultado final de la operacion es excelente. Nosotros hemos visto un gran número de operadas estar completamente cura-

das al cabo de cuatro y de diez años, si bien tenían que abstenerse de trabajos de fuerza. Bischoff ha obtenido tambien resultados duraderos y Rokitsansky en un gran número de operaciones ha obtenido no menor buen resultado.

Por lo comun los partos no acarrear la recidiva. De 11 operadas que han parido, y de quienes hemos recibido noticias, solamente dos han sido afectadas de prolapso, concibiéndose, por otra parte, que sea imposible evitar en absoluto este accidente despues del parto. Este es un hecho natural, y si la vagina se desgarrá fácilmente en una primípara, hay que extrañarse de ver despues de la operacion producirse este accidente tan poco marcado que comunmente no se verifica el prolapso.

En los casos de prolapso intenso la vagina deberá, despues de la operacion, ser más estrecha que en el estado normal.

Operando se debe, por otra parte, pensar en la posibilidad de un embarazo y limitar tanto como sea posible el avivamiento. Hé aquí por qué preferimos hacer muchos avivamientos sobre muchas bandas de la pared vaginal que un solo avivamiento muy ancho. Consideramos como funesta la práctica de Bischoff que da á la parte inferior de la vagina una inclinacion muy marcada, porque esta parte, durante el parto, constituye un obstáculo á la expulsion de la cabeza y se desgarrá el periné, ó bien se produce una rotura central. Nunca se aconsejará lo bastante á las operadas la necesidad de que confien su asistencia, si se hicieren embarazadas, á un tocólogo hábil, á fin de evitar en lo posible las desgarraduras del periné.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Centralblat. f. Gyn.*, 1879, núm. 23.
- 2) Fuera de los autores ya citados, véase Matzinger. *Zur Kolpoperineoplastik nach Bischoff. Wiener. Med. Blatter*, t. III, Jahrg, 1880, núm. 27 y siguientes.
- 3) Frecuentemente hemos hecho ejecutar esta operacion á estudiantes ó á ayudantes poco ejercitados, y generalmente hemos obtenido buenos resultados. Es, sin embargo, una conducta que no debemos aconsejar.

CAPÍTULO V

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LOS QUISTES DE LA VAGINA

LITERATURA

- Ladreit de la Charrière. *Arch. gén.*, 1858, I, pág. 528.
Hardwicke. *Lancet*, 1863, Marzo 21.
Peters. *Monatschr. f. Geb.*, XXXIV, 1869, pág. 141.
F. Winckel. *Arch. f. Gyn.*, II, 1871, pág. 383.
Kaltenbach. *Arch. f. Gyn.*, 1873, pág. 138.
Næke. *Deutsche Zeitschrift f. prakt. Med.*, 1876, núm. 7.
Hoerder. *Arch. f. Gyn.*, IX, pág. 323.
Von Preuschen. *Virchow's Archiv.*, LXX, 1877, pág. 111.
P. F. Mundé. *Amer. Journ. of Obst.*, X, pág. 673.
C. Schröder. *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, III, 2, 1878, pág. 424.

Artículo único.

Se observan muy rara vez sobre la vagina quistes que por su volumen ofrezcan un interés quirúrgico. Ya estos tumores parecen hallarse cubiertos por una capa poco espesa de tejido mucoso, ya son intersticiales y están situados en medio de la capa fibro-muscular de la vagina, ya son subserosos y desarrollados en el tejido celular paravaginal por debajo del fondo del repliegue de Douglas en el tabique que separa la vagina del recto. Se les encuentra con igual frecuencia en la pared anterior y en la posterior de la vagina, muy rara vez situados en las paredes laterales. En las dos terceras partes de los casos alcanzan la mitad inferior de la vagina.

Generalmente no se encuentra más que un solo quiste; á veces, sin embargo, se encuentran dos, tres y hasta seis, los unos al lado de los otros. Su volumen varía desde el de un guisante hasta el de una nuez ó el de un puño (Nélaton, Credé). La pared del quiste es gene-

ralmente muy gruesa y muy dura; se distingue claramente de los tejidos vecinos; en ciertos casos, sin embargo, es muy poco distinta de éstos y extremadamente delgada. El contenido del quiste, ya es seroso, ya un líquido análogo á la sinovia, ya coloide. Frecuentemente está mezclado con sangre. Kaltenbach ha observado un quiste cuya pared tenía la estructura de un quiste proliferante y presentaba en su cara interna proliferaciones papilares y glandulares. Los quistes situados en el tabique uretro-vaginal pueden proceder de glándulas arrimadas ó ser debidos á divertículos del conducto uretral; estos quistes se desarrollan poco á poco hácia el conducto vaginal, en el cual forman prominencia.

Los quistes de la vagina, cuando son voluminosos, provocan trastornos de orden mecánico tales, que está indicada la extirpacion de estos tumores. Pueden, en efecto, impedir la micción y el coito, empujar el útero y hacerse muy molestos y penosos si descienden á través de la vulva, y provocan una secrecion catarral intensa. A veces no dan lugar más que á vivos dolores durante el período menstrual; en ciertos casos raros se les ha visto constituir un obstáculo al parto (Hardwicke — *Nota bibliográfica* — Peters, Mundé).

La simple puncion de la pared del quiste ejecutada con un trócar ó con un bisturí no puede poner al abrigo de una recidiva, lo mismo que una pequeña incision. Tambien se ha practicado frecuentemente despues de la incision una cauterizacion con el nitrato argéntico, asi como despues de la puncion una inyeccion con la tintura de iodo (Jobert de Lamballe). Sin duda alguna, el resultado es mucho más cierto; pero con frecuencia se observa la aparicion, despues de estas operaciones, de fenómenos inflamatorios intensos que no quedan limitados al tejido celular paravaginal, sino que pueden extenderse á todo el panículo adiposo que rodea al útero.

Antiguamente, cuando no se cuidaban los cirujanos suficientemente de obtener una hemostasia perfecta, la escision de un fragmento de la pared de un quiste ha dado origen muchas veces á hemorragias de gran consideracion. Schröder ha modificado recientemente con éxito este antiguo procedimiento, haciendo la ablacion de la pared del quiste que es prominente y suturando á la mucosa vaginal los bordes de la herida hecha en la pared de aquél, la cual, cubierta de un epitelio cilíndrico, bien pronto no se distingue de la mucosa vaginal (Ruge).

Nunca recomendaríamos el desagüe del quiste practicado por dos orificios separados el uno del otro, porque es un procedimiento que exige mucho tiempo. Es preciso rechazar en absoluto el procedimiento del sedal. Mac Clintock y Ladreit han extirpado quistes pediculados por medio de la ligadura.

El procedimiento más seguro y más radical es la extirpación total. Se hace una incisión que corresponda al gran diámetro del quiste y se aísla completamente el tumor. Si la pared de éste es muy gruesa, se procurará por todos los medios no herirla; pero si es delgada, el bisturí la perforará fácilmente, á pesar de todos los esfuerzos, y la operación se hará muy difícil. Cuando el quiste esté á cierta altura y tenga su

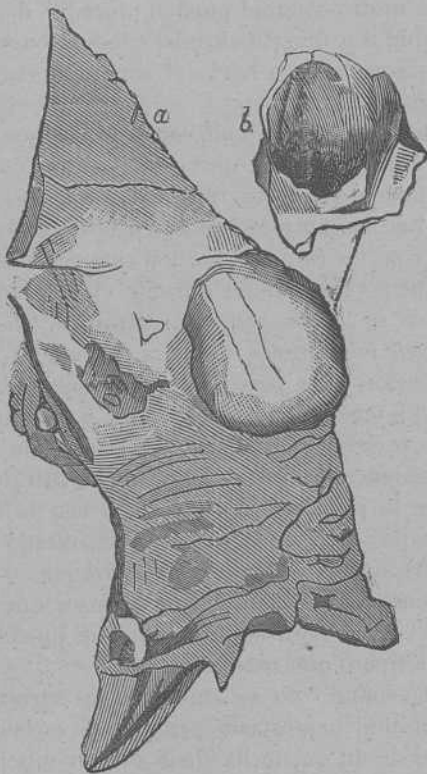


Fig. 90.

asiento en el tabique recto-vaginal, se cuidará mucho de no herir el peritoneo, y si el quiste está situado en un punto inferior, deberá temerse la herida del recto.

La *fig. 90* representa un quiste extirpado por Kaltenbach. Este autor hizo al mismo tiempo la ablación de un fragmento de la pared vaginal posterior, fragmento que constituía un prolapso considerable,

avanzando hasta muy cerca de la mucosa rectal. La herida fué suturada como si se tratara de una colpoperineorrafia, y se obtuvo la reunion por primera intencion.

Cuando se practica la extirpacion de un quiste, será conveniente, para evitar la infeccion y las hemorragias secundarias, cerrar la herida por medio de puntos de sutura, cuyos hilos caminen por debajo de la superficie cruenta en toda su extension.

La extirpacion conviene especialmente en los quistes voluminosos, intersticiales ó paravaginales, que presenten una pared gruesa; pero si el quiste está muy elevado, si sus paredes son muy delgadas, debe preferirse la extirpacion parcial seguida de la sutura tal como Schröder la practica. Es un procedimiento que en este caso es más práctico y ménos expuesto á las lesiones de vecindad.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Loc. cit. Se encontrarán muchas observaciones tomadas á Langley, Ashwell y Lever.

CAPÍTULO VI

EXTIRPACION DE TUMORES VAGINALES INTERSTICIALES

LITERATURA

Dupuytren. *Lancette Française*, París, 1837, núm. 45.

Mac Clintock. *Clin. Memoirs on Dis. of Wom.*, pág. 197.

Neugebauer. *Prager med. Vierteljahrschrift*, CXXXIV, 1877, Op. 59.

Spiegelberg. *Arch. f. Gyn.*, IV, pág. 348.

Artículo único.

Lo más comunmente, se trata de fibromas que tienen asiento en las paredes de la vagina; pero en ciertos casos puede observarse un sarcoma primitivo ó secundario (sucediendo á un sarcoma del útero) formando un tumor redondeado, desarrollado bajo la mucosa.

Los tumores intersticiales de la vagina no forman prominencia en el conducto vaginal sino cuando tienen su asiento en la pared anterior. Por lo comun, la solidez de la mucosa vaginal les empuja hácia afuera y se desarrollan en el tejido celular paravaginal, ó bien empujan ellos igualmente las paredes del recto y de la vagina. Es raro ver que los fibromas alcancen las dimensiones de una nuez ó las de un huevo; sin embargo, en los casos de Ollivier y de Jacobs, el peso de los tumores pasó de 2 kilogramos. Mientras son pequeñas estas neoplasias, son redondas; pero en cuanto aumentan de volúmen, toman una forma aplastada.

Está indicada la extirpacion de estos tumores intersticiales de la vagina desde el momento en que, por su asiento ó por sus dimensiones, provocan fenómenos de compresion ó de irritacion, ó bien cuando son origen de trastornos mecánicos.

Se operan como si se tratara de extirpar un tumor de la piel. Se practica en la mitad de la superficie del tumor una simple incision longitudinal, ó bien se circunscribe un segmento elíptico de la mucosa que le recubre. Cogiendo entónces el tumor con una pinza -erina, se le aísla con las tijeras ó por medio del bisturí ó con un instrumento romo.

Despues de la extirpacion queda una cavidad que es preciso obliterar mediante puntos de sutura, y para poder lograr una mejor adaptacion de los labios de la herida, podrán escindirse los colgajos de la mucosa que se han hecho inútiles. Si no se puede abrazar con los hilos todo el fondo de la herida, deberán aplicarse en éste pequeños tubos de desagüe que permitan el derrame al exterior de sangre y de los productos segregados.

Existen numerosas observaciones que prueban que á veces se han confundido los miomas del cuello uterino, desarrollados bajo el peritoneo, con tumores intersticiales de la vagina.

Por otra parte, se han considerado frecuentemente como tumores vaginales los fibromiomas que, nacidos en la cara interna del cuello, descienden al conducto vaginal. Tales son, principalmente, las observaciones de Ollivier y de Mac Clintock.

CAPÍTULO VII

EXTIRPACION DE NEOPLASMAS DESARROLLADOS EN LA MUCOSA VAGINAL QUE PRESENTAN UNA BASE ANCHA

LITERATURA

Kaschewarowa-Rudnewa. *Arch.*, t. LIV, pág. 74, y *Deutsche med. Wochenschrift*, 7/10, 1876.

Spiegelberg. *Arch. f. Gyn.*, IV, pág. 348.

Grünewaldt. *Arch. f. Gyn.*, XI, pág. 511.

Schröder. *Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.* III, 2, 1878, pág. 423.

Balardi. *Annali di ostetrica*, 1880, Enero.

Artículo único.

Vamos á ocuparnos de algunos tumores papilares de cierta naturaleza, como el cancroide y el sarcoma. Generalmente estos últimos neoplasmas se presentan bajo la forma de una infiltracion difusa de la mucosa vaginal; pero bien pronto, cuando la cara superficial viene á gangrenarse, estos tumores malignos constituyen superficies cruentas rodeadas de una zona indurada, y cuyo fondo ofrece proliferaciones mamelonadas.

En otros casos se observan uno ó varios nódulos rodeados de una zona infiltrada, porque es muy raro que el cancroide y el sarcoma de la vagina sean primitivos, y solamente en algunos casos excepcionales es dado al médico observarles en el primer estadio de su desarrollo; así es que hasta ahora no han sido frecuentemente objeto de un tratamiento quirúrgico.

Está indicada la extirpacion del neoplasma y de los tejidos en los cuales se ha desarrollado cuando no han sido aún afectados los linfáticos vecinos y cuando puede esperarse circunscribir todo el tumor con

el bisturí. La extension del neoplasma á la vejiga y al recto no puede ser considerada como una contraindicacion mientras que pueda extirparse toda la region afecta, porque siempre es posible cerrar por medio de una sutura las soluciones de continuidad de este órgano.

Desgraciadamente, aun cuando haya posibilidad de elegir bien los casos, no se obtiene más que un resultado paliativo de corta duracion (*Nota bibliográfica*). La operacion consiste en circunscribir con el bisturí el territorio enfermo y en separar los tejidos afectados de los tejidos sanos y que les son adyacentes. Se hace lo que un jardinero que separa de la tierra un trozo cubierto de césped. Merced á la ligadura aislada de los vasos se evitarán las hemorragias peligrosas, pudiendo tambien recurrirse á la sutura, que permitirá al mismo tiempo obtener una reunion por primera intencion. Si no pueden aplicarse suturas en toda la extension de la superficie de la herida, será preciso establecer el desagüe en las porciones que queden al descubierto.

Spiegelberg ha podido hacer la escision de un sarcoma medular ulcerado que ocupaba todo el lado izquierdo de la parte inferior de la vagina y se elevaba hasta una altura de 3 centímetros. Despues de haber ligado tres vasos que daban sangre, contuvo la hemorragia en sábana con tanino en polvo y un tapon de hilas. Despues de la operacion la enferma permaneció en cama durante muchas semanas, porque fué afectada de un flemon de la vagina.

Hegar practicó en una mujer de cincuenta y seis años la extirpacion de dos nódulos de cancroide en parte ulcerados. El neoplasma se había desarrollado á nivel de los puntos sometidos á la compresion de un pesario de Hodge, lo que podría justificar la opinion de los que admiten el origen irritativo de estos tumores. Se suturaron las heridas, y aunque ántes de la operacion parecían sanos todos los linfáticos, bien pronto se observó la aparicion de una recidiva en los ganglios vecinos y en diferentes vísceras abdominales. Estas recidivas acabaron con la vida de la enferma al cabo de algunas semanas.

Schroeder ha extirpado recientemente tres veces carcinomas de la pared vaginal posterior. En un caso fué desgarrado el peritoneo que tapiza el repliegue de Douglas y la sutura se hizo con hilos de seda. En todos los casos fué puesta al descubierto la pared del recto.

En las dos primeras operaciones quedó satisfecho Schroeder de haber suturado los labios de la herida hecha en la pared vaginal. Pero detras de la mucosa subsistia un fondo de saco que ocasionaba la estancacion de los líquidos segregados por la herida. La primera enferma sucumbió; la segunda estuvo muy enferma; en el tercer caso, Schroeder cogió en la sutura la pared del recto y fijó un tubo de desagüe en el fondo de saco posterior, habiéndose verificado la curacion sin accidente alguno.

Grunewald y otros autores han llevado á cabo la ablacion de pequeños nódulos carcinomatosos apelando al galvano-cauterio.

Este procedimiento fué el que adoptó Baïardi en un caso de sarcoma que ofrecía el volúmen de un huevo de gallina, y que operó en el octavo mes del embarazo. El parto se verificó poco tiempo despues, y al cabo de cuatro meses hubo una nueva recidiva que dió origen á una nueva operacion. Ocho meses más tarde sobrevino la muerte á consecuencia de una nueva recidiva que afectó á los linfáticos, á los huesos de la pelvis y á la cavidad peritoneal.

Cuando se trata de tumores de buena naturaleza, ostensibles, no está indicada la extirpacion con el bisturí más que cuando de la cauterizacion no puedan obtenerse resultados sino lentamente, dada la masa de vegetaciones, y cuando la base de insercion del tumor esté fuertemente infiltrada.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

En los dos casos de sarcoma descritos por la señora Kaschewarowa, la recidiva se presentó poco tiempo despues de la operacion. Véanse, ademas, los casos de Hegar y de Baïardi. Parece que no hay probabilidades de éxito sino cuando se trata de sarcomas bien circunscritos. En un caso de Spiegelberg no se presentó la recidiva hasta cuatro años despues de la extirpacion de un fibroma del tamaño de una nuez.

CAPÍTULO VIII

EXTIRPACION DE TUMORES PEDICULADOS DE LA VAGINA

LITERATURA

- Gremler. *Preuss. Vereins-Zeit. Berl.*, XII, 1843, núm. 33.
Kiwisch. *Klinische Vorträge*, pág. 566.
Müller Klein. *Monatschr. f. Geb.*, XII, pág. 76.
Trietzel. *Monatschr. f. Geb.*, XXII, 1863, pág. 227.
Hœning. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1869, núm. 6.
Jacobs. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1869, núm. 25.
Martin. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, III, 1878, pág. 406.

Artículo único.

Entre los tumores pediculados de la vagina, citaremos los pólipos fibrosos, los pólipos mucosos y los tumores papilares pediculados. Fehling (*Nota bibliográfica núm. 1*) y Reich (*Nota bibliográfica núm. 2*) han observado el hematoma polipiforme de la vagina. Los pólipos fibrosos pueden alcanzar las dimensiones más considerables y su peso puede elevarse hasta 10 libras (Gremler), en tanto que los pólipos mucosos rara vez alcanzan las dimensiones de un huevo de paloma ó de un huevo de gallina (Kiwisch). Los pólipos vaginales provocan flujos mucosos y sanguinolentos, se oponen al coito, provocan dolores por la compresion que ejercen sobre los órganos vecinos, y molestias por la prominencia que forman entre los grandes labios.

Se han observado en muchas ocasiones pólipos vaginales en niñas muy pequeñas.

Martin extirpó en una niña, á las veinticuatro horas de nacer, un pólipo que ofrecía una longitud de 18 milímetros y que se insertaba en la pared posterior de la vagina.

Trætzl extirpó uno del volúmen de un puño en una niña de quince meses, cuyo pólipo había ocasionado una retencion urinaria durante treinta y seis horas.

Mac Clintock ha extirpado dos veces por la ligadura y por la estrangulacion pólipos mucosos en mujeres embarazadas, no habiéndose interrumpido el embarazo. En el primer caso el pólipo se gangrenaba; en el segundo caso el tumor constituía un obstáculo al parto, y era preciso practicar la extirpacion ántes de la expulsion del feto ó rechazarle hácia un lado.

Durante un parto natural ó en aplicaciones de forceps, se ha observado la desgarradura de pólipos que han ocasionado lesiones graves de la pared de la vagina.

La extirpacion de pólipos de la vagina puede llevarse á cabo segun los procedimientos que dejamos expuestos al estudiar los pólipos uterinos, con el bisturí ó las tijeras, con el magullador ó con el asa galvanocáustica.

Hœning ha observado en la clínica de Bonn un pólipo fibroso implantado sobre la pared uretro-vaginal por un pedículo que tenía casi el espesor de un dedo. Un segmento del tumor del tamaño de un puño formaba prominencia por fuera de la vulva. Pero la porcion más voluminosa del pólipo, que medía las dimensiones de dos puños, reposaba en la vagina, y el tumor presentaba una estrechez á nivel del orificio vaginal. Despues de haber separado el tumor, valiéndose de la mano, de la comisura posterior; despues de haber roto las adherencias secundarias que la masa morbosa hubiera podido contraer con la vagina y el hímen, el pólipo fué atraído hácia la vulva y se seccionó su pedículo con tijeras. El hierro candente no pudo contener la hemorragia y hubo que pasar varios hilos de sutura profundamente por debajo de los vasos que daban sangre. El tumor extirpado pesaba cerca de 3 libras y ofrecía una longitud de 20 centímetros y un espesor de 9 centímetros próximamente.

Müller Klein extirpó con las tijeras un tumor que ofrecía el volúmen de un huevo de gallina que tenía el aspecto de una coliflor, y que, por un pedículo de una pulgada de espesor, se insertaba en la parte superior de la pared vaginal posterior. Al cabo de un año la enferma estaba todavía en buen estado.

Jacob ha referido dos casos de pólipos fibrosos de la vagina que pesaban 2 libras y 2 $\frac{1}{2}$ libras, en los cuales se practicó satisfactoriamente la extirpacion con el magullador.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Arch. f. Gynäk.*, t. X, pág. 193.
- 2) *Aerztl. Mittheil. aus Baden*, 1880, núm. 24.

CAPÍTULO IX

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LAS VARICES DE LA VAGINA

Artículo único.

Las varices de la vagina, circunscritas ó difusas, extendidas sobre una gran superficie, no son raras en las mujeres que han tenido muchos hijos. Sin embargo, estas dilataciones venosas desaparecen generalmente con rapidez despues del parto, y casi no provocan dolores.

Parece que Simon ha sido el único que ha intentado un tratamiento quirúrgico en esta afeccion, tratándose de un caso en el que se atribuía á la dilatacion venosa la incontinencia de orina que la enferma padecía. La pared útero-vaginal estaba surcada en distintas direcciones por una red de vasos venosos dilatados, y la pared muscular parecía haber desaparecido; sólo los labios del meato urinario podían oponerse á la incontinencia de orina.

Simon seccionó desde luego las venas en la parte inferior de la masa varicosa, cauterizó con percloruro de hierro, y pasó varios hilos por debajo de los vasos que daban sangre.

A consecuencia de cauterizaciones repetidas, el tumor varicoso fué trasformándose en una cicatriz extensa, la enferma mejoró y la emision de la orina dejó de ser involuntaria siempre que la paciente no ejecutaba movimientos violentos.

En semejante caso, á nuestro juicio, debe recurrirse á cualquier otro cáustico ó bien al hierro candente, y no debe olvidarse con cuánta frecuencia se han observado embolias de la arteria pulmonar despues del empleo del percloruro de hierro.

CAPÍTULO X

DEL INJERTO EPITELIAL EN LOS CASOS DE ULCERACIONES VAGINALES

Artículo único.

Beigel ha recurrido al método de Reverdin y ha injertado pequeños fragmentos de membranas sobre ulceraciones tórpidas de la pared vaginal.

En una mujer de treinta y ocho años que había sido afectada de una vaginitis intensa, existía una exulceracion que tenía 6 centímetros de diámetro sobre la vagina y la porcion vaginal. Las cauterizaciones repetidas no habían dado resultado alguno, y entónces Beigel injertó cinco pequeños colgajos que había tomado de las partes sanas de la pared vaginal, habiendo logrado la curacion al cabo de seis semanas.

En un segundo caso existía una ulceracion de la pared vaginal posterior consecutiva á una irritacion prolongada, y tomó de la cara interna del brazo izquierdo cuatro colgajos epidérmicos. Al duodécimo día pudo observar un principio de cicatrizacion y al cabo de ocho semanas la curacion era completa.

Los injertos aplicados en la vagina deben cubrirse con una compresa empapada en glicerina y mantenerlos colocados por medio de un tapon de uata. Es preciso no levantar la cura hasta el quinto ó el sexto día porque podrían desprenderse ó dislocarse los injertos.

La tentativa de Beigel es interesante bajo el punto de vista fisiológico, pero tiene escasa importancia práctica. Es muy raro encontrar ulceraciones que resistan á una cauterizacion enérgica. Por otra parte,

no siempre se logra la adhesión de los injertos merced á tan sencillo procedimiento de contención como la compresa y el tapon de uata. Es dudoso, en fin, que el conducto vaginal con sus flujos irritantes constituya un terreno apropiado para realizar estas tentativas operatorias.

CAPÍTULO XI

TRATAMIENTO OPERATORIO DEL VAGINISMO

LITERATURA

Simpson. *Med. Times*, 2/4, 1859; *Monatschr. f. Gebk.*, IV, pág. 69, y *Edimb. med. Journ.*, VII, pág. 593, Diciembre 1861.

Sims. *Cases of Vaginismus. Americ. med. Times*, 1862, núms. 22-25, y *Clinical Notes on uterine Surgery*, Londres, 1866.

Charrier. *Du vaginisme. Gaz. d. kôp.*, 1868, núms. 50, 66 y 145.

Scanzoni. *Ueber Vaginismus. Wien. med. Wochenschr.*, 1867, núms. 15-18, y *Lehrb. d. weibl. Sexualorg.*, Viena, 1875, pág. 704 y sig.

Beigel. Segunda edicion de *Sims'schen Gebärmutterchirurg*, Erlangen, 1870, pág. 270, y *Die Krankheiten d. weibl. Geschlechts*, Stuttgart, 1875, página 686.

E. Martin. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1871, núm. 14.

Ferber. *Zu den Neurosen d. Scheide. Berl. klin. Wochenschr.*, 1871, número 15.

Hildebrand. *Ueber Krampf d. Levator ani beim Coitus. Arch. f. Gyn.*, III, pág. 221, y *Die Krankheiten d. aussern weibl. Genital*, págs. 103-118.

Sutugin. *Petersb. med. Zeitschr.*, 1872, pág. 469.

C. Schroeder. *Krankh. d. weibl. Geschlechtsorg.*, Leipzig, 1874, pág. 487 y siguientes.

Tilt. *The Lancet*, 1874, 1.º Agosto.

De Raure. *Annales de Gynécologie*, 1877, Junio.

F. Weber. *Allg. med. Centralzeit.*, 1878, núms. 1 y 2.

M. Duncan. *Med. Times and Gaz.*, 1878, Octubre 19.

Gallard. *Annales de Gynécologie*, 1879, Abril.

Artículo único.

Las convulsiones tónicas de orden reflejo que designamos bajo el nombre de vaginismo, etc., se producen generalmente en los múscu-

los de la entrada de la vagina y afectan más especialmente al músculo constrictor. Pero se puede encontrar su origen en regiones más elevadas de la túnica muscular de la vagina, sobre el elevador y el esfínter del ano, el trasverso del periné, y, de una manera más general, puede observarse que se extienden á los diferentes grupos musculares del plano pelviano.

Los órganos sexuales pueden presentar modificaciones locales que, ya son la causa del espasmo, ya deben ser considerados como fenómenos secundarios. Tales son la rubicundez, la inflamacion, las escoriaciones, las fisuras y las excrecencias papilares situadas cerca del anillo vaginal, sobre el himen y sobre el reborde anal; citaremos tambien las carúnculas desarrolladas sobre el meato urinario. La membrana himen está frecuentemente muy engrosada y muy ancha, y aún á pesar de frecuentes relaciones sexuales está algunas veces intacta. El orificio vaginal parece más estrecho y presenta frecuentemente una direccion anormal (Schroeder). Simon y Simpson hablan de verdaderos neuromas cuya presencia han reconocido bajo la mucosa vaginal y á nivel del himen.

Las enfermas solicitan el auxilio del médico porque toda tentativa de coito es dolorosa, á veces imposible, y porque no puede tener lugar la concepcion. Si existen algunas lesiones primitivas de la vagina, tales como excrecencias papilares, un himen muy sensible y muy rígido, aparecen las contracciones espasmódicas desde las primeras tentativas de coito. Frecuentemente es preciso atribuir la causa á un coito brutal ó que se efectúa difícilmente por un orificio vaginal muy estrecho ó anormalmente dirigido hácia adelante.

Las contusiones múltiples que se producen originan la irritacion y los fenómenos reflejos y, finalmente, la aparicion del vaginismo. Una vez constituido éste, basta colocar el dedo ó la sonda contra el orificio vaginal para observar inmediatamente la aparicion del dolor y del espasmo. En ciertos casos raros el vaginismo no aparece sino despues de muchos años de cohabitacion y despues de varios partos, siendo preciso entonces atribuirle á una irritacion local del aparato de la generacion.

No es raro observar que los accidentes desaparezcan á beneficio de un tratamiento local é higiénico, obrando á la vez sobre el estado local y sobre el sistema nervioso de la mujer.

Bajo el punto de vista quirúrgico está indicado, ante todo, obrar sobre la causa del vaginismo; así, pues, en los casos en que existan excrecencias papilares deberá practicarse la ablacion de las mismas por medio del bisturí, las tijeras, el hierro candente ó la destruccion por medio de los cáusticos. Cuando se encuentren neuromas submucosos se les cogerá con unas pinzas de garras y se escindirán. Sims

dice que la curacion se efectúa tan rápidamente como si se hubiera practicado la extirpacion de un neuroma subcutáneo.

En los casos en que se encuentra un hímen muy resistente, parece estar indicada la escision sobre las partes laterales, ó aún hacer la ablacion completa. Si el exámen demuestra la presencia de escoriaciones y de fisuras á nivel del orificio vaginal, podrá intentarse la curacion haciendo cauterizaciones enérgicas en este punto.

Sin embargo, todas estas lesiones pueden ser secundarias y debidas á un coito. En este caso su desaparicion no entrañará forzosamente la curacion.

Cuando el tratamiento de que acabamos de hablar no es suficiente, el tratamiento quirúrgico deberá dirigirse al sintoma mismo y, por tanto, contra los grupos musculares afectos. Puede forzarse la resistencia de los músculos por la extension, por la incision y por la rotura. Antiguamente se intentaba hacer desaparecer el vaginismo practicando la dilatacion gradual de la vagina, introduciendo al efecto bujías en este conducto y dejando colocados en él unos tapones por espacio de muchos días (Spencer Wells). Tambien se ha intentado obtener esta dilatacion introduciendo una serie de espéculos sucesivamente más voluminosos.

Ciertos autores han recurrido á dilatadores especiales, cuyas ramas pudieran ser separadas la una de la otra. Pero estos procedimientos operatorios son de tal suerte dolorosos, que desde el principio no pueden ponerse en práctica sino con el auxilio de la anestesia. Frecuentemente no se consigue otro objeto que aumentar la irritabilidad, siendo muy inciertos en sus resultados. Finalmente, no pueden producir buenos efectos sino cuando se combinan con otros medios terapéuticos.

La dilatacion cruenta con el bisturí es un medio terapéutico mucho más activo (Debout, Sims). La incision puede ser normal ó subcutánea. Se dirige el bisturí hacia afuera ó hacia atras, á fin de seccionar la capa muscular situada á nivel de la entrada de la vagina. Si existen al mismo tiempo contracciones espasmódicas ó fisuras á nivel del ano, podrá tambien incindirse el esfínter anal. Operando de esta suerte se respetan mejor los haces musculares del constrictor de la vagina, que vienen á entrecruzarse con las fibras del esfínter anal. Simpson recomendaba seccionar el nervio pudiendo, á fin de poder obrar igualmente sobre todos los grupos musculares afectados de contractura.

Sims combina muchos de los procedimientos precedentes. Una vez anestesiada la enferma y echada en decúbito lateral izquierdo, coge el hímen con una pequeña pinza de garras y hace la incision con las tijeras curvas. La hemorragia es á veces bastante intensa; pero se

obtiene la hemostasia comprimiendo los puntos que dan sangre, ó recurriendo al percloruro de hierro. Más tarde, Sims practica una dilatacion metódica, valiéndose de bujías ó de dilatadores especiales.

Este procedimiento del cirujano americano no deja de ocasionar un traumatismo considerable é inútil que es preciso evitar, recurriendo á aquellos otros procedimientos de los que es posible obtener tan buenos resultados utilizando medios ménos peligrosos.

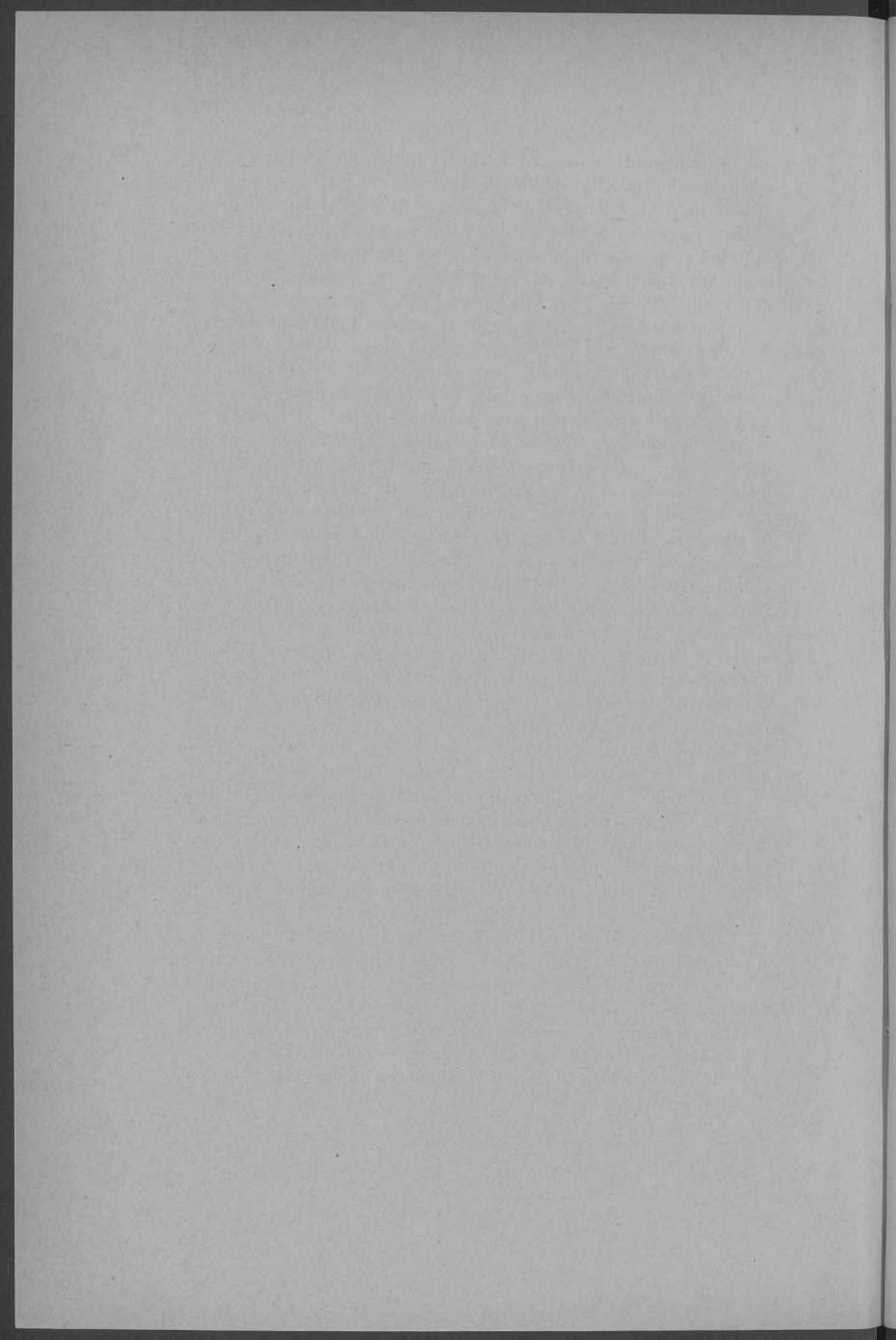
Nosotros hemos recurrido exclusivamente á la dilatacion forzada practicada con la mano, dilatacion que combinamos ó no con la incision ó la ablacion del himen. Por medio de este procedimiento, que describen tambien Charrier y Sutugin, el orificio vaginal se distiende hasta que sobreviene una rotura subcutánea de la capa muscular. La enferma se coloca en decúbito dorsal sobre la mesa ordinaria de operaciones, se la anestesia profundamente, y entónces el cirujano introduce en el orificio vaginal dos ó tres dedos de cada mano, cuyas palmas están dirigidas hácia afuera. Separa en seguida con toda la fuerza posible las manos una de otra, y generalmente se percibe un ruido de chasquido que denota la rotura de las fibras musculares. Recurriendo á este procedimiento puede trasformarse la vagina más estrecha en un orificio ancho y de paredes flácidas. Añadamos que el orificio recobra bien pronto su resistencia sin que, no obstante, reaparezca el espasmo. Este procedimiento permite romper ó por lo ménos distender mucho más las fibras musculares que contornean el orificio vaginal como podrían hacerlo las incisiones profundas, y, sin embargo, no hay necesidad de herir la mucosa de la vagina.

El tratamiento consecutivo consistirá en el empleo de baños de asiento, curas, etc., que permitan evitar toda inflamacion.

Es en todos los casos muy importante que durante las primeras semanas que siguen á la operacion la enferma no practique el coito. Durante este tiempo introducirá ella misma en su vagina una serie de espéculos cada vez más voluminosos, á fin de asegurarse que no se reproducirán los espasmos y de reconocer si podrá efectuar el coito sin dificultad.

Este método de tratamiento, al cual hemos recurrido en un gran número de casos, nos ha dado resultados excelentes y ha permitido á nuestras operadas la cohabitacion sin que haya vuelto á ser dificultada.

Hemos observado frecuentemente la concepcion poco tiempo despues de haber sido dadas de alta, y si aquélla no se ha verificado, por lo común ha estado la falta en el marido, cuya impotencia era la causa de todo el mal.



PARTE TERCERA

OPERACIONES SOBRE LA VULVA Y EL PERINÉ

CAPÍTULO PRIMERO

DE LA ATRESIA VULVAR

Artículo 1.º — Apertura de la atresia vulvar completamente obliterada.

La ausencia de la vulva coincide casi siempre con otras deformidades mucho más importantes bajo el punto de vista vital (fisura abdominal, cloacas, atresia del ano, etc.). En el vicio de conformacion que aquí estudiamos, la piel va desde el borde inferior de la sínfisis al ano, sin presentar ningun orificio para dar acceso al conducto uretral ni para los órganos sexuales. Tales hechos no ofrecen solamente interes para los teratólogos, sino que merecen ser estudiados por los ginecólogos, porque la vida es posible si existe una fistula vesico-vagino-rectal que permita la evacuacion de la orina. Si así fuere, cuando la niña llegue á la edad de la pubertad sobrevendrán la hematocolpitis y la hematómetra. Hasta ahora no conocemos más que un solo caso operado por Magee con éxito (*Nota bibliográfica*). Se trataba de una jóven de dieciocho años, en la cual la orina se derramaba por una fistula. Desde hacía doce meses existía una retencion de la sangre menstrual. Magee obtuvo la curacion practicando una incision que medía media pulgada en el fondo de saco vaginal por encima del ano sobre la extremidad cerrada de la vagina.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Rose. *Monatsschrif f. Gebh.*, XXIX, pág. 403, y véase tambien C. Rose, XXV, págs. 425-465 (Atresia de la uretra).

Art. 2.º — Apertura de la atresia vulvar.

Las adherencias de los grandes y pequeños labios debidas á defectos del epidermis son bastante frecuentes en la infancia. Se ha designado este estado con el nombre de atresia vulvar. Por lo comun, la adherencia tiene asiento solamente en los dos tercios posteriores de los grandes labios, y parece que se trata de una verdadera prolongacion del periné. La línea de adherencia es á veces bastante gruesa, y sólo está marcada por una brida blanquecina.

Comunmente la adhesion de los pequeños labios no es completa, y ya sea hácia adelante, inmediatamente por detras del meato urinario, ya sea hácia atras, en un punto cualquiera de la superficie adherente, existe un orificio que se percibe distintamente cuando la niña orina. En algunos casos muy raros y muy excepcionales, los pequeños labios están unidos en toda su extension, y desde los primeros momentos de la vida es llamado el médico á intervenir, porque la niña no puede orinar (Ashwell — *Nota bibliográfica núm. 1* — Bokai — *Nota bibliográfica núm. 2*).

Si la obliteracion no es completa, es advertido generalmente el vicio de conformacion por los padres de la niña, que notan cuán difícil es la miccion, y se observa el llanto de la criatura á cada emision de orina, observándose con frecuencia agitarse á la niña, como si tratara de querer separar un obstáculo que le impidiera orinar. Más tarde, en la jóven púber es muy raro que estas adherencias epiteliales provoquen una retencion del flujo menstrual; pero cuando persisten, pueden constituir un obstáculo para verificar el coito.

Si la adherencia es poco sólida, basta separar con los dedos el uno del otro labio para romperla, viéndose entónces salir acá y allá una pequeña gota de sangre á nivel de las adherencias que acaban de romperse. Pero si la adherencia es más íntima, tal como se la observa principalmente en los grandes labios, es preciso romperla con una sonda acanalada ó una espátula, habiendo necesidad algunas veces de hacerlo valiéndose del bisturi. Rotas las adherencias, se coloca entre los labios una compresa empapada en aceite fenicado; se prescriben frecuentes lavatorios á los órganos genitales externos durante los primeros días, en los cuales los labios se aproximan el uno al otro, viéndose cómo se modifica muy rápidamente por medio de este tratamiento la capa epitelial.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Krankh. d. Weibl. Geschl., Deutsche von Kohlschoetter*, pág. 542.
 - 2) *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, t. V.
-

CAPÍTULO II

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LOS QUISTES DE LA VULVA

LITERATURA

Kiwisch. *Klinische Vorträge*, II, pág. 572.

Huguier. *Des maladies de la glande vulvo-vaginale*, etc. *Journal des conn. méd. chirurg.*, 1852. núms. 6-8.

Säxinger. *Spitalzeitung*, XXXIX, 1863.

Zeissl. *Zur Physiologie u. Pathologie der Bartholin'schen Vulvovaginaldrüsen*. *Allgem. Wien. med. Zeitschr.*, núms. 45 y 46, 1865.

Hildebrand. *Die Krankht. d. aeussern weibl. Genital.*, págs. 56-58.

V. Plazer. *Ueber eine vortheilhafte Modification in der operativem Behandlung der zu Cysten degenerirten Bartholin'schen Drüsen*. *Sitz.-Bericht d. Vereins d. Aerzte in Steiermark*, V, 1867-68.

Høning. *Grosse Cyste der Bartholin'schen Drüse*. *Monatschrift., f. Geburtsh.*, XXXIV, pág. 130, 1869.

M. Duncan. *Med. Times and Gaz.*, I, 1880, 24/1, pág. 85.

Los quistes de la vulva son generalmente quistes por retencion, y por lo comun proceden de las glándulas de Bartolini. El conducto excretor de estas glándulas forma un tumor, ya redondeado, ya fusiforme, participando á veces algunos *acini* de la degeneracion quística, en cuyo caso resulta el tumor multilocular. Estos quistes contienen un líquido claro, seroso ó viscoso, mezclado á veces con sangre. En ciertos casos muy raros los quistes desarrollados en los grandes ó en los pequeños labios son completamente independientes del aparato glandular. Estos son los quistes cuyo contenido es simplemente seroso, ó los quistes coloides ó dermoides. Estos tumores pueden alcanzar las dimensiones de la cabeza de un niño y su pared está frecuentemente tan engrosada, que no se puede sino á costa de grandes dificultades separarlos del tejido celular que les rodea.

Cuando estos tumores aumentan de volúmen se dirigen general-

mente hacia abajo, y los grandes labios adquieren tambien por lo comun dimensiones considerables, desarrollándose en algunos casos muy raros hacia el conducto inguinal. Cuando los quistes están implantados en los pequeños labios, pueden desarrollarse hacia la vagina.

Si se trata de un quiste por retencion, desarrollado en las glándulas de Bartolini, frecuentemente puede evacuarse su contenido por la simple compresion si se ha hecho previamente permeable con una sonda el conducto excretor de esta glándula. Pero frecuentemente sobreviene la recidiva. Los quistes voluminosos de paredes gruesas deben ser extirpados de preferencia por medio del bisturí (para la hemostasia y la sutura de la herida véase lo que dejamos dicho al tratar de los quistes vaginales). Si se trata de un quiste pequeño cuyas paredes sean delgadas, basta hacer una simple incision seguida de cauterizacion, en lugar de hacer la escision de una parte de la pared, y de unir por medio de una sutura la pared vulvar y lo que resta de la pared del quiste. La puncion seguida de inyeccion iodada parece que no da tan buenos resultados.

CAPÍTULO III

EXTIRPACION DE LOS NEOPLASMAS DE LA VULVA

LITERATURA

A. *Lipome et Elephantiasis*: Stiegele, *Monströse Fettgeschwulst der linken grossen Schamlippe*. *Zeitschr. f. Chirurgie u. Geburtshilfe*, IX, pág. 243, 1856.

Dittel. *Elast. Ligatur*. *Schmidt's Jahrbücher*, 1874, pág. 174.

Wernher. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1875, V, 4 y 5, pág. 394.

Schræder. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, III, 1878, pág. 424.

Veh. *Centralbl. f. Gyn.*, 1881, núm. 8.

B. *Cancroïde y Sarcome Simon*. *Fall von recidivirenden Sarcom der grossen Schamlippen*. *Monatschr. f. Geburtsk.*, Enero á Marzo 1859.

Aubenas. *Des tumeurs de la vulve*. Thèse. Strasb., 1860.

L. Mayer. *Klinische Bemerkungen über das Cancroid der äusseren Genitalien des Weibes*. *Virchow's Arch.*, XXV, pág. 538, 1866.

Neugebauer. *Pamiętnik tow. lek. Warzw.*, 1873.

J. Petit. *De quelques tumeurs de la vulve et de leur extirpation par les procédés d'extirpation non sanglante*. *Leçons cliniques p. le prof. Verneuil*. *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, núm. 23, 1874.

Los neoplasmas que se desarrollan á nivel de la vulva presentan algunas diferencias bajo el punto de vista de su desarrollo y de su modo de union con las partes vecinas, cuyas diferencias influyen sobre la eleccion del procedimiento al que convendrá recurrir cuando se pretenda practicar la extirpacion.

A

Debemos colocar en un primer grupo todos los tumores circunscritos que, nacidos en los órganos genitales externos, están cubiertos por la piel en estado normal, tumores que pueden fácilmente enuclearse.

Colocaremos en esta clase los lipomas, los fibromas, los mixomas, los sarcomas y una parte de los tumores elefantiásicos.

La mayor parte de estos tumores tienen su origen en los grandes labios, en el monte de Venus ó bajo la piel del periné; más rara vez se les ve nacer en el hueco isquio-rectal y en su desarrollo ganar la vulva.

Los tumores situados en el interior de los labios despliegan, al desarrollarse, la piel que cubre á estos órganos (*fig. 91*). Alcanzan el prepucio del clitoris y, finalmente, se adhieren con más ó menos fijeza por una base ancha á la rama descendente del pubis y á la ascendente del isquion. Los lipomas y los tumores elefantiásicos son los que

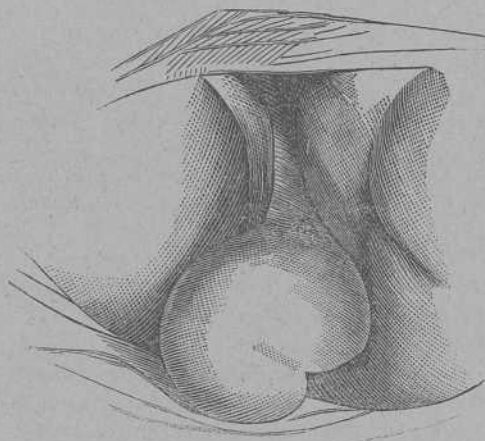


Fig. 91.

llegan á hacerse más voluminosos, adquiriendo un peso que puede llegar á algunas libras.

Manual operatorio. — Si el tumor es pequeño se practica una incision longitudinal, siguiendo su gran diámetro, despues de haber hecho un pliegue en la piel si fuese necesario. Partiendo de esta incision, se disecan con cuidado los dos labios cutáneos, se coge entónces el tumor con una pinza de Museux, se le atrae ejerciendo movimientos de lateralizacion, y se le extirpa seccionando con las tijeras ó con el bisturi los filamentos de tejido celular que puedan haberse resistido á las tracciones, llegando así paso á paso hasta la base del tumor.

Si el tumor forma una prominencia considerable, ó bien si la piel de los labios está aplicada á sí misma por debajo del tumor, de manera que constituya un pedículo á este último, debe, para evitar la conservacion de piel inútil, extirparse un fragmento de ésta, cuyas dimen-

siones variarán según el tamaño del tumor. Es preciso no olvidar, en efecto, que la piel se gangrena muy fácilmente cuando ha sido disecada en una gran extensión. Se debe obrar así cuando en los tumores elefantíasicos, por ejemplo, la piel participa de la enfermedad á consecuencia de la proliferación del cuerpo papilar. Para extirpar estos fragmentos de piel enferma ó superflua, se practican por encima del tumor dos incisiones elípticas que se reúnan la una á la otra en ángulo agudo: entre estas dos incisiones existe un colgajo cutáneo, que quedará adherido al tumor y que se extirpa con éste. Procediendo de esta suerte se facilita también la enucleación del tumor, porque por cada lado el bisturí tiene que recorrer ménos camino para alcanzar la base.

Cuando los vasos den sangre se les coge con pinzas y se les liga inmediatamente. Esto ocurre siempre en la cara profunda del tumor, donde existen los vasos más voluminosos: hácia adelante corremos el riesgo de encontrarnos los cuerpos cavernosos, por detras las ramas de la arteria pudenda interna ó este mismo tronco. Este es un accidente que se observa sobre todo en los tumores que se desarrollan invadiendo el hueco isquio-rectal, y deben ser disecados cuidadosamente á nivel de esta región.

Los cirujanos tímidos no hacen la enucleación hasta que han podido hacer una especie de pedículo en la cara profunda del tumor, empleando entónces el magullador ó el asa galvano-cáustica. Ninguno de estos dos procedimientos es recomendable; sin embargo, cuando por la manera de insertarse el tumor parezca necesitarlo, será conveniente colocar una ligadura elástica alrededor de la base de este último. La escisión puede entónces hacerse sin la menor hemorragia y los vasos que deben ser cortados pueden con facilidad suma ser aislados y ligados.

Cuando se enuclean tumores situados en la vulva, es preciso suturar lo mejor posible la herida á fin de evitar toda infección que venga de fuera. Aun en los casos en que no se obtiene la reunión por primera intención, la supuración es muy limitada y la curación se obtiene con suma rapidez. Se emplean largas agujas encorvadas, y si por medio de estos instrumentos se logra pasar los hilos por debajo de toda la herida, se asegura la hemostasia contra toda hemorragia parenquimatosa.

Cuando existen divertículos que hacen imposible el paso de los hilos á su nivel, deben aplicarse pequeños tubos de desagüe. Antes de aplicar las suturas debe cuidarse el cirujano de igualar bien los labios de la herida, á cuyo efecto, empleando las tijeras, escinde todas las partes salientes á fin de obtener una adaptación perfecta de los labios de la solución de continuidad.

Hegar ha recurrido á este procedimiento en los dos casos siguientes y ha obtenido excelentes resultados:

1.º Se trataba de una mujer de cuarenta y cuatro años, en quien se había desarrollado un tumor que, partiendo del gran labio del lado izquierdo, descendió hasta las rodillas al cabo de cuatro años. Este tumor era piriforme y de apariencia elefantíásica, de un pié de largo y de medio pié de ancho. Despues de la extirpacion la masa neoplásica pesó 4 $\frac{1}{2}$ libras.

Se practicó la incision en el lado interno sobre el pequeño labio, que estaba completamente desplegado sobre el tumor. Al lado externo del gran labio la piel estaba sana en una gran extension. La hemorragia fué abundante: procedía de los cuerpos cavernosos, del clitoris y de los vasos arteriales situados en las inmediaciones del ano. Se obtuvo el colgajo á expensas del gran labio, y se aplicó sobre la herida, que ofrecía las dimensiones de la palma de la mano, siendo sólidamente fijado por una serie de hilos de sutura que la mayor parte de ellos se hundían muy profundamente. Se obtuvo la reunion por primera intencion en toda la extension de la herida, salvo un pequeño punto á nivel del ángulo anterior de la herida, y en un punto un poco más extenso á nivel del ángulo posterior.

Durante los primeros días existió una fiebre traumática moderada, y al cabo de cuatro semanas la enferma pudo regresar á su país.

2.º Una señora, de treinta y dos años, fué atacada de un fibrosarcoma del volúmen de la cabeza de un niño, implantado en el gran labio del lado derecho.

El tacto rectal practicado ántes de la operacion permitió reconocer que el tumor presentaba una prolongacion que se dirigía hácia adentro, partiendo de la rama ascendente del isquion. Disecando este segmento del tumor, que avanzaba hácia el hueco isquio-rectal, debieron seccionarse dos vasos arteriales del calibre de la arteria radial. Como era imposible aislar estos vasos debidamente, se hizo la ligadura en masa. Toda la herida fué suturada, á excepcion del ángulo posterior de la herida, por el cual pasaban las extremidades de los hilos de la ligadura. Casi toda la herida curó por primera intencion, si bien la enferma no pudo considerarse curada hasta veintidos días despues de la operacion.

En los casos de tumor elefantíásico de la vulva se ven siempre vasos voluminosos que penetran en el tumor. Para evitar toda pérdida de tiempo en la ligadura de los vasos, y á fin de no impedir la reunion por primera intencion colocando las ligaduras, Schröder practicaba la operacion despues de haber colocado una sutura provisional. Comenzaba la amputacion partiendo del periné, y avanzando

gradualmente hacia la parte anterior, teniendo cuidado de reunir inmediatamente los labios de la herida por una sutura profunda. Comenzaba por circunscribir desde luego la extremidad posterior del gran labio del lado izquierdo y suturaba los labios de la herida; después prolongaba esta incision hacia adelante, aislaba el tumor de los tejidos subyacentes y unía los labios de la herida cutánea por suturas profundas, y así procedía paso á paso en cada lado de la vulva, hasta que las incisiones venían á reunirse hacia el clitoris.

Veh ha obtenido tambien buenos resultados con este método; pero cuando el tumor es voluminoso es preciso no rechazar la ligadura aislada de los vasos, porque la mayor parte de las suturas son paralelas á la direccion de estos últimos y no siempre aseguran la hemostasia.

B

En un segundo grupo colocaremos las neoformaciones separadas y desarrolladas en la piel de la vulva. Estos tumores deben aislarse de los tejidos subyacentes, como se aísla del suelo un cuadro de tierra cubierta de césped.

En esta clase nos encontramos los tumores papilares condilomatosos, los caneroides (carcinomas) y los sarcomas. No está indicada la extirpacion en los tumores papilares condilomatosos sino cuando han sido ineficaces un tratamiento médico y las cauterizaciones. El tejido celular subcutáneo participa en este caso de la enfermedad, está hipertrofiado y ofrece un aspecto fibroso.

El caneroide se desarrolla generalmente sobre la cara interna de los labios ó sobre el clitoris, y forma nudosidades y verrugas que, haciéndose cada vez más vasculares, no tardan en hacerse asiento de una continua hemorragia. Bien pronto el tumor se escoria, la neoformacion avanza hacia los pequeños labios, hacia el monte de Venus, hacia el periné y hacia la cara interna de los muslos; por parte de la vagina comunmente se detiene al borde del himen. Del fondo de la ulceracion se elevan frecuentemente abundantes vegetaciones que constituyen una coliflor, cuyas dimensiones pueden alcanzar las de un huevo de gallina. Al cabo de algun tiempo los ganglios de la ingle toman parte en el proceso, y la enfermedad tiende á generalizarse.

En el caneroide la enfermedad no parece justificada sino cuando los ganglios vecinos están sanos, y no debe esperarse á que haya necesidad de extirpar una gran masa de tejidos, porque frecuentemente montones de células epiteliales emigran muy lejos en el tejido celular.

Hasta ahora rara vez se ha observado el carcinoma propiamente

dicho en su período de comienzo. Podemos, pues, hablar muy poco de su tratamiento operatorio.

L. Mayer ha publicado la relacion de un caso de sarcoma recidivante desarrollado sobre los órganos genitales externos y que Virchow designa bajo el nombre de *verruca sarcomatosa*, tumor formado por dos masas del volumen de una cereza que se insertan en la cara interna de los pequeños labios, la una por su pedículo y la otra por una ancha superficie.

Cuando se practica la extirpacion es preciso circunscribir todo el territorio enfermo y aislar completamente todos los tejidos subyacentes. Cuando se han podido extirpar con certidumbre todos los tejidos enfermos, se puede suturar la herida, lo que constituye un buen medio de asegurar la hemostasia.

Pero si no hay seguridad completa de haber hecho la ablacion de todos los tejidos afectados, debe aplicarse á la herida el hierro candente ó cauterizarla con el cloruro de zinc. Se ha ensayado destruir completamente el tumor con el hierro candente sin extirpacion previa, pero es un procedimiento que hasta la fecha no ha dado resultado alguno.

Neugebauer ha practicado con éxito la extirpacion de un cancroide implantado en el gran labio derecho, valiéndose del galvano-cauterio. Pasó el asa de hilo galvánico bajo la base del tumor por medio de un trocar explorador, é hizo la ablacion de la parte degenerada hasta cerca de la rama descendente del pubis.

Desde hace algunos años los cirujanos franceses recurren en muchas ocasiones al cuchillo del termo-cauterio para circunscribir y extirpar los canceroides de la vulva. Merced á este procedimiento la hemorragia es insignificante, segun hemos tenido ocasion de observar prácticamente.

C

En un tercer grupo de tumores colocaremos los tumores pediculados.

Frecuentemente se trata de tumores papilares debidos á una hipertrofia parcial de la mucosa ó á excrecencias que se conocen bajo el nombre de pólipos mucosos ó de carúnculas. Provienen del anillo mucoso que rodea al meato urinario ó de la cara interna del conducto uretral; más rara vez se observa que procedan del clitoris ó de los pequeños labios. Constituyen pequeños tumores, cuyo volumen varía entre el de un guisante y el de una nuez, muy blandos, que sangran fácilmente, redondeados ó en forma de frambuesas. Segun su situacion, se

oponen á la miccion ó al coito y son frecuentemente muy dolorosos.

Los tumores sólidos y los tumores quísticos pueden tambien ser pediculados, porque aumentando de volúmen elevan la piel de los labios y pueden ofrecer una especie de pedículo que tenga la forma del cuello de una botella. Lo más comunmente, se observa esta disposicion en los tumores elefantíasicos.

Scanzoni ha descrito un fibroma del volúmen de un puño que descendia hasta á nivel de los muslos.

Schneevogt (*Nota bibliográfica núm. 1*) ha descrito un encondroma del mismo tamaño que se insertaba por un pedículo en el clítoris.

Hoogeweg ha observado un mixoma que presentaba un pedículo muy estrecho.

Cuando se trata de pólipos mucosos ó de carúnculas de la uretra, basta cogerlos con una pinza y torcerlos ó destruirlos por compresion. Si son voluminosos, se les atrae hácia adelante con una pinza y se secciona su pedículo con las tijeras. La pequeña herida que se produce de esta suerte da frecuentemente mucha sangre. Se obtendrá la hemostasia haciendo una sutura ó empleando el termo-cauterio de Paquelin.

Se hace la ablacion de otros tumores pediculados cogiendo previamente el pedículo en una ó varias ligaduras en masa y seccionándolo con el bisturí, las tijeras ó el termo-cauterio. Si la superficie de implantacion es muy ancha, como se observa cuando se trata de lipomas pediculados ó de tumores elefantíasicos, se rodea provisionalmente el pedículo con ligaduras elásticas, se ligan aisladamente los vasos sobre la superficie de seccion y se cierra la herida por medio de suturas profundas.

En la extirpacion de tumores que tienen su asiento en los órganos genitales externos, el peligro varía segun la extension, el estado de la herida, la intensidad de la hemorragia y el estado general de la operada. En general el pronóstico es satisfactorio, aún cuando se trate de la enucleacion de un tumor voluminoso, toda vez que muchas veces no se produce ninguna complicacion infecciosa por parte de la herida. Bouquet (*Nota bibliográfica núm. 2*) ha observado una lesion de vecindad muy rara. Se trataba de un tumor elefantíastico, desarrollado en el gran labio derecho, y que por su peso había atraído hácia abajo la pared anterior de la vagina, la uretra y la vejiga. La extirpacion fué muy larga y acompañada de una gran pérdida de sangre, no quedando más que un pedículo de 25 milímetros de espesor, que fué seccionado con el magullador; pero fué lesionada la vejiga y sucumbió la enferma de peritonitis.

La operacion no siempre es radical, aún cuando se trate de un tu-

mor elefantíaco. Se observa, sobre todo, que las recidivas aparecen sobre el mismo punto ó sobre órganos alejados del en que ántes se implantara, cuando se trata de mixomas, de sarcomas y de canceroides.

Simon extirpó en una jóven de dieciocho años un sarcoma implantado en el gran labio del lado derecho, del volúmen de un huevo de gallina. En el espacio de dos años se reprodujo la recidiva cuatro veces á nivel de la cicatriz, sobre el periné y en el gran glúteo, y estas recidivas sobrevinieron en épocas cada vez más aproximadas. Finalmente, se observó que los ganglios inguinales y supraclaviculares aumentaban de volúmen, y cuando murió la enferma se encontraron nódulos hasta en el hígado.

El sarcoma extirpado por Mayer recidivó varias veces en la cicatriz; se pudo, sin embargo, limitar la extension del mal, limitando con el cuchillo y las tijeras la masa neoplásica, haciendo la ablacion de las vegetaciones y cauterizando las neoformaciones con el ácido crómico. La enferma sucumbió al cabo de muchos años, de un ataque de apoplejía.

La recidiva es, sobre todo, frecuente y rápida en el sarcoma. En los casos más afortunados se producen solamente excrecencias papilares en la cicatriz, y se puede tambien escindir la neoformacion en varias sesiones con el bisturí ó destruirla con los cáusticos.

Si despues de la operacion sobrevienen algunas complicaciones que provocan una gangrena extensa, puede retrasarse la recidiva. En un caso de Veit la extirpacion de un cancroide fué seguida de gangrena, y la pérdida de sustancia fué mucho más considerable de lo que el operador deseaba. Ahora, al cabo de cinco años, la enferma se encuentra en perfecto estado. Estas observaciones demuestran cuán conveniente es cauterizar enérgicamente la herida despues de la extirpacion.

Tratamiento consecutivo. — La herida se cubrirá tan bien como sea posible con una cura que se fijará por un vendaje en T. A ménos de indicaciones especiales, tales como fiebre, hemorragia ó secrecion profusa, no se retirará la cura ántes del sexto ó séptimo día. Solamente en este momento se quitarán las suturas y se tratará la herida segun las reglas ordinarias.

Si la herida no ha sido suturada (en la extirpacion de un tumor maligno, por ejemplo), se aplicará sobre la herida algodón empapado en una solucion de cloruro de zinc al 2 por 100 y bien seco. Se renovará este algodón todos los días, y si hubiere necesidad podrá aumentarse la extension de la escara embadurnando una ó varias veces la herida con la solucion del cloruro de zinc. Cuando la escara se desprenda, esto es, hácia el quinto ó el sexto día, se vigilará muy atenta-

mente por si sobrevinieran hemorragias secundarias, hemorragias bastante frecuentemente importantes.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Verhandl. van het Genootschap ter Bevorderin der Genees en Heetkunde te Amsterdam*, t. II, 1853, pág. 67.
- 2) *Gaz. des hôp.*, 1867, núm. 140.

CAPÍTULO IV

DE LA ABLACION DE LOS LABIOS Ó DEL HÍMEN AFECTO DE HIPERTROFIA SIMPLE

Artículo único.

La ablacion de los grandes y pequeños labios que penden como tumores flácidos en la parte posterior de la vulva es una anomalía especial y propia de ciertas razas que se conoce con el nombre de delantal de los hotentotes. Parece que en ciertos pueblos del Asia y del Africa, la ninfotomía y la circuncision constituyen una operacion de ritual destinada á hacer desaparecer esta disposicion anatómica. Entre nosotros observamos algunas veces un desarrollo excesivo de los labios, disposicion que es puramente individual y especial á ciertas familias. Scanzoni ha observado una familia en la cual la madre y las tres hijas presentaban labios anormalmente desarrollados, y sin embargo no existía elefantiásis porque los tegumentos, así como los tejidos subyacentes, estaban sanos. Esta hipertrofia de los labios provoca diferentes accidentes que justifican la ablacion.

La hipertrofia de los labios impide á las mujeres ó por lo ménos las molesta cuando quieren verificar la progresion ó sentarse. La hipersecrecion de las glándulas de la piel, la humedad de los tegumentos por la orina provocan la aparicion de escoriaciones dolorosas. Durante las reglas los labios aumentan rápidamente de volúmen, y cuando la afeccion está muy desarrollada puede impedir la miccion y el coito. Breslau ha observado un caso en el cual se había presentado una incontinencia de orina á consecuencia de un puerperio en el cual existía una hipertrofia de los pequeños labios. Cuando de tiempo en tiempo disminuían los labios de volúmen, la incontinencia de orina se hacía igualmente ménos marcada. Breslau tuvo entonces la idea de practicar

la ablacion de un labio con el magullador, y fué seguida de notable alivio. Extirpó despues el otro labio con el galvano-cauterio, y la curacion fué completa. Nosotros hemos observado un caso semejante.

Para hacer la ablacion de los pequeños labios se emplean: el asa galvano-cáustica, el termo-cauterio, el bisturi ó las tijeras, debiendo aplicarse una sutura á fin de obtener la reunion por primera intencion.

Ablacion del himen.— Ya hemos hablado anteriormente de la ablacion parcial ó total del himen en el vaginismo. Esta operacion está tambien indicada en ciertos casos muy raros en los que existe una hipertrofia excesiva del himen que forma entre los labios un repliegue de muchos centímetros de longitud. Boivin y Duges han observado un caso en el cual este repliegue fué extirpado por la ligadura. En un caso idéntico, Scanzoni escindió con las tijeras la porcion hipertrofiada en una niña de dos años.

CAPÍTULO V

ABLACION DEL CLÍTORIS.—CLITORIDECTOMÍA

LITERATURA

G. Braun. v. Fernwaldt. *Wien. med. Wochenschr.*, 1865, núms. 73 y 74, y *Lehrbuch d. Gesammten Gynækologie*, Viena, 1881, pág. 403.

Beigel. *Die Krankh. d. weibl. Geschl.*, pág. 731 y sig.

Hildebrandt. *Die Krankheiten d. weibl. Genit.*, pág. 119 y sig.

Kugelman. *Zeitschr. f. Gebh. u. Geschl.*, III, pág. 152.

Artículo único.

Los neoplasmas aislados del clítoris son muy raros, porque, sobre todo cuando se trata de tumores malignos, se extienden rápidamente á los puntos vecinos. Lo más comunmente, la extirpacion del clítoris está indicada por una elefantiasis desarrollada en este órgano. Dalton ha observado un caso en el cual este órgano pesaba media libra. Kugelman ha extirpado un clítoris elefantiasico que pesaba 430 gramos. Veit y Braun han extirpado el clítoris por estar afectado de cancroide.

La operacion puede estar indicada por la hipertrofia de este órgano, hipertrofia que puede ser congénita, segun se observa en ciertas razas, los abisinios por ejemplo, donde la operacion es popular. Algunas veces esta hipertrofia está ligada al hermafrodisimo, á un desarrollo exagerado de los grandes labios, pero tambien puede existir aislada. Bainbridge ha observado, por ejemplo, en una mujer que había parido, un clítoris de 2 pulgadas de grueso y de 3 de longitud.

La hipertrofia adquirida puede ser debida á la masturbacion, pero puede igualmente aparecer sin causa conocida.

En fin, se ha ejecutado la clitoridectomia aunque el clítoris estuviera sano, con el objeto de curar un onanismo ó una ninfomanía inveterada.

Los órganos genitales externos pueden en este caso estar sanos, pero frecuentemente existe una rubicundez y escoriaciones á consecuencia de las irritaciones mecánicas que sufren.

Baker Brown ha observado fisuras del ano debidas á esta causa.

Gustavo Braun pudo en un caso curar la masturbacion amputando el clitoris y los pequeños labios. El clitoris no estaba hipertrofiado, pero era muy irritable y á la menor excitacion entraba en ereccion. Bastaba un ligero tacto sobre el clitoris para que se produjeran movimientos rítmicos y reflejos sobre los grandes labios, sobre los tegumentos abdominales, etc.

Nosotros hemos observado tres casos idénticos al precedente en jóvenes de dieciocho á veinte años, las cuales estaban demacradas y demandaban socorro á cualquier precio.

Está perfectamente justificado intentar por medio de una operacion la curacion de esta enfermedad cuando el estado general de las mujeres está profundamente afectado y cuando las enfermas han perdido toda fuerza de voluntad. Sin embargo, si nosotros nos referimos á los dos casos que nos han sido personales, los resultados de la clitoridectomía y de la ninfotomía no son favorables; los accidentes reaparecieron desde que se quitaron los puntos de sutura, y, sin embargo, ántes de la operacion las enfermas nos habian indicado con precision suma los puntos de donde partían los fenómenos de excitacion.

En un caso escindimos en los pequeños labios un punto que despues de la primera operacion se había convertido en un nuevo foco de excitacion, y nuestras tentativas fracasaron.

La operacion intentada por Richet tampoco dió resultado alguno.

Son precisas nuevas investigaciones para determinar lo que puede esperarse de la clitoridectomía como medio de tratamiento de la masturbacion y de la ninfomanía. Entre tanto, lo que podemos asegurar hoy es que las indicaciones de esta operacion son muy raras y deben estar muy limitadas.

Sin embargo, no se ha temido preconizarla sin razon contra todos los trastornos nerviosos, aún cuando no entrañasen la masturbacion.

Baker Brown ha creído sin razon que la histeria, la melancolía y la epilepsia podian curarse por medio de la clitoridectomía.

MANUAL OPERATORIO

Si el clitoris presenta un tumor voluminoso, se le rodeará á nivel de su insercion vulvar con ligaduras en masa ó bien con un tubo elástico, y se practicará la ablacion como si se tratara de cualquier otro tumor pediculado de la vulva. Tambien se puede recurrir al magullador, al asa galvano-cáustica y al termo-cauterio.

Gustavo Braun ha extirpado el clitoris y los pequeños labios con el galvano-cauterio.

Si se ha practicado la escision de tumores malignos, se cauterizará la herida con el hierro candente ó con una solucion concentrada de cloruro de zinc, siguiendo las reglas que en otro lugar dejamos establecidas.

Cuando el clitoris no esté hipertrofiado, se le atraerá hacia adelante por medio de una pinza de garras y se le escindirá rápidamente, así como la parte vecina de los pequeños labios por medio de dos ó tres cortes de tijeras dirigiéndolas profundamente. La hemorragia es muy poco importante, y se obtiene una hemostasia perfecta practicando la sutura. Es muy difícil ligar aisladamente las arterias, que se retraen rápida y fuertemente.

Baker Brown detiene la hemorragia ejecutando la compresion con un vendaje en T, gracias á la cual los vasos que daban sangre quedan aplicados y comprimidos contra la sínfisis. Se propone tambien que este vendaje tenga por objeto oponerse á toda tentativa que pudiera ejecutar la enferma de volver á sus viciosos hábitos, á lo ménos mientras dura el tratamiento; porque, segun el mismo Baker Brown lo ha observado, las enfermas no se curan inmediatamente, sino que de una manera lenta y gradual recobran el imperio de la voluntad para poder dominar este defecto. Un medio todavía mejor á este fin es dejar colocadas las suturas durante mucho tiempo.

En ciertos casos en que existían á la par fisuras del ano, Baker Brown ha hecho ademas la escision del esfínter.

CAPÍTULO VI

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LAS DIVISIONES DEL CLÍTORIS Y DEL CONDUCTO DE LA URETRA

LITERATURA

Steiner. *Ueber die operative Behandlung der Epispadiasis und der angeborenen Blasenspalte*. Arch. f. klin. Chirurgie, XV, 2.

Testelin. *Gaz. de Paris*, 1861, núm. 46.

Röser. *Württemb. Correspondenzbl.*, 1861, núm. 20.

Artículo único.

Lo más comunmente, las incisiones que tienen su asiento sobre el clítoris y el conducto de la uretra coinciden con fisuras de la vejiga. La deformación de la vejiga constituye aquí el hecho capital, y no deberíamos ocuparnos de ello, porque en la mujer sólo muy rara vez se ha acometido un tratamiento quirúrgico de esta deformación, y no ha dado buenos resultados (Ward). Por otra parte, la mayoría de las descripciones dadas por los operadores dejan mucho que desear bajo el punto de vista de la claridad.

Sin embargo, nosotros nos ocuparemos de las fistulas aisladas que tienen asiento en el clítoris y en la uretra. Gosselin ha observado una enferma joven, en la cual la pared abdominal estaba completa. La extremidad inferior de la vejiga presentaba solamente una fisura. Tenía por debajo de la sínfisis un orificio de $1 \frac{1}{2}$ centímetros de diámetro, por el cual formaba prominencia hacia una parte de la pared vesical. La vagina estaba obliterada y el clítoris estaba dividido en dos mitades, cada una de las cuales presentaba un prepucio y un glándulo rudimentario. La incontinencia de orina no era absoluta, porque la enferma podía retener la orina durante dos horas. La vagina estaba ocluida.

Podemos citar tambien el caso de Roeser, que este autor describió de la manera siguiente: «De la comisura anterior de los grandes labios parte una superficie mucosa y lisa que se extiende bajo la arcada pubiana hasta á nivel de la uretra, en la cual puede hacerse penetrar la extremidad del dedo. El borde posterior del meato forma un labio saliente; la parte superior del conducto de la uretra falta en parte; el clítoris se divide en dos mitades, sobre cada una de las cuales se pueden distinguir un prepucio y un glande, y que están separados el uno del otro por una distancia de 8 líneas próximamente.»

Roeser operó de la manera siguiente: bastó practicar una incision convexa hácia arriba y disecar el colgajo, así obtenido, hasta la altura del meato; seccionó la base de este colgajo y pudo así aproximar las extremidades laterales de la superficie avivada. Al cabo de catorce días la enferma podía retener la orina durante el día; la incontinenecia desapareció despues de haber practicado cauterizaciones con el nitrato de plata.

Debemos mirar como un ejemplo de fisura muy limitada el caso descrito por Testelin bajo el nombre de fístula vesico-vulvar: se trataba de una jóven de catorce años que desde su infancia estaba afectada de incontinenecia de orina. Existía por delante del conducto de la uretra, inmediatamente por detras del clítoris, un conducto de 6 centímetros de longitud próximamente tapizado por una mucosa; este conducto partía de la vejiga y venia á abrirse por un orificio irregular á 3 centímetros próximamente del conducto normal. La mayor parte de la orina se derramaba por la fístula. Testelin obtuvo la obliteracion del conducto en todo su trayecto haciendo cauterizaciones con la potasa cáustica.

CAPÍTULO VII

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS RASGADURAS DEL PERINÉ

LITERATURA

- Biefel. *Ueber Perineoplastik. Monatschr. f. Gebh.*, XV, pág. 401.
- Schuh. *Ueber d. Op d. veralteten Darmrisse. Wien. med. Wochenschr.*, 1854.
- Simon. *Operationen an den weiblichen Geschlechtstheilen. M. f. G.*, XIII, pág. 271. *Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Rostocker Krankenhauses*, 1861 á 1865, pág. 241 y sig.
- Küchler. *Die Doppelnaht zur Damm-, Scham- und Scheidennaht*, Erlangen, 1863.
- Heppner. *Langenbeck's Archiv.*, X, pág. 655, y XV, pág. 424.
- Verhaeghe. *Deutsche Klinik*, núm. 31, 1854.
- Freund. *Ueber Dammplastik. Arch. f. Gyn.*, IV, pág. 317.
- Holst. *Monatschr. f. Gebh.*, XXI, pág. 303.
- Olshausen. *Vollmann's Samml. kl. Vortraege*, Leipzig, 1873, núm. 44.
- Banga. *Die Kolpoperineoplastik nach Bischoff, ein neues Verfahren zur operativen Behandlung des Gebaermuttervorfalls.*, Bâle, 1875.
- Kaltenbach. *Zeitschrift f. Gebh. u. Gyn.*, IV, pág. 287. *Centralbl. f. Gyn.* 1879, núm. 21.
- Güterbock. *Arch. f. klin. Chirurg.*, XXIV.
- Hildebrand. *Die Krankheiten d. a. weibl. Genitalien.*, Stuttgart, 1877.
- Hirschberg. *Arch. f. klin. Chirurg.*, XXVI, pág. 1.
- Terillon. *Annales de Gynécologie*, 1879, Mayo.
- Lawson Tait. *Obst. Journ. of Gr. Brit. and Irel.*, núm. 81, pág. 585, 1881.
- Stande. *Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.*, V.
- Boraud. *Annales de Gynécologie*, 1879, Agosto y Septiembre.
- Leblond. *Ibidem*, 1880, Septiembre.
- Matzinger. *Zur Kolpoperineoplastik nach Bischoff. Wien. med. Bl.*, 1880, núms. 27-38.

Artículo 1.º — Historia de la operacion.

El tratamiento quirúrgico de las rasgaduras antiguas del periné es relativamente de origen reciente. Parece que Ambrosio Pareo (*Nota bibliográfica núm. 1*) fué el primero que le preconizó, y que Guillemeau (*Nota bibliográfica núm. 2*) ha sido el primero que lo ha practicado. Los grandes tocólogos del siglo XVIII, Mauriceau y Smellie, no parece que apelaron á él, sin embargo de que no desconocieron los éxitos que permitía obtener. A fines del último siglo, Noël y Saucerote recurrieron á la operacion con éxito, y, en Alemania, Mursina, Mentzel, Osiander y Zang se familiarizaron con ella. Pero la operacion no se practicó en gran escala hasta más tarde, despues de los satisfactorios éxitos obtenidos por Dupuytren, Roux y Dieffenbach.

En un principio los procedimientos operatorios fueron muy incompletos. Se cogían los labios de la rasgadura con pinzas de ectropion y se hacían incisiones á lo largo de estos instrumentos como á lo largo de una regla se tiran líneas con un lápiz, ó bien se hundía simplemente el bisturí de plano por debajo de la cicatriz, y se seccionaban todos los tejidos hasta la extremidad anterior de la solucion de continuidad. Con estos medios primitivos de avivamiento era preciso emplear suturas muy complicadas, y de aquí surgían estériles discusiones sobre las ventajas de tal ó cual procedimiento de sutura.

Entónces no se practicaba la reunion más que por el lado del periné (perineorrafia). Dieffenbach parece que ha sido el primero que ha recurrido á la reunion por tres lados: por el recto, por la vagina y por el periné (reunion triangular); otorgando la mayor importancia á la aplicacion de suturas profundas sobre el periné. Ademas aseguraba la reunion practicando incisiones laterales.

Schuh publicó en 1854 una buena descripcion de un procedimiento que permitía obtener una reunion en las tres caras vaginal, rectal y peritoneal.

Hoy la reunion triangular, tal como la propuso Dieffenbach, constituye el fondo de todas nuestras operaciones. Su procedimiento ha sido notablemente perfeccionado por Simon.

Los demas procedimientos, tales como la perineosíntesis, propuesta por Langenbeck, no se emplean en la práctica.

Horner, Baker Brown y Schuh han realizado un progreso muy importante proponiendo la incision del esfínter del ano.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Œuvres complètes*, Lyon, 1874.
- 2) *Les Œuvres de Jacques Guillemeau*, París, págs. 354 y 355.

Art. 2.º—Anatomía de las desgarraduras del periné.

Las desgarraduras del periné comienzan casi siempre en la horquilla y de aquí profundizan directamente en el tabique recto-vaginal y muy rara vez en sentido oblicuo. Nos limitaremos á distinguir las desgarraduras en completas é incompletas. Solamente en las primeras está afecto el periné propiamente dicho; el esfínter del ano y la pared del recto no están afectados; la rotura afecta, pues, á la piel, el tejido celular subcutáneo, la fascia superficial, el músculo constrictor de la vagina, los músculos trasversos del periné, superficiales y profundos. La vulva parece muy prolongada hácia atrás y abierta; la retraccion cicatricial atrae hácia atrás los labios de la vulva y hácia abajo la mucosa de la vagina, y la superficie desgarrada, que primitivamente era triangular, no está constituida más que por una superficie cicatricial irregular que se distingue de las partes próximas por su escasez en vasos y por su superficie unida y de aspecto tendinoso.

En la desgarradura completa del periné, no solamente está comprendido el esfínter del ano, sino la pared rectal está tambien desgarrada en una extension variable. La disposicion anatómica de la lesion es casi siempre típica; la pared recto-vaginal se termina por encima de la solucion de continuidad por un reborde redondeado hácia arriba que puede ser cortante y tener una forma ojival cuando la desgarradura es profunda. No es raro ver que la solucion de continuidad sea simétrica; ésta es una disposicion que es preciso atribuir á que la pérdida de tejidos se hace irregularmente, ó bien á que la retraccion cicatricial se acentúa en un lado. Sin embargo, no hemos observado más que en los casos muy excepcionales una desviacion lateral de la desgarradura. La columna posterior de la vagina no forma prominencia por encima de la desgarradura sino en los casos donde la solucion de continuidad es poco profunda y no pasa de 2 centímetros. Cuando la desgarradura presenta dimensiones de 4 á 5 centímetros, el borde de la pared vaginal está adelgazado, no quedan más que algunas bridas de la columna vaginal, deformadas por la retraccion cicatricial, y que no parecen ser otra cosa que el engrosamiento de los labios de la herida cuando la rasgadura es total y se extiende hasta el fondo de saco vaginal. Se ve con bastante frecuencia que los dos labios de la desgarradura están unidos el uno al otro y de trayecto en trayecto por bridas cicatriciales que son vestigios de antiguas operaciones ó de una reunion espontánea de pequeñas partes de la herida primitiva. Si el punto cicatricial está situado á cierta altura, se tiene una fistula recto-vaginal complicada con una division completa del periné.

Al nivel del ano se observa solamente por detras la plegadura de

la mucosa sobre las partes laterales; los tejidos se unen y presentan un aspecto cicatricial. Se ve frecuentemente por detras de la desgarradura formar prominencia una parte de la mucosa rectal, de color cereza, que parece formar un tumor del tamaño de una nuez ó avellana. Cuando los esfínteres vulvar y anal han sido completamente desgarrados, el elevador del ano y el trasverso del periné atraen hácia afuera los labios de la herida y los inclinan hácia la cavidad pelviana. La accion de estos músculos se combina con la de la parte del esfínter anal externo que se inserta en el cóxis; las paredes de la herida se vuelven entónces cóncavas, se abren, y toda la porcion dividida parece estar situada por encima del nivel del periné.

En ciertos casos se han visto desgarraduras del periné y de la pared recto-vaginal suceder, no á un parto laborioso, sino á un traumatismo ejercido sobre la region perineal, una caida sobre el respaldo de una silla, sobre la pendiente de una escalera, sobre el mango de una horca, por ejemplo. Estas lesiones puédense desde luégo reconocer en las niñas ó en las jóvenes vírgenes.

La rotura central del periné es mucho más rara que la rotura partiendo de la horquilla. Si no se obtura inmediatamente despues del parto por producciones de mamelones carnosos, ó si no es obliterada por una sutura, subsistirá una fístula perineal que dejará paso á la sangre de las reglas y á los líquidos segregados por la vagina (Simpson — *Nota bibliográfica* — Martin, Halmagrand y Stoltz). Habitualmente, la solucion de continuidad es contorneada de tejido cicatricial, porque la desgarradura forma al principio irradiaciones en diferentes sentidos, y existen contusiones múltiples ejercidas sobre la superficie perineal.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Edimb. med. Journ., núm. 1, Julio 1875.

Art. 3.º — Indicaciones de la operacion.

En los casos de desgarradura incompleta del periné, las mujeres reclaman la asistencia del médico cuando la abertura de la vulva mantiene un estado inflamatorio, provoca una secrecion profusa, ó bien cuando se produce un prolapso del útero ó de la pared posterior de la vagina. En ciertos casos, en fin, el ensanchamiento del anillo vaginal impide que se satisfagan los goces del coito.

Pero los accidentes son mucho más manifestos cuando se trata de una division completa del periné con rotura del esfínter anal. Las materias fecales y los gases no son más que incompletamente retenidos, y por escasa que sea la diarrea, las evacuaciones son casi siempre

involuntarias. Igualmente en ciertos casos se ha observado la incontinencia parcial de la orina como consecuencia de la desgarradura del constrictor de la vagina. Las paredes de la vulva, que están constantemente mojadas por la orina, se inflaman, y de uno ú otro lado se ve al tejido cicatricial comprimir los filetes nerviosos, de donde resultan dolores neurálgicos muy penosos. En ciertos casos, en fin, las mujeres reclaman sobre todo la operacion, porque la enfermedad les impide realizar el coito ó bien porque la defecacion se hace dolorosa.

Una enferma de Kalténbach aceptó la operacion veintiseis años despues de la produccion de la desgarradura, porque la mucosa rectal venía á formar prominencia bajo el borde inferior del tabique recto-vaginal, estrangulándole y provocando vivos dolores. En muchas enfermas esta dolencia entraña profundas modificaciones de carácter.

Las desgarraduras completas del periné, y esto es digno de notarse, facilitan mucho ménos que las incompletas las desviaciones del útero y de la vagina, y en más de 40 casos, Hegar y Kalténbach no han observado más que un solo caso de prolapso marcado de la pared vaginal posterior con descenso del útero (*Nota bibliográfica núm. 1*).

Aunque no nos ocupemos aquí más que de las desgarraduras anti-guas del periné, es una cuestion importante que no podemos dejar de estudiar. ¿Debe hacerse la perineorrafia inmediatamente despues del parto, ó no debe acometerse esta operacion hasta más tarde? La mayor parte de los tocólogos parecen inclinarse hoy á la operacion inmediata, merced á la cual se contienen muy fácilmente las hemorragias, frecuentemente intensas, y se evitan las complicaciones infecciosas de la herida. La desgarradura es aquí reciente y no está deformada por la retraccion cicatricial; los labios de la herida se aplican exactamente el uno contra el otro, y basta extirpar con las tijeras los tejidos contusos para que sea posible operar en tejidos perfectamente aptos para la reunion.

Nosotros, hasta ahora, siempre que hemos podido hemos operado todas las rasgaduras completas del periné inmediatamente despues de su formacion, habiendo obtenido siempre los mejores resultados. Añadamos que en el número de las operadas había casos en los cuales toda la pared posterior de la vagina estaba desgarrada y la rotura se extendía hasta á nivel del fondo de saco posterior.

Sin embargo, la operacion inmediata no deja de ofrecer algunos inconvenientes cuando se trata de una rasgadura del periné complicada. La operacion, en efecto, es importante y muy larga. Es preciso descubrir durante mucho tiempo á las mujeres bañadas en sudor, escalofriadas y debilitadas bajo el punto de vista físico y bajo el punto de vista moral. Existe frecuentemente otro obstáculo más grave: faltan frecuentemente los ayudantes necesarios, y es preciso operar en la

oscuridad, y no debe olvidarse que una sutura mal hecha favorece la estancacion de los líquidos y la fermentacion de los productos segregados por la herida; la mujer se encuentra, pues, expuesta á muchos más peligros que si nos abstenemos de operar.

Es preciso, pues, no rechazar tan en absoluto las objeciones formuladas por los antiguos autores, por Busch, Carus, Blasius y Roux, y aquí más que en ninguna otra operacion deberán tenerse en cuenta todas las circunstancias especiales á cada caso.

Si no se efectúa la reunion inmediata, es preciso para intervenir esperar á que la involucion de los órganos sexuales sea completa. Holst es cierto que ha preconizado una operacion intermedia ejecutada del quinto al décimo día de puerperio. Despues de haber pasado los hilos de sutura hace la ablacion de las granulaciones, obteniendo así buenos resultados. Sin embargo, no parece que la sutura ofrece ventajas en esta época, porque la herida cubierta de granulaciones está protegida contra las hemorragias y contra los accidentes infecciosos, y este procedimiento no deja de ofrecer sus peligros. En muchas ocasiones hemos observado nosotros, en la práctica de otros profesores, accidentes pihémicos muy graves, y á veces mortales, aparecidos despues de una operacion practicada del octavo al décimo día de puerperio, y, por otra parte, la perineorrafia hecha despues de la puerperalidad (*Nota bibliográfica núm. 2*) produce siempre resultados muy ventajosos.

Es muy necesario que las operadas guarden un reposo absoluto durante los primeros días. Así, pues, no se opera con tanta seguridad cuando las mujeres lactan. Sin embargo, la operacion es tambien posible cuando se dispone de un personal muy ejercitado y entendido (*Nota bibliográfica núm. 3*).

La operacion no parece que está indicada cuando la mujer está embarazada, porque, dada la proximidad del parto, es muy de temer la posibilidad de una nueva desgarradura.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Se comprende fácilmente esto si se tiene en consideracion que el útero y la vagina están fijos por bridas cicatriciales, bridas que son los vestigios de lesiones profundas producidas despues del parto.

Esta es una interpretacion que es aplicable á muchos casos, pero, sin embargo de los hechos en que se apoya, no es admisible.

Kaltenbach, en su comunicacion al Congreso de Baden, ha dado la explicacion siguiente: «La parte inferior de la pared vaginal posterior, despues de la seccion de los esfínteres anal y vulvar, es atraída hácia arriba y adelante por el elevador del ano, y las partes laterales de la rasgadura, á consecuencia de las tracciones ejercidas por el trasverso del periné y el esfínter exter-

no del ano, son separadas la una de la otra. La parte inferior de la vagina constituye, pues, una pared tensa en el sentido trasversal, que se opone á toda inversion de las partes de la vagina situadas más arriba. Cuando la solución de continuidad es profunda, las paredes de estos conductos no ofrecen ninguna tendencia al prolapso.»

2) Heppner ha recurrido á este procedimiento. Una de sus enfermas, en la cual hizo la operacion doce días despues del parto, sucumbió al cabo de diez días á consecuencia de una fiebre puerperal séptica; una segunda enferma, operada veintitres días despues del parto, sucumbió tres semanas más tarde á consecuencia de una erisipela ambulante.

3) Una mujer, operada por Kaltenbach ocho semanas despues del parto, continuó lactando á su hijo, y la operacion tuvo buen éxito. La cantidad de leche que se segregó durante la anestesia y la operacion, que se habían prolongado durante hora y media y aún despues, fué extraída por medio de la bomba, no poniendo el niño al pecho hasta pasadas quince horas despues de la operacion.

Art. 4.º — De la perineorrafia en las rasgaduras incompletas del periné.

Los preparativos de la operacion son los mismos que habría necesidad de tomar si se tratara de una desgarradura completa.

Se vaciará el recto ántes de la operacion, desinfectándole por medio de lociones con agua clorurada. Como el avivamiento y la sutura son muy dolorosos, es preciso recurrir á la anestesia; pero ésta debe ser profunda, porque es preciso que el campo operatorio no sea dislocado por los esfuerzos del vómito. El decúbito mejor es el de la talla, el cual puede sustituirse, durante el último tiempo de la operacion, por el decúbito dorso-sacro. Es preciso cuidar que la pelvis descanse exactamente sobre el borde de la mesa de operaciones y que esté bien derecho, porque si el campo de la operacion se encuentra inclinado, podría hacerse imposible un avivamiento simétrico.

La operacion en los casos de desgarradura incompleta corresponde exactamente á una colpoperineorrafia.

Cuando las superficies cicatrizadas de la rasgadura están arrugadas, es preciso que el avivamiento se lleve sobre los tejidos sanos, no debiendo, pues, limitarse á seguir los bordes de la rasgadura. Se determinarán en cada lado los puntos hasta á nivel de los cuales nos proponemos prolongar el periné. Partiendo de un punto situado en la mitad de la pared vaginal posterior, se trazan dos incisiones curvas ligeramente cóncavas hácia afuera, que vienen á terminarse sobre los puntos que se han señalado sobre los labios. Estas incisiones circunscriben un triángulo cuyos bordes ofrecen una longitud igual; el vértice de este triángulo está, en general, situado tanto más alto en la vagina cuanto

más extensa es la desgarradura: la distancia que separa este ángulo de la horquilla puede oscilar entre 3, 5 y 6 centímetros. Diremos, en fin, que la base de este triángulo está formada por una incisión que, trasversalmente dirigida, une directamente los dos puntos que se han marcado sobre los grandes labios, puntos que están situados en la union de la piel y de la mucosa. Esta incisión es un poco convexa del lado del ano. Ya hemos descrito el resto de la operacion al estudiar el tratamiento operatorio del prolapso.

Se ha preferido en algunas ocasiones el avivamiento semilunar (*Nota bibliográfica*) al avivamiento triangular. La superficie avivada está trasversalmente dirigida y ofrece en su parte media, que corresponde á la mitad de la comisura posterior, una altura de 1 $\frac{1}{2}$ centímetros próximamente. Las dos partes laterales se extienden tanto más hácia afuera cuanto mayor sea la longitud que nos proponemos dar al periné. La herida formará un pliegue á nivel de la línea media y sus dos mitades se reunirán por una doble serie de suturas, de las cuales unas se dirigirán hácia la vagina y las otras hácia el periné. Por este procedimiento no se hace más que agrandar el periné, pero no se consolida, como en las operaciones precedentes, el tabique recto-vaginal. En las desgarraduras incompletas del periné se ha recurrido tambien á la perineosíntesis de Langenbeck, etc.

Las fistulas perineales que subsisten despues de las desgarraduras centrales del periné son muy raras y pueden obturarse fácilmente por una simple sutura perineal. Se dará á la superficie avivada una direccion longitudinal ó trasversal y se ejecutarán toda clase de esfuerzos para ressecar lo más completamente posible todos los tejidos invadidos por cicatrices.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Leblond ha operado recientemente de esta manera (*loc. cit.*).

Art. 5.º — De la operacion en los casos en que la desgarradura es completa.

Para suturar una desgarradura completa del periné podemos recurrir á dos métodos: 1.º, al método á colgajos; 2.º, á la reunion de dos superficies avivadas de forma triangular.

I. — MÉTODO Á COLGAJOS

La perineosíntesis de Langenbeck es el modelo sobre el cual están calcadas todas las operaciones á colgajos. Esta operacion descansa en los principios siguientes: primitivamente la pared vaginal ha sido des-

garrada y ha formado un colgajo; más tarde la retracción cicatricial le ha atraído hacia atrás y hacia arriba. Está, pues, indicada la separación de la pared vaginal de sus adherencias normales y llevarla hacia adelante á su posición normal.

Todos los métodos operatorios que han sido propuestos más tarde por Wilms, por Staude y por Bischoff están fundados en el mismo principio, pero su manual es mucho más perfecto.

Hé aquí cómo describen Verhæge y Biefel la perineosíntesis de Langenbeck:

PRIMER TIEMPO. — *Avivamiento del borde libre del tabique recto-vaginal.* — Se introducen dos dedos de la mano izquierda en el recto y se distiende transversalmente la pared de este conducto. El operador, sirviéndose de unas tijeras curvas, reseca sobre el espolón formado por el tabique una banda de tejido estrecha que comprenda todo el espesor de la pared vaginal.

SEGUNDO TIEMPO. — *Division de la pared vaginal y formación del colgajo.* — Se dibuja sobre la pared posterior de la vagina un colgajo redondeado hacia abajo; se aísla su parte posterior de los tejidos adyacentes, aunque el tabique recto-vaginal se halle dividido en dos láminas. La lámina posterior queda colocada y sirve para formar el recto; la anterior se atrae hacia adelante y se fija á la parte anterior del nuevo periné, donde forma un plano inclinándose fuertemente hacia abajo.

TERCER TIEMPO. — *Avivamiento de los labios de la rasgadura.* — Por medio de un escalpelo se circunscribe sobre la cara interna de cada labio un espacio cuadrangular, y se completa el avivamiento extirpando en el espesor de una línea próximamente los tejidos comprendidos en esta incisión. Hacia adelante se terminará el avivamiento en el punto en que debe estar situada más tarde la comisura posterior de la vulva; por detrás se terminará en cada lado sobre la parte avivada del tabique. La superficie avivada presentará una longitud de 3 centímetros y una anchura de $1\frac{1}{2}$ centímetros.

CUARTO TIEMPO. — *Suturas.* — Se aplicará desde luego la sutura por la parte del recto; después, el colgajo creado sobre la pared vaginal será fijado en cada uno de los lados por dos ó tres hilos de sutura con la extremidad anterior del nuevo periné. Finalmente, se aplicarán los hilos perineales procediendo de delante atrás.

El procedimiento de Wilms es análogo: 1.º Este autor separa las paredes rectal y vaginal y saca un colgajo de esta última. 2.º Practica un avivamiento á cada lado de la rasgadura. Y 3.º Practica la sutura.

Si hemos de creer á Matzinger, Bischoff opera como sigue:

PRIMER TIEMPO. — Partiendo de dos puntos situados sobre la pared vaginal posterior y á igual distancia de la línea media, separados del orificio vulvar por una distancia de 8 á 12 centímetros, y dispuestos

de tal suerte que una línea recta que uniera al uno con el otro fuera de 4 á 6 centímetros, se practican dos incisiones, convergiendo hácia el ano, que se reúnan en el punto en que la mucosa vaginal se continúa con la mucosa del recto. Se hace á cada lado una nueva incision partiendo del mismo punto que la precedente, pero dirigiéndose hácia afuera y hácia arriba, para alcanzar el orificio vulvar á nivel de donde habitualmente está situado el tercio inferior de los pequeños labios. De esta suerte, quedan limitados dos triángulos laterales, que se obtienen cogiendo la mucosa con la pinza de garras y disecando con las uñas y el mango del escalpelo cuanto sea posible, ayudándonos del bisturi acá y allá.

Una vez avivados estos triángulos hasta su base formada por el borde posterior del anillo vaginal, se procede al *segundo tiempo de la operacion*, que consiste en disecar el colgajo situado sobre la pared posterior de la vagina hasta una profundidad igual á la que se ha dado á los colgajos laterales. Este es un tiempo que exige mucha atencion y no ménos cuidado (hemorragias, modificacion en las relaciones de los colgajos, etc.). La forma del avivamiento es análoga á la que está representada en la *fig. 96*.

Finalmente, se practica la sutura despues de haber unido, segun es costumbre, los bordes de la incision hecha sobre el recto. Se aplican hilos de catgut que unan cada borde del colgajo medio al labio externo del triángulo avivado, comenzando por los puntos más profundos, aunque cuidando de que los últimos hilos unan la extremidad de cada incision lateral á la punta del colgajo, que representará la horquilla en el nuevo periné.

Terminado este tiempo de la operacion, subsiste una cavidad limitada hácia arriba por la cara del colgajo vaginal, hácia abajo por la pared rectal, y abierta por delante. Se cierra esta cavidad por medio de suturas profundas hechas con hilos de plata, que se anudarán sobre el periné.

II. — AVIVAMIENTO TRIANGULAR

En la desgarradura completa del periné la continuidad del tabique recto-vaginal se encuentra interrumpida hácia la vagina, el recto y el periné. Será preciso, pues, hacer en esta triple direccion la oclusion de la solucion de continuidad.

Se practicará un avivamiento cuya forma será análoga á la de la figura *abcd* del grabado 92. Terminado el avivamiento, se aplicará la sutura de tal suerte que las líneas *anx* y *bnx* queden unidas á beneficio de los hilos cuyos cabos han penetrado por el lado de la vagina. Las líneas *ae* y *bd* constituirán el periné, y las líneas *ce* y *de*

quedarán unidas á beneficio de los hilos que han penetrado por el lado del recto y se han anudado sobre él. En el método operatorio que estudiamos aquí, todos los procedimientos tienen por objeto aproximar y fijar á la línea media las paredes de la solucion de continuidad.

MANUAL OPERATORIO

PRIMER TIEMPO. — *Avivamiento*. — Para poner bien al descubierto el campo de la operacion se levanta por medio de un ancho separador vaginal la pared vaginal anterior, mientras que se coge y se fija con una pinza de garras la pared vaginal posterior por encima del punto *x* (*fig. 92*). Se introduce en el recto, sobre todo si existe un prolapso de la pared rectal, una esponja montada empapada en agua clorurada, evitando así que la piel se ensucie por las materias fecales. Se coge entonces la piel con unas pinzas á nivel de los puntos á los cuales corresponden las extremidades del nuevo periné, es decir, por delante, sobre la cara interna de los grandes labios en *a* y en *b*; por detras, en las inmediaciones del borde anterior del ano en *c* y en *d* (*fig. 92*), y se separan estos puntos el uno del otro.

Se comienza el avivamiento dibujando el triángulo *n x n*. El punto *x* debe estar situado sobre la línea media de la pared vaginal posterior y estar alejado 2 centímetros próximamente del punto *e*, que representa la extremidad del triángulo de avivamiento de la pared rectal. Escindiendo este pequeño triángulo mucoso en la extremidad dirigida hácia el fondo de saco vaginal, se evita que la extremidad de los labios de la herida forme prominencia hácia arriba cuando se anuden los hilos, y se facilita singularmente el deslizamiento hácia la línea media de las partes laterales avivadas.

Ademas, obrando así se da más solidez á la pared recto-vaginal que se va á crear, porque los puntos *x* y *e*, que representan sobre la vagina y sobre el recto el vértice de las líneas avivadas, estarán más alejados el uno del otro, que si *x* se encontrara situado en la mitad de una línea recta que uniera los puntos *n* y *n* (*fig. 92*). En fin, se asegura más completamente la solidez de la reunion y se evita mucho mejor que en *e* se produzcan fistulas recto-vaginales.

Partiendo de *n n* y dirigiéndose hácia arriba y hácia afuera, se hace una incision curva, convexa, hácia adelante, que se extenderá hasta los puntos *a* y *b*, que, unidos en conjunto, han de constituir la horquilla del nuevo periné. Estos puntos están situados sobre la parte inferior del borde interno de los grandes labios. A partir de este punto se trazan las incisiones *a c* y *b d*, de 3 á 4 centímetros de largas, que reunidas formarán el rafe del nuevo periné. Estas incisiones se dirigirán hácia abajo y convergerán hácia el punto que ha de ser ano más

tarde. Se hace entonces una inflexion en la incision para trazar las líneas *c e* y *c d*, cuyas últimas incisiones se harán preferentemente con las tijeras. Se aislarán los bordes del colgajo así dibujado, hundiéndose un bisturi de plano á una profundidad de 2 á 3 milímetros, y,

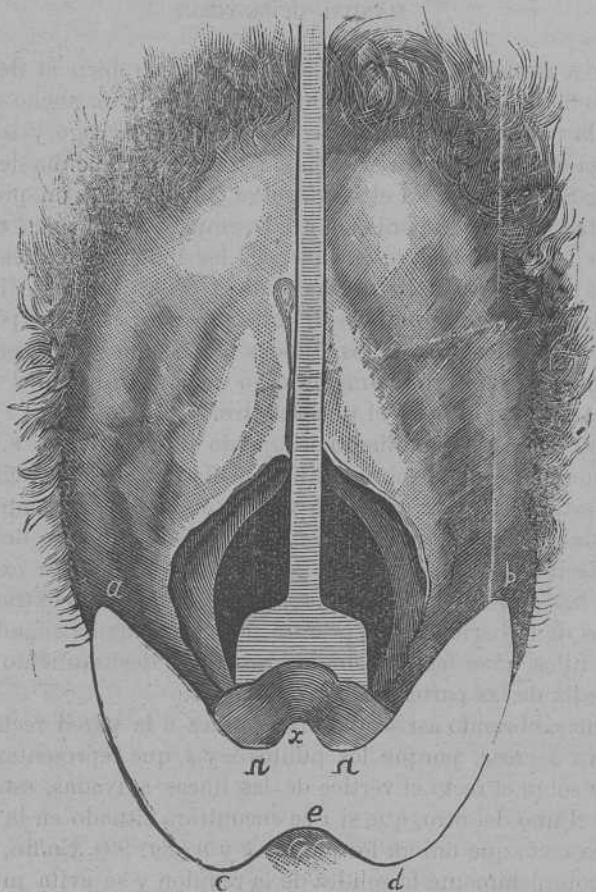


Fig. 92.

finalmente, se completará el avivamiento disecando completamente el colgajo circunscrito.

Mientras dure la operación hasta que se haga la sutura se lavará el campo de la operación con líquidos desinfectantes, con agua clorada débil ó una solución fenicada al 3 por 100.

Empleando el líquido para la irrigación á una temperatura muy

fría ó muy caliente (40° Réamur) se obrará contra la hemorragia parenquimatosa.

Sobre las partes laterales existen plexos venosos importantes, que á veces son lesionados, y la hemorragia es entonces muy marcada. Se comprimirán en este caso con una esponja montada los puntos que den sangre, y se tendrá cuidado de cogerlos momentáneamente con una pinza de forcipresion.

Es muy raro que haya necesidad de ligar los vasos. Cuando se ha aplicado una pinza de forcipresion se tendrá cuidado ántes de apretar y anudar los hilos de sutura, de reseca las zonas de tejido que hayan sido cogidas y comprimidas entre los dientes de la pinza; bastando en seguida afrontar exactamente los labios de la herida para ver cesar la hemorragia por sí misma.

Los principiantes cometen generalmente la falta de dar á la superficie avivada una extension demasiado grande. Es aumentar inútilmente la extension del traumatismo y es acrecentar las dificultades de

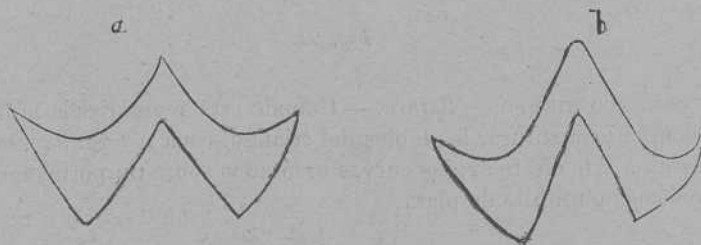


Fig. 93.

la reunion, porque será preciso distender mucho los tejidos para afrontar las partes laterales de la superficie avivada.

Es igualmente inútil traer muy hácia adelante los puntos *d* y *e*, siendo preciso no caer en otra falta y dibujar el avivamiento de tal suerte que los puntos *d* y *e* queden situados muy hácia afuera. Operando de esta suerte se encontrarán grandes dificultades para afrontar debidamente las líneas *e d* y *e c* (fig. 92).

Si la desgarradura es poco profunda, la superficie avivada tendrá la forma de las alas de la mariposa (fig. 92), representando el pequeño triángulo *n x n*. Si la rasgadura se remonta hácia arriba, hácia el tabique recto-vaginal, se modificará la forma del avivamiento (fig. 93 *a* y *b*) y la porcion de cada labio avivado que deberá contribuir á la formacion del tabique recto-vaginal propiamente dicho será estrecha.

La fig. 94 (Kaltenbach) representa la forma del avivamiento en un caso en que la solucion de continuidad se elevaba hasta el fondo de

saco vaginal; las ramas ascendentes del avivamiento, que en la figura supradicha están en parte reunidas por hilos, están separadas hacia afuera para que el lector pueda ver bien la disposición de los hilos, pero realmente sus superficies quedan bien paralelas la una á la otra.

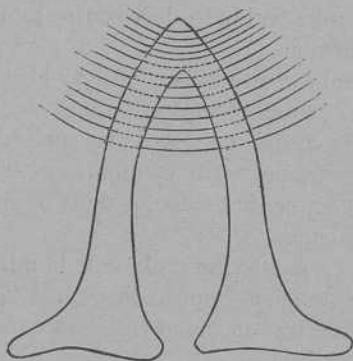


Fig. 94.

SEGUNDO TIEMPO. — *Sutura.* — Cuando está regularizada la herida se comienza á suturar los labios del triángulo *n x n* (fig. 92). Se emplearán á este efecto agujas curvas montadas sobre un porta-agujas y provistas de un hilo de plata.

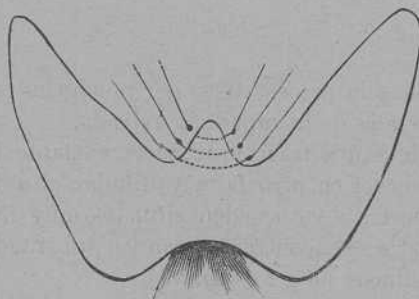


Fig. 95.

Se hará penetrar la aguja (fig. 95) en la mucosa á 3 milímetros del borde de la herida, y dirigiendo su extremidad de plano en todo el fondo de la herida, se le hará salir á 3 milímetros por fuera del labio opuesto. Si el triángulo *n x n* es muy amplio, se evitará coger una masa

muy considerable de tejidos, y con este objeto se pasará el hilo segun representa el procedimiento de que ya nos ocupamos (*fig. 80, t. I*), haciéndose más perfecto, obrando así, el afrontamiento de los dos labios avivados. Despues que se haya terminado la sutura vaginal se pasarán algunos hilos hácia el recto (*fig. 96*).

Partiendo del recto, se hundirá (á la derecha de la figura) de 2 á 3 milímetros del borde de la herida, una aguja que se dirigirá de

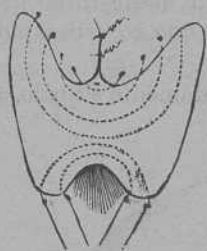


Fig. 96.

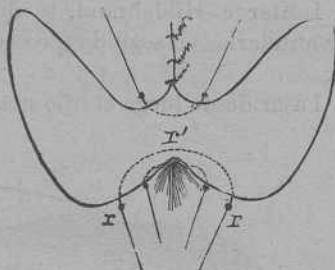


Fig. 97.

abajo arriba. La aguja, despues de haber recorrido cierto trayecto en la herida, será atraída hácia afuera (véase *r*). Cogida de nuevo con el porta-agujas, se le hará penetrar en la herida por el lado opuesto, en un punto completamente simétrico al por el cual acaba de ser extraída, dirigiéndola despues de la herida á la piel, es decir, hácia abajo y

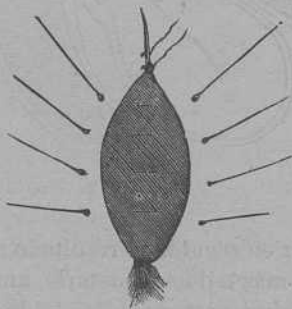


Fig. 98.

hácia afuera, y saldrá por *r* (á la izquierda de la figura). Los cabos de los hilos así pasados caen en el recto (*figs. 96 y 97*). En lugar de dirigir la aguja tal como acabamos de decir, se puede fijar una aguja á cada extremidad del hilo y hacer penetrar cada una de ellas de arriba

abajo y de dentro afuera sobre cada una de las partes laterales de la herida.

Es muy difícil retirar los hilos metálicos que se han aplicado al recto y que se han cortado muy cortos; además, las enfermas los soportan muy difícilmente; así es que desde hace algún tiempo nosotros no empleamos para las suturas rectales más que el catgut ó seda muy fina, y no nos preocupamos más de estas suturas.

Para anudar los hilos se puede recurrir á dos procedimientos:

1.º Imitar á Hildebrand, es decir, pasar desde luego todos los hilos y anudarlos en seguida, procedimiento que no estimamos como bueno.

2.º Pasar desde luego el hilo más profundamente situado, apretar.

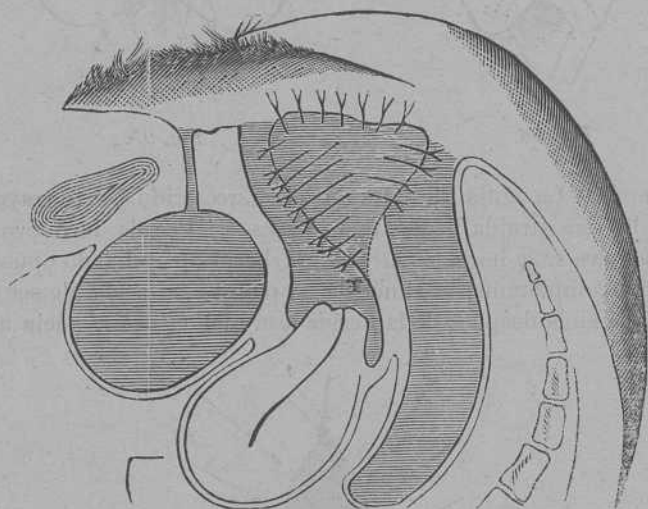


Fig. 99.

le, anudarle y observar en seguida el resultado obtenido; pasar un segundo hilo abrazando más tejidos, apretarle, anudarle y continuar así sucesivamente igualando á proporcion los labios de la herida, modificando la disposicion de los hilos y corrigiendo la forma del avivamiento segun la necesidad; éste es el procedimiento que adoptamos.

Desde que se han aplicado y anudado las suturas rectales y vaginales, se procede á la aplicacion de las suturas perineales (*fig. 99*), siguiéndose las reglas que acabamos de dar. Mientras se anudan los hilos se cuidará de aproximar la una á la otra las piernas de la enferma á fin de disminuir la tension de los tejidos, siendo conveniente que

durante todo este tiempo de la operacion la enferma esté en decúbito dorso-sacro.

¿Cómo conviene disponer las suturas superficiales y las suturas profundas? Dieffenbach y otros no colocaban suturas profundas más que sobre el periné, y, por otra parte, Simon ha otorgado con razon la mayor importancia á las suturas aplicadas al recto y á la vagina.

Más tarde, á Simon ha parecido muy ventajoso aplicar suturas muy profundas sobre el recto y solamente suturas semiprofundas sobre la vagina. Nosotros preferimos tambien hacer las suturas profundas sobre las paredes rectal y vaginal mucho más que sobre el periné, sin que, no obstante, reservemos exclusivamente estas suturas á las paredes rectal ó vaginal (*figs. 99 y 100*).

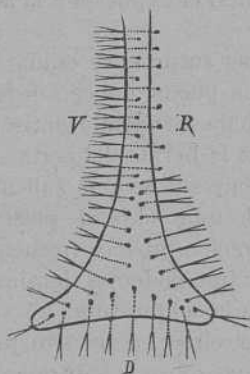


Fig. 100.

El punto capital consiste en no dejar ningun espacio en que las paredes no estén exactamente aplicadas la una contra la otra, en el cual puedan acumularse los líquidos.

Cuando la lesion es muy profunda, hay necesidad de modificar el procedimiento ordinario. Si la rasgadura se remonta en el recto á una profundidad que exceda de 4 centímetros, las superficies avivadas en el tabique recto-vaginal son de tal suerte estrechas, que bastará aplicar una sola serie de suturas anudadas por el lado de la vagina y que abracen todo el espesor del tabique; si se quiere, en efecto, aplicar dos series de suturas, una por el lado del recto y otra por el lado de la vagina, los hilos no podrían abrazar un espesor suficiente de tejidos. Por otra parte, podría temerse que aplicando una sola sutura no fuera regular el afrontamiento; pero se evita fácilmente el inconveniente ha-

ciendo alternar las suturas profundas abrazando todo el espesor del tabique y las suturas superficiales que no abracen más que la pared vaginal (*fig. 100*).

Cuando se llega más abajo sobre el periné, á nivel del cual las superficies avivadas son más extensas, se hace la triple sutura tal como la hemos descrito más arriba (*fig. 100*: *V.*, vagina; *R.*, recto).

En fin, cuando la solucion de continuidad sea muy extensa, se podrá hacer la operacion, no en mucho más tiempo, sino en muchas más veces.

Se avivará desde luego en una cierta extension, se practicará la sutura en este punto; despues se avivará otro segmento de la solucion de continuidad, y, por fin, se suturará.

Operando así se evitarán las grandes hemorragias y no se hará más que dejar una vasta herida expuesta á la accion del aire durante mucho tiempo.

Una vez terminadas las suturas, se cuidará de exprimir con los dedos la poca sangre que pueda haber quedado retenida entre los labios de la herida, y se hará un lavado antiséptico cuidadoso en la vagina, en el recto y sobre la herida del periné.

Nosotros hacemos entónces la seccion subcutánea del esfínter anal al descubierto, practicando sobre el borde posterior del ano dos incisiones laterales. Esta operacion provoca frecuentemente una hemorragia bastante notable, pero que podemos dominar fácilmente haciendo una ligadura ó apelando á la acupuntura.

La seccion del esfínter ofrece, á nuestro juicio, ventajas, porque permite evitar las tracciones sobre la sutura rectal, y durante los primeros días facilita la libre salida al exterior de las materias fecales y de los gases, que no se acumulan en el recto, no distienden las paredes de este conducto y, por consecuencia, no constituyen un obstáculo á la reunion.

Baker Brown hacía la seccion subcutánea del esfínter por detras hácia el cóxis.

Nosotros hemos recurrido en estos últimos años á las incisiones laterales preconizadas por Dieffenbach. Estas incisiones, paralelas á la línea de union de los labios avivados y de un tercio más de longitud que ésta, deben estar situadas á una pulgada próximamente de la última, cuyos limites deben traspasar por arriba y por abajo, extendiéndose hasta el tejido célula-grasoso subcutáneo.

Pero la tension no es muy grande cuando se ha tenido cuidado de no exajerar las dimensiones de la superficie de avivamiento sobre los labios. Además, la vecindad de dos heridas abiertas no deja de ofrecer inconvenientes, porque estas heridas son puertas abiertas á la infeccion. Recientemente, Hegar, en los casos en que existían bridas cic-

triciales extensas en las que era preciso vencer la retracción, ha recurrido á las placas de Bozemann.

MODIFICACIONES DE ESTE MÉTODO

A. *Modificaciones del avivamiento.* — En lugar de dar á la superficie de avivamiento la forma representada en las *figs. 92, 93 y 94*, han propuesto algunos cirujanos dibujar un avivamiento de forma semilunar ó análoga á la de una hoja de trébol (Hildebrand, *Nota bibliográfica núm. 1*).

Freund ha propuesto hacer el avivamiento siguiendo un procedimiento semejante al que nosotros hemos descrito al estudiar *el método á colgajos*. Se propone al obrar así reproducir el estado en el cual se encontraba el periné inmediatamente después de hacerse la desgaradura.

Si se practica el avivamiento adoptando los procedimientos ordinarios, se sutura en conjunto, aproximando á costa de grandes tracciones las partes que naturalmente debían adaptarse las unas á las otras. En lugar de esto, Freund hace un avivamiento al cual da una

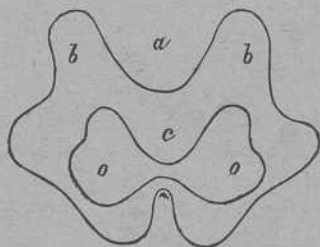


Fig. 101.

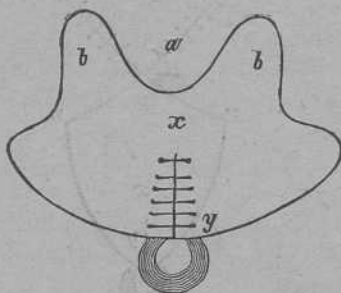


Fig. 102.

forma que está completamente subordinada á la de la solución de continuidad. Tal es, por ejemplo, la cicatriz que tiene la forma representada en *o o* (*fig. 101*), que no es más que el vestigio de la herida de la rasgadura, que está retraída. El avivamiento, tal como le propone Freund, reproducirá esta forma, y está representado por la línea *a a*.

Freund incide, pues, la columna posterior de la vagina á una cierta distancia de su extremidad, á los lados de esta columna, llevando el bisturí hacia atrás, hacia los puntos *b b* (*fig. 102*), de manera que queden circunscritas las cicatrices situadas en la pared vaginal sobre los grandes labios, y completa el avivamiento según los procedimientos ordinarios: 1.º, sutura la línea *x y* (*fig. 103*), que corresponde al recto; 2.º, une cada borde de la columna posterior de la vagina al labio

externo de la superficie de avivamiento que ha trazado sobre las partes laterales de la pared vaginal posterior. Las heridas *o p* y *q p* se suturan (*fig. 103*).

Falta, sin embargo, suturar los labios de la herida *p r* y *p z*, que formarán, una vez reunidos, la parte interna de la vulva, y las líneas *r y* y *z y*, que constituirán el periné.

Modificaciones de la sutura. — Se ha propuesto hacer la perineorrafia no pasando los hilos más que por un solo lado. Se pasan, por ejemplo, todos los hilos por el periné, y las asas de estos hilos deben abrazar las paredes rectal y vaginal.

Este es un procedimiento que no podrá convenir sino en los casos en que la rasgadura es muy superficial, por lo cual está hoy completamente abandonado, empleándolo sólo algunos cirujanos ingleses ó americanos.

Hildebrand ha propuesto recientemente hacer, al ménos por una parte de la superficie avivada, la perineorrafia con suturas anudadas en un solo lado. Aplica desde luégo los hilos vaginales que han de unir

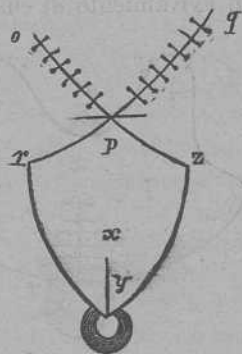


Fig. 103.

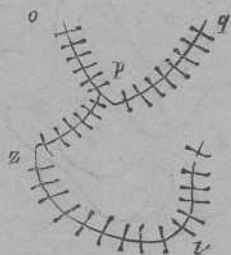


Fig. 104.

las paredes del triángulo *n x n* (*fig. 92*) y después los hilos rectales. Pero sobre todo el resto de la herida perineo-vaginal aplica solamente suturas muy profundas que se anudan sobre el periné, evitándose así que se produzca entre las paredes rectal, vaginal y perineal un espacio vacío, en el cual pueda acumularse la sangre y consecutivamente ser asiento de un absceso.

Heppner ha obedecido á las mismas indicaciones cuando ha propuesto la sutura en 8 de guarismo. Esta sutura debe asegurar á la vez la reunion sobre la vagina y sobre el periné.

Hé aquí cómo se opera: el hilo de sutura está provisto de una aguja en cada una de sus extremidades. Cada una de estas agujas se hunde

en el labio respectivo de la herida vaginal, sale por medio de la herida y penetra en el labio opuesto, cruzándose con la otra aguja. De esta suerte queda dibujado un 8 de guarismo, del cual un asa está situada por el lado de la vagina, y la otra asa, cerrada por el nudo de la sutura, está aplicada contra el periné.

Müller (*Nota bibliográfica núm. 2*) se ha propuesto aplicar desde luego la sutura vaginal despues de hacer con hilos de catgut suturas rectales que abracen las paredes de la herida rectal, y cuyos cabos, cortados muy cortos, se hundan entre los labios de la superficie avivada. En seguida aplica una sutura perineal.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) *Loc. cit.*, págs. 86 y 89.
- 2) Véase *loc. cit.*, pág. 90, fig. 18.

Art. 6.º — Crítica de estos métodos.

Para que pueda recurrirse al método á colgajo es preciso que los tejidos sobre los cuales deba operarse sean abundantes y ricos en vasos. Esta es una condicion que se encuentra realizada cuando la rasgadura es reciente, y en todos los casos en que la pared vaginal estaba rasgada desde poco há, nosotros hemos recurrido con maravilloso éxito á la perineorrafia practicada segun los principios de la perineo-síntesis de Langenbeck.

Pero cuando la rasgadura es antigua, las condiciones no son las mismas, y muy frecuentemente, cuando las lesiones han sido complicadas, el tabique recto-vaginal está arrugado y no ofrece extension suficiente de tejidos para que sea posible tallar un colgajo. Aun en el caso en que las rasgaduras hayan sido poco profundas, de donde se deduce que la columna posterior está conservada, las condiciones están muy léjos de ser tan favorables como inmediatamente despues del parto. Los tejidos son más delgados, ménos grasos, más retráctiles, y tienen una gran tendencia á necrosarse. Todo parece dispuesto para favorecer la génesis de las fistulas. En efecto, Simon en tres casos de perineosíntesis ha visto producirse tres veces fistulas recto-vaginales y una fistula vagino-perineal. En todos los casos es fuerza atribuirlo á la retraccion de la punta del colgajo. Esta retraccion del colgajo tiene entónces por efecto acortar mucho el periné, inconveniente que fué evidéntísimo en el caso de Bischoff (*Nota bibliográfica núm. 1*).

Para disecar el colgajo hay necesidad, ademas, de hacer una herida muy extensa, situada en tejidos muy ricos en vasos venosos, siendo difícil de obtener la hemostasia. Ademas, subsiste frecuentemente por debajo del colgajo una cavidad que las suturas perineales no pue-

den mantener siempre cerradas y la sangre y los líquidos segregados pueden acumularse, y no solamente fracasa la reunion por primera intencion, sino que aún puede observarse la aparicion de accidentes sépticos muy graves y á veces mortales (*Nota bibliográfica número 2*).

No poseemos datos suficientes para decir si el periné resiste mejor durante un parto ulterior y si se hace la perineorrafia por el método á colgajo que si se opera por el método del avivamiento triangular; pero los hechos no admiten comparacion, porque para que el método á colgajos tenga éxito es preciso que haya muchos tejidos, y ésta es una condicion que por sí sola es ya bien favorable.

Los resultados que Wilms y Bischoff han obtenido por el método á colgajos son muy poco seguros.

De 14 casos de desgarradura completa (de las cuales 11 eran antiguas — *Nota bibliográfica núm. 3*) que fueron operadas en la clínica de Wilms, tuvo dos casos de muerte: uno por erisipela y otro de peritonitis séptica. Cuatro veces no pudo obtenerse la reunion por primera intencion.

En 10 casos operados por Bischoff y referidos por Matzinger se produjo solamente un caso de muerte; una enferma no curó, y cuatro veces se había visto obligado á hacer una operacion complementaria.

Muchos autores consideran el procedimiento de Freund como correspondiente al método á colgajo; pero es un error, porque la columna posterior de la vagina permanece intacta, no se diseca y no hay colgajo. Sin embargo, para que el procedimiento de Freund sea aplicable, es preciso que las lesiones no sean muy considerables y que subsista una cierta cantidad de tejidos sobre los cuales pueda operarse. Además, hay necesidad de hacer un avivamiento mucho más extenso que si se siguen los procedimientos ordinarios y que si se practica sobre tejidos muy ricos en vasos venosos. Tres suturas vienen á converger hacia la extremidad avivada de la columna posterior, y ésta es una condicion desfavorable, y frecuentemente se ve que la reunion fracasa en este punto. Sin embargo, las suturas aplicadas sobre la vagina no dejan de ofrecer ventajas, porque una vez aplicadas es mucho más fácil aplicar las suturas perineales, pues que los labios de la superficie avivada se encuentran entónces naturalmente aproximados el uno al otro.

Freund estima que con su procedimiento se evitan las fistulas recto-vaginales y las estenosis secundarias de la vagina, que despues del avivamiento triangular se observan tan frecuentemente. Volveremos á ocuparnos de este asunto, limitándonos aquí á hacer notar que la estenosis secundaria de la vagina depende de la cantidad de tejido que se extirpa durante el avivamiento; pero en manera alguna resulta de esta consideracion nada en favor del procedimiento de Freund.

El método de este cirujano da, pues, excelentes resultados bajo el punto de vista plástico. Citaremos como prueba los éxitos que tanto él como Martin y otros ginecólogos han obtenido. Desgraciadamente, no es aplicable á todos los casos y es más complicado que el avivamiento triangular, sin ofrecer sobre éste ninguna notable ventaja.

Tal es la conclusion á que nos ha conducido nuestra experiencia personal.

En efecto, de 30 perineoplastias hechas por Hegar y de 7 practica-das por Kaltenbach, no ha habido que deplorar más que un solo caso de muerte y una sola complicacion grave. En estos 37 casos se ha recurrido á la perineorrafia por avivamiento triangular.

En todos estos casos el periné conserva la forma y el espesor que tenía inmediatamente despues de la operacion. Solamente en cuatro casos nos vimos obligados á ejecutar operaciones complementarias para obturar las fistulas recto-vaginales. En un solo caso subsistió por encima del ano una pequeña fistula, en la cual se podia hacer penetrar un pequeño estilete y que no dejaba pasar los gases sino á grandes intervalos. Nuestras operadas no se han quejado jamás de dolores ni de dificultad en el acto del coito, ni tampoco hemos recibido malas noticias de las que de ellas han parido ulteriormente.

En un solo caso se produjo más tarde una fistula recto-vaginal.

Es inútil hacer constar que entre los casos operados por nosotros existían algunos en los cuales las lesiones eran extremadamente graves. En muchos de ellos la rasgadura del recto media más de 5 centímetros.

En el caso representado en las *figs.* 92 y 97 el tabique recto-vaginal estaba totalmente desgarrado; la enferma era virgen.

Muchas de ellas habían sufrido ya varias operaciones defectuosas (algunas hasta cuatro), hechas por otros cirujanos, y los tejidos estaban destruidos en una gran extension.

En otros casos existían cicatrices muy anchas, extendiéndose sobre los grandes labios; en otros varios, en fin, las enfermas estaban dotadas de un sistema célula-adiposo en extremo desarrollado, lo que, segun había ya hecho notar Dieffenbach, constituye una condicion desfavorable.

Estos resultados son tales, que puede considerarse como resuelto el problema de la perineoplastia, y los fracasos, los accidentes observados por los operadores no deben ser atribuidos al método, sino á faltas cometidas en su aplicacion. De esta suerte es como hay que interpretar la produccion de estenosis de la vagina y de las fistulas recto-vaginales. Ya nos hemos ocupado extensamente más arriba del primero de estos accidentes, y estudiaremos el segundo en el artículo siguiente.

La gran ventaja de este método es, á nuestro juicio, que es muy sencillo, pues que sólo consiste en avivar simplemente, dando á la herida la forma más favorable para la reunion de sus bordes, extirpando la menor cantidad posible de tejido y uniendo sin gran esfuerzo las superficies avivadas. Además, y ésta es una de sus principales ventajas, este método es aplicable á todos los casos, por complicadas que sean las lesiones que existan.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Véase Matzinger, casos núms. 1, 3, 4, 6, 8 y 10, págs. 13 y 16.
- 2) Véase Matzinger, caso núm. 2.
- 3) Véase Stettegast. *Arch. f. Klin. Chir.*, t. XXIV.

Art. 7.º—Tratamiento consecutivo.—Accidentes despues de la operacion.

Despues de haber limpiado bien la herida y de haberla desecado, la operada será colocada en su cama sin que se haga otra cura. Únicamente convendrá envolver juntas las dos extremidades inferiores en una sábana, á fin de evitar los movimientos involuntarios que podrian producirse interin la enferma se despierta del sueño anestésico ó mientras duerme despues. Se cuidará de que la miccion y la defecacion se verifiquen regularmente, tal como lo hemos indicado al ocuparnos de las fistulas.

Si no existe ninguna indicacion especial, es inútil hacer lavados cotidianos sobre la vagina y sobre el periné, como Heppner lo ha indicado, y es preferible dejar la herida tranquila durante los primeros días y no hacer lavado alguno sino cuando la operada haga alguna deposicion.

Es perjudicial, segun nosotros hemos podido observar, colocar una cánula permanente en el recto, como lo ejecutan algunos operadores que esperan facilitar así la evacuacion de los gases y de las materias fecales. Estos instrumentos pueden, en efecto, desgarrar las adherencias que se producen entre los labios de la herida, y pueden provocar la aparicion de contracciones reflejas en las paredes del recto. Una semana despues de la operacion se quitan las suturas perineales, que son fácilmente accesibles, y para ejecutar esta pequeña operacion se coloca á la enferma en decúbito lateral.

Para evitar la rasgadura de la cicatriz nos parece conveniente dejar las suturas vaginales durante cuatro á seis semanas, en cuya época se retiran tambien las suturas rectales, si es que no se ha empleado para las suturas una sustancia reabsorbible por los tejidos. Para retirar estos hilos se coloca á la paciente en decúbito lateral ó genu-pectoral, y se

separa hacia atrás con una valva estrecha la pared vaginal posterior. Si los hilos son poco numerosos, bastará colocar á las enfermas en un decúbito dorso-sacro muy acentuado.

En general, la reaccion despues de la operacion es poco marcada. Las mujeres experimentan un ligero dolor á nivel de la herida y tienen durante los dos primeros días una retencion de orina más ó ménos acentuada: tales son, generalmente, los accidentes que se observan.

Cuando no ocurre accidente alguno desfavorable, la mujer puede levantarse al décimo día.

El buen resultado de la operacion es cierto cuando no existe fiebre, cuando se escapan los gases por el ano y se efectúa regular y normalmente la primera deposicion. Nosotros consultamos ántes el termómetro que las sensaciones de la enferma. Si la temperatura permanece normal podemos esperar la reunion por primera intencion, aunque las enfermas, muy preocupadas por su estado, nos digan que se les escapan gases por la vagina. Muy frecuentemente las sensaciones son engañosas, y por el exámen se comprueba la integridad de la cicatriz. Se comprenderá fácilmente que las operadas experimenten esta impresion si se tiene en cuenta que las piernas se mantienen aproximadas la una á la otra, y que los gases, deslizándose por entre la cara interna de los muslos, vienen á escaparse por delante de la vulva. Pero si en los días que siguen á la operacion se ve sobrevenir la elevacion de temperatura, puede tenerse como dudoso el resultado.

Casi todos los accidentes que se producen despues de la operacion deben ser atribuidos á una falta cometida, ya sea en el empleo del método antiséptico, ya en el manual operatorio. Esta consideracion es aplicable así á los procesos febriles ó sépticos de la herida como á las hemorragias secundarias y á la falta de reunion.

Nosotros no observamos hoy la infeccion de la herida durante la operacion. Pero en la perineoplastia es preciso temer la fermentacion de la sangre y de los líquidos que pueden acumularse entre los labios de la herida. Este es un accidente que, sin duda alguna, no compromete la vida de la enferma sino muy rara vez, pero provoca frecuentemente el fracaso de la operacion, y á consecuencia de él puede observarse la subsistencia de una fístula recto-vaginal, perineal, etc. Este accidente, por otra parte, se observa cuando existe algun punto que no ha sido comprendido en la sutura. La sangre se acumula, y si la masa de líquido es considerable, si durante la operacion no se han tomado todas las precauciones antisépticas, se descomponen muy fácilmente los expresados líquidos. Se forma un pequeño absceso que se vacia en la mucosa rectal, en la mucosa vaginal, algunas veces por el periné y frecuentemente en esta triple direccion. El pus que se derrama infecta los labios de la herida, que se separan el uno del otro, pudiendo que-

dar destruida la reunion en una extension considerable (*Nota bibliográfica*). A nuestro juicio, estas complicaciones infecciosas de la herida juegan en la génesis de las fistulas vesico-vaginales un papel mucho más importante que todos los factores de orden mecánico que hemos estudiado hasta aquí exclusivamente, la tension exajerada de los labios de la herida, la seccion prematura de los hilos y la rasgadura de la cicatriz por las contracciones de la túnica muscular del recto y principalmente del esfínter del ano. No basta, pues, para evitar todos estos accidentes, dar una forma favorable al avivamiento y disponer convenientemente la sutura. El punto capital es mantener constantemente la herida en un estado aséptico. No basta, pues, evitar durante la operacion que la herida se ensucie por el contacto con la orina ó con las materias fecales; no basta emplear maquinalmente los antisépticos mientras se opera; es preciso ante todo cuidarse de expulsar bien los coágulos sanguíneos que podrían encontrarse retenidos entre los bordes de la herida, asegurar bien la hemostasia y cuidar de que no quede punto alguno en que la adaptacion de los labios de aquélla no sea completa.

La forma que se haya dado al avivamiento juega tambien en este caso un importante papel, pues cuanto más regulares sean los bordes, más fácil será obtener una adaptacion perfecta, y hé aquí por qué nosotros preferimos el método de perineorrafia por avivamiento triangular.

Cuando subsisten pequeñas fistulas recto-vaginales, curan por lo comun espontáneamente ó despues de una cauterizacion. Pero si la fistula es extensa, si la cauterizacion no ha dado resultado alguno, es preciso avivar los labios de la fistula y suturarlos; pero no se ejecutará esta operacion sino tres semanas á lo ménos despues de la perineorrafia. Si la fistula es inaccesible, ó bien si por debajo de ella no existe más que un puente muy estrecho de tejidos, deberá seccionarse este último.

Las fistulas perineales ofrecen una tendencia extremada á la reunion espontánea, sobre todo cuando comunican únicamente con la vagina.

Si la fistula comunica á la vez con el recto y con la vagina, es preciso fijar toda la atencion por la parte del recto.

Cuando la fistula comunica exclusivamente con el recto, es preciso seccionar el puente de tejido que separa el trayecto fistuloso de la cavidad del recto: las paredes de la fistula, puestas al descubierto de esta suerte, se cubrirán de tejido cicatricial.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

La evolucion clínica es la siguiente: sobreviene la fiebre desde el principio, y la enferma se queja de dolores á nivel de la herida; al cabo de algunos días aparece un violento acceso febril, el pus se derrama en gran abundancia y los gases son de nuevo expulsados por la vagina.

APENDICE

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LA COXIGODINIA

LITERATURA

- Nott. *New-York med. Journ.*, Mayo 1844.
Simpson. *Med. Times and Gaz.*, 1859, 2 Julio.
Bryant. *Med. Times and Gaz.*, 1866, pág. 363.
Plum. *Hospitalstid.*, 1870, 13 Agosto, pág. 33.
Hamann. *Bayr. wirtzl. Intelligenzbl.*, 1870, núm. 30.

La coxigodinia interesa á los ginecólogos, porque aparece frecuentemente durante la puerperalidad, sobre todo cuando ha habido necesidad durante el parto de hacer una aplicacion laboriosa de forceps, y porque coincide habitualmente con otros estados patológicos de los órganos sexuales internos, tales como la metritis crónica y las anomalías de posicion del útero.

Se comprenderá fácilmente la causa de esta coincidencia si se tiene en cuenta que estas afecciones pueden provocar el dolor, ya por la compresion ejercida sobre los órganos pelvianos, ya por los trastornos de la circulacion venosa que provocan en los mismos.

Las causas inmediatas de la coxigodinia son las anquilosis, las luxaciones de las vértebras coxigeas, la inclinacion lateral de la extremidad del cóxis, la falta de movilidad de este hueso, la periostitis, los abscesos situados en la cara anterior del cóxis, la union de este hueso con el sacro y, en fin, la caries del cóxis.

El dolor tiene su asiento en el plexo coxigeo, y las enfermas le localizan en la region del cóxis y del ano. Se exaspera por el menor movimiento de aquel hueso y por la contraccion de cualquiera de los músculos que en él se insertan.

No está indicada una intervencion quirúrgica sino cuando las aplicaciones locales de los anestésicos, de los antiflogísticos, etc., no

han permitido obtener resultado alguno, ó cuando existe alguna lesion especial del cóxis. Deben, por ejemplo, abrirse los abscesos situados sobre la cara anterior de dicho hueso, tal como lo ha hecho Scanzoni, y reducir las luxaciones cuando esto sea posible.

Simpson y Bryant, en dos casos en los cuales no se conocía la causa, han intentado hacer desaparecer el dolor practicando la seccion subcutánea de los haces musculares y fibrosos que se insertan sobre el cóxis.

Ha bastado algunas veces para hacer desaparecer el dolor practicar la seccion subcutánea del gran glúteo sobre uno ó sobre los dos lados; ó bien incindir el esfínter anal.

La seccion del gran glúteo se practica con un tenotomo.

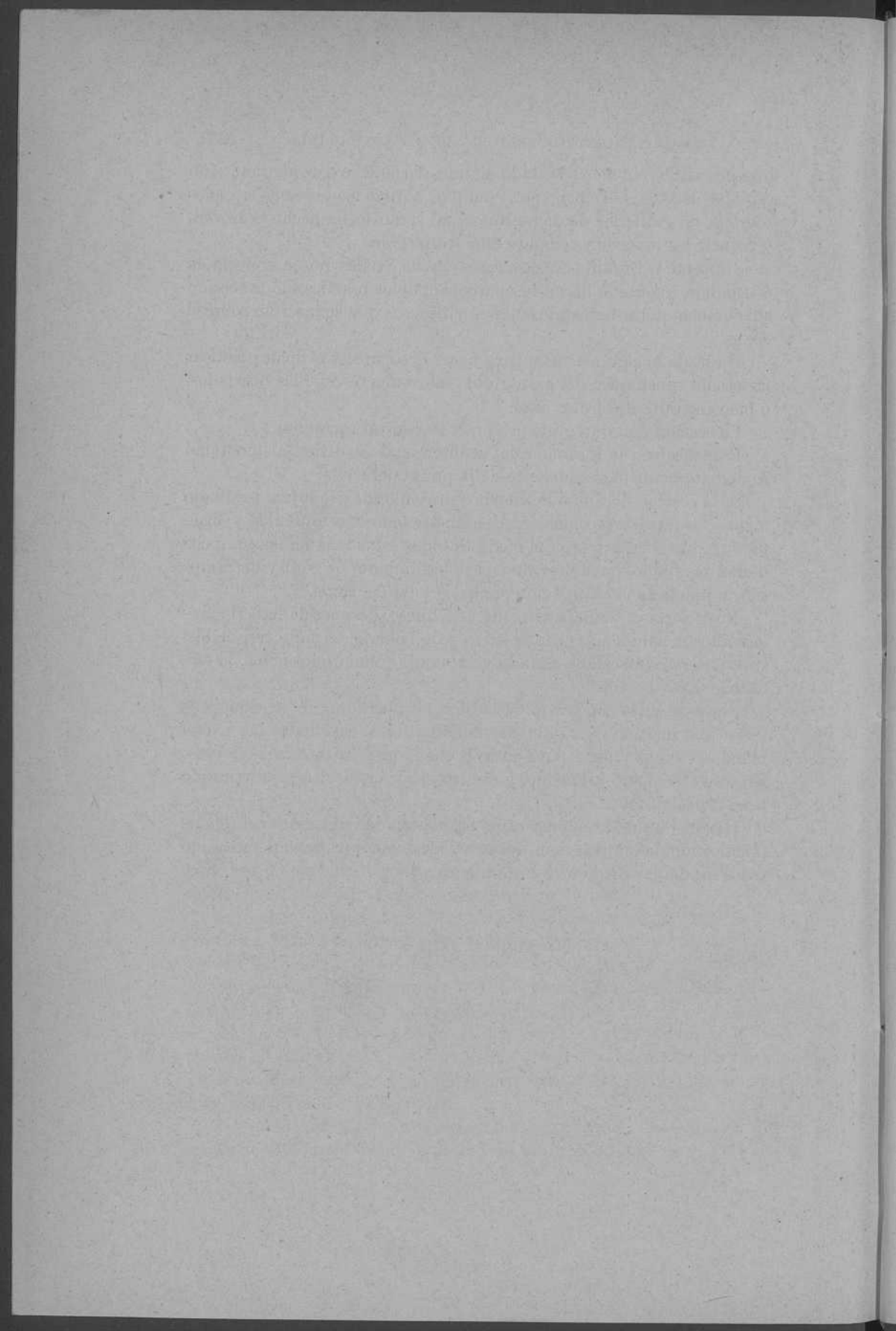
Para alcanzar la insercion del esfínter anal se dirige el tenotomo inmediatamente hácia adelante de la punta del cóxis.

Si la seccion de uno ó de muchos músculos no produjera resultado alguno, se pueden seccionar gradualmente todos los músculos y ligamentos que se insertan en el cóxis. Si todas estas tenotomías tampoco dieran resultado, puede seguirse el procedimiento de Nott y de Simpson, y practicar la extirpacion parcial ó total del cóxis.

Nott, despues de haber luxado este hueso, despues de haberle aislado de sus adherencias con el sacro y de haberle extraído con el bisturi, observó que estaba cariado y excavado como una concha: la enferma curó.

Simpson puso el cóxis al descubierto haciendo sobre su cara posterior una incision de 2 pulgadas de longitud, separó todas las partes blandas vecinas y le amputó entre la segunda y la tercera vértebras. En otro caso operó lo mismo, y obtuvo el mejor resultado practicando la extirpacion total.

Hegar, Plum, Hamann y otros han obtenido curaciones completas practicando la extirpacion del cóxis despues que habían fracasado todos los demas medios de tratamiento.



ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO SEGUNDO

PARTE PRIMERA

Operaciones sobre el útero

CAPÍTULO PRIMERO

EXTIRPACION TOTAL DEL ÚTERO

	<u>Páginas.</u>
Art. 1.º — Historia de la operacion. — Bibliografía.	5
Art. 2.º — Extirpacion por la vía abdominal. — Operacion de Freund.	17
Art. 3.º — Extirpacion por la vía vaginal.	18
Art. 4.º — Resultados obtenidos hasta ahora en la extirpacion total del útero.	22
Art. 5.º — Crítica de estos métodos.	24
Art. 6.º — Indicaciones de la extirpacion total del útero.	27

CAPÍTULO II

EXTIRPACION PARCIAL DEL ÚTERO POR LA VÍA ABDOMINAL. — AMPUTACION SUPRA-VAGINAL DEL ÚTERO. — HISTEROTOMÍA. — EXTIRPACION POR LA LAPAROTOMÍA DE TUMORES UTERINOS SUBSEROSOS

Art. 1.º — Historia y estadística de estas operaciones.	32
Art. 2.º — Anatomía de los fibromas subserosos é intersticiales del útero.	36
Art. 3.º — Indicaciones de la miotomía y de la amputacion supra-vaginal del útero.	40
Art. 4.º — Manual operatorio.	44
Art. 5.º — Tratamiento del pedículo del tumor. — Pedículo uterino.	47

	Páginas.
Art. 6.º — Crítica de los métodos intra y extraperitoneales.	55
Art. 7.º — De las modificaciones de la histerotomía.	58
Art. 8.º — Tratamiento consecutivo.	61
Art. 9.º — Peligros de la miotomía y de la histerotomía. — Estado de las enfermas despues de la operacion.	64

CAPÍTULO III

DE LA EXTIRPACION PARCIAL DEL ÚTERO POR LA VAGINA. — AMPUTACION DEL CUELLO

Art. 1.º — Historia é indicaciones de la operacion.	70
Art. 2.º — Amputacion de la porcion infravaginal del cuello.	75
Art. 3.º — Escision de la porcion supravaginal del cuello.	87
Art. 4.º — Tratamiento consecutivo. — Peligros de la amputacion del cuello.	91

CAPÍTULO IV

ENUCLEACION DE TUMORES UTERINOS INTERSTICIALES Y SUBMUCOSOS QUE PRESENTAN
UNA ANCHA SUPERFICIE DE INSERCIÓN

Art. 1.º — Anatomía patológica.	96
Art. 2.º — Literatura é historia de la enucleacion.	99
Art. 3.º — Indicaciones.	101
Art. 4.º — Manual operatorio.	103
Art. 5.º — Tratamiento consecutivo. — Peligros de la operacion. — Apéndice.	111

CAPÍTULO V

EXTIRPACION DE PÓLIPOS

Art. 1.º — Anatomía patológica.	114
Art. 2.º — Indicaciones.	115
Art. 3.º — Tratamiento de los pólipos uterinos. — Manual operatorio y pronóstico. — Estudio crítico de los diferentes pro- cedimientos.	117

CAPÍTULO VI

DE LA LEGRACION DE TUMORES Y DE PROLIFERACIONES QUE TIENEN ASIENTO
EN LA CAVIDAD INTERNA DE LA MATRIZ

Art. 1.º — Instrumentos é indicaciones.	124
Art. 2.º — Manual operatorio.	127

CAPÍTULO VII

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES FIBROSOS DEL ÚTERO ENCLAVADOS EN LA PELVIS MENOR. — PROCEDIMIENTOS QUE PERMITEN ELEVARLOS Á LA CAVIDAD ABDOMINAL

Art. 1.º — Preliminares.	131
Art. 2.º — Manual operatorio.	132
Art. 3.º — Observaciones.	134

CAPÍTULO VIII

DE LA INVERSION UTERINA

Art. 1.º — Literatura.	136
Art. 2.º — Anatomía patológica. — Indicaciones.	137
Art. 3.º — Procedimiento de reduccion en los casos de reduccion antigua.	139
Art. 4.º — Ablacion de la parte del útero invertida.	142

CAPÍTULO IX

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA VERSION Y DE LA FLEXION UTERINAS

Artículo único.	150
-------------------------	-----

CAPÍTULO X

DILATACION CRUENTA DEL CUELLO UTERINO. — DISCISION

Art. 1.º — Literatura.	155
Art. 2.º — Historia é indicaciones de la operacion.	156
Art. 3.º — Manual operatorio de la discision.	159
Art. 4.º — Modificaciones de la operacion.	162
Art. 5.º — Tratamiento consecutivo. — Pronóstico de la operacion.	165

CAPÍTULO XI

SUTURA DE LAS DESGARRADURAS ANTIGUAS DEL CUELLO. — OPERACION DE EMMET (HISTEROTRAQUELORRAFIA)

Artículo único.	169
-------------------------	-----

CAPÍTULO XII

OCCLUSION TEMPORAL DEL ORIFICIO UTERINO

Artículo único.	172
-------------------------	-----

APÉNDICE

Á LAS OPERACIONES SOBRE EL ÚTERO

CAPÍTULO PRIMERO

OPERACIONES SOBRE LOS LIGAMENTOS ANCHOS

- Artículo único. — Extirpacion de los tumores del ligamento ancho. 174

CAPÍTULO II

APERTURA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL EN LOS CASOS DE DERRAME LIBRE
EN LA CAVIDAD PERITONEAL

- Artículo único. 179

CAPÍTULO III

APERTURA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL EN LOS CASOS DE DERRAMES ENQUISTADOS
Y EN LOS ABSCESOS DEL REPLIEGUE DE DOUGLAS, ETC.

- Artículo único. 183

CAPÍTULO IV

APERTURA DE LOS ABSCESOS EXTRAPERITONEALES Y DE LOS DESARROLLADOS
EN EL TEJIDO CELULAR PERIUTERINO

- Artículo único. 187

CAPÍTULO V

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LOS QUISTES HIDATÍDICOS QUE TIENEN SU ASIENTO
EN LA CAVIDAD PELVIANA

- Artículo único. 191

CAPÍTULO VI

OPERACIONES SOBRE LOS LIGAMENTOS REDONDOS

- Art. 1.º — Extirpacion de tumores. 193
Art. 2.º — Tratamiento operatorio de los quistes implantados en los
ligamentos redondos del útero. 193
Art. 3.º — Acortamiento de los ligamentos redondos. — Operacion
de Alexander-Adams. 195

PARTE SEGUNDA

Operaciones sobre la vagina

CAPÍTULO PRIMERO

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LA ATRESIA VAGINAL

Art. 1.º — Literatura.	201
Art. 2.º — Anatomía patológica de la atresia de los órganos genitales.	202
Art. 3.º — Consecuencias de la atresia del conducto genital.	206
Art. 4.º — Indicaciones.	208
Art. 5.º — Manual de los diferentes procedimientos operatorios.	210
Art. 6.º — Peligros de la operacion.	215
Art. 7.º — Tratamiento consecutivo. — Pronóstico.	220
Art. 8.º — Obturacion de la vagina. — Operacion.	223

APÉNDICE

Operacion en los casos de atresia del ano abierto en la vagina.	225
---	-----

CAPÍTULO II

OPERACIONES QUE EXIGEN LAS FÍSTULAS URINARIAS

Art. 1.º — Literatura é historia de la operacion.	228
Art. 2.º — Anatomía patológica de la fistula urinaria.	233
Art. 3.º — Indicaciones del momento favorable á la operacion.	241
Art. 4.º — Obliteracion directa por medio de la sutura de las fistulas vesico y uretro-vaginales.	242
Art. 5.º — Modificaciones de la operacion en ciertos casos particulares.	257
Art. 6.º — Obliteracion directa de la fistulas vesico-vaginales por la cauterizacion.	259
Art. 7.º — Obliteracion del conducto genital por debajo de la fistula. — Episioestenosis y colpocleisis.	260
Art. 8.º — Tratamiento de las fistulas vesico-uterinas (fistulas vesico-cervicales).	270
Art. 9.º — Tratamiento de las fistulas uretero-vaginales y uretero-uterinas.	272
Art. 10. — Tratamiento consecutivo. — Accidentes despues de la operacion. — Pronóstico de la operacion de la fistula. — Estado en que se encuentran más tarde las operadas.	276

CAPÍTULO III

FÍSTULAS ESTERCORÁCEAS

- Art. 1.º — Tratamiento operatorio de las fistulas que ponen en comunicación el intestino delgado con la vagina. 284
- Art. 2.º — Tratamiento operatorio de las fístulas estercoráceas. . . 289

CAPÍTULO IV

OPERACIONES DESTINADAS A CURAR EL PROLAPSO DE LA VAGINA Y DEL ÚTERO

- Art. 1.º — Generalidades. — Historia. — Literatura. 296
- Art. 2.º — Estudio teórico sobre el mecanismo del prolapso. 303
- Art. 3.º — Diagnóstico de la disposición anatómica de los órganos prolapsados. 324
- Art. 4.º — Indicaciones. — Pronóstico. — Momento en el que debe practicarse la operación. — Generalidades sobre los procedimientos operatorios. 326
- Art. 5.º — Escisión ó amputación del cuello uterino. 329
- Art. 6.º — Elitrorrafia. — Sutura vaginal. 330
- Art. 7.º — Colpoperineorrafia. 338

CAPÍTULO V

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LOS QUISTES DE LA VAGINA

- Artículo único. 356

CAPÍTULO VI

EXTIRPACION DE TUMORES VAGINALES INTERSTICIALES

- Artículo único. 360

CAPÍTULO VII

EXTIRPACION DE NEOPLASMAS DESARROLLADOS EN LA MUCOSA VAGINAL QUE PRESENTAN UNA BASE ANCHA

- Artículo único. 362

CAPÍTULO VIII

EXTIRPACION DE TUMORES PEDICULADOS DE LA VAGINA

- Artículo único. 365

CAPÍTULO IX

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LAS VARICES DE LA VAGINA

- Artículo único. 367

CAPÍTULO X

DEL INJERTO EPITELIAL EN LOS CASOS DE ULCERACIONES VAGINALES

Artículo único.	368
-------------------------	-----

CAPÍTULO XI

TRATAMIENTO OPERATORIO DEL VAGINISMO

Artículo único.	370
-------------------------	-----

PARTE TERCERA

Operaciones sobre la vulva y el periné

CAPÍTULO PRIMERO

OPERACIONES SOBRE LA VULVA

Art. 1.º — Apertura de la vulva completamente obliterada.. . . .	375
Art. 2.º — Apertura de la atresia vulvar.	376

CAPÍTULO II

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LOS QUISTES DE LA VULVA

Artículo único.	377
-------------------------	-----

CAPÍTULO III

EXTIRPACION DE LOS NEOPLASMAS DE LA VULVA

Artículo único.	379
-------------------------	-----

CAPÍTULO IV

DE LA ABLACION DE LOS LABIOS Ó DEL HIMEN AFECTO DE HIPERTROFIA SIMPLE

Artículo único.	388
-------------------------	-----

CAPÍTULO V

ABLACION DEL CLÍTORIS. — CLITORIDECTOMÍA

Artículo único.	390
-------------------------	-----

CAPÍTULO VI

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LAS DIVISIONES DEL CLÍTORIS
Y DEL CONDUCTO DE LA URETRA

Artículo único.	393
-------------------------	-----

CAPÍTULO VII

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS RASGADURAS DEL PERINÉ

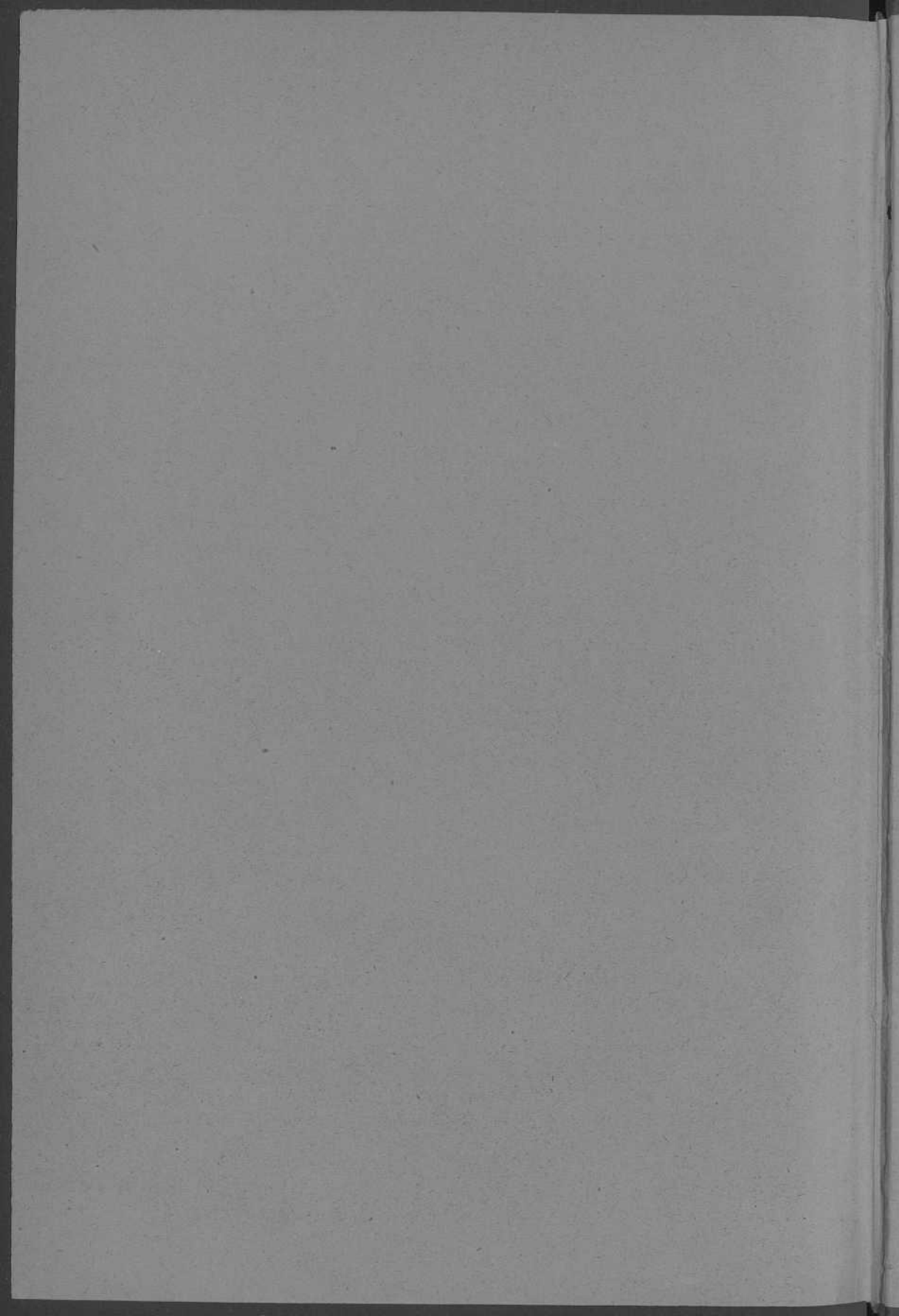
Art. 1.º — Historia de la operacion.	396
Art. 2.º — Anatomía de las desgarraduras del periné.	397
Art. 3.º — Indicaciones de la operacion.	398
Art. 4.º — De la perineorrafia en las rasgaduras incompletas del periné.	401
Art. 5.º — De la operacion en los casos en que la desgarradura es completa.	402
Art. 6.º — Crítica de estos métodos.	415
Art. 7.º — Tratamiento consecutivo. — Accidentes de la operacion.	418

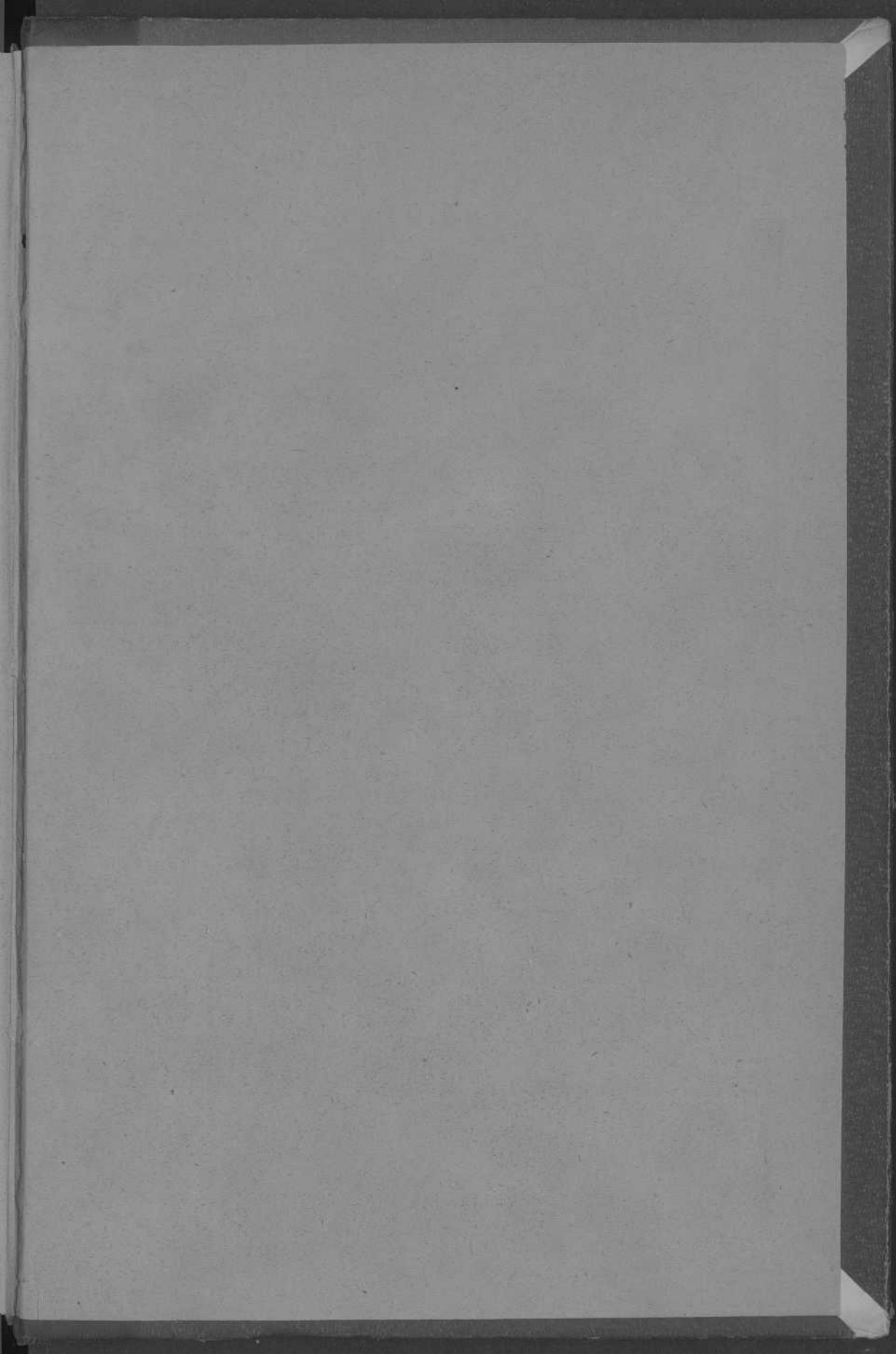
APÉNDICE

Tratamiento operatorio de la coxigodinia.	422
---	-----

FIN DEL ÍNDICE Y DE LA OBRA









HEGAR

GINECOLOGIA
OPERATORIA

15.796