BIBLIOTECA ESCOGIDA DE **EL SIGLO MÉDICO**

TRATADO

DE

GINECOLOGÍA OPERATORIA

CON LA EXPOSICION DE

LOS PROCEDIMIENTOS EXPLORATORIOS EN GINECOLOGÍA

POR

A. HEGAR y R. KALTENBACH

Director de la Clínica ginecológica — Profesor extraordinario de Ginecología

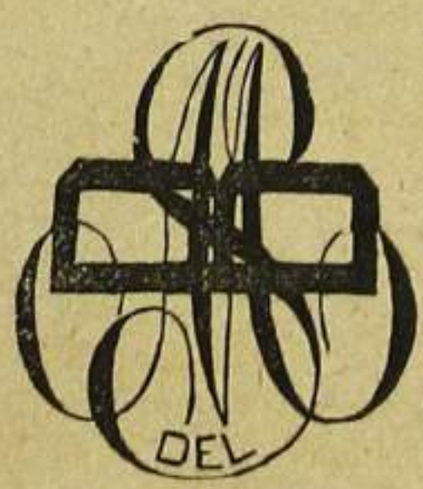
en la Universidad de Friburgo

VERTIDO AL CASTELLANO, ADICIONADO Y ANOTADO

POR EL

DOCTOR MARIO GONZALEZ DE SEGOVIA

Profesor de la Maternidad de Madrid



MADRID

LIBRERÍA EDITORIAL

DE D. CARLOS BAILLY-BAILLIERE

Premiado con la Medalla de Oro en la Exposicion de Matanzas

PLAZA DE SANTA ANA, NÚM. 10

1887

ATENCION!
ESTE LIBRO ESTA PROTEGIDO
EVITESE MOLESTIAS

055811

~~12574~~

Establecimiento Tipográfico de E. Teodoro, Amparo, 102 y Ronda de Valencia, 8

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.

Oehtschläger. *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 Beitraege 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.

Lœbker. *Arch. f. Gyn.*, XIV, pág. 460.

Reuss. *Arch. f. Gyn.*, XV, pág. 135.

Fritsch. *Centralbl. f. Gyn.*, 1879, núm. 17.

Lœvenstein. *Saint-Pétersb. med. Wochenschr.*, 1879, núm. 18.

Bunge. *Allg. Med. Centralz.*, núms. 47 y 48.

Hazlewoad. *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 Peritonealhoehle*, 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.

Nœggerath. *Americ. Journ. of Obstetr.*, Enero 1877.

Czerny. *Ueber Ausrottung der Gebaermutterkrebses. 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.

Schrœder. *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. Chirurgeneongress. Ueber vaginale Uterusexstirpation.*

J. Müller. *Ueber die Exstirpatio uteri vaginalis. Deutsche med. Wochenschrift*, 1811, núms. 17 y 11.

K. Schrœder. *Ueber die theilweise und vollstaeidige Ausschnendung der carcinomatoesen Gebaermutter. 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 luégo 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. Ademas, 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 abdómen 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 ilíaca 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 luégo 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 unían 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 unían 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 luégo 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 atraido 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 luégo 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 peritonítis, 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 empírica 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, Schrœder, 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 extraido 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 interesantes, 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 exstirp. 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 áun, 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,

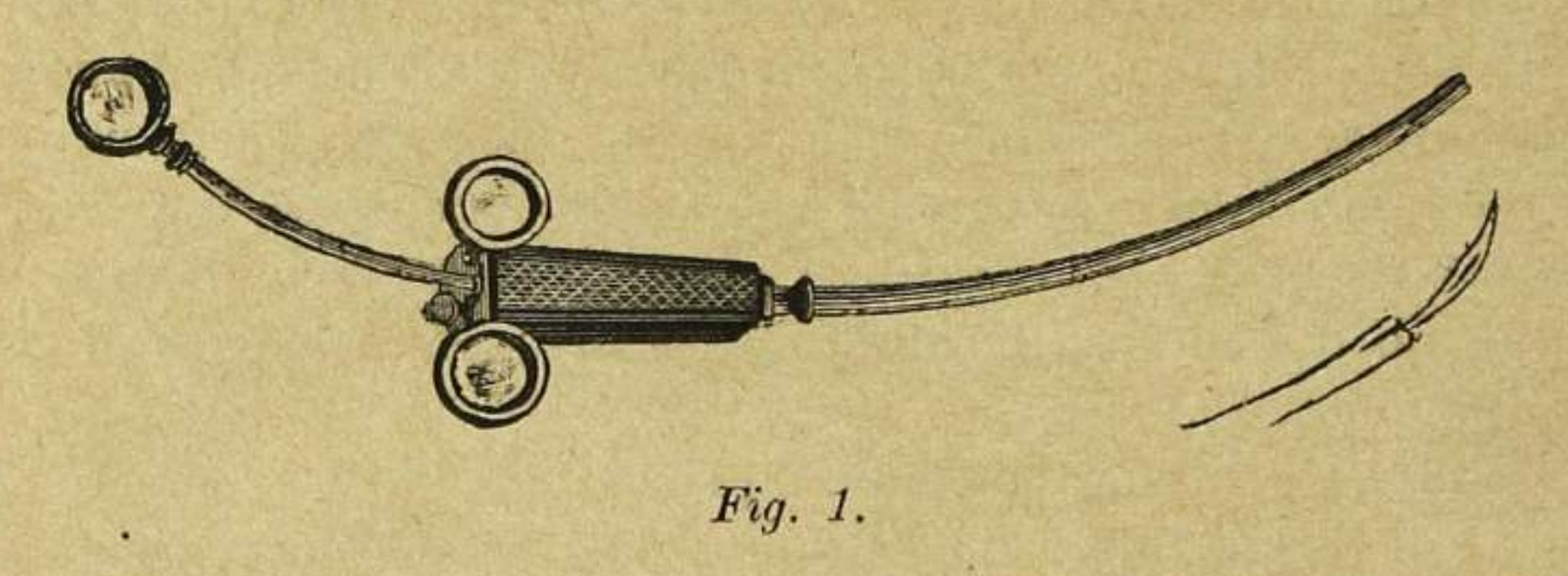


Fig. 1.

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 atraidas hácia afuera por un ayudante. Para colocar los dos hilos más inferiores, hilos que deben atravesar las arterias uterinas, se emplea un largo trócar-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 puncionar 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.

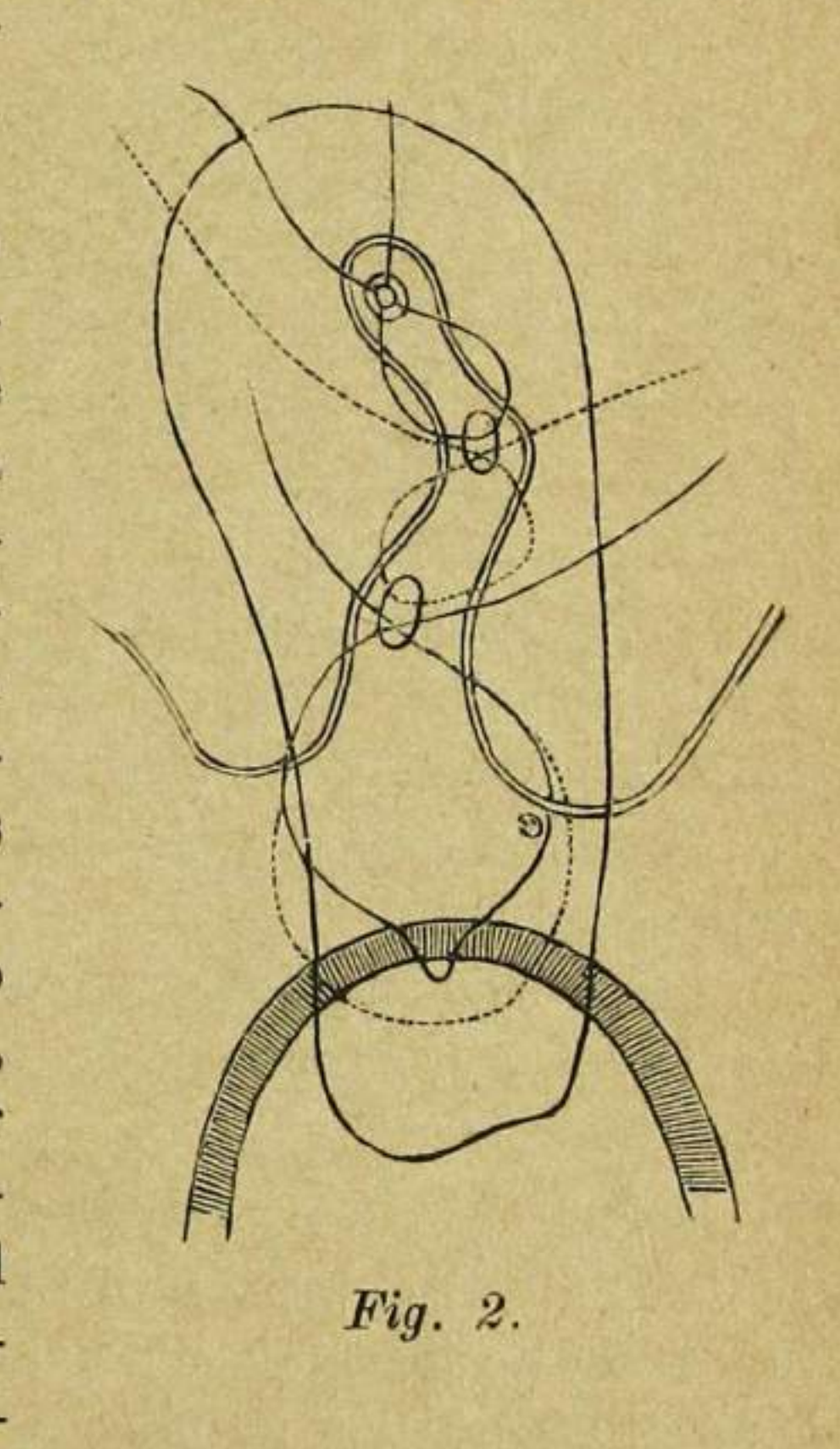


Fig. 2.

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.

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 traves 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 manifiestamente 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 pedículo 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, éste cirujano aisla 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 diseca 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.

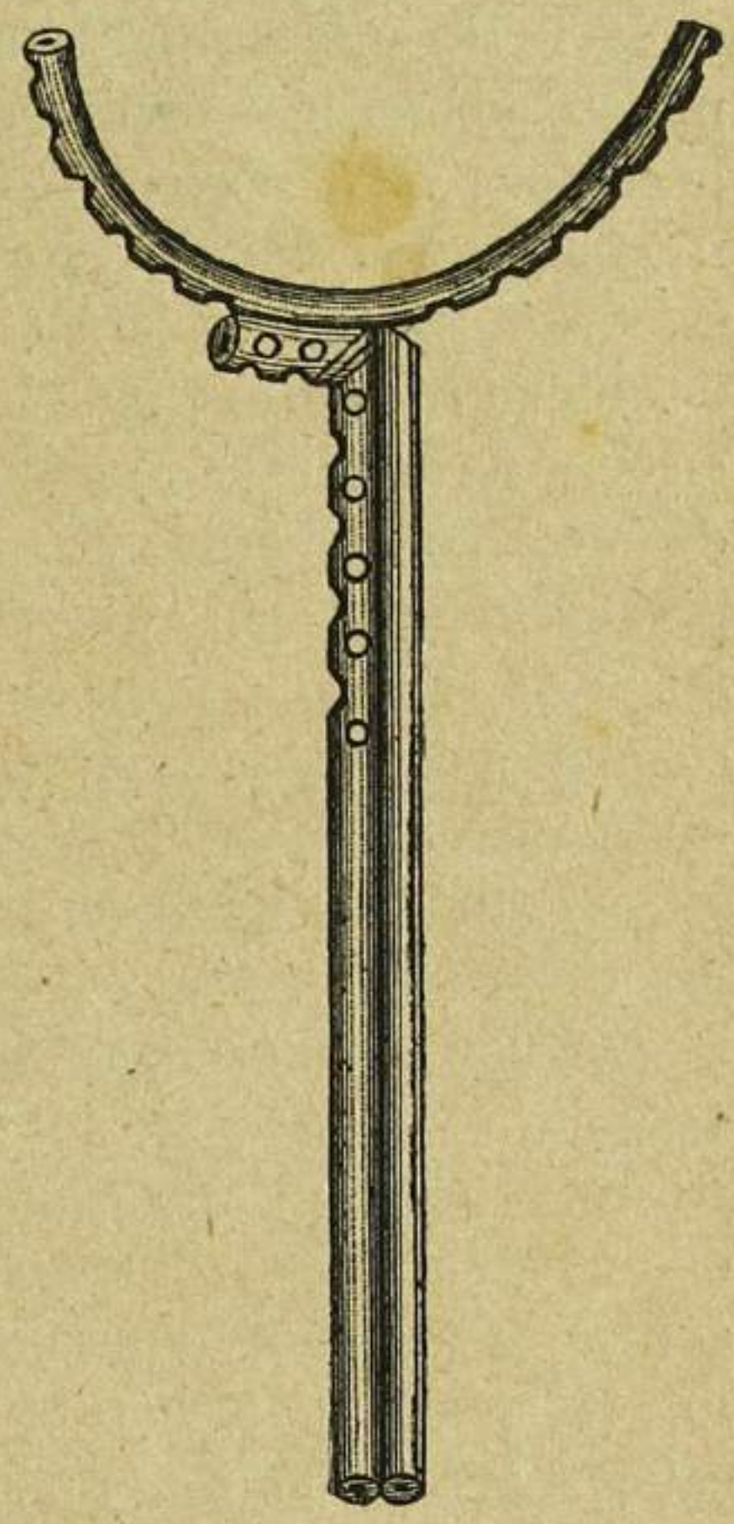


Fig. 3.

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.

Terminada la limpieza del peritoneo y bien cerrada la herida abdominal, se practica un lavado á traves 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 abrace 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 (¡á 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, aisla 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 áun 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 Gignäk.*, 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. Schrœder 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-cauterio 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 Nœgerath 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.

Nœgerath, 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 dia por septicemia.

Los métodos operatorios preconizados por Czerny, Billroth, Schrœder 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 traves 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.

Schrœder 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 (Schrœder), ú obligarla á descender mucho (Billroth). La torsion y la tension de los vasos produce una

hemostasia muy enérgica. Cuando el caso es sencillo se puede fácilmente atraer el útero hácia 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 sérias dificultades para llevar á cabo estas maniobras. A fin de dominarlas, Schrœder 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 hácia 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 movible y puede ser atraido hácia afuera de los órganos genitales.

Schrœder coloca desde luégo 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 (Schrœder).

Cuando en una mujer todavía reglada (*Nota bibliográfica núm. 2*) parece estar indicada la extirpacion de los ovarios y las trompas, será necesario atraer hácia 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 infundíbulo-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 atraido 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. Schrœder 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 Berlin 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, difícilmente puede ser sustraida á la accion de los agentes sépticos. Ademas, 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 existía 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 diseca 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 solucion de cloruro de zinc al 2 ó al 3 por 100 y haciendo la cura con algodon fenicado ó empapado en la solucion 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 volúmen 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 diseccion, 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 operacion, 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 solucion de cloruro de zinc, nos opondremos á la infeccion del peritoneo.

NOTAS

1) Martin opera sobre el mismo lecho, á fin de evitar toda lesion de los órganos vecinos y de oponerse á la hemorragias secundarias por deslizamiento de los hilos de las ligaduras.

2) Una operada de Schrœder, 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 extirpacion total del útero.

Ahlfeld, á principios de 1880, reunió una estadística de 68 casos de operacion de Freund. De este número, en 4 no se terminó la operacion, 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	Curaciones.	Muertes.	Operaciones incompletas.
Estadística de Ahlfeld *(Nota bibliofica núm. 1)*	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 *(Nota bibliográfica núm. 2)*	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, segun 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 observacion durante largo tiempo despues 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 extirpacion total por la vía vaginal son mucho más satisfactorios.

	Número de operaciones.	Curaciones.	Muertes.	Operaciones incompletas.
Germy	1	1	»	»
Billroth	3	2	1	»
Scherde	2	»	2	»
Schrœder	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 áun 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 orígen 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 extraidos 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 orígen de accidentes muy graves (*Nota bibliográfica núm. 3*). Debe temerse abrir ó desgarrar la vejiga cuando se aisla el útero, y coger y áun 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 tambien lesionar el recto y áun la S iliaca del cólon 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 peritonítis debida á una perforacion intestinal. Se trataba, es cierto, de un sarcoma que unía la vejiga á la S ilíaca.

Entre las demas causas de muerte citaremos el íleo (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, apénas 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 puér-

peras cuyo puerperio es normal (Schrœder), 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 Schrœder 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. Ademas, 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:

Cuando el útero es movible en todas direcciones.

Cuando 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 Schrœder 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 movible 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 áun 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 manifiestamente 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, áun 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 áun despues de múltiples incisiones practicadas en el tejido enfermo. Practicando la operacion cesárea y la operacion de Porro, se dejaba el carcinoma, orígen 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 úuica á que podría recurrirse para obrar radicalmente.

El 17 de Diciembre se hizo la laparatomía. Despues de haber aplicado un tubo de cautchuc 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 entónces una fuerte hemorragia arterial y venosa que no cedió sino á la aplicacion de la ligadura mediata. El pedículo ligamentoso fué dirigido hácia la vagina y se suturó la herida pelviana, practicándose en seguida la trasfusion. 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 volúmen 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 (Gebbardt, 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 aumendo 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 endometrítis 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 ÚTTERO. — HISTEROTOMÍA. — EXTIRPACION POR LA LAPAROTOMÍA DE TUMORES UTERINOS SUBSEROSOS.

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 Nachbehandlung d. Amp. ut. supravag. bei Fibromen.*

Kœberlé. *Documents pour servit 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'hystéretomie,* 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.

Schrœder. *Berliner klin. Wochenschr.*, 15/10 1877, y *Vortrag auf der Badener Naturforscherversamml.*, 1879, «*Zur Technik der Extirpation von Abnominaltumoren.*»

P. Müller. *Ueber Extirpation d. Ut. Correspondenzbl. f. Sceiz.* 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 Wochensch.*, 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, Schrœder). 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 Schrœder 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 luégo 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 luégo 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 gastrotomía 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 París. 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. Ademas, estas estadísticas generales no tienen más que una importancia secundaria, porque se reunen 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, Schrœder, 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 ovariotomia 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 cardía-

ca debida á la anemia profunda que ya sufría la enferma ántes de la operacion (*Nota bibliográfica núm. 6*).

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) *Nelon'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 ántes 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 flúida 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.

Cuando 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 áun 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, miéntras 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 entónces tumores fibro-quísticos, ya se trate de una infiltracion 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 naturaleza. Spencer Wells ha extirpado un tumor implantado en el fondo del útero cuyas partes sólidas pesaban más de 8 kilogramos y que ademas contenía 24 litros de líquido y 6 kilos de fibrina degenerada (*fig. 4*).

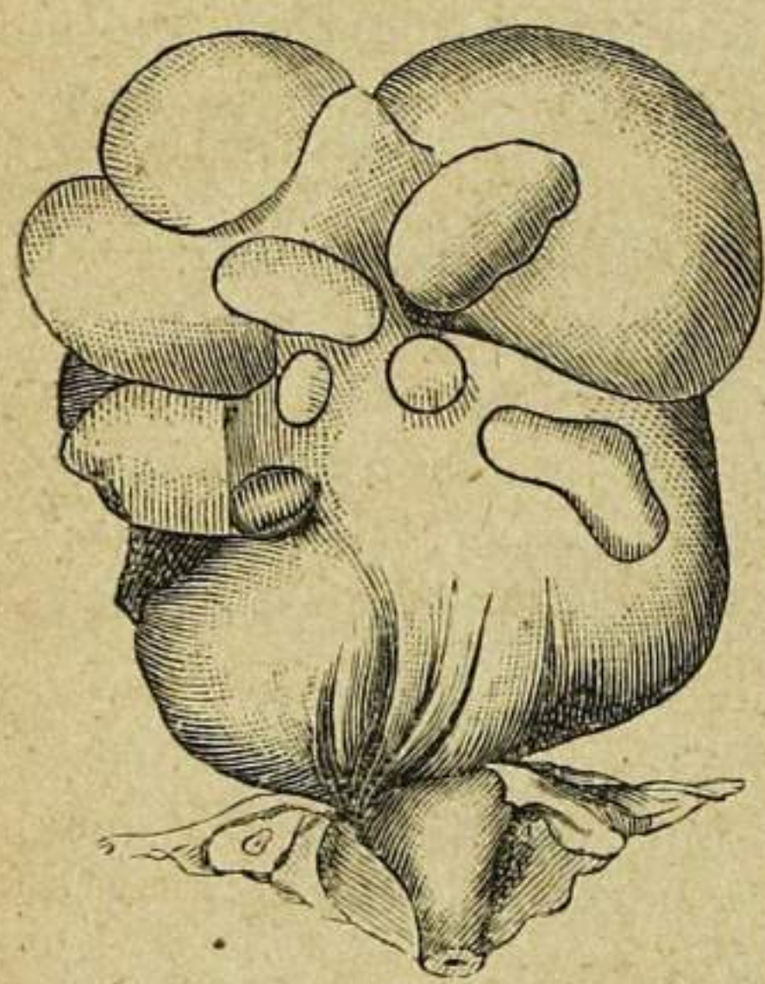


Fig. 4.

Péan y Urdy (*Nota bibliográfica número 2*), Demarquay, Lebec (*Nota bibliográfica núm. 3*) y otros han descrito tambien 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 precision los caractéres 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 formacion de masas mixomatosas á consecuencia de la invasion de numerosas células redondas semejantes á los nódulos (mixomioma de Virchow). Tambien se ha descrito muchas veces la trasformacion sarcomatosa (miosarcoma, mixosarcoma). En la enferma á quien se refiere la *fig. 4*, dibujada segun un caso de Spencer Wells, otro profesor había extirpado, once años ántes, 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 orígen á la presentacion de peritonítis 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 nutricion. Kœberlé 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 ablacion 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. Tambien en el tumor los vasos venosos y los capilares están manifiestamente 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 intraligamentosos el plexo pampiniforme se hace asiento de numerosas varices.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Se han observado igualmente ascítis enquistadas en los casos de fibromas múltiples. (Véase Péan. *Clínica 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 caractéres normales, ya que haya sufrido la degeneracion 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 metamorfósis 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 trombósis 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 melancolía, etc.), como estados íntimamente 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 habían desaparecido despues de la operacion, habiendo observado nosotros tambien hechos semejantes. Mays (*Nota bibliográfica núm. 2*) refiere que en una de sus operadas habían 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 ascítis 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 insorpotables 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 peritonítis, 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 peritonítis 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 sérias al aborto provocado. Ofrece los más grandes peligros, y áun cuando el caso sea favorable, desembaraza muy poco los órganos comprimidos; apénas 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 apénas 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 aquí rápidamente las operaciones de miotomía y de amputacion supravaginal practicadas en los casos de complicacion por el embarazo.

Schrœder (*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 contraido 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 peritonítis 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 existían 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 categoría 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, instersticial, se haya hundido profundamente por su segmento inferior en la vagina á traves del cuello entreabierto.

La histerotomía está momentáneamente contraindicada cuando la anemia es muy considerable, ó bien cuando existen trombósis 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 Schrœder (*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 anteflexion uterina que había provocado accidentes nerviosos de orígen 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 Médicine,* 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. der 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 ovariotomía.

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 áun 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 orígen la puncion, si se practica con un trócar voluminoso, á fuertes hemorragias, y áun observarse despues la

caida 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, áun tratándose de una cápsula poco vascular, alcanzar proporciones que pongan en peligro la vida de la paciente (Billroth). Es cierto que

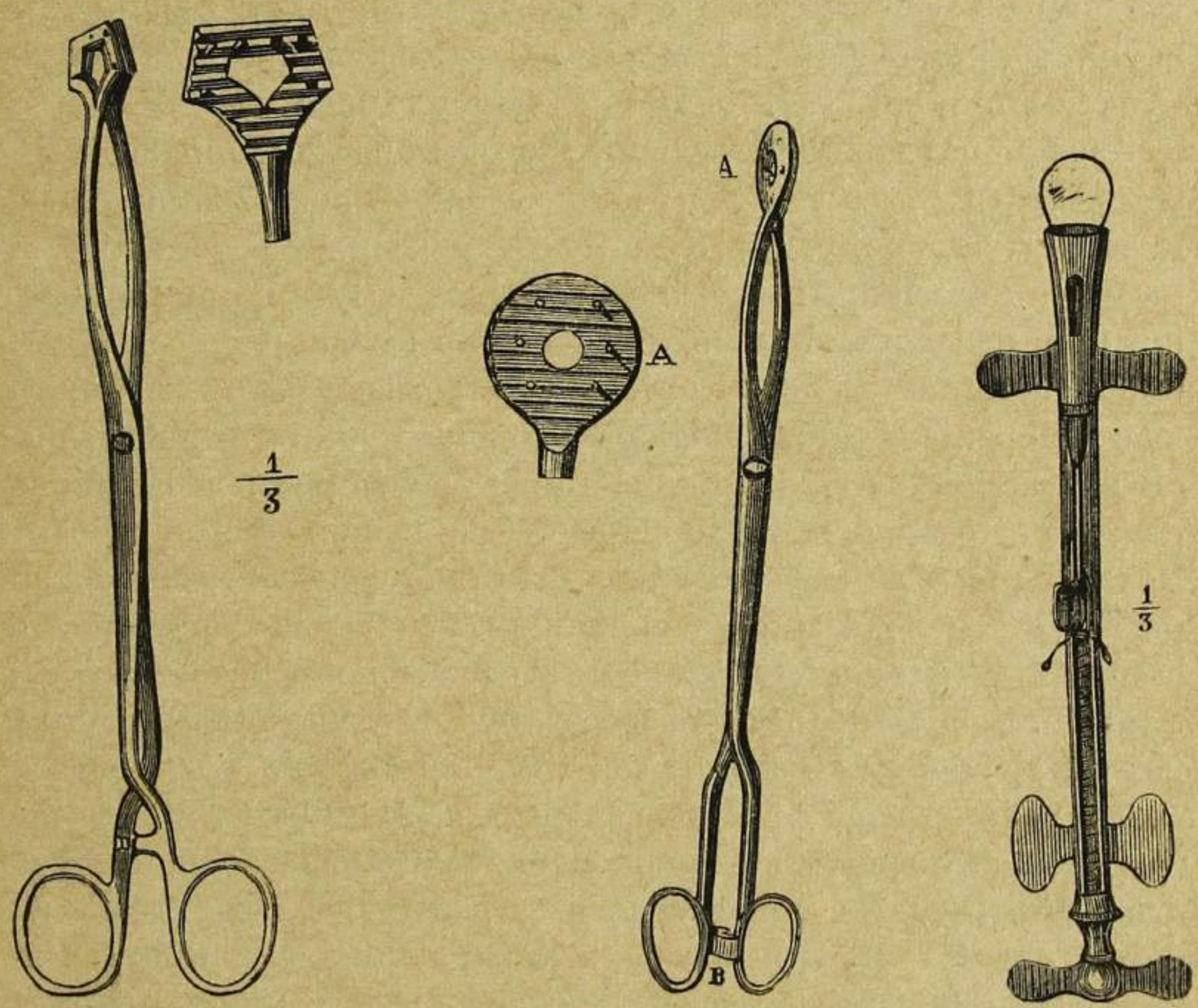


Fig. 5. *Fig. 6.* *Fig 7.*

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».

Atraido 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 traves del segmento del tumor, atraido 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 ovariotomía. 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 existan 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 ovariotomía.

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 trombósis 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 ovariotomía, 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.

Schrœder 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 implantacion del tumor es estrecho y muy poco vascular. Spiegelberg (*Nota bibliográfica núm. 1*) ha sido el primero que ha practicado la enucleacion 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 peritonítis de orígen 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, segun 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 despues, 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 cautchuc por debajo de los ovarios, seccionando luégo el fondo y la pared anterior del útero. Despues de la incision de la cápsula, el tumor, que se insertaba por una ancha superficie sobre la pared posterior, fué enucleado fácilmente; se practicó la oclusion de la envoltura del fibroma partiendo de la pared posterior del útero y aplicando suturas profundas; se practicó la reunion 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 ablacion de los dos ovarios, cuyo volúmen 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—amputacion supravaginal del útero.

¿Qué porcion del tejido uterino debe extirparse? Todo depende de la disposicion de la superficie de implantacion y de algunas otras circunstancias. Si, por ejemplo, no se extirpa más que uno de los ángulos del útero, apénas puede esperarse obtener una hemostasia completa si son muy vasculares los tejidos sobre los cuales se practica la seccion. Si se fija el pedículo fuera del peritoneo, la oclusion 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, podría 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 orígen 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, atraidos 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 entónces 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 aisla. Pasa entónces 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. Ademas, 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 constriccion 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 putrefaccion del pedículo. Aun empleando *clamps* ó magulladores de cadena redonda no se evita ninguno de estos inconvenientes. Ademas, 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.

Despues 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 seccion. La gran ventaja de este método radica en la seguridad y en la inocuidad de la accion 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 traccion, le hacemos disminuir de volúmen 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.

Ademas 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 hácia dentro por el pedículo uterino y hácia afuera por un cabo ligeramente atraido hácia 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 traves de la cánula de un trócar grueso. Pero el orificio hecho con este instrumento es ancho y se desgarra muy fácilmente, ó bien se observan hemorragias, porque entre los hilos existe un segmento que apénas 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-

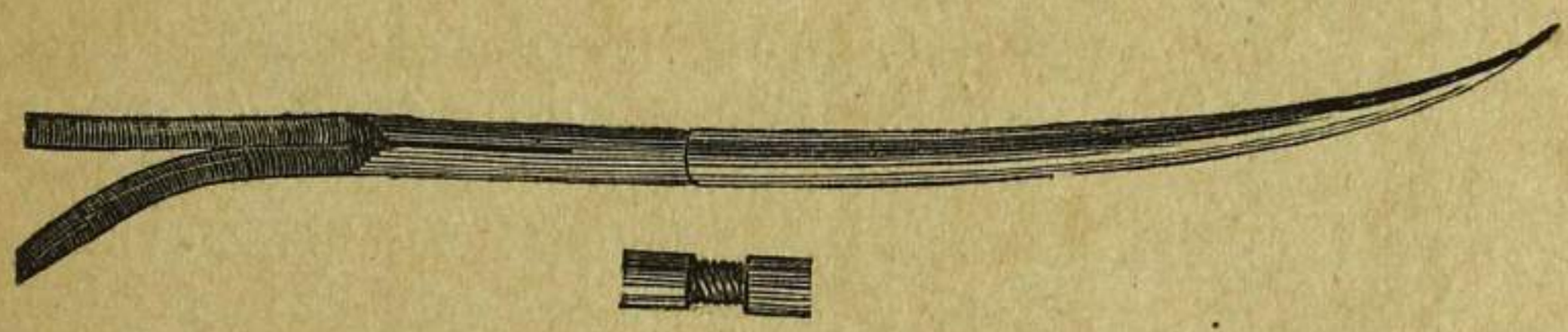


Fig. 8.

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 traves 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 reunen la una á la otra desde que ésta está provista del tubo. Durante la introduccion del intrumento (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 traves del pedículo y fácilmente pueden reconocerse la una y la otra de las extremidades del tubo.

Despues 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 boton. 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 comun 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.

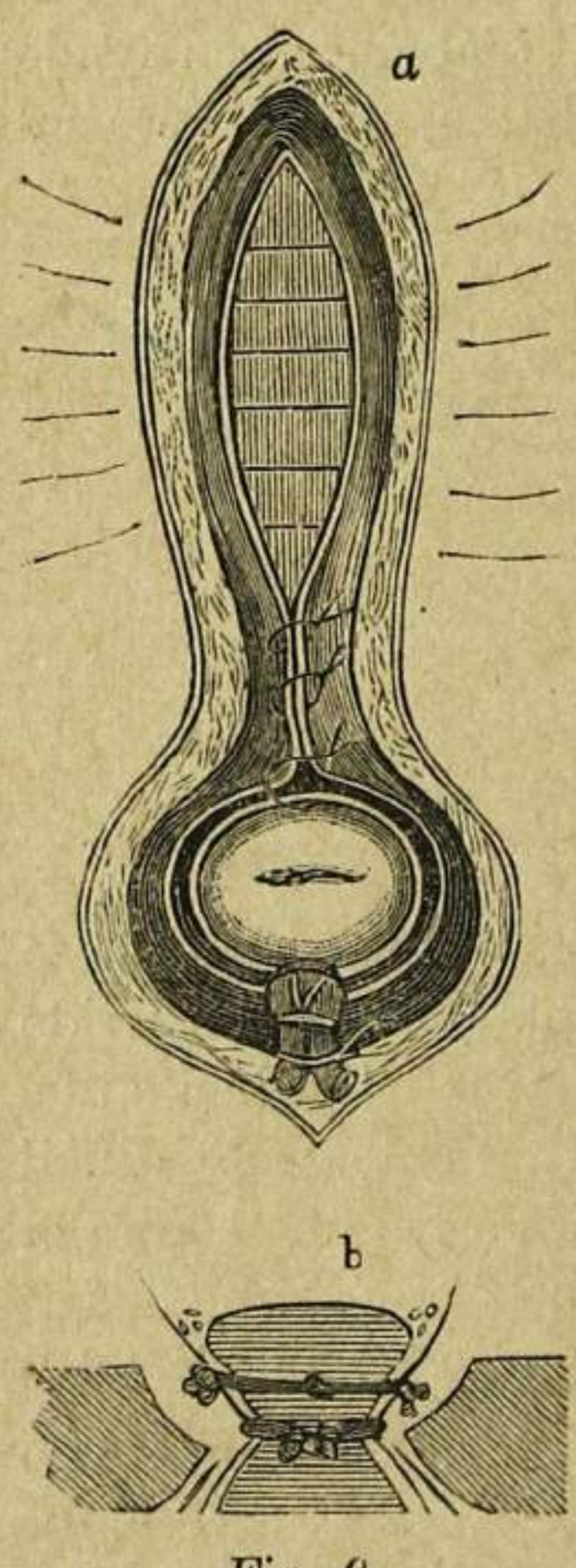


Fig. 9.

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. Luégo se pasa la aguja á 1 centímetro de la cara posterior del pedículo por detras 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, ademas, 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 extension el contacto de la serosa, si se dejan colocados los hilos que se han pasado desde el comienzo de la operacion en el ángulo inferior de la herida, y que ranversan hácia afuera el peritoneo. Si es preciso extirpar los ovarios, es necesario colocar su corto pedículo en relacion con la sutura precedente, de tal suerte que la herida que resulte de su ablacion 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 préviamente los haces vasculares; finalmente, deberá practicarse una cauterizacion profunda sobre toda la superficie de seccion con el termo-cauterio de Paquelin.

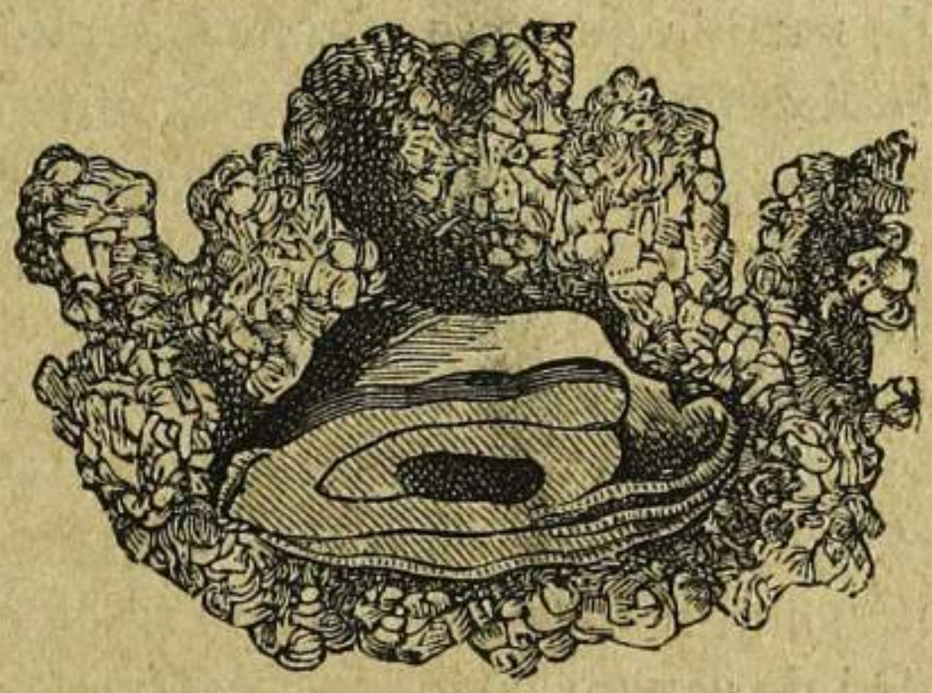


Fig. 10.

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 por 100, que se empapa con bolas de algodon. 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 algodon 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 algodon 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 sobrevenía más tarde en el pedículo. Kimball, Parkmann, Baker Brown y otros han perdido sus operadas por hemorragia interna despues de la caida de las ligaduras. En otros muchos casos el pedículo uterino es el punto de partida de una peritonítis séptica. Ya en 1874, Kaltenbach (*Nota bibliográfica núm. 4*) propuso, á fin de evitar la caida 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, Schrœder 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, Schrœder 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 manifiestamente del de Schrœder. 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. Allgec. Med. Zeit.*, 9 de Diciembre de 1879, pág. 537. *Seitzungs Bericht der Budapest kyl. 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 ovariotomía.

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 apénas basta para contener la hemorragia. Ademas, 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 desecarle 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 tambien, por lo tanto, producirse casi innecesariamente la putrefaccion. Finalmente, el pedículo uterino puede infectarse por la vagina, llegando los gérmenes á lo largo de la mucosa. Nosotros hemos visto muy frecuentemente derramarse hácia afuera, en los primeros días que siguen á la operacion, líquidos corrompidos por el conducto cervical (véase más adelante).

Merced á las modificaciones aportadas al manual operatorio, y mejor todavía merced á una buena eleccion de las sustancias que han de emplearse en la ligadura, pueden eliminarse los inconvenientes propios de la ligadura en masa.

Muchos cirujanos han creido en la posibilidad de poder apelar al tratamiento intraperitoneal del pedículo despues de haber colocado una ligadura elástica. Es indudable que de esta suerte puede obtenerse una hemostasia completa, pero los peligros debidos al volúmen y al estado del pedículo subsisten. Sin embargo, los hechos conocidos hasta la fecha, un caso desgraciado de Czerny, apénas permiten formular una conclusion formal y se precisa aún practicar muchas investigaciones y experimentos á este respecto.

Sin embargo, se ha realizado un progreso bien manifiesto practicando la sutura y recubriendo la herida uterina con el peritoneo despues 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 union con el útero, ó bien cuando los vasos estén muy desarrollados en el interior de los ligamentos. Cada puncion practicada con la aguja, cada desgarradura de un vaso, dan lugar á las hemorragias más terribles y la sangre viene á cubrir todo el campo operatorio, obligando á interrumpir las maniobras. Tambien puede observarse la produccion de hematomas subsèrosos muy extensos.

En un caso de operacion de fibroma, Schrœder 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 dia 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 áun 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 trasversalmente, 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 índole, 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 manifiestamente 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.

Schrœder (*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 hácia la excavacion vesico-uterina, que se encuentra en descenso. Cada hilo se dirige en seguida hácia 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 hácia adelante, atravesando los bordes laterales del cuello y haciendo el nudo como queda dicho más arriba, despues de haber reunido los hilos hácia 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 trasversalmente 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 aislan 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 líquido — 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 contínua 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 algodon 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. Deslizando 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 fístula 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 histerotomía, 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, miéntras hemos operado por el método de Péan, que del octavo al duodécimo día despues de la operacion se presentan síntomas más ó ménos 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 corazon, dispnea, 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 precaucion de no permitir á la enferma ningun movimiento, para evitar la desgarradura del pedículo.

En los casos normales las enfermas pueden abandonar el lecho ántes 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 accion del cloruro de zinc constituía el mejor medio protector contra la absorcion 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 aplicacion racional del método antiséptico y desde que se han aportado notables perfeccionamientos al manual operatorio. Sin embargo, la histerotomía es siempre una operacion mucho más grave que la ovariotomía. Los grandes peligros que acompañan á esta operacion dependen:

1.º De la imposibilidad de reducir el volúmen de los fibromas.

2.º De la rápida disminucion que experimenta la presion á que están sometidos los órganos abdominales despues de la ablacion de tumores voluminosos.

3.º Del gran desarrollo de los vasos.

4.º De la gran extension 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 compresion que están íntimamente ligados al desarrollo de estos tumores. Es indudable que son muy raras las adherencias, es indudable tambien que no se encuentran en los fibromas masas tan fácilmente corruptibles, pero éstas son condiciones que áun 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 *schoc* sobre todo eran considerados como la causa más frecuente de la muerte; ahora la operacion 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 extraido fuera del abdómen tumores muy voluminosos.

Howitz (*Nota bibliográfica núm. 1*) en dos casos ha visto aparecer fenómenos de *schoc* 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 Kœberlé 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 caida 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 caida de las escaras debidas á la compresion ejercida por los instrumentos. Péan ha visto, nueve días despues de la operacion, aparecer un hematocele 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 ovariotomía, tiene generalmente como punto de partida el pedículo uterino, porque comunmente no se encuentra en la cavidad abdominal ninguna porcion de líquido susceptible de corromperse.

Debemos, pues, fijar toda nuestra atencion en el pedículo uterino.

Si éste se introduce en la cavidad abdominal, es preciso que no se produzca ningun derrame de sangre ó de líquido en la superficie, oponiéndose á la introduccion 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 despues de la enucleacion de tumores intraligamentosos.

Entre los accidentes funestos que pueden sobrevenir despues de la histerotomía, citaremos la aparicion de exudados circunscritos en el peritoneo y la de trombósis 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 tambien 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 bronquítis capilar.

Billroth (*Nota bibliográfica núm. 6*), Péan (*Nota bibliográfica núm. 7*) y Hegar han observado casos de oclusion 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 tambien una estrangulacion del intestino debida á la compresion ejercida por los bordes de los ligamentos anchos, cuyo grado de tension es muy grande cuando se fija el pedículo fuera del peritoneo.

Péan (*Nota bibliográfica núm. 8*) y Wood refieren casos de perforacion intestinal (*Nota bibliográfica núm. 9*).

El tétanos ha sido observado por Chadwick (*Nota bibliográfica núm. 10*) despues 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 abdómen 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 despues de la histerotomía y que curó muy rápidamente seis semanas despues. La operacion había sido practicada poco tiempo ántes 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 tambien un caso en que era imposible á la enferma tenerse en pié. Algunos meses despues de la operacion, estos fenómenos desaparecieron gracias á la distension gradual de los tejidos que unían la cicatriz al pedículo uterino.

Hemos explicado anteriormente cómo el estado del aparato sexual (menstruacion por la pared abdominal, hematocele catamenial, embarazo extrauterino) dependía del procedimiento empleado durante la operacion (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 supuracion y la eliminacion del tumor hácia 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 luégo un trócar grueso en el tumor y le dejó colocado durante varios días, de tal manera que provocara la formacion 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 fístula 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 insercion de la pared vaginal, habiéndose extraido un solo ovario. Cincuenta y tres días despues de la operacion, la enferma, que hasta entónces 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 peritonítis. En el momento de la operacion, al romperse las adherencias, se había roto en tres puntos el tubo intestinal, habiéndose suturado la pared.

9) El día vigésimoséptimo despues de la operacion se produjo una perforacion intestinal que fué mortal rápidamente, habiendo sido hasta entónces normales las consecuencias de la operacion. Este accidente parece que debió ser atribuido á la compresion ejercida sobre el íleon 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*, sesion 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 resúmen.

Bardenheuer considera indispensable el empleo del desagüe peritoneal en las operaciones de fibroma, operaciones que practica segun 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 obstruccion 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 extirpacion 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. Geschlechtestheilen, Monatsschr. f. Geburtsk.,* XIII, pág. 418.

Hegar. *Tagbl. d. Innsbrucker Naturforscher vers.,* 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.*

Schrœder. *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.).*

Grünewald. *Arch. f. Gyn.,* XI, 3, *Zur operat. Behandlung der bosartigen Neubildungen, a. der Vag.-Portion,* etc.

Reichardt. *Die Amputatio colli uteri nach der Kœberle'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 había 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 habían 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 Grünewald, referidas por Gusserow, á los que hay que adicionar todavía 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 Schrœder 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. Cárlos Braun ha publicado 23 observaciones, en las cuales la recidiva no se había 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 apénas 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 Schrœder 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 incindir 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 mixoencondromas 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.

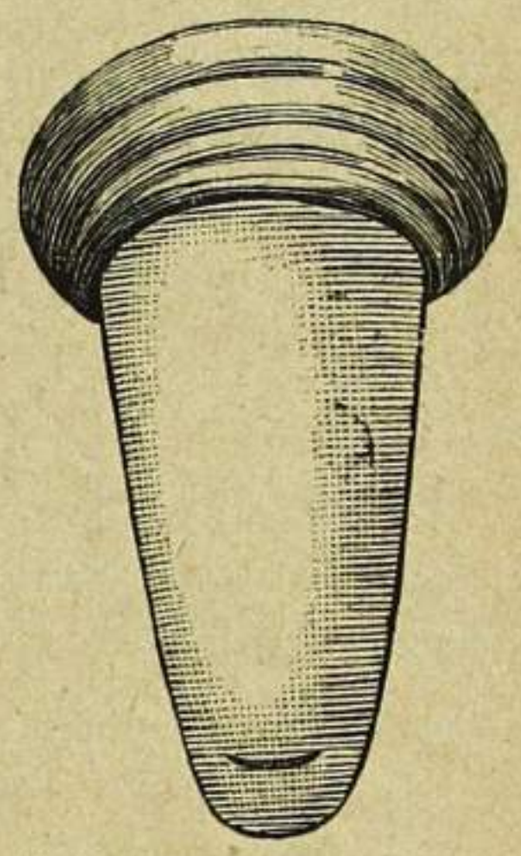


Fig. 11.

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 metrítis 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).

¿Qué longitud del cuello conviene extirpar? Todo depende de las indicaciones. Si la afeccion ó la deformacion se encuentran limitadas á la porcion vaginal, bastará hacer la seccion á nivel de los fondos de saco vaginales, practicando de esta suerte *la amputacion de la porcion 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 prolongacion ó la hipertrofia circular afectan igualmente la porcion supravaginal, será preciso practicar la escision cónica ó total de este segmento del útero; se practicará, en una palabra, *la escision cónica ó total de la porcion 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 cuestion 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 incision, 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 coloracion 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, ademas, en esta afeccion la diferencia que generalmente existe entre la superfie lisa del hocico de tenca y el aspecto rugoso plegado de la pared vaginal.

[En la décimaquinta sesion del Congreso de Nancy, celebrado por la Asociacion Francesa para el progreso de las Ciencias en Agosto de 1886, el Dr. Pamard (de Avignon) leyó una observacion clínica relativa á un caso de ablacion 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 operacion fué practicada por medio del asa galvano-cáustica, habiéndose extirpado 4 centímetros de tejidos, por cuya razon debemos suponer, aunque no consta en la comunicacion, 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 operacion ha dado orígen á muchas controversias. Hé aquí la descripcion 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 entónces 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 límite 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 objecion 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 áun suprimirlas.

PREPARATIVOS DE LA OPERACION

Es preciso tener dispuestos los instrumentos siguientes: un espéculo de valvas, separadores (*fig. 12*), erinas (*fig. 13*), bisturís rec-

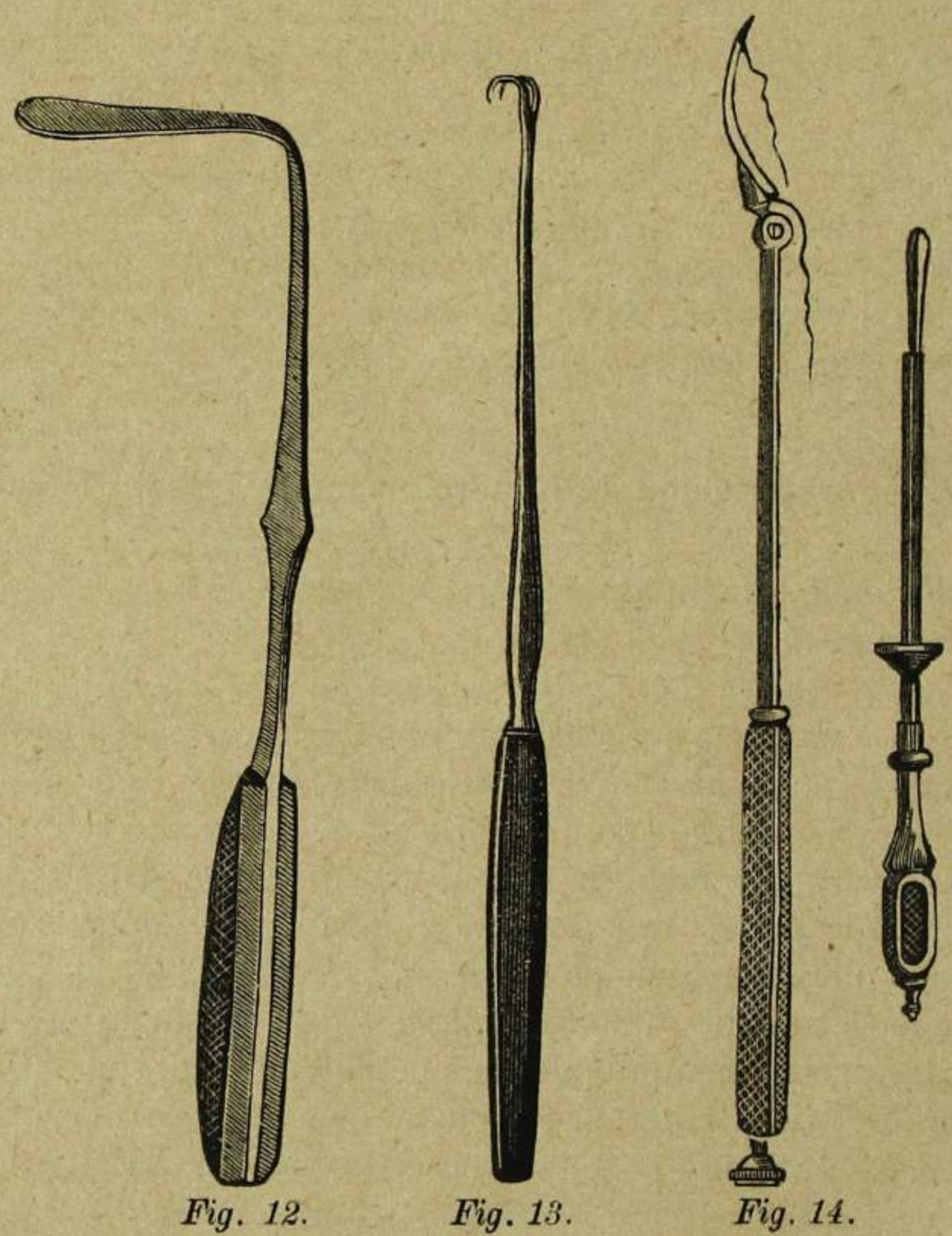


Fig. 12. *Fig. 13.* *Fig. 14.*

tos ó curvos sobre sus caras, bisturís lanceolados (Schrœder), tijeras de Cooper, agujas curvas y cortas, porta-esponjas, seda, hilos metálicos y un buen irrigador que permita lavar contínuamente el campo de la operacion.

Inmediatamente ántes 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 áun fuera de la vulva, ya cogiéndola con unas pinzas, ó ya por medio de un asa de hilo que atraviese 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 áun, 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 hocico de tenca, Kaltenbach 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 corromperían 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.

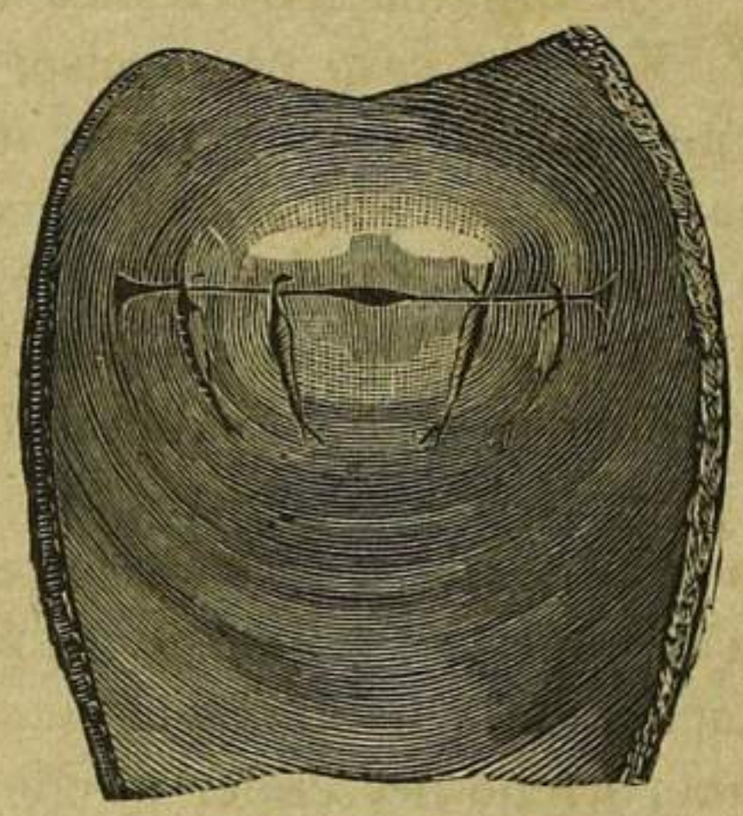


Fig. 15.

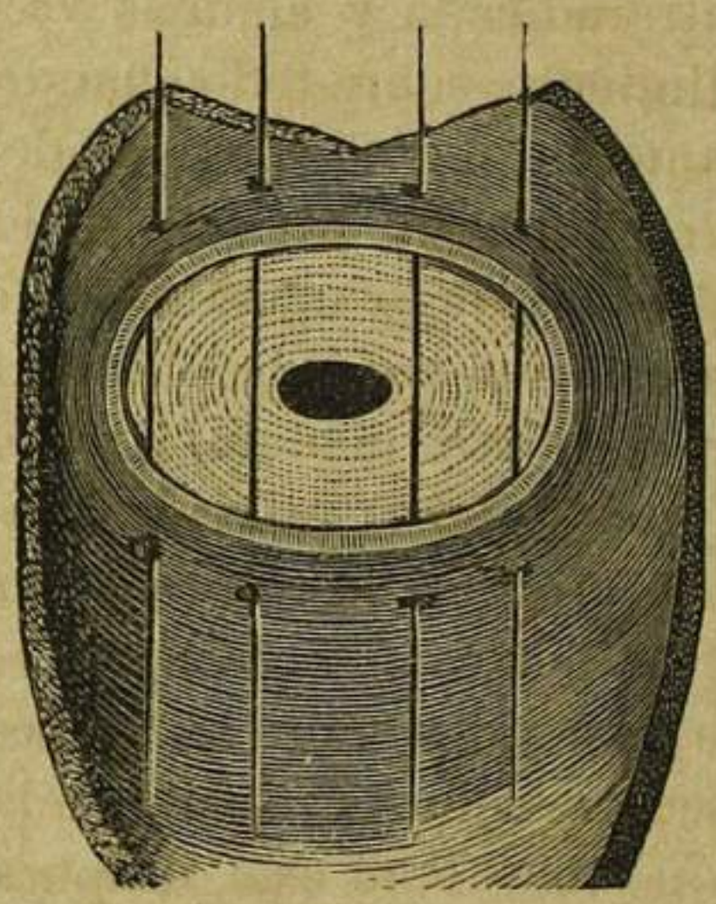


Fig. 16.

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 tambien, apénas 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

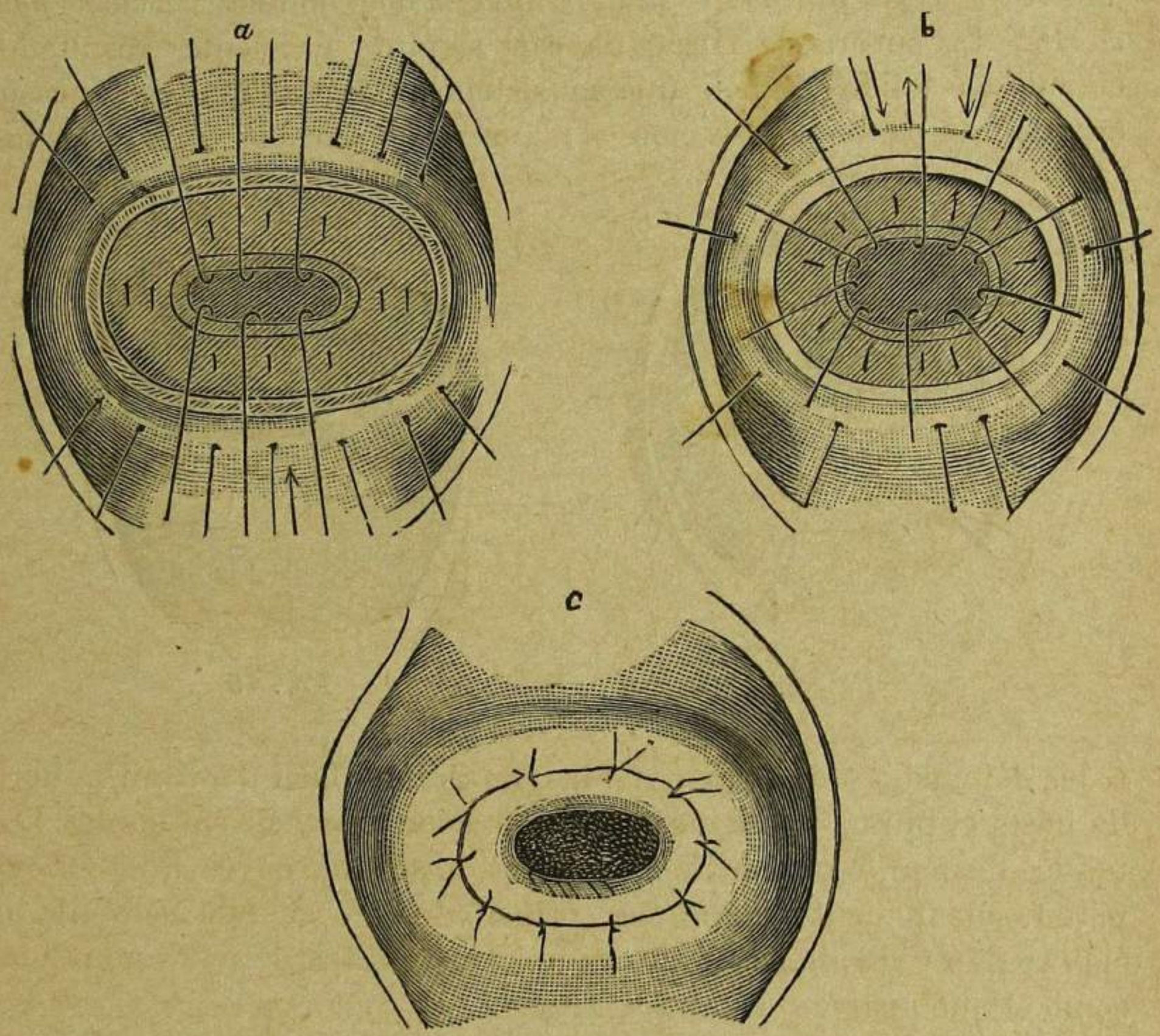


Fig. 17.

real. En él los hilos, dirigidos de delante atras, 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-

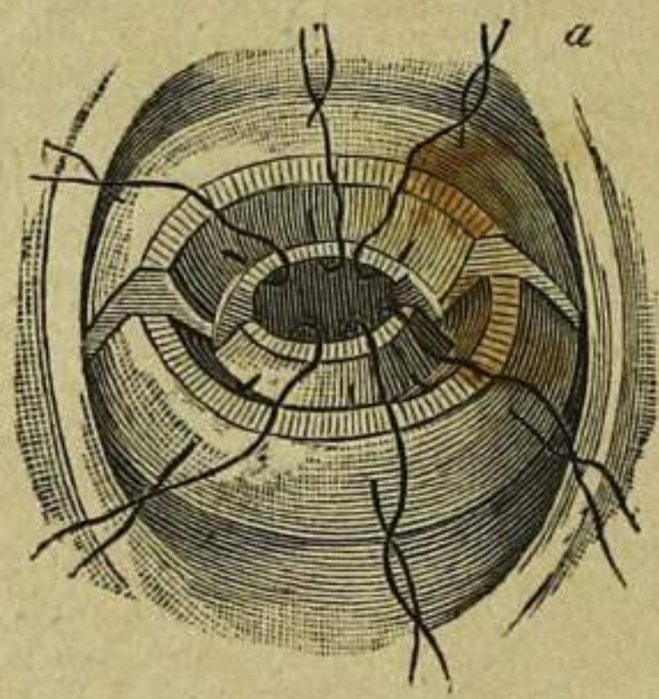


Fig. 18.

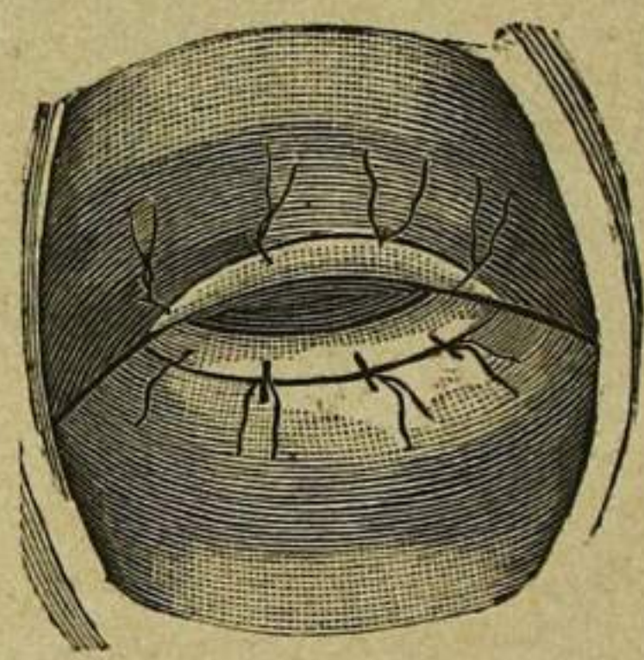


Fig. 19.

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 Marckwald (*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 desciendan notablemente los labios del hocico de tenca y ser atraidos 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, bastaría 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, ínterin 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 descienden 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 escindirse 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.

Schrœder ha preconizado un procedimiento especial para los casos de catarro antiguo del cuello. Se practica una escision trasversal, pero de modo tal que la base del cono extirpado sobre cada labio mire hácia 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, Schrœder, sirviéndose de un bisturí puntiagudo, practica sobre la mucosa del labio anterior una incision que llegue lo más alto que sea posible en la pared cervical, pudiendo desde luégo 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 hácia 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, Grünewald, 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 galvanocauterio.

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, apénas 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 Grünewald 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, Grünewald 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 fístula 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 comprofesores 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 áun 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 caida 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 estenósis y áun 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 batería 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 ademas 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 creido 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 atraidos hácia 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 insercion de los fondos de saco vaginales, ha sido colocada sobre la pared vaginal invertida (*Nota bibliográfica número 6*). Desde luégo 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 traves de la porcion supravaginal del cuello dos agujas curvas dispuestas en cruz y no aplicar el asa galvano-cáustica hasta que quede terminado este tiempo de la operacion. Operando de esta suerte, no solamente se dota al asa galvano-cáustica de un punto de apoyo, sino que la fuerte curvadura de las agujas permitiría practicar una escision 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 entónces (*Arch. f. Gyn.*, t. IV, pág. 361) que si con el asa galvano-cáustica se hacía la ablacion de una inversion, el muñon tenía la forma de un cono cuyo vértice quedaría dirigido hácia abajo, y la porcion extirpada quedaría notablemente excavada. Esta disposicion parece ser debida á la manera de apretar el asa y al grado de calor del hilo.

5) Cuando la aplicacion del asa ofrece dificultades muy grandes á causa del volúmen del tumor que rellena la vagina, Spiegelberg aconseja extirpar fragmentos del tumor dirigiendo la incision de abajo arriba. En seguida se puede extirpar cómodamente el resto de la porcion vaginal.

6) Véase Simon: *Operationem an den Weibl. Sexualorganen. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Franenkrarkheiten,* 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 trasversalmente 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 medían 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

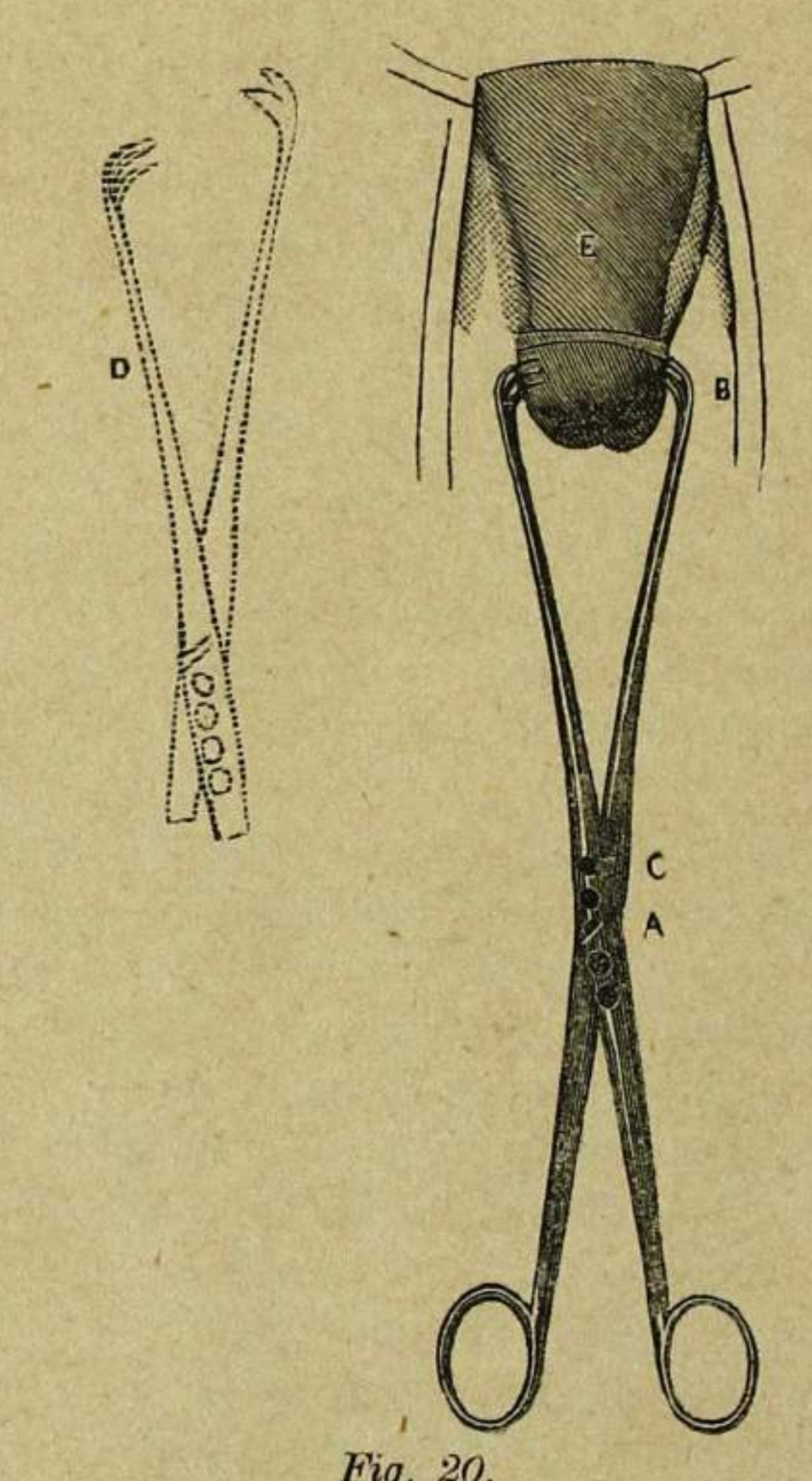


Fig. 20.

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 incinde el tejido del cuello, dirigiéndose oblicuamente hácia arriba y hácia adentro, hácia 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 hácia adelante, si la hemorragia es excesi va, 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.

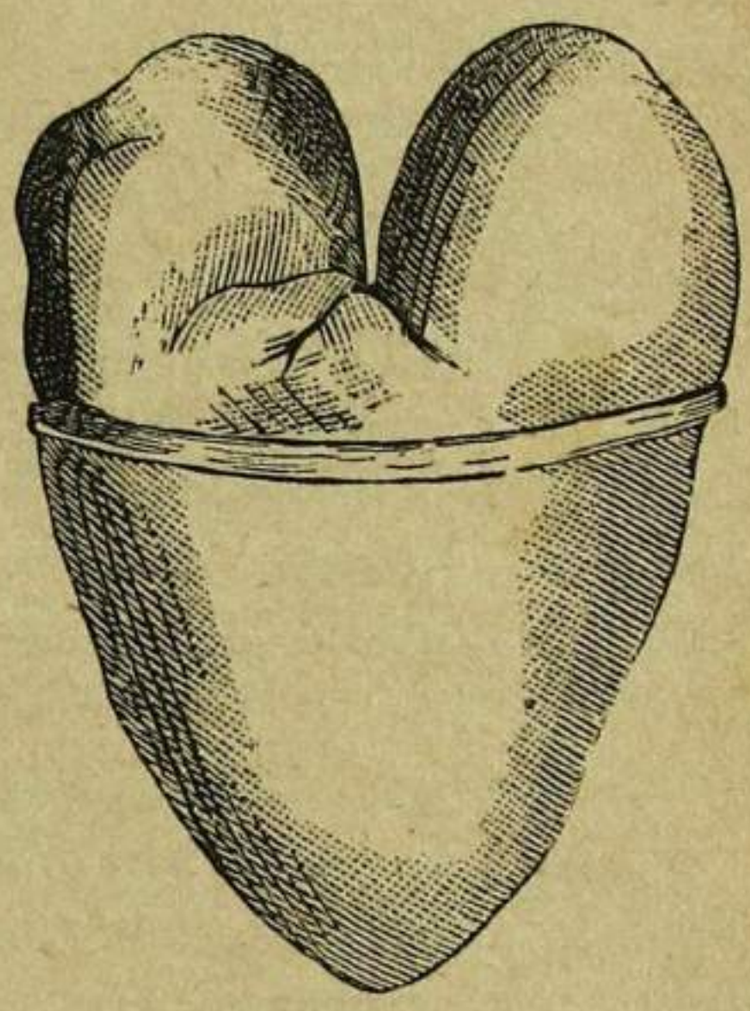


Fig. 21.

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, Schrœder 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 áun 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 neoformacion, se introduce en el fondo de saco anterior una aguja fuertemente encorvada que se hace salir por el fondo de saco posterior despues de haber atravesado el tejido celular periuterino. Estos dos hilos, despues de haber sido ligados, permiten que desciendan cómodamente el fondo de saco vaginal y el útero; ademas se aplican como ligaduras sobre las ramas inferiores de las arterias uterinas y servirán de suturas profundas cuando se haya seccionado completamente el cuello. Se fijará éste por medio de una pinza-erina y se incindirá 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 aisla con el dedo ó con el mango de un escalpelo, cortando con el bisturí los tejidos resistentes y los vasos.

Cuando se ha abierto por detras el peritoneo que tapiza el repliegue de Douglas, se sutura la herida así producida con catgut ó con seda fina, y cuando se ha aislado el cuello hasta un punto suficientemente 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 atravesando 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 acumulacion 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 considerable, 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 prolapsada, pudiendo, con el fin de que esta ligadura no se deslice, fijarla por medio de otros hilos de seda que pasen á traves de la pared vaginal en inversion. Si esta maniobra fracasa, se atraviesa el tejido celular 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 medía 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.*, 1880, 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 Schrœder 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 había sido abierto el repliegue de Douglas, una enferma de Schrœder 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 trombósis venosas, los nódulos inflamatorios que tienen su asiento en el tejido celular pelviano, los flemones difusos y las peritonítis generalizadas.

Entre las causas de muerte cuya frecuencia es rara despues de la amputacion del cuello, señalaremos el *trismo* y el *tétanos*. Schrœder 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 había 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 pertenecian á Langer. De aquéllas, en 39 se había recurrido al galvano-cauterio, en 17 se había apelado al bisturí, aplicando ó no suturas, y en 4 casos se había empleado el magullador. En este número hubo 5 casos de muerte por *schoc*, 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 sutura.

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.

Grünewald (*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, Schrœder (*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, Schrœder (*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 amputacion supravaginal es operacion 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 reproduccion.

Esta opinion 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.]*

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Schrœder (*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 fur Geb.*, t. VII Las operaciones de que aquí se trata no son en manera alguna escisiones totales del cuello en el sentido que Schrœder atribuye á esta palabra.

6) El caso de tétanos señalado en la estadística de Mœricke (*Zeitschrift fur 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 INSERCION

Artículo 1.º — Amatomía patológica.

Deberá reservarse la enucleacion por las vías genitales para los tumores del útero que no habiendo contraido 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 comun 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 orígen 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 áun 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-

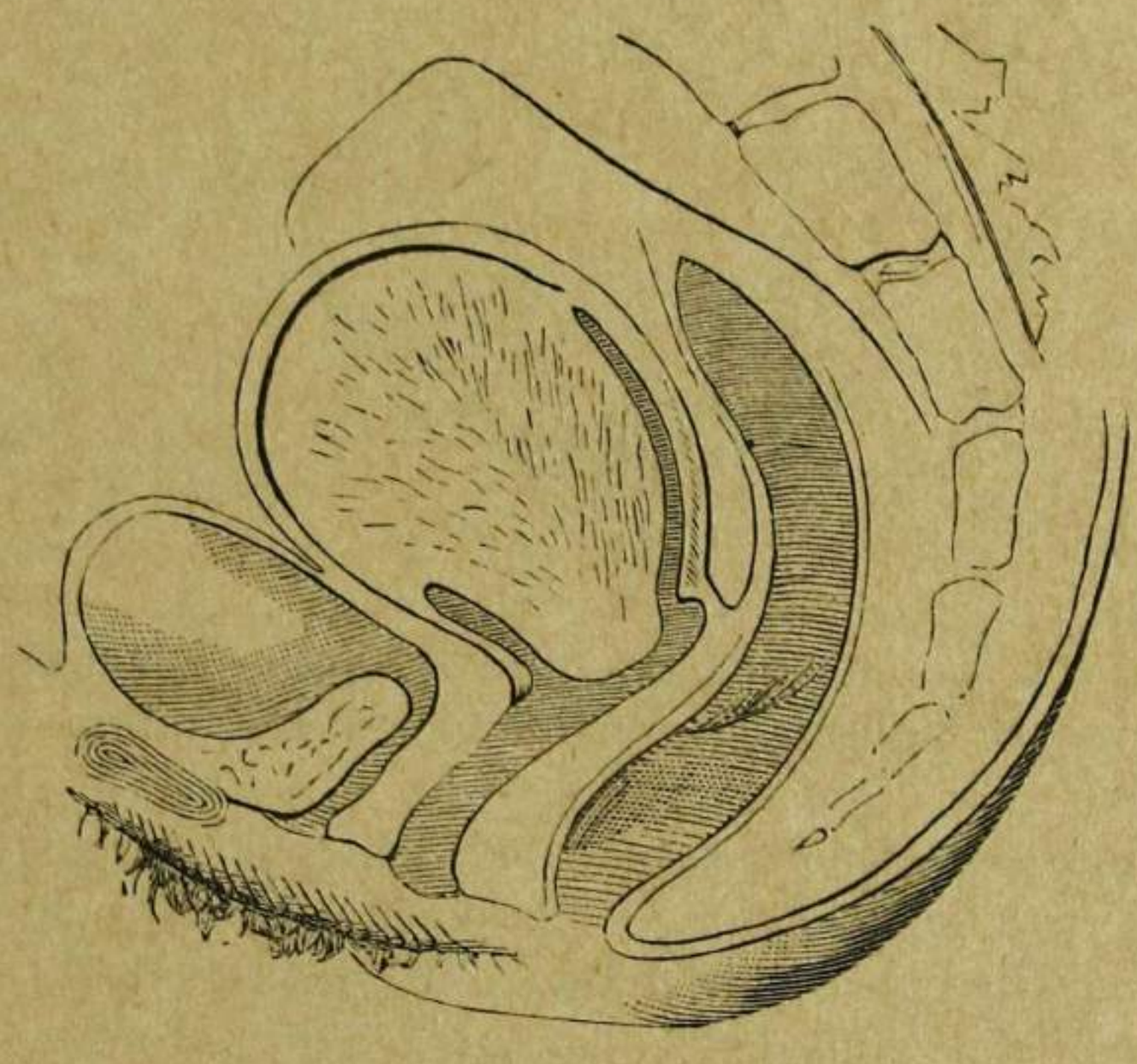


Fig. 22.

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 traves 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 traves 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

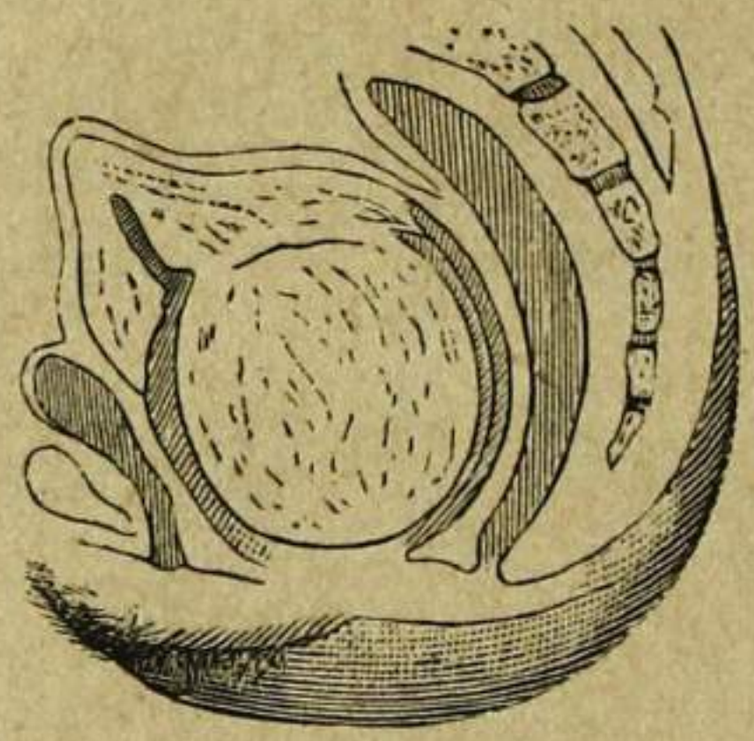


Fig. 23.

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 máximum ofrecen la disposicion figurada en el grabado 22. Podrían fácilmente confundirse estas producciones con tumores de la vagina, cuando no puede apreciarse detras de ellos un repliegue bien manifiesto indicando el reborde del cuello y mostrando el orígen 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 pedículo. 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 denudada 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,* París, 1842.

Jarjavay. *Des opérations de corps fibreux de l'utérus,* París, 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., París, 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 tenía 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 volúmen no excediera del de un huevo de ave. Entre los cirujanos alemanes que más frecuentemente han practicado esta operacion citaremos: Cárlos 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 Schrœder y las de nuestra clínica merecen una gran atencion. Jakubasch refiere que de 11 operaciones practicadas por Schrœder, 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 áun 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 Ljocic 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 apénas 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 oponía al encajamiento de la cabeza. Danyau (*Nota bibliográfica núm. 2*) practicó durante el parto la enucleacion de un mioma que tenía 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 desciende 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 mínimum 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 bisturí 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 cuerdamente 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 impediría 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 aisla 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 difícil cuando el tumor ha contraido adherencias íntimas 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.

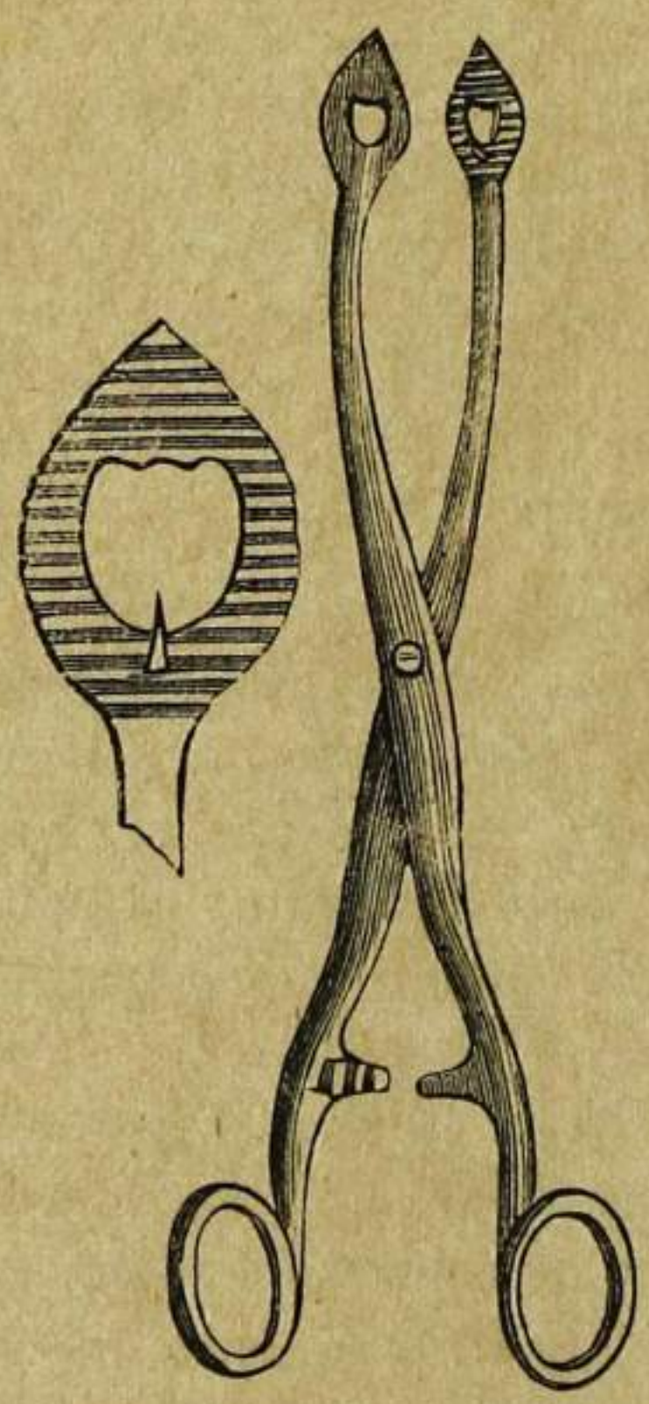


Fig. 24.

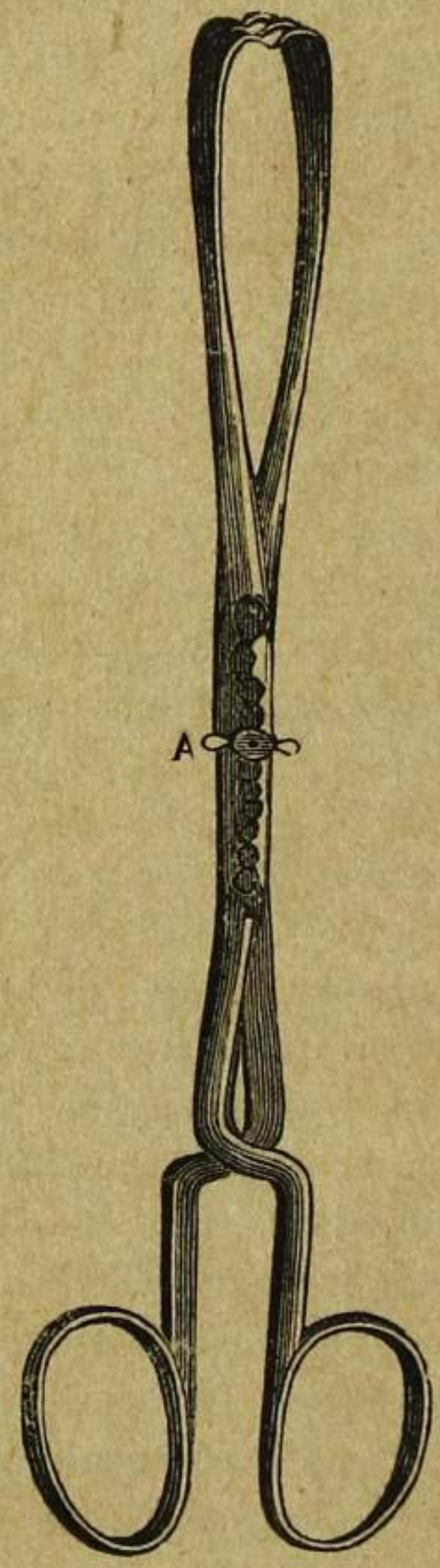


Fig. 25.

Miéntras 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 extraidos 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 num. 4*) recomienda que se recurra, cuando se trate de un mioma que presente una ancha superficie de insercion, á una cuchara de bordes dentados y de cara externa convexa. Los dientes de sierra están dispuestos de tal suerte que, áun 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 Cárlos 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 nú dulos 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 insercion 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 resecar 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 necrósis 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 creido 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 cortantes 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, ademas, saber que la necrósis 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 pedículo (*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 galvano-cáustica 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, Kaltenbach 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 peritonítis de orígen séptico (*Nota bibliográfica núm. 11*).

Si el tumor ofrece un volúmen poco considerable, si no se adhiere íntimamente 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 límites 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. Cárlos 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 auptosia 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. Ademas 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 resecarse 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 trombósis 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 règlas 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 putrílago, 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 trombósis que tienen asiento en las venas de la pelvis y de los miembros inferiores, trombósis 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 escalofrío. Cinco días despues tenía una trombósis 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 cardíacas, 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 órden 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 peritonítis 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 cuestion 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 *destruccion parcial, segmentacion del tumor*. Este autor incinde desde luégo la cápsula y aisla 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 peritonítis.

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 Cautery 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 tambien papilomas bien pediculados.

En cuanto á los sarcomas y á los cancroides 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 áun 20. Cuando estos tumores adquieren un volúmen tan considerable, franquean el cuello, llenan toda la cavidad pelviana

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 áun 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 describían 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 ½ 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 apénas 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 ofrecía 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. Hecho esto, se atrae suavemente hácia 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.

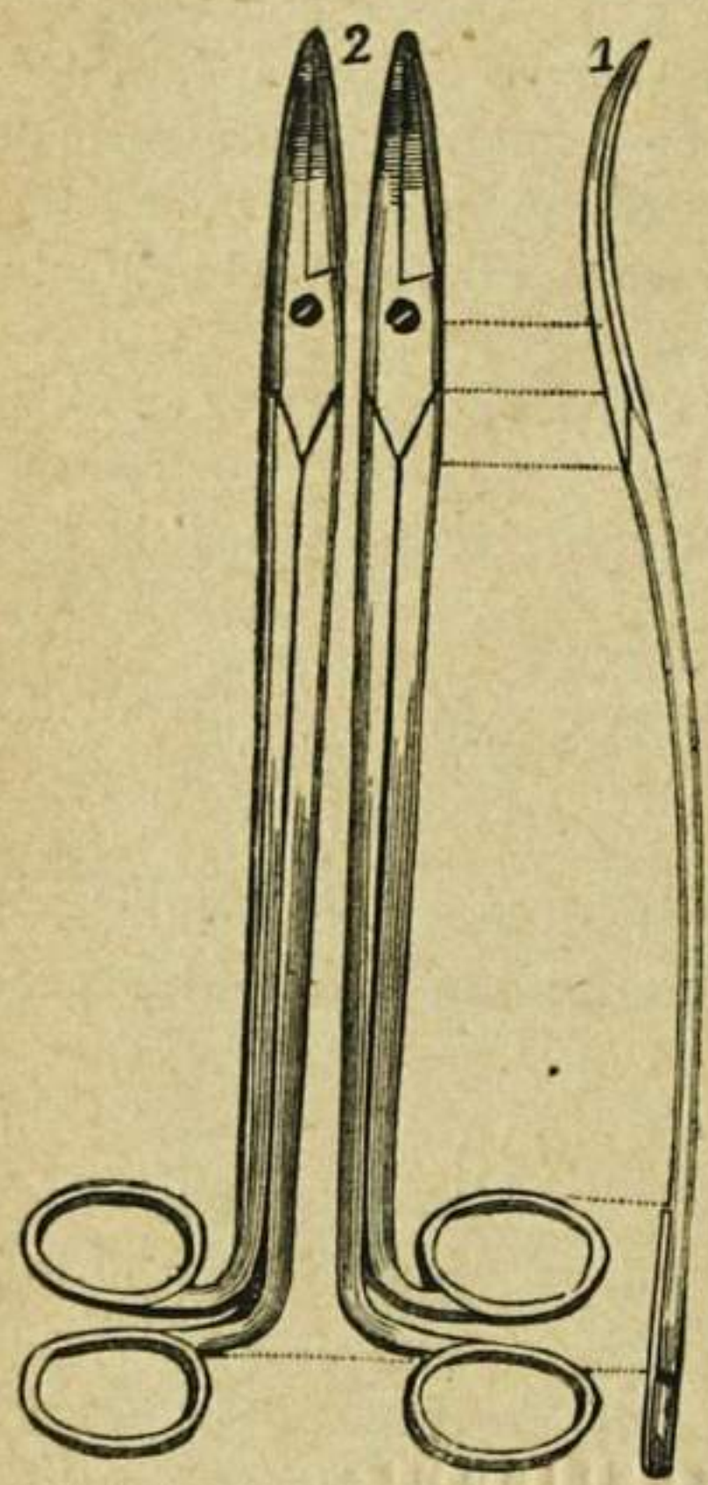


Fig. 26.

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 áun en los casos en que el tumor intrauterino es poco voluminoso. Ya dejamos dicho que para los pólipos de gran volúmen 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 compresible.

Nosotros preferimos desde luégo 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 mital 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 duracion 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 volúmen 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 áun, 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 disolucion 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 operacion 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 extraidas 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 desdeñarse, 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 Bœckel 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 forzadamente 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 practicadas 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. Geburtsch.*, 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 objecion 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 modificacion inútil, porque el tumor no deja de entrar en putrefaccion.

Añadamos, finalmente, que la ligadura no pone al abrigo de hemorragias abundantes (Meighs) ni del tétanos (Porter Smiht).

La situacion 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 putrefaccion. 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 inversion uterina practicando con un forceps de tocólogo la extraccion 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 peritonítis.

3) Kaltenbach hizo la extirpacion de un pólipo glandular que presentaba un volúmen 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 volúmen; bastó un corte de tijera para penetrar en las cavidades y obtener así una disminucion 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 gynéc.*, 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 thérap.*, Agosto 1846, y *Union méd. de Paris*, 1850, 1-8 Junio.

Simon. *Beitrage zur Gebh. u. Gyn.*, I, 1872.

Olshausen. *Arch. f. Gyn.*, VIII, pág. 97, 1875.

Schrœder. *Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.*, t. I, pág. 189, *Das Adenom des Uterus.*

Bischoff. *Die sogenannte Endometritis fungosa, Vortrag in d. Med Gesellsch. von Basel*, 1.º Noviembre 1877.

Prochownik. *Volkm. klin. Vortr.*, núm. 193, *Ueber Auskratzung der Gebarmutter.*

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, legrarla 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 legracion 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.

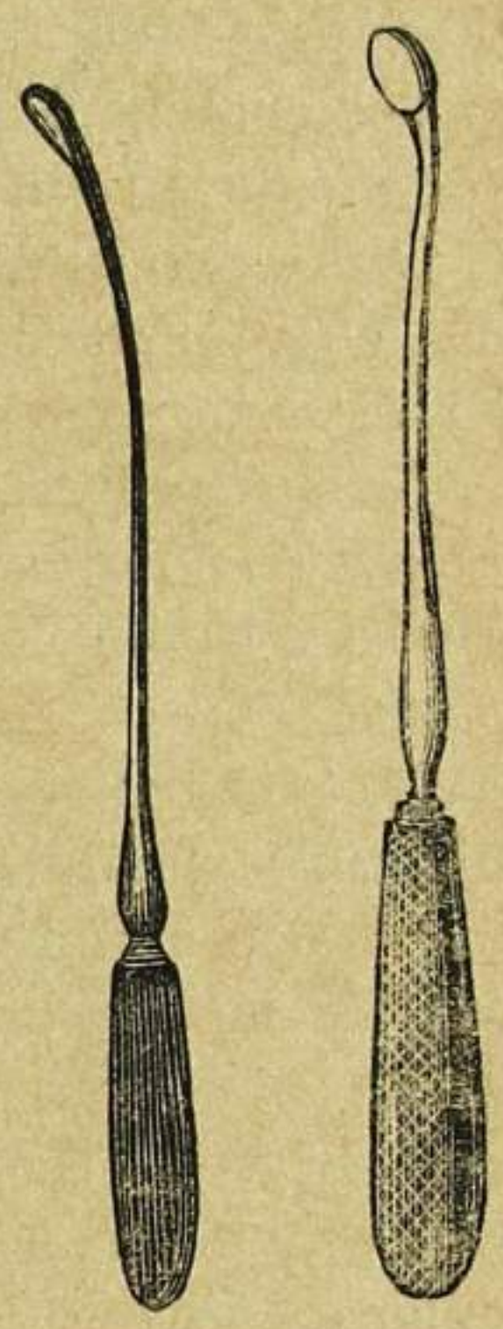


Fig. 27. *Fig. 28.*

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

al estado que Olshausen ha descrito con el nombre de endometrítis 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 endometrítis 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 trasforma frecuentemente en verdadero tumor, en adinoma difuso ó circunscrito (*Adenoma polypossum* de Schrœder, *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 endometrítis 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 Ætiologie 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 endometrítis 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 metrítis 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 separár fácilmente de la pared uterina, en tanto que si el instrumento se dirige hácia una region sana, no encuentra ningun 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 degeneracion. Estos tejidos son duros y oponen tambien una gran resistencia al instrumento.

Es preciso prolongar la legracion hasta el momento en que se ha conseguido dejar una superficie bien lisa y hasta que han sido extraidos todos los tejidos que ha sido preciso extirpar. En cuanto se llega á 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 sensacion, y entónces 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 legracion 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 despues de un aborto. En este último caso es preciso atribuir este accidente á la destruccion de coágulos que obstruían los vasos de la túnica interna del útero engrosada y prominente.

El dolor es por lo comun 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 operacion, 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 solucion fenicada del 5 al 10 por 100. Nosotros hoy completamos toda operacion de legracion uterina con la cauterizacion de la cavidad de la matriz. Este procedimiento nos permite, no sólo destruir los restos de los tumores y los colgajos de mucosa que despues de haber sido desprendidos en parte permanecen en la cavidad del útero, sino tambien para provocar las contracciones del músculo uterino, lo cual puede ofrecer grandes ventajas cuando las paredes de este órgano son laxas y despues del aborto, por ejemplo, en cuyo último caso la cauterizacion activa la involucion de la matriz. Si en nuestra práctica vemos

tan rara vez que recidive la endometrítis fungosa, áun 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 metrítis 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 algodon 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 hémos 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 contraindicacion 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 antiséptico, 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 peritonítis por perforacion. Bischoff observó tambien la peritonítis 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 endometrítis 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 Ætiologie 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 fur Gynäk.*, 1878, núm. 6.

7) *Archiv. fur 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 volúmen, 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.

Cárlos 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 áun 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 él 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. Spœth (*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 síntomas 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 áun 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 extraido 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 peritonítis, 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 traves de la pared posterior de la vagina para alcanzar el tumor y provocar de esta suerte la necrósis 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 luégo 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 enuclearle sin dificultad alguna porque no estaba adherido á su cápsula sino débilmente. El fibroma fué extraido 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 puerpuerio 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 creido 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.

Nœggerath. *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 escision).

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 - cáustica).

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. *Cincinnat. 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 Lageveranderungen 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 ménos 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 presentarían 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 áun 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 contínuamente 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 Schrœder, con una pinza de Museux.

Para practicar la reposicion puede elegirse uno de dos métodos:

1.º Pueden reducirse desde luégo 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, Nœggerath).

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 hácia 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 hácia 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 retraido 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 áun 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 despues de una hemorragia, está flácido. De esta suerte han podido curarse inversiones que databan de doce, quince y áun cuarenta años (Nœggerath, 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 háce más fácil. Con el mismo objeto aconseja Fritsch arrollar alrededor de la porcion ranversada las vendas de cautchuc 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 ménos 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 presion 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 reduccion no se puede obtener sino un resultado incompleto; se puede, por ejemplo, reducir el fondo del útero hasta á nivel del orificio externo, pero no se puede ir más allá. Los cirujanos han recurrido á multitud de procedimientos á fin de no perder nada del resultado obtenido. Unos han recomendado con este objeto suturar los labios del cuello por debajo de la porcion reducida (Emmet y Stevens); otros han propuesto aplicar á la vagina un tapon elástico. Tyler Smith ha introducido en la práctica un procedimiento cuyo valor ha sido experimentado: la combinacion de la reduccion normal con el taponamiento consecutivo de la vagina. Muchas veces, merced á este procedimiento se ha visto al útero, que no estaba sino parcialmente reducido, recuperar espontáneamente su forma; esta reduccion ya es indolora ó ya va acompañada de dolores análogos á los de parto. En otro caso pudo hacerse fácilmente la reduccion del útero, ántes irreducible, despues de haber hecho durante largo tiempo el taponamiento. Tyler Smith refiere la singular observacion de un caso en el cual practicó el amasamiento del útero durante diez minutos cada día, aplicando despues de cada sesion un pesario de aire de Gariel. Al cabo de ocho dias se observó que aparecían violentos dolores durante la noche, y la inversion desapareció espontáneamente. West ha visto hacerse la reduccion sin dolor despues 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 reduccion (Kroner — *Nota bibliográfica núm. 2*).

La distension de los fondos de saco vaginales y la separacion de las paredes del cuello provocan la contraccion del útero y de las fibras musculares que se le adhieren, y de aquí los dolores que las enfermas experimentan. En segunda línea viene á colocarse la compresion directa ejercida por el aparato sobre el fondo del útero en inversion.

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 ménos activos y más peligrosos que el *colpeurynter* los aparatos rígidos construidos por el modelo de los pesarios, aparatos formados por un boton 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 presion permamente sobre el fondo del útero invertido, en tanto que el mango se encuentra fijo á un cinturon abdominal por un vendaje en T ó á un aparato elástico (Lawson Tait). Tambien se ha propuesto aumentar la presion por medio de un resorte.

Estos aparatos no pueden ejercer una presion útil sobre la inversion sino haciendo sobre la pared de la vagina una traccion extremadamente viva y contusionando la pared uterina. Cierto es que no faltan trabajos acerca de los buenos resultados que han dado, pero es imposible soportarlos mucho tiempo porque provocan inflamacion, gangrena por compresion y fiebre intensa. Prael ha visto despues de la segunda aplicacion de un instrumento de forma de huevera sobrevenir una peritonítis mortal al cabo de dos días. Thomas (*Nota bibliográfica núm. 3*) ha propuesto un método especial que despues 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 inversion. Durante la operacion se produjo una desgarradura de la pared vaginal y despues una hemorragia interna y extraperitoneal. Sin embargo, la enferma curó. En un segundo caso operado de esta manera la enferma sucumbió de una peritonítis.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Simpson recomienda el decúbito genu-pectoral á fin de utilizar la presion negativa que existe entónces en la cavidad abdominal merced al decúbito. Sin embargo, es difícil vigilar el fondo del útero á traves 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 Schrœder, de Grassi, d'Albie, de Tyler Smith y de Courty.

3) *Diseases of Women*, 3.ª edicion, 1878, pág. 434.

Art. 4.º — Ablacion de la parte invertida del útero.

Muchas inversiones uterinas resisten, cuando son antiguas, á los métodos de reduccion 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 entónces que subsisten con la misma intensidad todos los accidentes debidos á la inversion, y la ablacion de la parte inverti-

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 volúmen 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 hemiplegia 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 pólipo. La constriccion se hace insuficiente con rapidez, lo que se comprende fácilmente dado el volúmen 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. Ademas de los peligros inherentes á la existencia de este foco gangrenoso, se observan frecuentemente los fenómenos de *schoc,* 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 aparecían 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 debía 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 direccion oblicua. Tan es así, que la herida que resulta no es plana, sino prominente y cónica. Por tanto, si despues de la ablacion desaparece la inversion del cuello, la escara no se encuentra dirigida hácia la cavidad peritoneal, sino hácia el conducto cervical.

Fig. 29.

Spencer Wells practica la ablacion del útero en inversion empleando el termo-cauterio de Paquelin. Practica la escision despues de haber introducido á traves 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 escision. Cuando se opera de esta suerte, para obtener la hemostasía 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, ántes que ningun otro cirujano, Kaltenbach (*Nota bibliográfica núm. 4*). Si la inversion es considerable, si el útero avanza notablemente en la vagina, se pasarán de atras adelante, á traves de la porcion invertida, cuatro ó cinco hilos de metal ó de seda. El segmento del útero que no ha sido extirpado puede fijarse sólidamente desde luégo con estas suturas, y se puede impedir que estos órganos, así como los ligamentos anchos, se inclinen hácia el peritoneo. Una vez aplicados los hilos, se reseca con el bisturí ó con las tijeras la porcion 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 direccion trasversal. Operando de esta suerte se cruza con más seguridad la direccion de los vasos. Antes de practicar la escision se puede aplicar alrededor de la porcion in-

vertida una ligadura elástica, siendo entónces 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 fístula útero-abdominal, que era posible todavía reconocer con la sonda mucho tiempo despues de la operacion (*Nota bibliográfica núm.* 5);

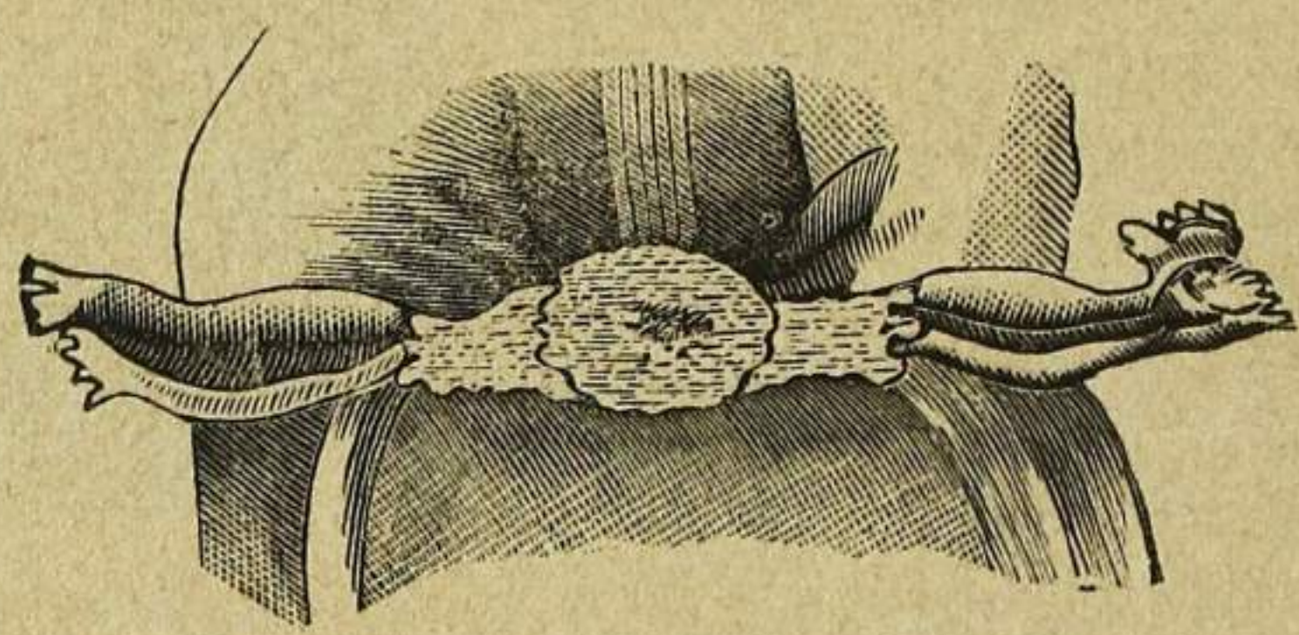


Fig. 30.

pero si se trata de una inversion de orígen 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 prolongacion 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 apénas la tendencia á la reinversion espontánea (*Nota bibliográfica núme-*

ro 6). Bajo este punto de vista, la ligadura elástica no da mejores resultados (*Nota bibliográfica núm. 7*). Kaltenbach 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 necrósis, 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 traves 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 *Centralblat 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 fístula útero - abdominal, Bandl refiere el hecho segun le observó en la clínica 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 peritonítis purulenta.

7) Véase Kroner. *Arch. f. Gynäk.*, t. VI, pág. 233. En dos casos observados en la clínica de Spiegelberg no se produjo ninguna obliteracion aunque permaneció aplicada una ligadura elástica cuatro y áun ocho días des-

pues. En el primer caso se observó que la herida, llena de mamelones carnosos, se volvía hácia 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 anteflexion.*

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 anteflexion (?) 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 hácia 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 anteflexion, modificando la maniobra operatoria, que trasformó en trasplantacion 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 síntomas 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 anteflexion (?), 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. Miéntras 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 anteflexion 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 anteflexion uterina complicado con una metritis y con una ovarítis 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 orígen 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 insoportable. El cuello del útero estaba inclinado hácia la derecha; el fondo de este órgano, en retroflexion, se inclinaba hácia la izquierda, y se podía percibir por el fondo de saco izquierdo un tumor movible del volúmen 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 hácia adelante de la herida abdominal y resecó con tijeras la mayor parte del ovario izquierdo, cuyo volúmen 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 hácia 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 anomalía 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 aisla en el conducto inguinal por medio de un tallo romo de marfil. Basta ejercer tracciones sobre estos ligamentos para ver dirigirse hácia

adelante el útero que se halle en retroflexion. Se reseca entónces la porcion de estos ligamentos que ha sido atraida 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) *Mitheilungen 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. Centralblat,* 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.,* 2ª 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. Mémoirs,* pág. 149.

V. Haardtmann. *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.

Peaslee. *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 estenósis 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 estenósis 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 estenósis debemos colocar el engrosamiento y la proliferacion de la mucosa, la endometrítis crónica y la metrítis. Estas afecciones pueden por sí solas provocar síntomas semejantes á los que acabamos de dejar señalados al ocuparnos de los casos de estenósis 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 estenósis y los fenómenos de que acabamos de hablar. Sin duda alguna, se ha observado que faltaba la dismenorrea en ciertos casos de estenósis 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 estenósis 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 separa 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?

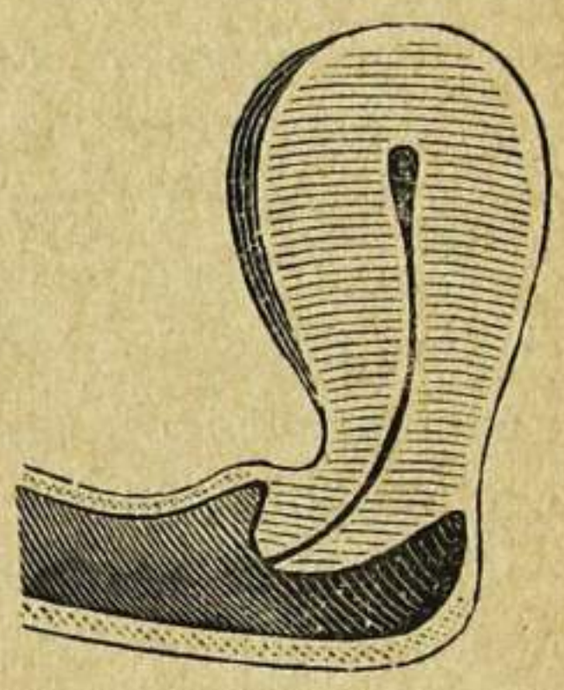


Fig. 31.

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 endometrítis 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 dismuye 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 estenósis 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 esperma; 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 legítimo no tener en cuenta aquí 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 esperma, 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 interticiales disminuian 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 creia 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 apénas 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 Haardtmann, 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 peritonítis 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-

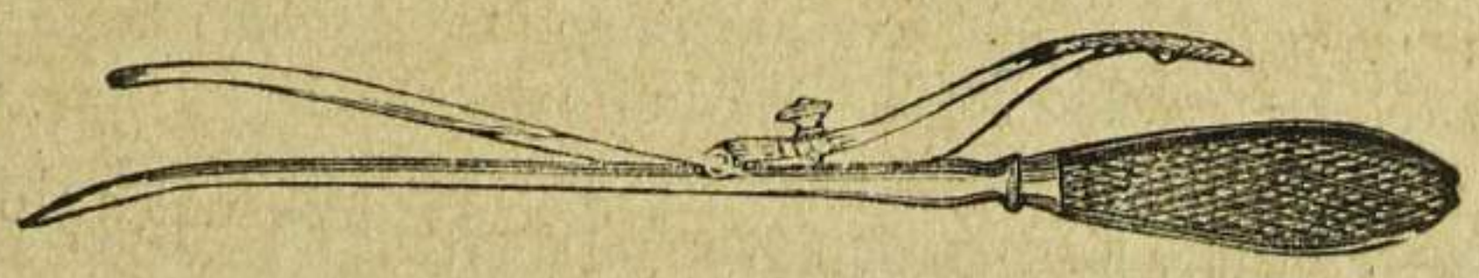


Fig. 32.

nen la forma del bisturí, pero que ofrecen una construcion 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 Simpsom (*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 presion sobre el mango se hace salir esta última y se la separa de la otra á una distancia conveniente, de tal suerte que merced á un tornillo puede dejarse fijo el instrumento en esta disposicion. Excusado nos parece añadir que esta lámina de acero tiene su borde cortante dirigido hácia afuera.

Se introduce el instrumento cerrado y luégo se le retira despues de haber hecho salir á la rama cortante de manera que se practique una incision en las paredes laterales del cuello al sacar el instrumento. El uterotomo de Simpson no permite hacer más que una incision cada vez. Greenhalgh le ha modificado añadiéndole una segunda lámina (*fig. 32*), por cuya razon se realiza el acto operatorio de un solo golpe bilateral, haciendo inútil la introduccion 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 dilatacion 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 incision es demasiado profunda. Se sabe que la incision debe estar dirigida de tal manera que el conducto cervical quede más ancho hácia el orificio externo que hácia el orificio interno; ahora con estos instrumentos la incision ofrece iguales dimensiones en toda la longitud del conducto y no es más profunda hácia 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 tambien no caer en el extremo opuesto, porque entónces el orificio interno quedará más distendido de lo que es necesario y podrían herirse vasos voluminosos á su nivel, ocasionando peligrosas hemorragias. Finalmente, abstraccion hecha de este peligro, es preciso temer accidentes tardíos, porque estando destruidas las fibras musculares circulares, las fibras longitudinales, á la accion de las cuales viene á agregarse la traccion ejercida por los ligamentos útero-sacros y vesico-uterinos, harán movible de tal suerte el conducto cervical, que sus paredes podrán invertirse, ranversándose hácia 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 vérsele 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-

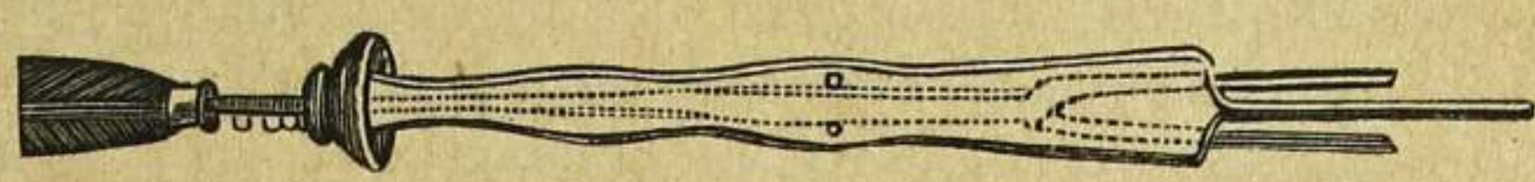


Fig. 33.

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

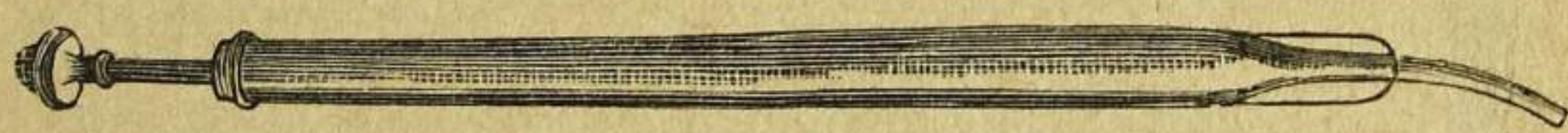
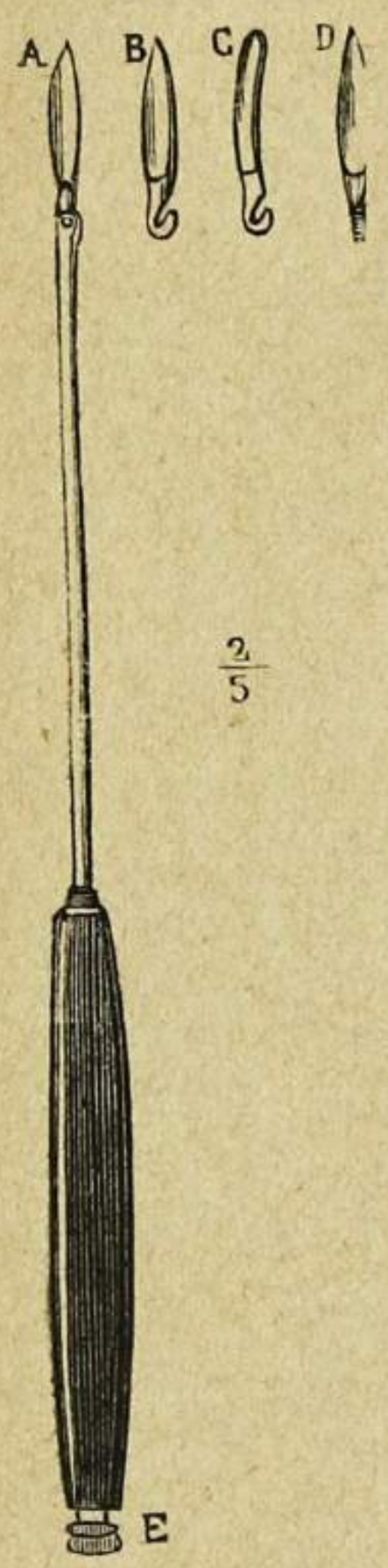


Fig. 34.

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 bisturí 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 metrotomo de Sims á traves del orificio interno, incindimos este anillo con un herniotomo ó bien con un bisturí de boton y de hoja muy estrecha.



$\frac{2}{5}$

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 metrotomo 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 sería 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 incindirá 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 incindir 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 incindido 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 reune 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 fría, 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) podrían 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.*, 1.ª 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 hácia adelante.

3) Simpson embadurna la herida con percloruro de hierro. Cárlos 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 aquí 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 mantenían 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 estenósis 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 traves 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 lanceolados 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 áun 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 período menstrual, debiendo en ocasiones atribuirse á lesiones de la herida de orígen infeccioso. Nosotros hemos observado una hemorragia extremadamente grave en una mujer que, segun los anamnésticos que despues nos suministró, pertenecía á una familia hemofílica (*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 parametrítis ó de peritonítis. Esta última es una complicacion muy de temer cuando se haya recurrido á la esponja preparada. En 1872 perdimos nosotros una enferma afecta 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 peritonítis 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 Kaltenbach 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 ántes 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 peritonítis, 2 de hemorragias graves y 6 de parametrítis. 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 parametrítis graves.

NOTAS

1) Andrejew ha propuesto practicar la dilatacion del conducto cervical ántes 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 anteflexion, 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 cohibió rápidamente durante la operacion. 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 exudacion 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 coloracion normal; pero poco á poco se hizo cada vez más flúida, llegando á no ofrecer tendencia alguna á la coagulacion. 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 menstruacion se presentó seis semanas despues 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 comun, se obedece en este caso á una indicacion errónea.

CAPÍTULO XI

SUTURA DE LAS DESGARRADURAS ANTIGUAS DEL CUELLO.—OPERACION DE EMMET (HISTEROTRAQUELORRAFIA)

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 Cervicalrisse. Centralbl. f. Gyn.*, 1877, número 13.

Howitz. *Gyn. og. obst. Meddelelser.*

Spiegelberg *Ueber Cervicalrisse, 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 acarrean las desgarraduras.

Las desgarraduras del cuello pueden ser más ó ménos bilaterales. Pueden avanzar hasta el nivel de los fondos de saco vaginales y áun pueden traspasar este límite. En estos casos la desgarradura está limitada por una cicatriz que tiene su asiento en el tejido celular periuterino.

Por poco que descienda el útero, los labios del hocico de tenca se ranversan hácia 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 parafimósis.

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 podría 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 Kaltenbach

(*Nota bibliográfica núm. 1*), se practica la sutura inmediatamente despues de la produccion de las desgarraduras profundas del cuello. Obrando de esta suerte, no solamente se luchará contra las hemorragias y la infeccion séptica ventajosamente, sino que se evitarán las alteraciones ulteriores de las paredes cervicales.

El manual operatorio de la operacion 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 operacion, una trenza metálica que rodea la porcion vaginal y cuyas extremidades se fijan á una cánula ó bien á un resorte, de suerte que pueda atraérselas á traves 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 tension. Desde hace algunos años, Emmet cree que las inyecciones de agua caliente bastan para limitar la pérdida de sangre durante la operacion. Miéntras que un ayudante pone en tension los labios del hocico de tenca, el operador incinde 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. Hácia el fondo de saco vaginal es preciso no incindir muy profundamente, porque el bisturí opera entónces muy cerca de las arterias. Segun 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 porcion vaginal. Se pasarán luégo á cada lado tres ó cuatro hilos de plata que se anudarán de tal suerte que sus extremidades vengan á caer á la vagina. Como la operacion 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 cocaina, porque á pesar de que la operacion es poco dolorosa, la cocaina — 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 décimocuarto.

Segun Mundé, en 250 operaciones no ha habido que deplorar más que un caso de muerte por peritonítis y otro de celulítis 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 fístulas urinarias (véase más adelante), no se avivan los labios del cuello ántes 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 orígen 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.]*

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. Medelelser*, I) han recurrido con éxito á la práctica de Emmet.

APÉNDICE Á 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 Sänger).

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 repeticion, 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 infundíbulo-pelviano 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 tambien que el pedículo de los tumores paraováricos puede sufrir una traccion segun 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 disposicion que nosotros hemos observado á consecuencia de fenómenos inflamatorios de orígen puerperal.

No es indiferente, bajo el punto de vista operatorio, reconocer con certidumbre el orígen paraovárico de un quiste. La puncion 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-

cion. Una vez abierta la cavidad abdominal, podemos tambien reconocer claramente la disposicion 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 hácia abajo truncando el color azulado ó blanquecino de la pared del quiste. Entónces se reconoce la ancha insercion 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 puncion 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 luégo á recurrir á la extirpacion; pero la mayor parte de las veces se ha hecho inmediatamente la extirpacion porque se ha creido 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, segun lo prueba la observacion 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 enuclear con facilidad ordinariamente. Despues de haber incindido el peritoneo que les recubre, se les punciona, y basta una simple traccion 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 puncionar previamente el tumor, porque cuando cede la tension de sus paredes disminuye el calibre de los vasos que penetran en la cápsula. Una vez extraido 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 porcion 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 enucleacion 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 enucleacion la hemostasia no es perfecta, deberia 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 órden puramente operatorio, no deberá extraerse el ovario sino cuando esté enfermo.

La enucleacion 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 peritonítis.

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.

Credé (*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 establecía 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 ilíaca: el útero se encontraba fuertemente propulsado hácia abajo en direccion á la pelvis; se trataba de una nulípara 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 Sänger, *loc. cit.*, pág. 284.

8) *Die Drainirung d. Peritanealhohle*, 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 afeccion 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

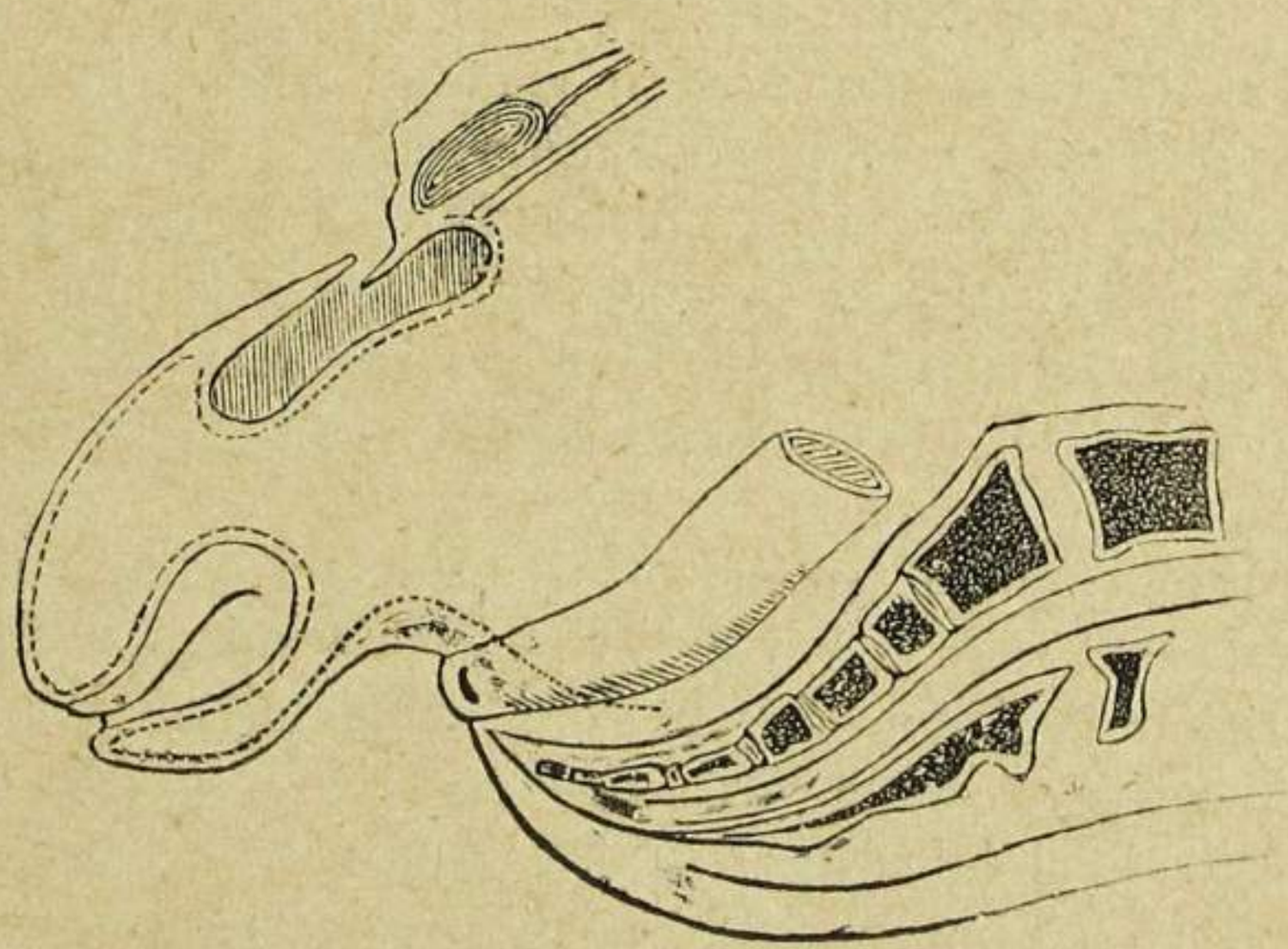


Fig. 36.

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 áun 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 orígen 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 laparotomía, 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 cautchuc.

Cuando existe un derrame sanguíneo 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 ascítis, 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 líquido derramado, punto que no ha sido estudiado hasta aquí 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, ademas 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. Abdominalhohle vom Scheidengewolbe aus. Zeitshr. 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 hácia 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 ovariotomía, incindió la pared posterior de la vagina, que estaba fuertemente propulsada hácia adelante por el líquido ascítico.

3) Tambien 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 duracion 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 entónces 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 intoxicacion séptica, siempre que pueda alcanzarse el absceso por la vagina ó por la pared abdominal. En todos los demas casos será preferible esperar la reabsorcion ó la abertura espontánea por fuera ó en la cavidad del recto.

Si se trata de derrames sanguíneos enquistados (hematocele retrouterino), la intervencion 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 séria 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 ademas 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 hácia 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 orígen 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

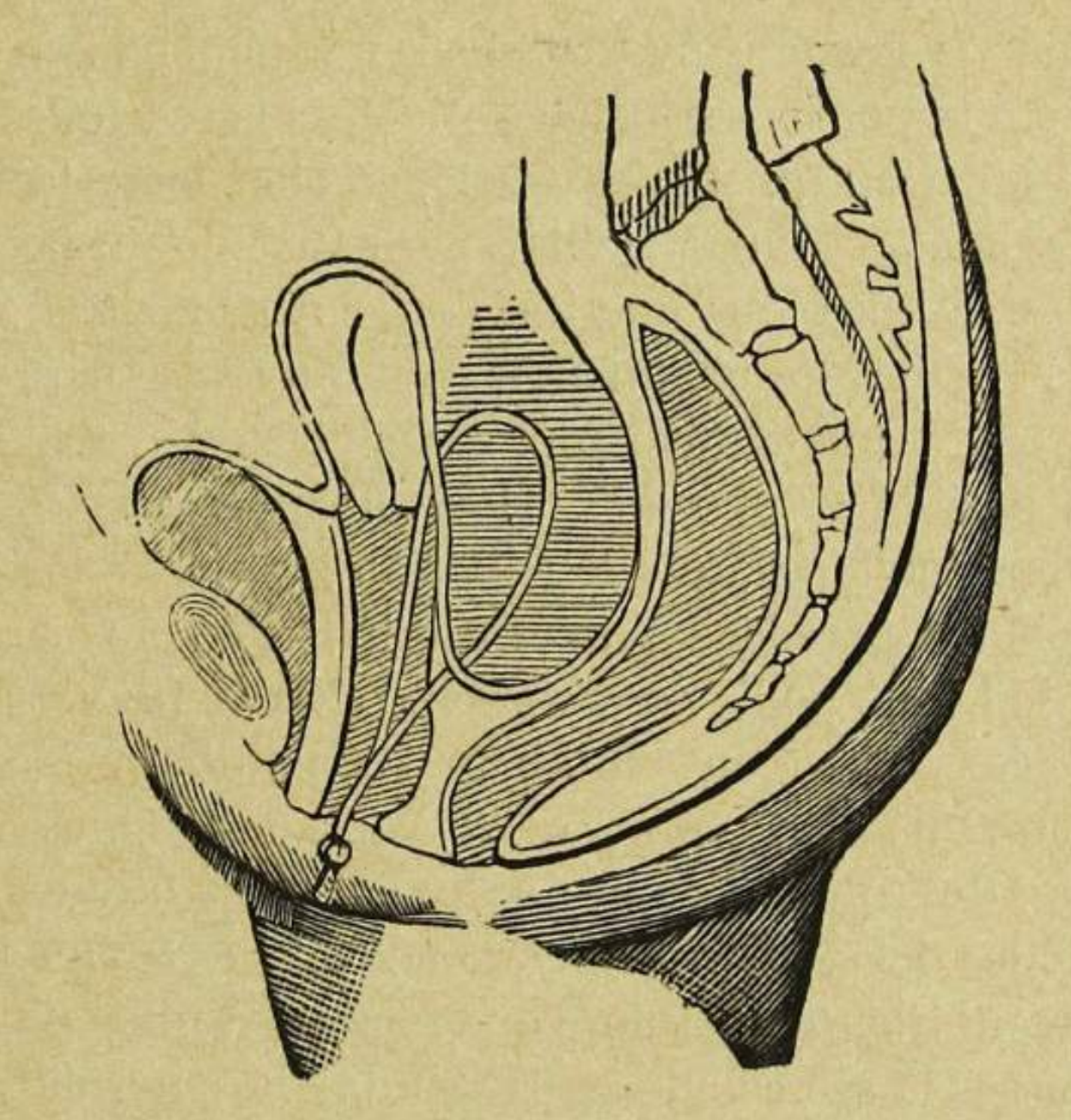


Fig. 37.

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 peritonítis 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. Hácia abajo el saco estaba limitado por los órganos pelvianos, que se adherían los unos á los otros, y hácia arriba y hácia 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 trócar 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 tísis, 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 ilíaca. 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. Apénas 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 orígen 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 íliaca, 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 luégo la aponeurósis del gran oblicuo, despues las fibras musculares del pequeño oblicuo y del trasverso, y por último la *fascia trasversalis.* 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 disecará 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 luégo 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 áun 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 áun cuando la acumulacion de pus se encuentre situada bajo el peritoneo que tapiza el segmento inferior de la excavacion, no es di-

fícil 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 peritonítis. En este caso, en efecto, el peritoneo se hace fuertemente adherente á los tejidos que tapiza y se desgarra 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 peritonítis, 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 luégo 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 apénas 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 salpingítis. 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. oberrheim Aerztetag*, 1881.

3) Tambien 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 áun 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 descripcion 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 íliaca penetrando por la gran escotadura ciática, á traves 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 abdómen. 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 lábios 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 ademas una cánula de cristal á la cavidad. Al principio hizo durante muchos días 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 volúmen 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 cordon 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 categoría 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 Ginecología operatoria, razon que nos obliga á adicionar 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, París, Noviembre 1844.
Schultz. *Traité des déplacements de l'utérus*, París, 1851.
Aran. *Traité des maladies des femmes*, París, 1858.
Medical Press and circular, 1872.
Tillaux. *Traité d'Anatomie topographique*, París, 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. *Glascow 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.

Bristish 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 Ginec.*, 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 Gynécologie,* 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 sazon no encontró mucho eco la operacion propuesta por Alquié, pues sólo se la encuentra ligeramente citada en algunos tratados especiales como maniobra operatoria de dificilísima 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 sérias 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 caida 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 descripcion del acto operatorio, hecha por el autor: «Se trataba de un prolapso uterino. Yo incindí 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 orígen á la muerte en ningun caso la operacion de Alexander, pero sí ha sido seguida en algunos de peritonítis circunscritas, septicemias ligeras, erisipelas, celulítis 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, sí 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 áun 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	—	—	»
Burton.	15	—	—	»
Gardner.	9	—	—	1
Smith.	1	—	—	1
Zeiss.	1	—	—	»
Sinclair.	1	—	—	»
Mundé.	6	—	—	5
Allau.	1	—	—	»
Reeves.	1	—	—	»
Adams.	3	—	—	»
Duplay.	2	—	—	»
Duncan.	4	—	—	»
Tait.	1	—	—	»
Polk.	10	—	—	2
Heywood Smith.	1	—	—	»
Keith.	1	—	—	»
Croom.	1	—	—	1
Paris.	1	—	—	1
Deloris.	1	—	—	»
TOTALES.	143			27

Manual operatorio. — Colocada la paciente en decúbito supino, y previamente anestesiada, se fija á traves de la piel el anillo inguinal externo. Se practica despues una incision con el bisturí 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 aisla 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 contínuo 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 resecándole 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 ligamentosredondos 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 operacion 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. Verkümmerung u. Verdoppelung d. Gbm.*, Wurzburg, 1859.

Puech. *De l'atrésie des voies genitales*, París, 1854. — *Des atrésies complexez 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.

Schrœder. *Kritische Unters. über d. Diagn. d. Hämatocele 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 Aerztee 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 descripcion 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 hímen 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 porcion vaginal del conducto de Müller existe, pero se encuentra obliterada en una extension 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 áun 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 cordon sólido, y en este caso, por lo comun, se encuentra tambien afectado el útero. El asiento de la atresia tambien varía. Digamos, sin embargo, que cuando la estenósis 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 compresion, á las lesiones resultantes de una tentativa de violacion ó al uso de inyecciones causticas.

A nivel del útero, la estenósis adquirida es más frecuente que la estenósis congénita; es una disposicion inversa á la que hemos visto existir sobre la vagina. Es absolutamente raro observar en el útero estenósis 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 estenósis 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 orígen 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 endometrítis 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 bicorne. En el primer caso se trataba de una estrechez que existía á nivel del orificio interno; en el segundo tenía su asiento la estenósis á un centímetro 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 tenía su asiento la estrechez en el lado izquierdo. En los dos casos el cuello del útero obliterado era prominente, y constituía 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 permanecía abierto.

La observacion de Holst se refiere á un útero unicorne y parece probable que el caso de Credé se refiriese á un útero bicorne, 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 unicorne.

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 bicorne-unicorne, 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 hematocolpítis 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 próximamente por encima del orificio vaginal. Existía una retencion de sangre menstrual; el saco, lleno de sangre, llenaba toda la cavidad pelviana y se extendía hácia arriba hasta á nivel del ombligo (*Nota bibliográfica 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 tenido ocasion de observar varias veces esta deformacion.

La oclusion unilateral de la vagina puede ser debida á la imperforacion de la membrana hímen; 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 segregados, la vagina obturada se nos presenta como un tumor cilíndrico, fluctuante ó elástico, avanzando hácia el lado de la vagina no obliterado y pudiendo llenar toda la cavidad pelviana.

Los dos conductos útero-vaginales, el que está abierto y el que está

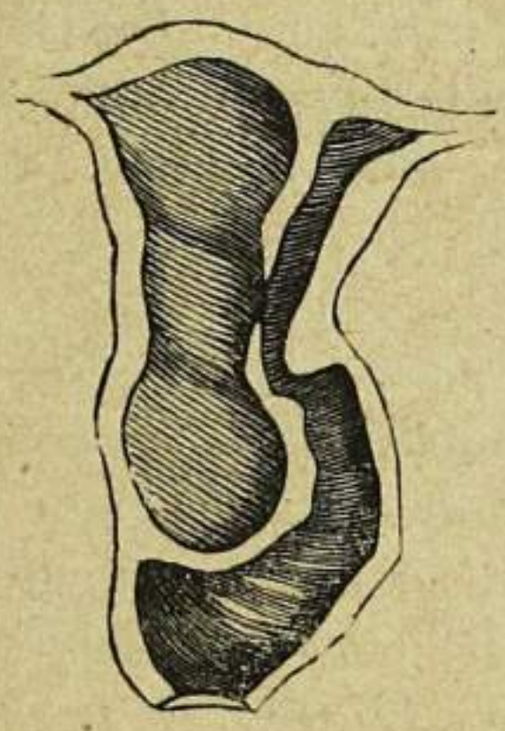


Fig. 38.

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 superior 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 acumulacion 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 uterino 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 tambien derramarse hácia fuera en el tejido celular paravaginal y llegar hasta la region glútea.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Sólo merecen una descripcion especial la ausencia ó la obliteracion del vestíbulo y la atresia de la vulva.

2) P. Müller. *Ueber utero-vaginale Atresieen. Scanzoni's Beiträge,* V, 1869, pág. 67.

3) La obliteracion del orificio externo, producida durante el embarazo, no ofrece interes 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 tambien Schrœder. *Krank. d. weibl. Geschl.,* 1874, págs. 55 y 56.

8) En el segundo caso que refiere Rokitansky en su *Traité d'Anatomie pathologique,* III, pág. 469, 1861, puede preguntarse si la obliteracion tenía realmente su asiento sobre el útero mismo y no sobre un fondo de saco rudimentario.

9) *Gesels f. Gebh.,* Berlin, III, pág. 141.

10) Se trataba en este caso de una jóven de dieciocho años, afecta de amenorrea. La mitad izquierda de la vagina doble medía cerca de 3 pulgadas de longitud y se terminaba en un tumor redondeado bastante grande. El conducto vaginal derecho, más extenso, medía solamente $^5/_4$ 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 peritonítis cinco días despues de la operacion y sucumbió al séptimo. El cuerno derecho del útero formaba un tumor redondeado del volúmen 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 puncion con un trócar, y el orificio se dilató en seguida con el bisturí. La enferma sucumbió de peritonítis al octavo día. *(Journ. des connaiss. méd.-chirurg.,* 1835, II, pág. 181.*)*

Art. 3.º — Consecuencias de la atresia del conducto genital.

Toda atresia del conducto genital entraña la retencion de sangre. Esta retencion se produce en el momento de la pubertad, cuando la estenósis es congénita y aparece en una época variable cuando es adquirido el vicio de conformacion. La sangre que viene á acumularse en

el conducto genital por encima del punto obliterado, aumenta en cantidad á cada período 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-salpingítis). 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 pseudomembranas 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 enquista 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 peritonítis 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, multípara, 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 recien 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 período menstrual; pero más tarde, cuando la retencion ha provocado fenómenos inflamatorios, el dolor se hace contínuo, y frecuentemente, en el intervalo de las reglas, se observa la aparicion de accesos extremadamente penosos. Segun el volúmen 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 hácia afuera.

La operacion puede, ademas, tener otro objeto. Cuando la obliteracion tiene su asiento á nivel del hímen 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 áun 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 hímen, 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 trócar ó un bisturí puntiagudo en el saco relleno de sangre, que forma prominencia y que aparece como una vesícula azulada ó negruzca. 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 hímen 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 Broown ó el de la escision de un fragmento del hímen 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 trasversal 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 áun 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 fístula 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 fístula 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 luégo 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 peritonítis, 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 inocuidad 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 fístula 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 incindirá 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 tapiza los labios del orificio 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 entónces 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 peritonítis.

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 unicorne rudimentario.

Es imposible precisar hoy cuál es el mejor método de tratamiento

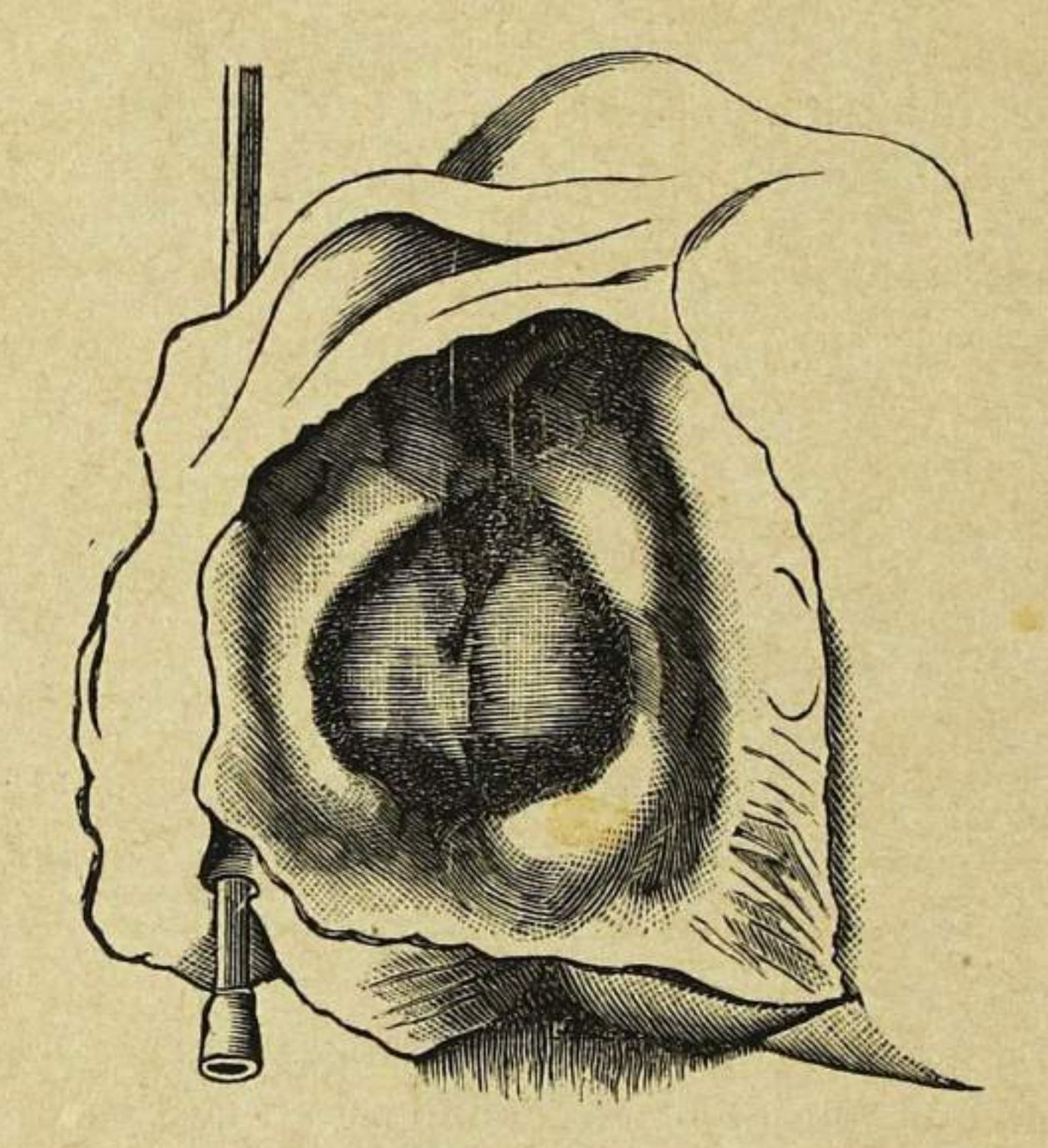


Fig. 40.

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 fístula permanente, extirpacion del saco. En los dos casos que él ha tratado, estableció una fístula 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 hematocolpos 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 desciende profundamente hácia el orificio vulvar. Se han empleado generalmente el bisturí 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 Schrœder 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 hematocolpítis 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 cauterizacion para abrir las estenósis 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 ademas temerse la lesion del peritoneo, de los grandes vasos ó de los órganos vecinos. Debe, pues, considerarse la operacion en los casos de atresia de los órganos genitales como operacion 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 conclusion: «que en todos los casos antiguos y complicados la operacion debía ser considerada como fatal, siendo, por tanto, preciso en tales circunstancias renunciar á toda intervencion 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 infeccion directa de la pequeña herida operatoria, siendo preciso atribuirla á la descomposicion de las masas sanguíneas que quedan detenidas en el saco, manifestándose por lo comun los accidentes sépticos bajo la forma de peritonítis. La perforacion de los sacos sanguíneos situados en las trompas mata, ya por hemorragia interna, ya por peritonítis subaguda. Generalmente se ha observado esta rotura de las trompas algunas horas ó algunos días despues de la operacion; en otros casos se ha producido del décimocuarto al décimonoveno 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 inflamacion. Esta fragilidad del saco tubario aumenta por las alteraciones sépticas que se producen despues de la operacion. 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 a puncion; 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 puncion 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 sanguí-

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 mínimum. Es preciso, ademas, 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 creido 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 congestion menstrual, entrañando siempre un aumento de volúmen del saco, favorece la rotura. Deberá, pues, operarse inmediatamente al fin de una época menstrual, es decir, el mayor tiempo posible ántes de un nuevo período. Desgraciadamente, cuando la enfermedad es muy antigua es muy difícil reconocer las épocas menstruales, que se señalan solamente por una exacerbacion periódica de los dolores permanentes experimentados por la enferma. Es preciso, ademas, otorgar la merecida importancia á la manera de vaciar el saco. Es necesario que la evacuacion de líquido sea lenta, porque de otra suerte se provocaría una depresion muy rápida en la cavidad abdominal y las adherencias se romperían. Es indispensable, por otra parte, evitar á toda costa la compresion 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 realizacion del fin que nos proponemos alcanzar. Miéntras se vacia el saco, por medio de un vendaje uatado se podrá ejercer una ligera compresion sobre toda la pared abdominal, compensando de esta suerte la depresion debida al derrame de líquido. Merced á este procedimiento, la presion que existe en el interior de lo 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 presion que existen durante la tos, etc.

Los procedimientos que acabamos de describir ofrecen ademas la ventaja de oponerse á la penetracion 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 ademas 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 presion 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 fermentacion 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 estenósis 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 orígen á un debate entre su autor y el doctor Championière, el cual opina que en esta observacion se había 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.]*

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Citaremos aquí el procedimiento antiguamente preconizado, que con-

sistía en introducir cotidianamante 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.

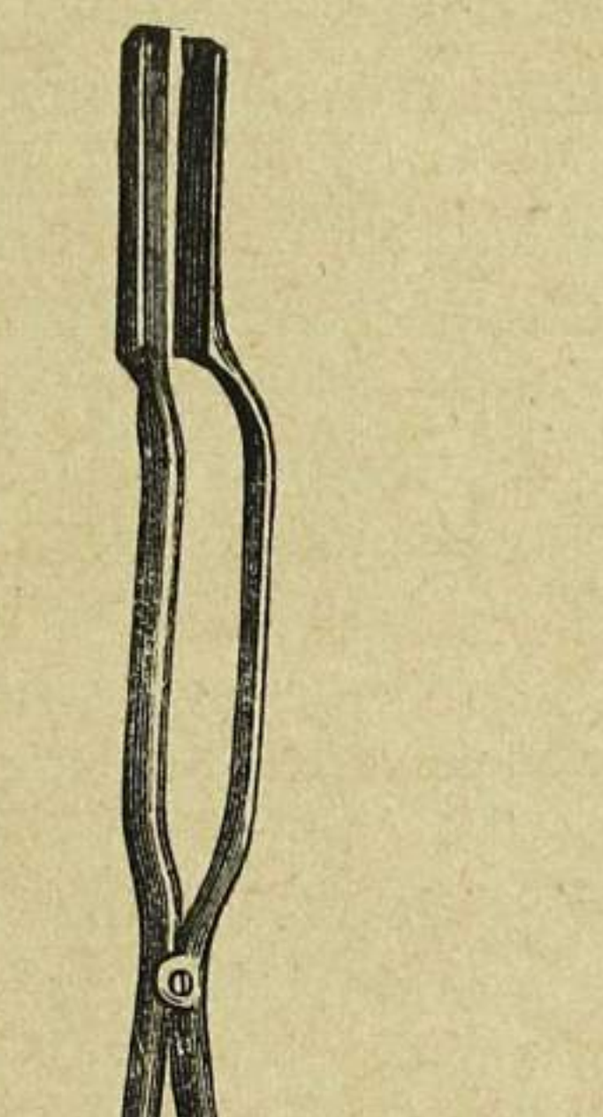


Fig. 41.

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. Ademas, 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 esponga 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 orígen 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 monografía 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 interes 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 carnosa 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 bicorne. 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 esfínter 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 áun si se trata de un recien 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 bisturí 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 trasversal. 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 incindir 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 áun por las niñas recien nacidas y daba buenos resultados áun ántes 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 gynaeciorum*, etc., Argent, 1597.

Roonhuyzen. *Heelkonstige Aanmerkingen betr. de gebrekken der vrowen*, 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 *Operationslehrer, 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 *Sieboldt'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 Beitraege*, 1860, IV, págs. 1 y 170; 4) *Ueber d. Heilung. d. Blschf. durck 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 Charite-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*, París, 1872.

Kaltenbach. *Monatsschr. f. Gebh.*, t. XXXI, pág. 444, y *Die a. d. Freiburger gynaek. Klinik. aus. Urinfistelop*, Freiburg, 1868.

Heppner. *Monatsschr. f. Gebh.*, t. XXXIII.

Deroubaix. *Traités 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 fístula 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 fístulas. 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 Vœlter 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 creido 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 insuficencia 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 fístula por medio de un espéculo de dos ó tres valvas ó cilíndrico que ofreciera una ventana á nivel de la fístula. Lucke y Dieffenbach encontraban ventajas en hacer que descendiera la fístula 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 fístula, 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 incindía la uretra en sus partes laterales é introducía el dedo en la vejiga para hacer salir á la fístula.

El avivamiento consistía en una escarificacion 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 extension de la fístula en los casos en que la operacion no tuviera éxito, y no se daban cuenta de que precisamente fracasaba la operacion porque el avivamiento era muy limitado. Tan es así, que Dieffenbach, por ejemplo, decía: «Yo he visto fístulas del tamaño de un guisante pequeño alcanzar las dimensiones de un garbanzo grande despues del avivamiento ó de la cauterizacion; un orificio que tenía dimensiones determinadas, adquirir doble diámetro, ocurriendo otro tanto con la fístula.» El temor de una gran hemorragia impide á muchos cirujanos practicar un avivamento suficiente.

El método antiplástico por deslizamiento de Jobert de Lamballe constituye un progreso importante. Este autor ha perfeccionado los métodos que permiten descubrir la fístula, haciendo descender al útero, por medio de una pinza de Museaux, lo más abajo posible, obligando á la fístula á formar prominencia por medio del catéter introducido en la vejiga. Se avivan los labios de la fístula en todo el espesor de la cloaca vesico-vaginal y tambien trasversalmente. La aproximacion 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 tambien el fondo de saco vaginal, disociando así la vejiga de la pared anterior del cuello (incision de Jobert). En algunos casos incindía 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 genú-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 fístula, 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 fístula, que, gracias á Szymanowsky y á Heppner, ha recibido derecho de ciudadanía en Rusia. En Bélgica, Deroubaix ha publicado una obra importante sobre las fístulas 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 fístula urinaria.

Lo más comunmente, la fístula 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 fístulas 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 fístulas 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 Fístulas uretro-vaginales y vesico-vaginales.
2.º Vesico-vaginales y vesico-uterinas.
3.º Fístulas vesico-vaginales.

Las fístulas vesico-vaginales son, sin duda alguna, las más frecuentes, si bien durante mucho tiempo aquella frase ha sido empleada para designar todas las fístulas 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. Segun el sitio de la fístula, 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 fístula 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 fístula vesico-útero vaginal se llama profunda si el labio anterior del hocico de tenca está completamente destruido. La fístula 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 fístulas 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 fístula 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 fístula. La *fig. 45*, que es esquemática, demuestra la vecindad de los uréteres con la fístula.

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 ½ á 2 centímetros. Segun 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

tenca y el uno del otro 2 á 3 centímetros. Estas medidas normales rara vez son mayores en los casos de fístulas; 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 fístula, 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 fístulas 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 naipe francés ó de un triángulo.

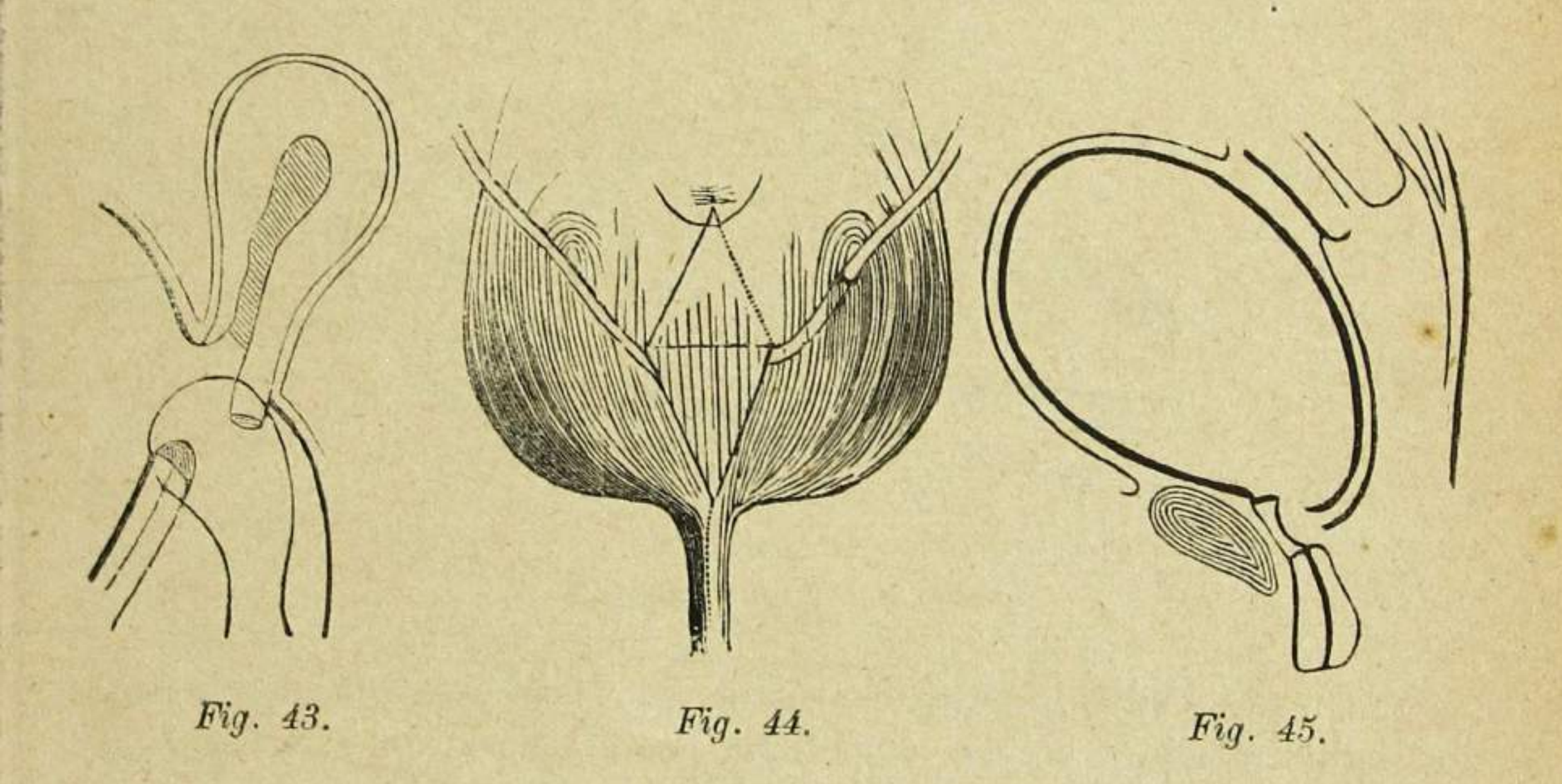


Fig. 43. *Fig. 44.* *Fig. 45.*

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 fístula, la vejiga se contrae de una manera contínua 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 periostio 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 fístula quedan fijadas contra la cara posterior de la sínfisis. Estas fístulas «adherentes á los huesos» hacen la operacion extremadamente difícil.

La mucosa vesical forma muy frecuentemente hernia á traves del orificio de la fístula, y se observa á veces producirse una verdadera inversion de una gran parte de la vejiga y áun 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 había contraido 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 fístula ó que se forman gruesos cálculos en la vejiga.

El conducto de la uretra está frecuentemente estrechado cuando se trata de fístulas 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 fístula vesico-vaginal, ya la es-

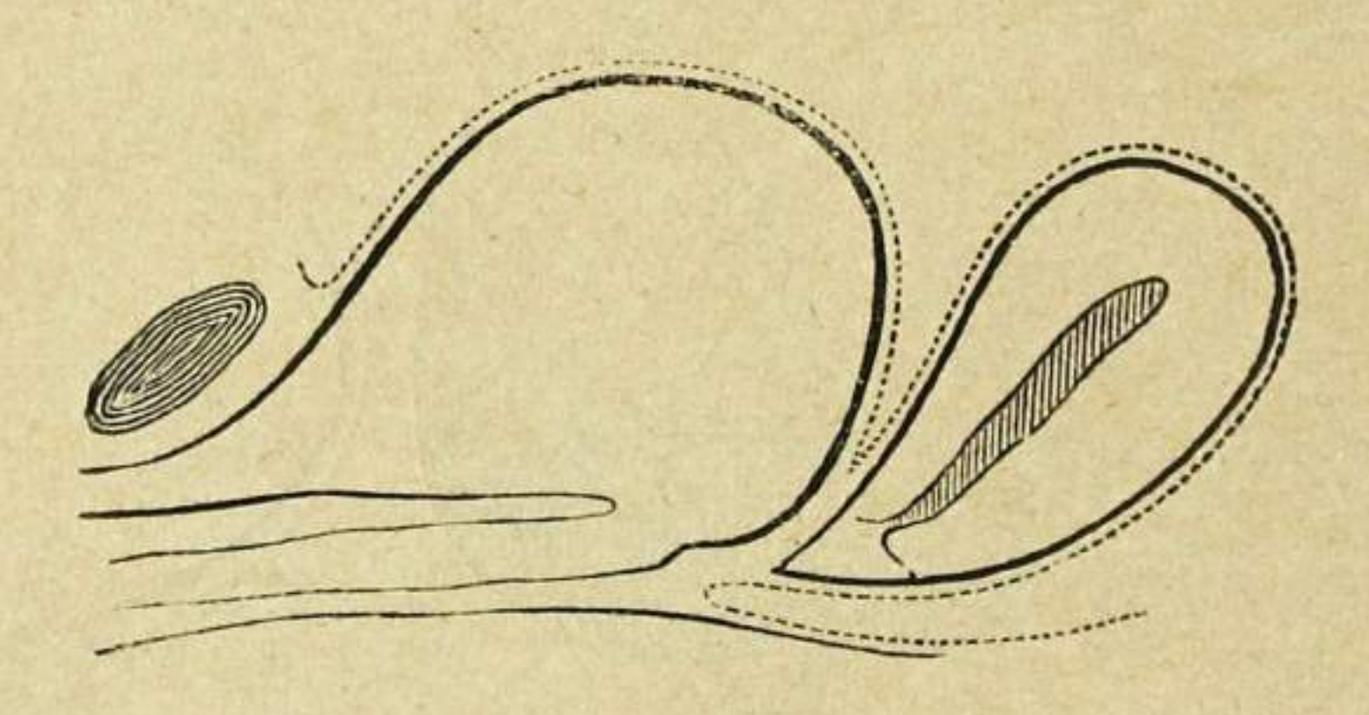


Fig. 46.

trechez está situada entre dos fístulas, 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 fístula vesico-vaginal, que rara vez se encuentra alejada del bajo fondo de la vejiga. La fístula 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 caida 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 fístula vesico-vaginal (*fig. 45*). No se puede reconocer la disposicion real sino

despues 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 fístulas uretro vaginales se producen ménos á consecuencia de la gangrena por compresion que por heridas ó por esquirlas óseas, por el catéter ó por los instrumentos de operaciones tocológicas.

Contínuamente 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 fístula, 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 ½ 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 fístula, 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 ½ centímetros. Cuando esta estrechez radica á nivel ó por debajo de la fístula, 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 áun completamente obliterada por encima de la fístula 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 fístula está formado por la pared vesico-vaginal aplicada contra la pared posterior de la vagina (*fig. 46*).

Generalmente el útero está tambien lesionado.

La porcion 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 compresion es profunda, el conducto cervical puede obliterarse. Al principio el útero está por lo comun aumentado de volúmen (infarto crónico); más tarde se produce una atrofia que es fácil de hacer constar por el tacto rectal.

Cuando la lesion es extensa, cuando el útero ha sido sometido durante el parto á una compresion prolongada, se ven sobrevenir lesiones inflamatorias en los anejos, parametrítis y perimetrítis, 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 dislocacion del útero — sobre todo la retroversion — así como la torsion de su revestimiento peritoneal. Los repliegues peritoneales anterior y posterior pueden estar entónces en relacion directa con la fístula.

Normalmente, el punto de reflexion 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 afecta, la retraccion cicatricial puede obligar al peritoneo á descender hasta á nivel del labio superior de una fístula útero vesico-vaginal. 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 disposicion. La fístula era debida á la presion ejercida por un pesario que se habia 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 retroversion, 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 fístula, 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 centíme-

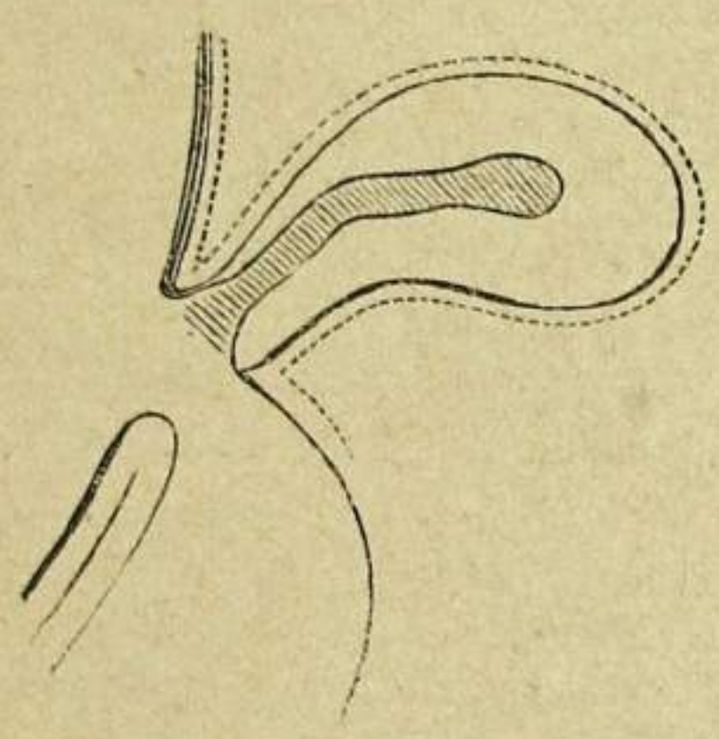


Fig. 47.

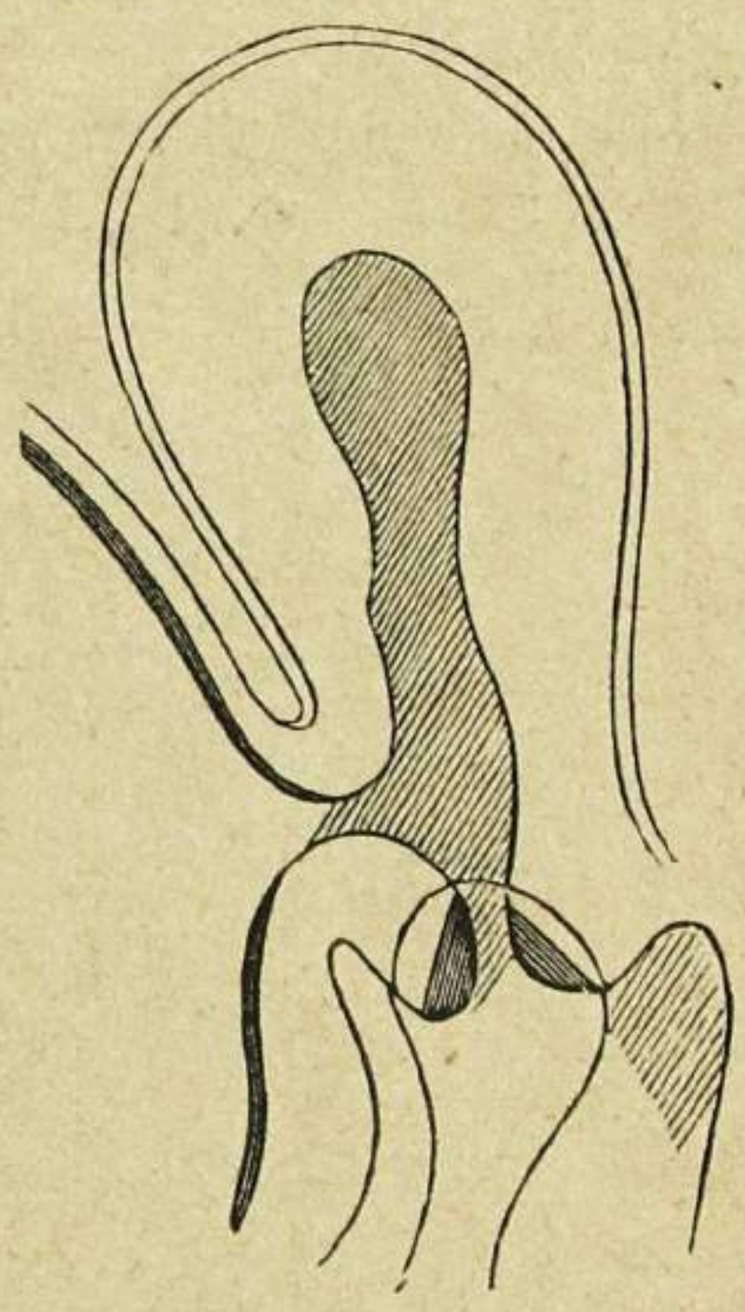


Fig. 48.

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 fístula uretero-vaginal simple* sin participacion de la vejiga. Estas pequeñas fístulas 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 fístulas de que acabamos de hablar (fístulas 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 fístulas urinarias existen otras lesiones en los órganos sexuales; tales son, por ejemplo, las desgarraduras en el tabique recto-vaginal, las fístulas 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

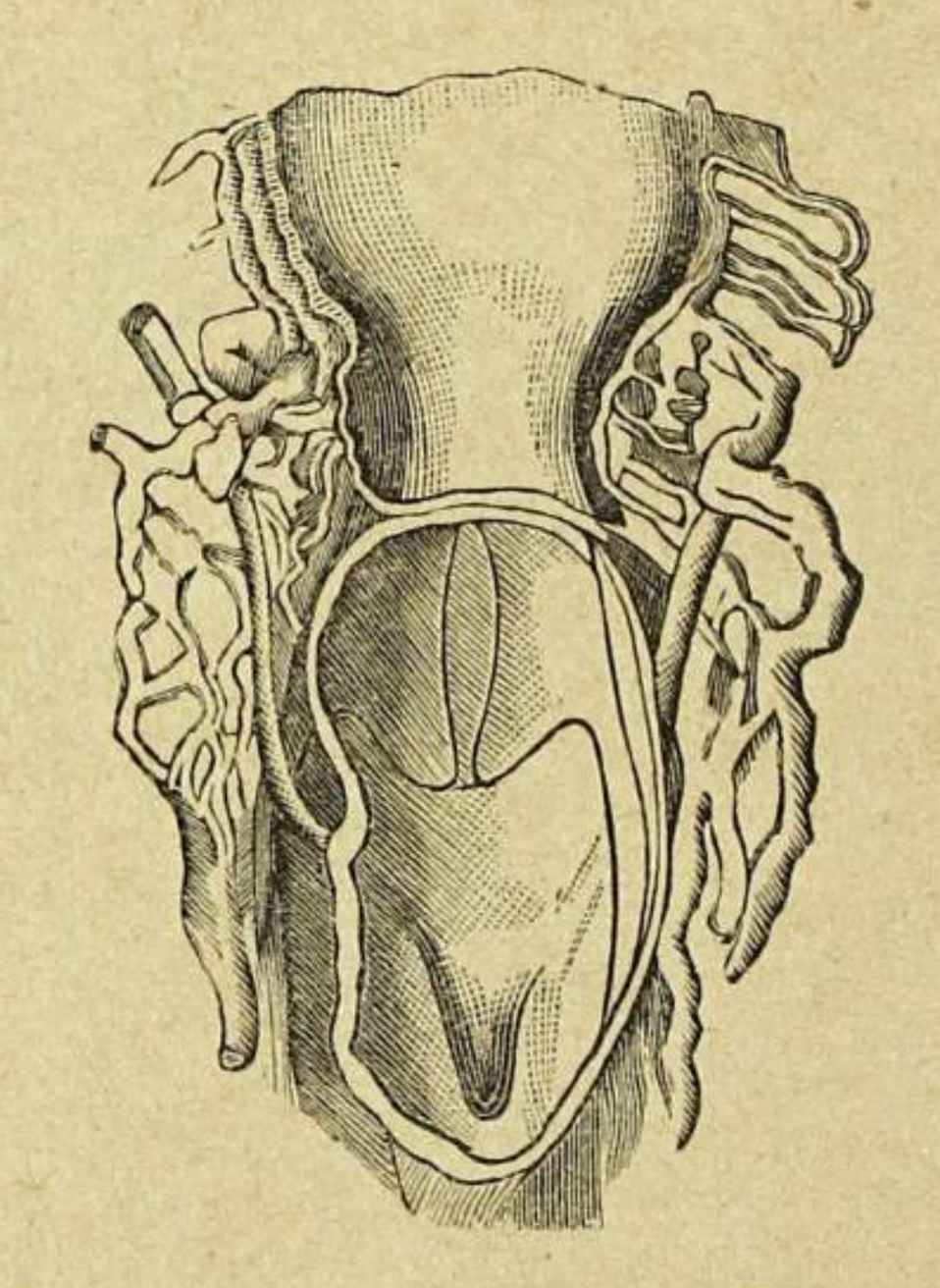


Fig. 49.

parto una fístula vesico-vaginal que representaba entónces las dimensiones de una pieza de un marco. Tres días más tarde apénas 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 fístula, 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 fístula quedan cubiertos de una película mucosa. Se ha observado, sin embargo, modificarse de una manera notable la situacion cuando se produce una estenósis vaginal por debajo de la fístula 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 hidronefrósis, y en una extension de 6 centímetros estaba adherido al cuello uterino y al tejido celular vecino. Por debajo de la fístula el uréter estaba muy retraido.

2) A veces se ha visto que la vejiga misma comunicaba con el recto. Hach ha observado una fístula vesico-rectal á traves de una vagina atresiada.

Art. 3.º — Indicaciones del momento favorable á la operacion.

El cirujano, en los casos de fístula 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 fístula había sido provocada por un gran cálculo vesical. Se han operado frecuentemente con éxito mujeres que habían llegado á la edad de la menopausia. Una enferma de Hegar, de sesenta años de edad, que padecía una fístula hacía treinta y cinco años, fué operada con éxito. En la Clínica de Friburgo fué tambien operada con éxito otra mujer que tenía una esclerósis arterial y estaba hemiplégica á consecuencia de una hemorragia cerebral. Simon ha operado durante el período 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 fístula son muy vasculares, están dotados de mucha vitalidad y los tejidos que les contituyen 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 fístula y de la riqueza vascular de sus labios; ademas, 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 fístula 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 existia todavía en el momento de la operacion una paraplegia traumática de los miembros inferiores, paraplegia que fué ocasionada en el momente del parto.

En las fístulas 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 fístula vesico y uretro-vaginal se puede hacer cesar la incontinencia:

1.º Obliterando directamente la fístula.

2.º Obliterando el conducto genital por debajo de la fístula.

El segundo procedimiento no debe ser empleado sino cuando el primero es muy peligroso ó parece impracticable.

Se obtiene la obliteracion directa de la fístula 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 fístulas 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 cautchuc ó cilindros de goma endurecida. Se continúan estas maniobras hasta que el operador pueda darse fácilmente cuenta de la disposicion anatómica de la fístula, 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 áun 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 colpítis, cistítis, pielítis y, cuando las incisiones han llegado á afectar el tejido celular de la pelvis, parametrítis y pelviperitonítis.

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 fístula, que parece inextensible, ya ejerciendo tracciones con la pinza de Simon, ya ejerciendo una traccion contínua 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 fístula.

Decúbito de la enferma. — El decúbito simple de la talla sólo puede convenir cuando la fístula 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 fístula (Dieffenbach, Jobert, Baker Brown).

El decúbito genu-pectoral, que ya ántes había 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 fístula 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 posicion, 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 extension de la vagina, debida al decúbito genu-pectoral. Aludimos á los casos en que existen fístulas muy pequeñas y muy altas; fístulas 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 fístula 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 atras 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 fístula, 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 fístula 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 atras los labios del cuello empleando una pinza de garfios, distendiendo así los labios de la fístula. Tambien es útil por lo comun hacer salir hácia adelante la fístula 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 posicion se hace más accesible la fístula. 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 fístula 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 fístula, 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 desciende sobre una placa qne 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 presion intraabdominal está en notable descenso, por cuya razon el aire se precipita en la vagina separando sus paredes. Despues de haber estudiado el método de Bozeman, nosotros le consideramos con Simon poco ventajoso porque la fístula desciende mucho hácia la cavidad abdominal.

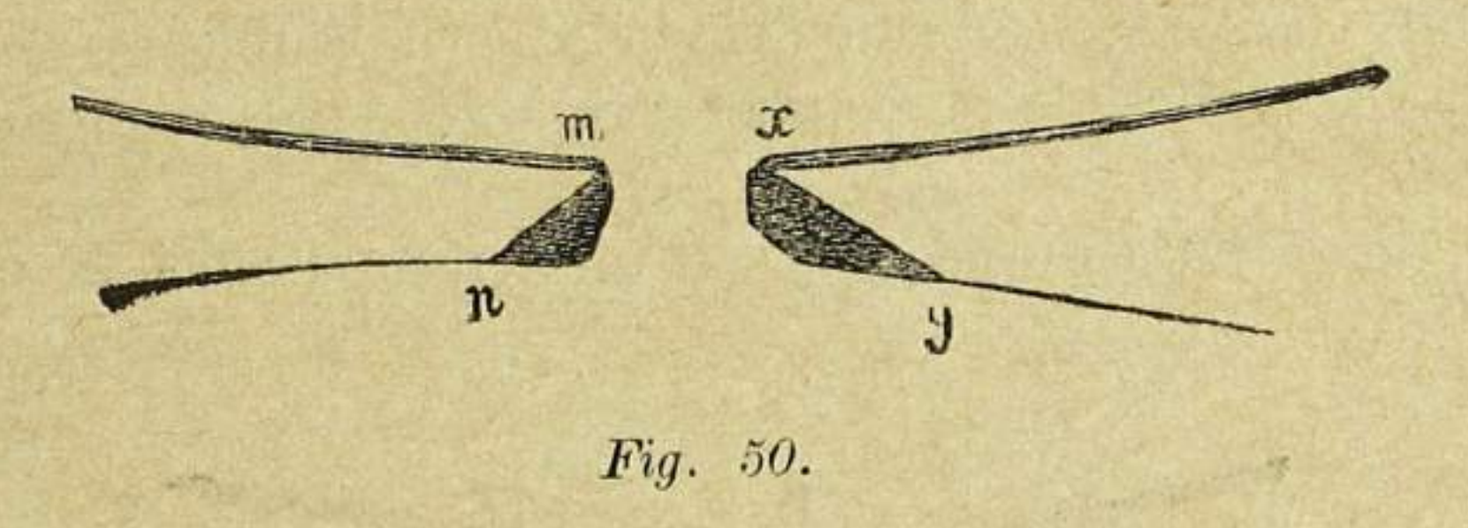


Fig. 50.

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 incinde á traves 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 ½ á 2 ½ 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 fístula, porque tememos la produccion de hemorragias.

Cuando se trata de pequeñas fístulas redondeadas, se puede, si-

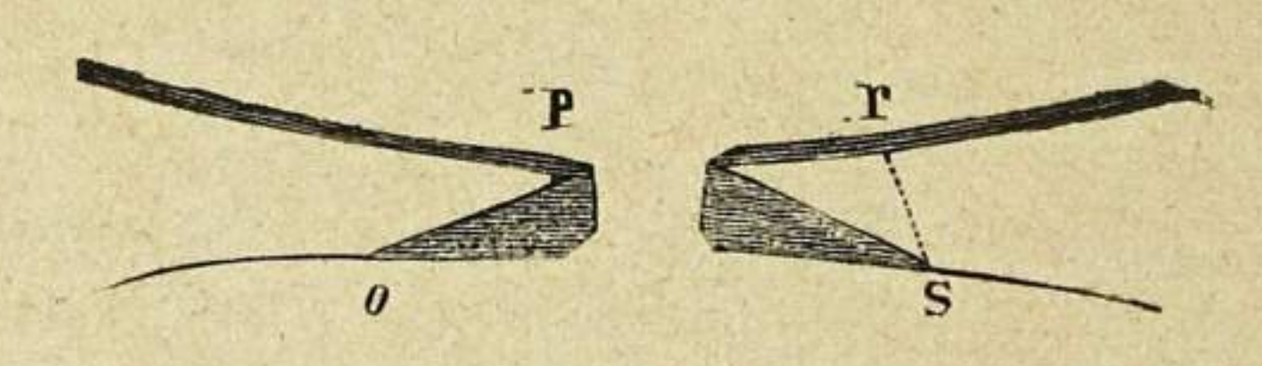


Fig. 51.

guiendo el avivamiento, determinar la direccion en la cual se ha de llevar á cabo la reunion de los labios de la herida. En este caso puede darse al avivamiento una forma oval, cuyo gran diámetro sea longitudinal, y entónces la línea de reunion estará dirigida en este sentido. Si se trata de una fístula oval cuyo gran diámetro esté en el sentido trasversal ó en el sentido longitudinal, se modificará el avivamiento segun la forma de la fístula, debiendo siempre corresponder los ángulos de la superficie avivada á las extremidades del gran diámetro de la fístula. En los casos de fístulas muy extensas nos limitaremos á avivar siguiendo los bordes de la fístula. Sin embargo, es preciso saber modificar la incision, si fuere necesario, segun la disposicion 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 luégo, más fácil hacer la incision

en las restantes capas de tejidos, que están más profundas y son ménos resistentes; ademas, será más fácil orientarse cuando durante la operacion la sangre, derramándose, venga á enmascarar el campo operatorio. Cuando la fístula 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 disposicion instrumentos de diferentes modelos. La *fig. 52* representa las formas más usadas. Durante el avivamiento los labios de la fístula se cogen y se fijan con erinas ó con pinzas.

Si la mucosa vesical viene á formar hernia á traves de la fístula,

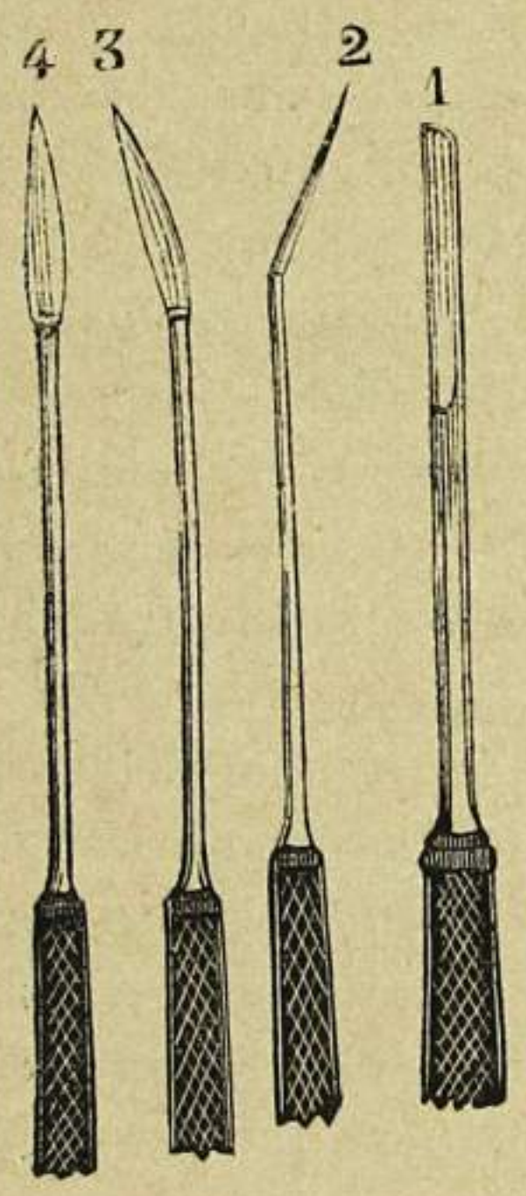


Fig. 52.

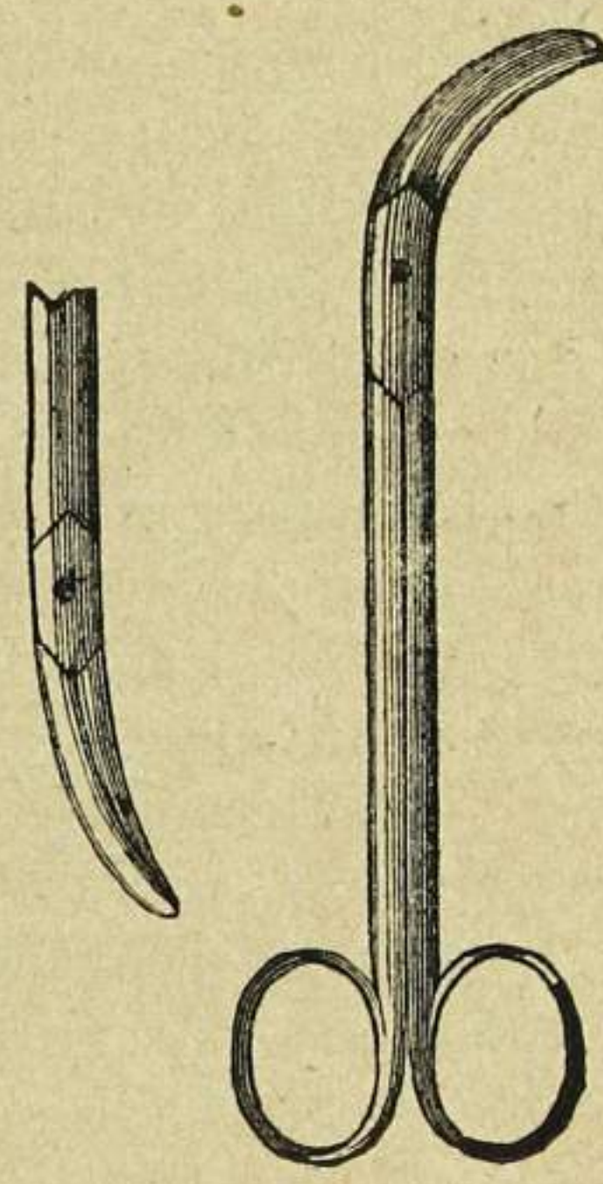


Fig. 53.

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 traves 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 fístula es poco extensa, y cuando se dirige bien el bisturí, se logra á veces escindir todo el borde de la fístula 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 operacion, y comprimirá con aquélla los puntos que

den sangre. Si se produce una hemorragia en sábana abundante, se dirigirá sobre la herida un chorro contínuo 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 fístula, 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 fístula 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 fístula tiene más alto su asiento, si existe una fístula vesico-útero-vaginal superficial, el avivamiento alcanzará el labio anterior del cuello que limita profundamente la fístula: hácia abajo el avivamiento llegará hasta el tabique vesico-útero-vaginal y, en ciertos casos, áun sobre el uretro

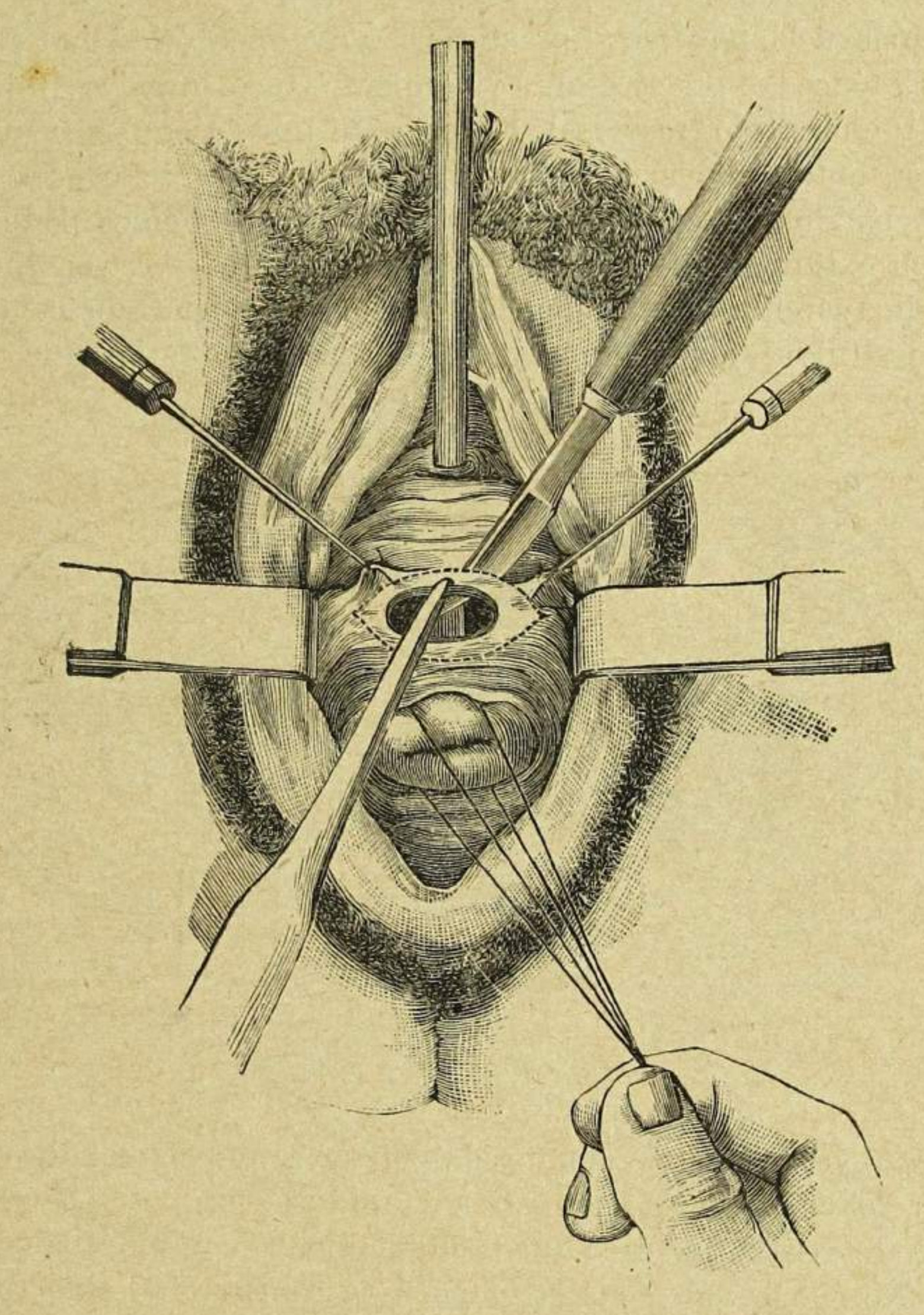


Fig. 54.

vaginal (*fig. 48*). Pero cuando se trata de una fístula 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 fístula. En estos casos generalmente se ha suturado el labio posterior del hocico de tenca con el labio anterior de la fístula

(*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 tenían

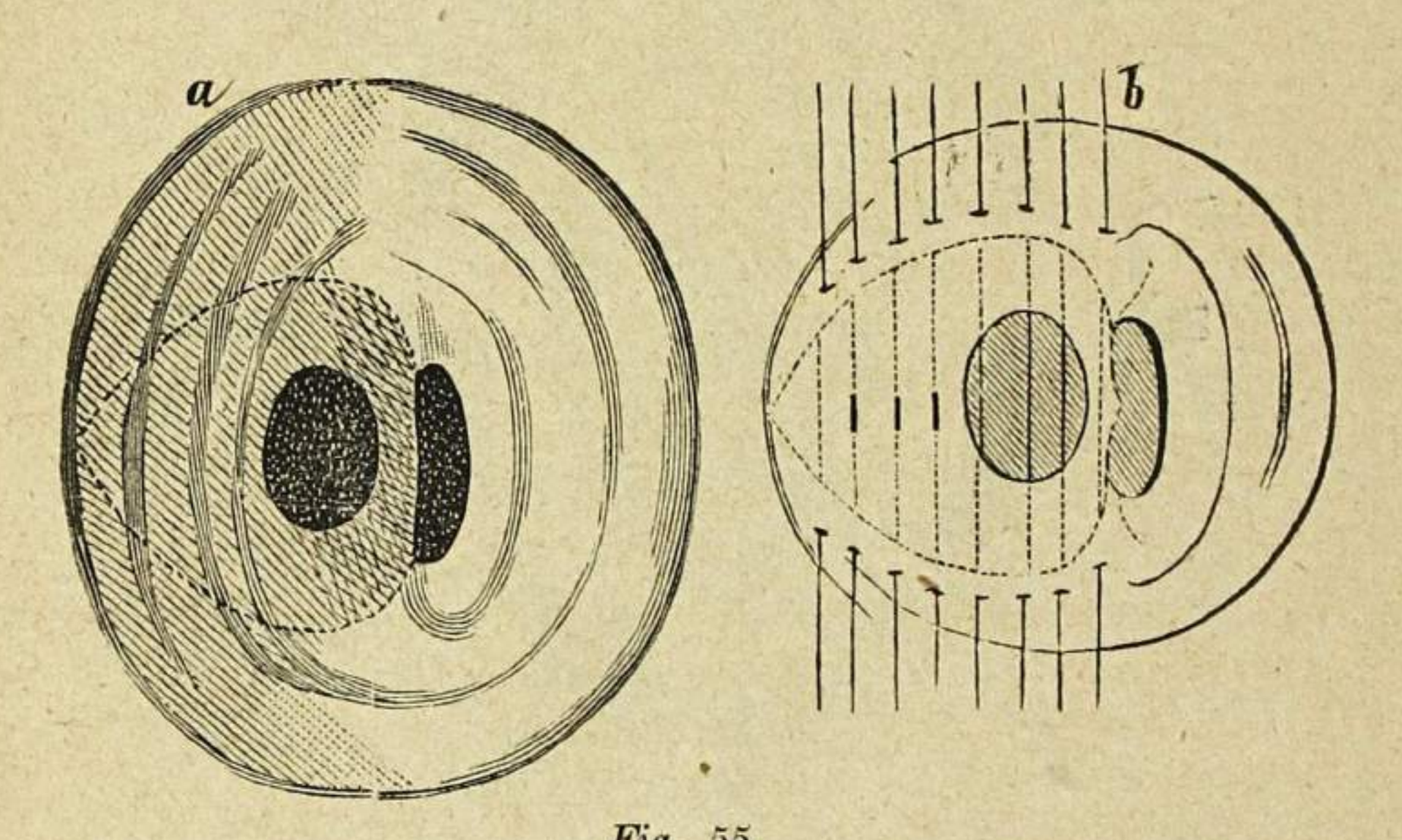


Fig. 55.

un aspecto verrugoso. En cuanto á la porcion supravaginal de la pared anterior del cuello, estaba destruida en una extension de 1 ½ 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 subsistían por detras y sobre las partes laterales. Se resolvió intentar la reunion directa, y despues de haber avivado todo el contorno de la fístula, 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 fístulas hemos visto que frecuentemente los uréteres eran lesionados en el avivamiento. Rara vez estos conductos aparecen en la fístula como un cordon 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 hácia arriba y hácia afuera en direccion á los riñones hasta la profundidad de un pié próximamente.

Cuando el uréter se presenta en los bordes de la fístula, es preciso empujar su orificio vesical lo más léjos posible de la solucion de continuidad (Simon), á fin de que no pueda ser cogido jamás en las suturas. Si despues de la operacion de la fístula se ven sobrevenir trastornos en la excrecion urinaria, cólicos violentos que tengan su asiento en la direccion del trayecto de los uréteres, vómitos, etc., se deberán quitar las suturas inmediatamente. En muchos casos la constriccion 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 disposicion 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 fístula 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 extension de medio centímetro, penetrando el aire en la cavidad peritoneal. Ambos casos terminaron, no obstante, felizmente. En la cuarta operacion, 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 fístula 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 hácia las partes inferiores de la vagina.

A este propósito citaremos el caso siguiente, cuya observacion hemos recogido de la clínica de Hegar. Una mujer, de cincuenta años, estaba afectada, desde hacía 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 clínica, 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 fístula, 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 áun cuando se trate de una fístula 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 fístula 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 fístula es pequeña, bastará aplicar un solo órden 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 ½ centímetros por fuera de la fístula, 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 núm. 5*). Hoy hace penetrar los hilos externos á 1 ½ 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 fístula.

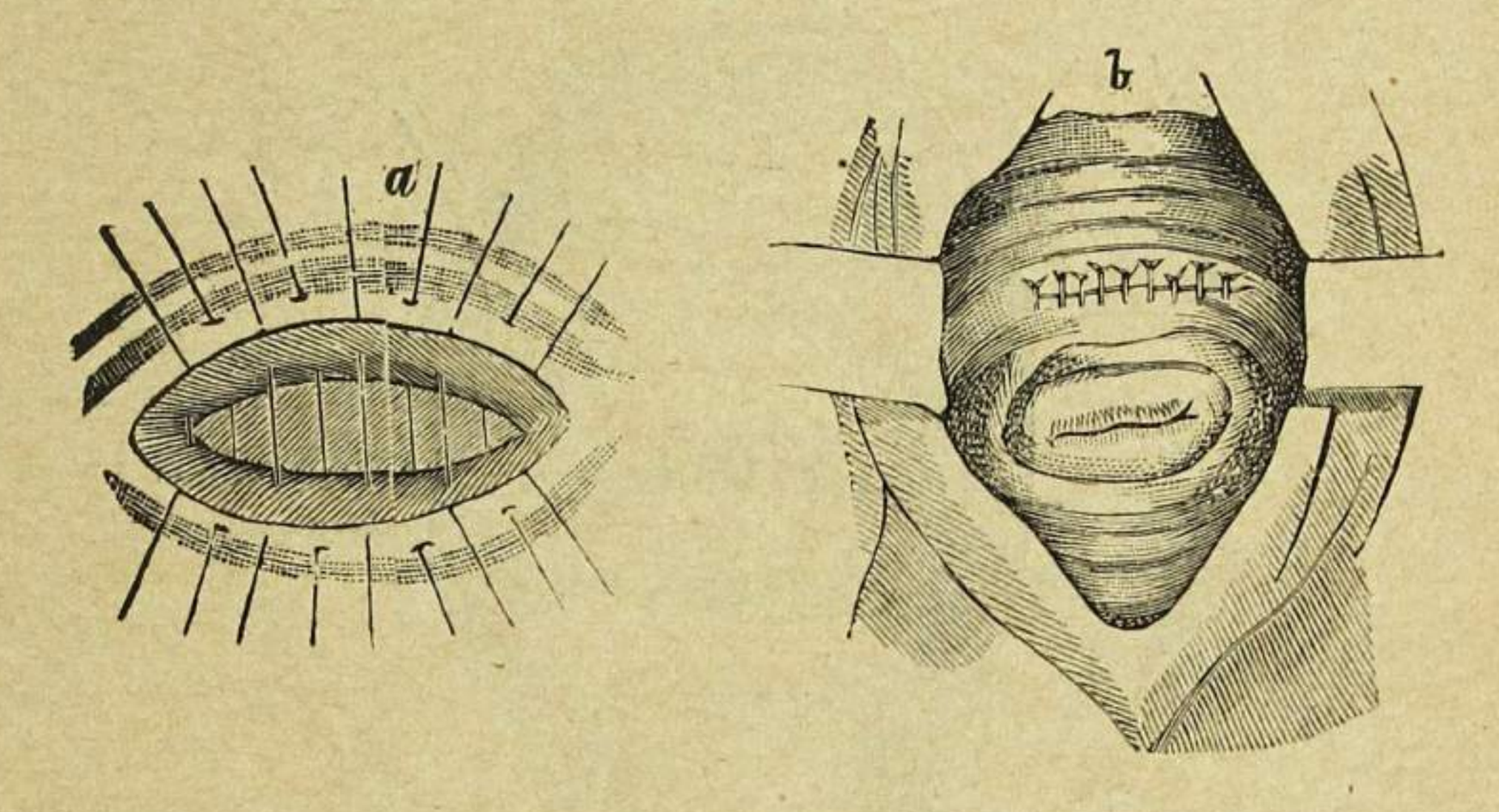


Fig. 56.

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 trasversalmente, 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 fístulas. La herida suturada no se dirigirá de adelante atras sino en los casos en que se trate de una pequeña fístula 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 fístulas 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 fístula, la herida, despues de la reunion, presentará la forma de

una curva de concavidad posterior (*fig. 57*). Si se trata de una fístula triangular, ó que tenga la forma de un corazon de naipe francés con la punta dirigida hácia abajo, la herida suturada tendrá la forma de una Y. La *fig. 58*, que debemos á Simon, demuestra cuál seria 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 fístula fuera preciso hacer que deslizara un colgajo mucoso de la vagina ó bien un colgajo cutáneo tomado de la piel de los labios, como

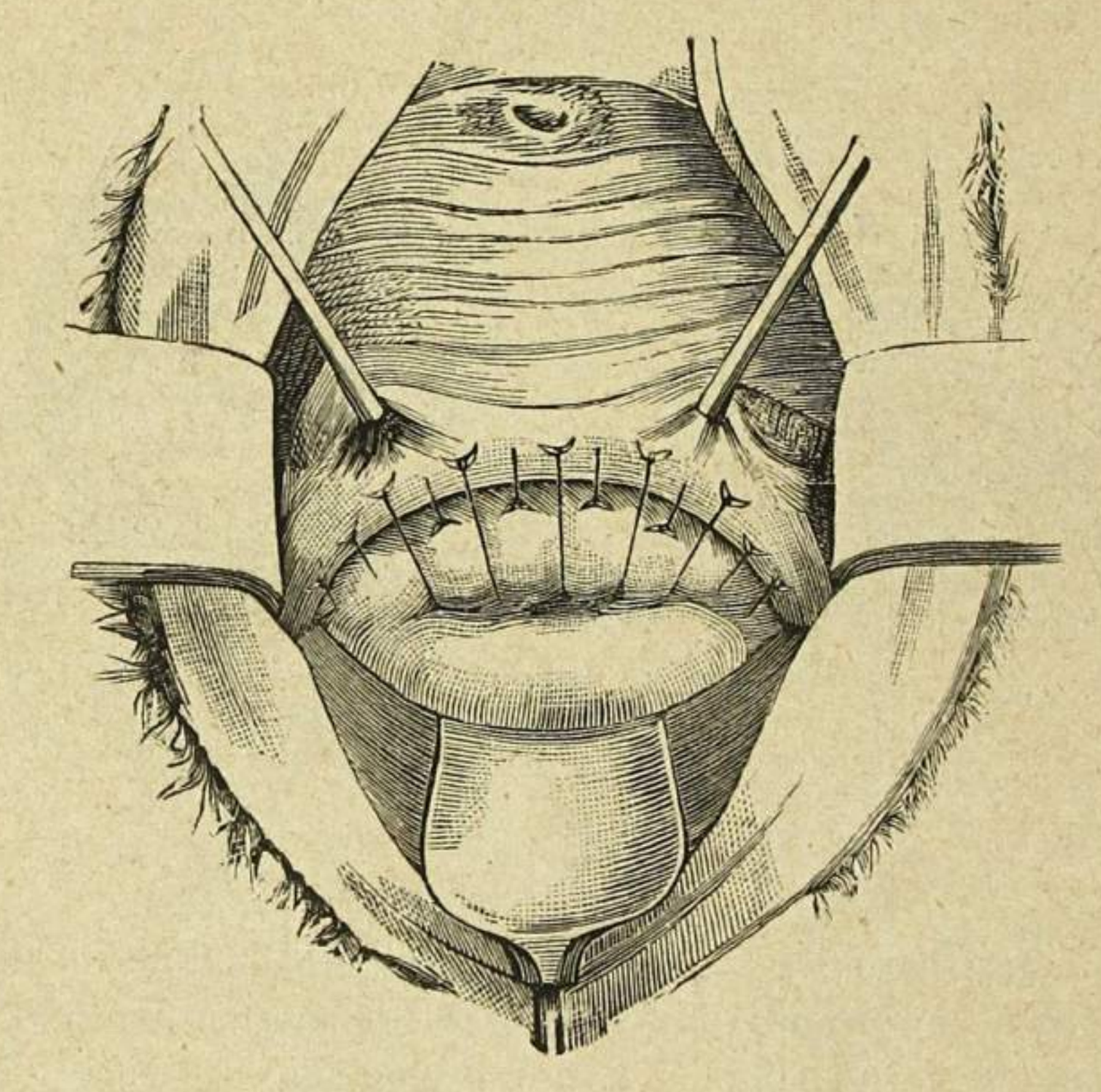


Fig. 57.

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 fístula, deben comprender todo el espesor de la pared vaginal para que pueda obtenerse una amplitud de algunas líneas.

Dadas las dimensiones de la fístula, 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 fístula 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-

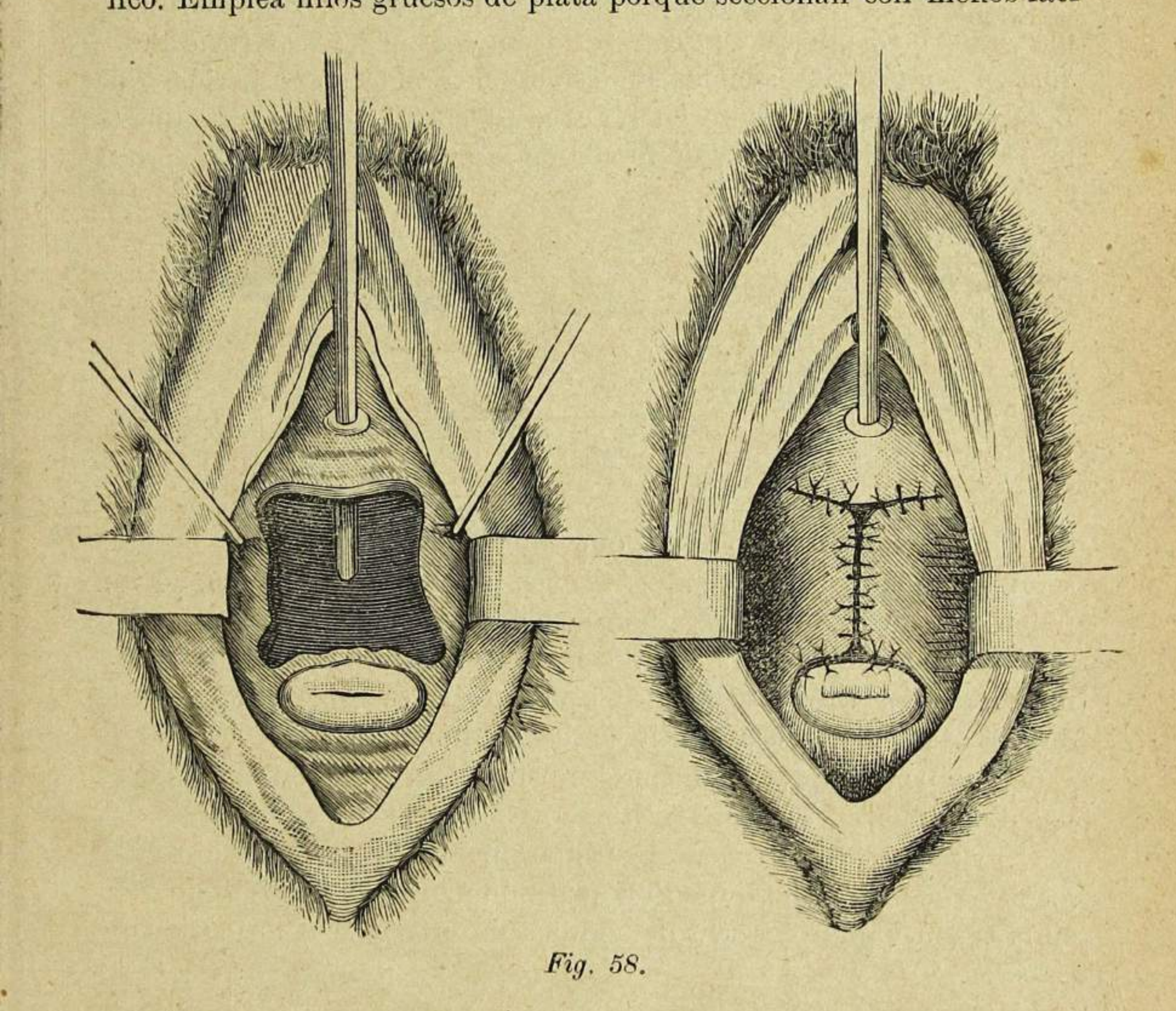


Fig. 58.

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 traves 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 coaptacion fué buena; no obstante, en el primer caso subsistieron dos fístulas, que fueron obliteradas por una operacion consecutiva.

El procedimiento de Bozeman, que es muy complicado, no ofrece más seguridad que la simple sutura entrecortada (*Nota bibliográfica núm. 6*), y necesita ademas un estado favorable de la herida, que Bozeman se esmera tanto en obtener por medio de su tratamiento preparatorio. En los casos de fístula de forma complicada, este proce-

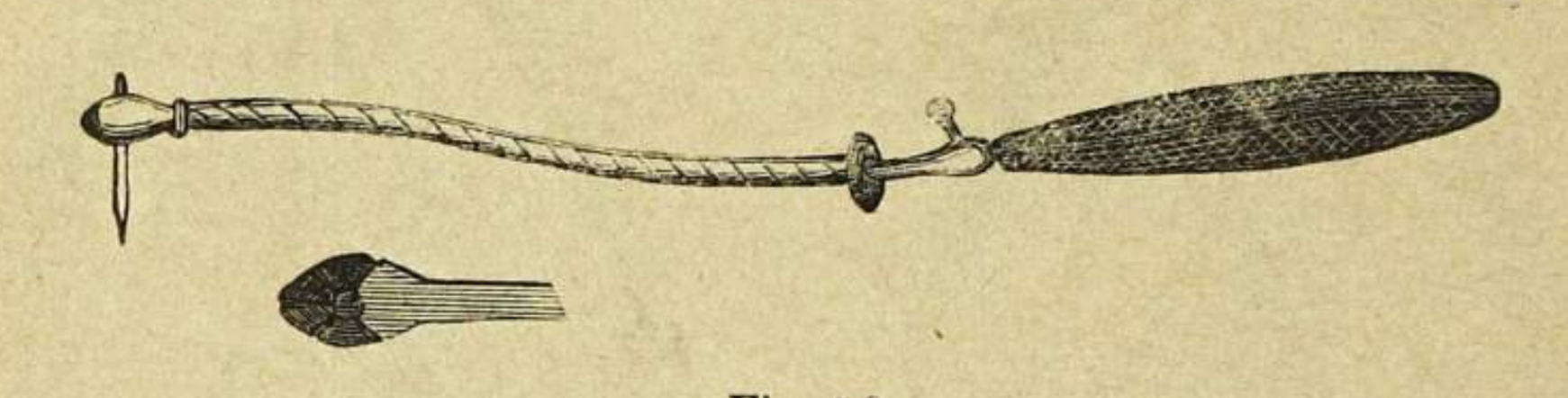


Fig. 59.

dimiento no ofrece las ventajas que obtenemos de numerosas suturas semiprofundas y superficiales. Ademas, 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 compresion 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 nódulos de orígen á la formacion de cálculos.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Millot ha propuesto hacer la fístula más aparente, introduciendo en la vejiga un tapon que pueda distenderla (*De la méthode par ballonement. 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 fístula 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 fístula, 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 difíciles, 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 fístulas, la conducta variará segun las dimensiones de cada una de ellas y la distancia que las separe. Si, en efecto, existen solamente dos pequeñas fístulas 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 fístulas, de tal suerte que despues del avivamiento no quede más que una sola. Si las fístulas 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 fístulas, se producirían lesiones muy grandes.

La fístula 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 fístula 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 fístula. 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 fístulas, de las cuales una es uretro-vaginal y la otra vesico-vaginal, el procedimiento que se deberá adoptar variará segun las dimensiones de la fístula vesical y segun la distancia que separe esta fístula del punto á nivel del cual existe la atresia, y por consecuencia de la fístula uretral. Si la fístula vesical está situada inmediatamente detras de la atresia, si es poco extensa, se convertirán las dos fístulas 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 fístula 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 suturarle, operando más tarde la fístula (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 fístulas 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 fístula 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 fístula vesico-uretro-vaginal, fístula 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 níkel en este conducto, la fijó y entónces operó la fístula. 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 fístulas 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 fístulas 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 Cárlos Braun ha recomendado el empleo del carbon al rojo. Los unos no cauterizan más que el interior de la fístula (cauterizacion intrafistular); los otros, como Chelius, llevan la cauterizacion á los puntos inmediatos á la fístula (cauterizacion perifistular), proponiéndose los operadores obtener de esta suerte, no solamente la formacion de granulaciones en el interior de la fístula, 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 fístula 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 luégo 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 fístulas pequeñas, cuyos labios estén cubiertos de mamelones, condiciones que no se encuentran sino en las fístulas 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 fístula están ya cicatrizados, la cauterizacion no podrá ser útil sino cuando exista un trayecto que presente á lo ménos 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 áun ántes 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 cauterizacion 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 cauterizacion perifistular centrípeta. Con este objeto practica una serie de cauterizaciones alrededor de la fístula, cauterizaciones sucesivas de forma circular, pero de diámetro cada vez más pequeño. Finalmente, se ha propuesto la práctica de la cauterizacion por la vejiga valiéndose de un porta-cáustico especial (cauterizacion intravesical, Soupart, Bouqué).

Art. 7.º — Obliteracion del conducto genital por debajo de la fístula.

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 thérap. 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 obliteracion directa de la fístula 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 obliteracion del segmento más inferior de las vías genitales, suturando de adelante á atras los grandes labios (episioestenósis). 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 proposicion de Vidal estaba casi completamente olvidada cuando fué emprendida bajo otra forma por Simon, el cual obtuvo algunos éxitos. Este cirujano hizo la oclusion en la vagina reuniendo trasversalmente las paredes de este conducto, y obtuvo buenos resultados. Simon, para distinguir su operacion de la de Vidal, le dió el nombre de obliteracion trasversal de la vagina, ó *colpocleisis*.

Para terminar, citaremos el procedimiento de Jobert, que practicó la obliteracion 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 EPISIOESTENÓSIS Y DE LA COLPOCLEISIS

La episioestenósis puede estar indicada preferentemente á toda otra operacion cuando la pared uretro-vaginal se encuentra en su mayor parte ó totalmente destruida, en cuyo caso las condiciones son desde luégo muy desfavorables para acometer cualquier operacion 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 atras, y cuando, ademas, 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 ½ centímetros, y no se obtuvo la curacion sino haciendo deslizar un colgajo cutáneo que se había tallado sobre los grandes labios. En vano se había intentado la obliteracion de la fístula, repitiendo 11 veces la sutura longitudinal y 3 veces la sutura trasversal. Añadamos tambien que en los casos en que la obliteracion vulvar no fracasa, no se queda siempre al abrigo de la incontinencia de orina, segun 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 episioestenósis no tiene valor alguno. Rose ha intentado hacer útil esta operacion completándola con la creacion de una fístula recto-vaginal. Dicho cirujano creó de esta suerte una cloaca artificial y describió la operacion bajo el nombre de *Obliteratio vulvæ rectalis,* operacion 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 fístula 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 fístula, áun 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 fístula ántes 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 fístula situada más arriba; tales son tambien la adherencia de la fístula 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 fístulas 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 fístula; 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 peritonítis. 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 fístula se hace más extensa, sus labios se adelgazan y se hace mucho más difícil movilizarlos. Esto se observa principalmente en los casos de fístulas muy anchas del conducto uretral.

Simon ha practicado la obliteracion de la vagina en los casos en que existía entre dos fístulas 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 fístula 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 estenósis 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 habían 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 había sido posible al cirujano fijar el estado del útero, aunque había sido dilatada la estrechez vaginal con la esponja preparada y el bisturí, 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 despues 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 despues 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 hematómetra 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 trasversalmente 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 contínua, y partiendo de esta incision se diseca 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 ½ 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

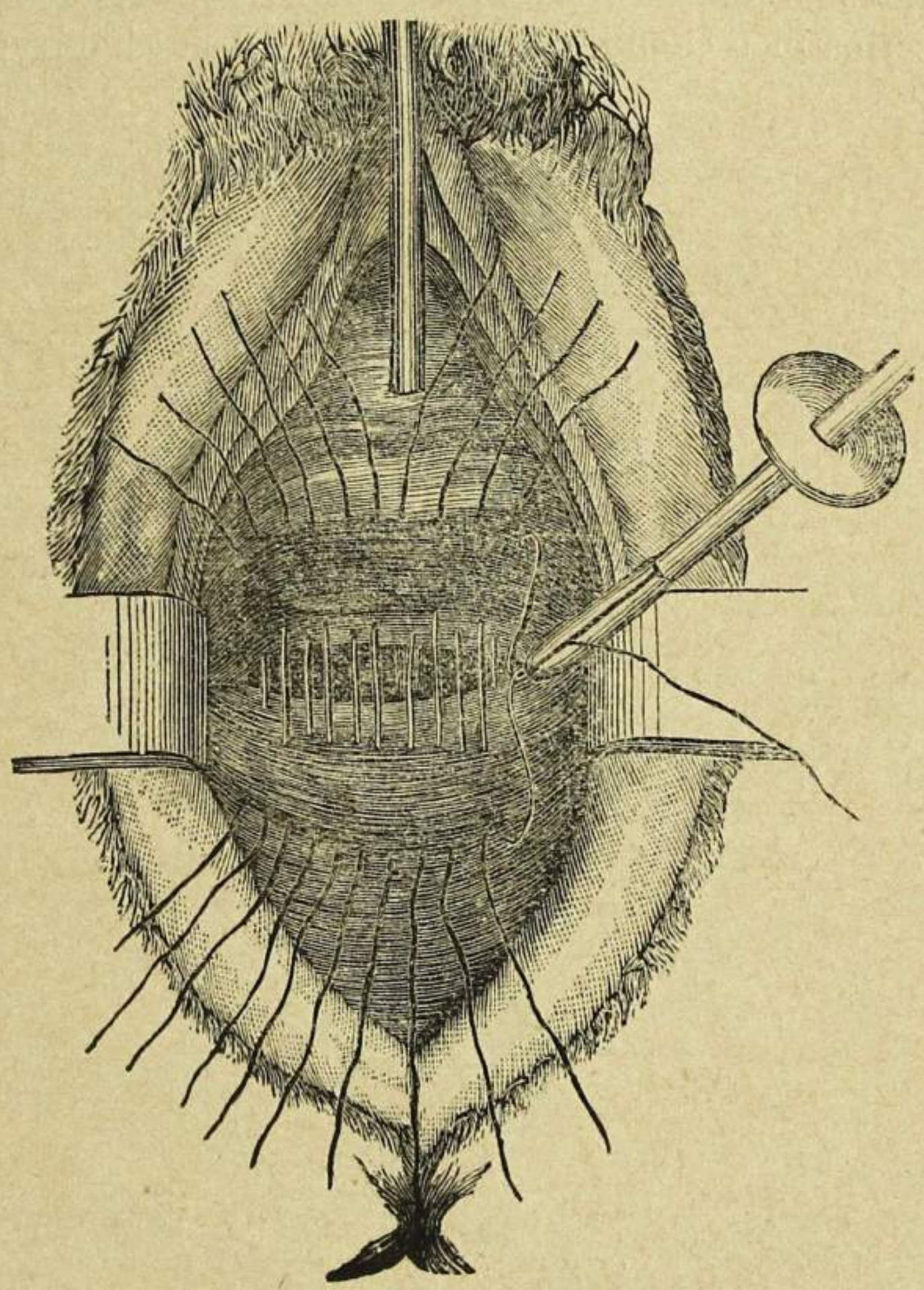


Fig. 60.

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

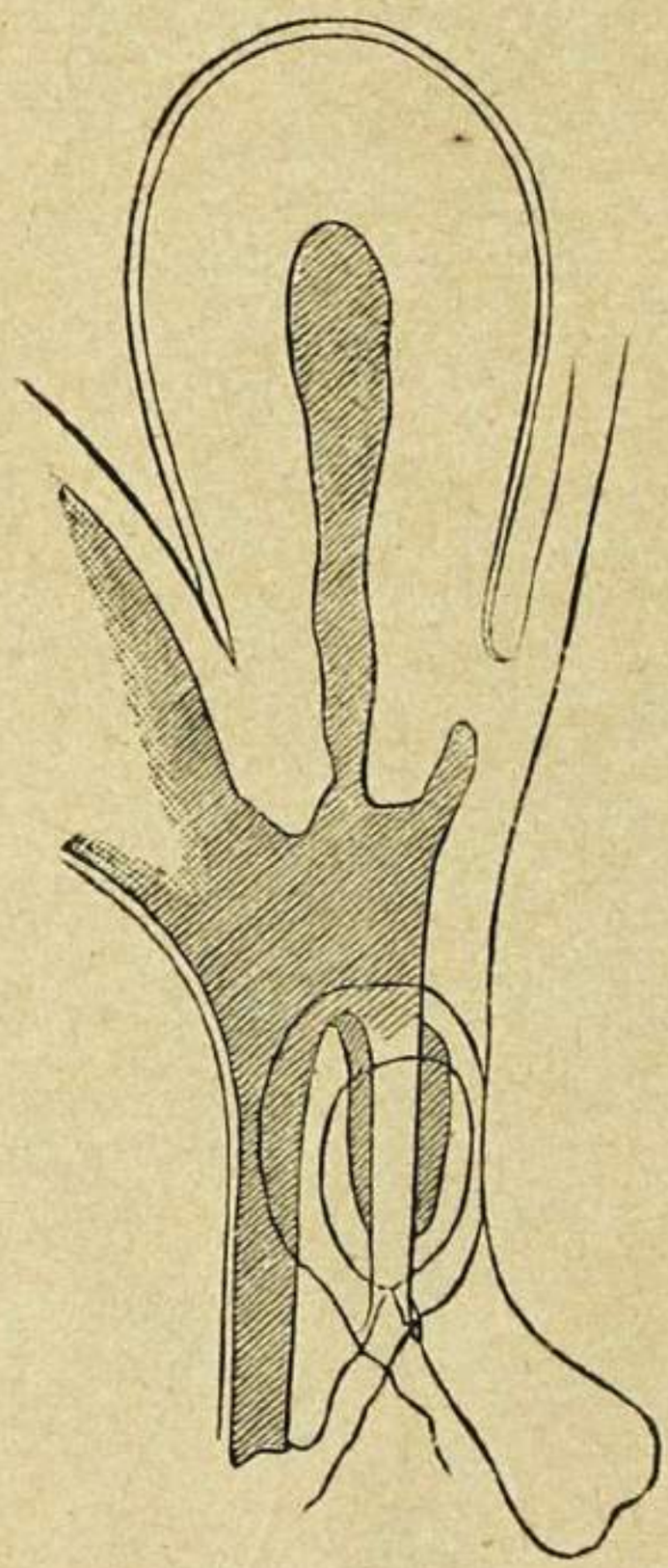


Fig. 61.

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 contínuamente 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 fístula situada en el fondo de saco anterior que ofrecía 3 centímetros de diámetro. Practicadas tres operaciones por otro profesor, se habían reducido las dimensiones de la solucion de continuidad, que no medía más que 8 milímetros, estando completamente destruida la porcion vaginal, de la cual no subsistían más que algunos restos del labio posterior. Del lado derecho de la fístula partían bridas cicatriciales blanquecinas que venían á perderse en los fondos de saco anterior y posterior. Hegar se vió obligado á no acometer la obliteracion directa de la fístula 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 lav agina 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 fístula 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 trasversalmente 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 existía un catarro purulento de las vías urinarias.

Bozeman ha sostenido que, sin duda alguna, la pielítis 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 *pielítis 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 síntoma tan molesto y penoso como la incontinencia 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 ½ 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 fístulas habían quedado reducidas á muy pequeñas dimensiones. Hizo entónces desaparecer la atresia artificial de la vagina, seccionó las bridas cicatriciales y obturó directamente las fístulas.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Recientemente, sólo Schupper ha podido obtener una reunion completa recurriendo á la episioestenósis; pero no pudo suprimir en absoluto la incontinencia. *A Treatise on vesico-vaginal fistula*, Nueva Orleans, 1886.

2) *Beiträge zur operativen Chirurg.*

3) Schwartz. *Complicationen der Blasenscheidenfisteln Schuchrdt'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 peritonítis generalizada. En la autopsia se observó que en el útero se encontraba acumulada una determinada cantidad de sangre.

Art. 8.º—Tratamiento de las fístulas vesico-uterinas (fístulas vesico-cervicales).

LITERATURA

Jobert. *Traité des fistules vésico-utérines*, etc., París, 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. Ætiologie 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. säils. handl.*, t. XVI, pág. 232.

Conocemos dos procedimientos que nos permiten curar las fístulas vesico-cervicales: 1.º La obliteracion de la fístula por la sutura ó la cauterizacion. 2.º La obliteracion del orificio uterino por debajo de la fístula (histerocleisis).

Desde el año 1849 recurrió Jobert con éxito al primero de estos procedimientos. Incindía trasversalmente el orificio uterino, ponía al descubierto la fístula 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 fístula 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 fístula 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 fístula 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 fístula. La pared anterior del con-

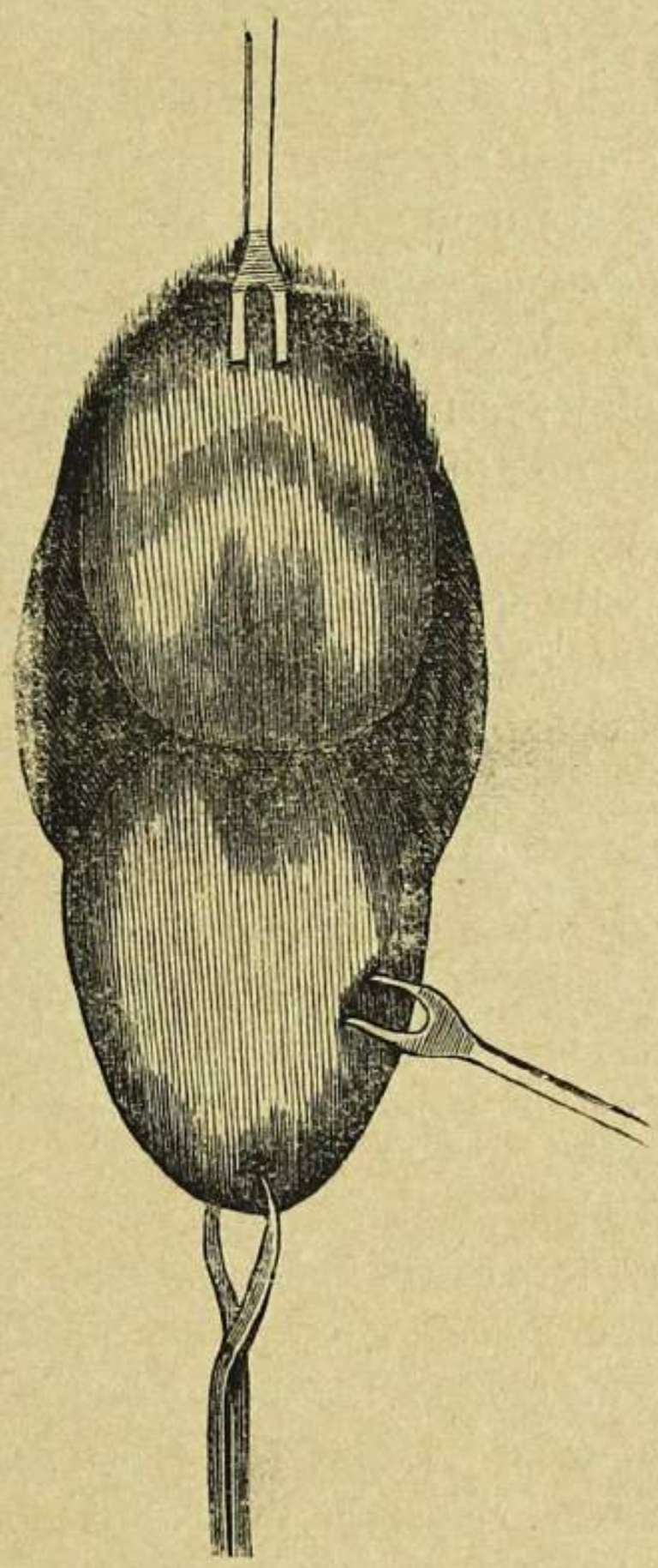


Fig. 62.

ducto cervical presentaba un pliegue embarazoso que se separó por medio de una erina, se avivaron los bordes de la fístula 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 fístula sin incindir previamente los labios del cuello.

Lossen y Martin hicieron salir violentamente á la fístula 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 fístulas 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 histerocleisis, 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 fístula 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 fístulas. 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 fístulas 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. Behandl. d. Harnleiterschf. Arch. f. Gyn.*, IX, pág. 426.

Bandl. *Wien. med. Wochenschr.*, 1877, núms. 30 y 32; *Zur Entst. u. Behandl. 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 Vierteljarschr.*, 1846, t. IV, pág. 78.

W. A. Freund. *Klinische Beitrage 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 geheit 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 fístula 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 luégo permeable la extremidad vesical del uréter y obliterar en seguida la fístula; pero todas sus tentativas fracasaron, porque el uréter se obliteró de nuevo y la fístula volvió á abrirse. Estas tentativas operatorias iban acompañadas desde luégo de síntomas alarmantes atribuibles á 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 creido que la incontinencia de orina no podía ser curada sino por medio de una operacion, obrando indirectamente sobre aquélla. Era preciso desde luégo crear una fístula vesico-vaginal artificial, despues hacer por debajo de este punto la obliteracion de la vagina, utilizando, si fuese preciso, el borde inferior de la fístula que se acababa de practicar. Fueron necesarios los ventajosos resultados obtenidos por el deslizamiento del uréter en los casos de fístula 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 fístulas uretero-vaginales.

Simon enseña desde luégo en su *Curso de Ginecología* que se debía atravesar la pared vesical á nivel de la fístula 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 fístula vaginal, que, sin embargo, estaban alejados del nuevo orificio del uréter, y aplicar una sutura. Podría, ademas, avivarse una pequeña parte del fondo de saco vaginal y utilizarlo para obliterar la fístula.

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 atraida hácia afuera á traves 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 fístula uretero-vaginal en una fístula vesico-vaginal, en la extremidad superior de la cual vendría á abrirse el uréter. Por último, se suturará esta fístula 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 fístula vesico-vaginal. En uno de estos casos, Bandl, empleando el procedimiento de Laudau, 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 fístula uretero-uterina es imposible poner al descubierto la fístula, no pudiendo, pues, obtenerse resultados más que por medio de procedimientos indirectos. La simple histerocleisis no parece oportuna sino cuando la extremidad vesical del uréter es permeable; de otra suerte, debería desde luégo crearse una fístula 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 histerocleisis. Adoptó este procedimiento, porque habiendo intentado ántes de la operacion

obliterar la fístula por medio de cauterizaciones, había hecho constar que despues de la cauterizacion del conducto cervical la incontinencia de orina cesaba durante algun 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 obliteracion espontánea 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 curacion 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 despues 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 demas métodos de tratamiento, y ante la oposicion de la enferma y de su marido, que no aceptaban la obliteracion de la vagina, practicó la extirpacion del riñon correspondiente al uréter afecto, y la curacion fué completa. En 1880, B. Credé obtuvo tambien una completa curacion 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 operacion.

La enferma adoptará el decúbito lateral correspondiente al lado del uréter no afecto, sobre un colchon grueso, á fin de que el borde inferior de las costillas esté tan alejado de la cresta ilíaca como sea posible (Credé).

Se incindirá la piel á nivel del borde externo de la masa sacro-lumbar, y se extenderá la incision desde la undécima costilla hasta las inmediaciones de la cresta ilíaca, estando alejada de la cresta espinosa de 6 ½ á 7 centímetros próximamente. Una vez bien disecado el tejido célulo-grasoso subcutáneo, se ofrece á la vista la aponeurósis lumbar dorsal superficial. Al incindir 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 incindirá 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 íleo-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 todavía 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 resecar 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 desgarra 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 habia contraido adherencias con el peritoneo, á aislar las partes superior é inferior de aquel órgano con un bisturí de boton.

Cuando se han atraido 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 berida 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 contínua. 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 sondar 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 contínua, 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 vagina y las enfermas se sienten mojadas de nuevo; pero comunmente no se observa aquí ningun acceso febril. En muchos casos, sin embargo, no nos apercibiremos 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-

cion el derrame de orina es mucho ménos abundante ó cesa completamente. Pero si la solucion de continuidad que subsiste despues de la operacion fuera más considerable, si la cauterizacion no diera ningun resultado, sería necesario apelar á una nueva operacion que se practicaría preferentemente tres ó cuatro semanas despues de la primera tentativa operatoria.

ACCIDENTES QUE SIGUEN Á LA OPERACION

En los primeros días que siguen á la operacion 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 reunion por primera intencion 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 levanten ó se sienten. Se les aconseja, finalmente, el uso del agua de Vichy. A veces los calambres vesicales son debidos á la produccion de hemorragias secundarias en la vejiga, ó bien á que se ha cogido en la sutura la mucosa vesical, pudiendo hacerlos desparecer 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 despues de la operacion, ya al cabo de tres á cinco días, debiendo siempre ser atribuidas á una falta cometida durante la operacion. 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 aparicion de tenesmo vesical. Pero aunque sean muy vivas las contracciones de este órgano, apénas 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 fístula. 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 orígen 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, áun ántes de que se apelara al método antiséptico, las complicaciones inflamatorias eran aquí mucho más raras que en las demas operaciones; tanto, que se había creido 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 piohemia 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 pielítis purulenta.

Peritonítis. — La peritonítis, que es todavía la causa más comun de muerte despues de la operacion de las fístulas, 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 fístula 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 pielítis 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 París 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 fístula 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 ½ 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 pielonefrítis y de flegmasía. Este cirujano ha observado complicaciones tan graves como la eri-

sipela y la *flegmasía 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 antisépticas 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 ántes 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 contínua 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 estricnina (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 proposicion de Rutenberg merece llamar la atencion. 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 síntisis. 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 reunion 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

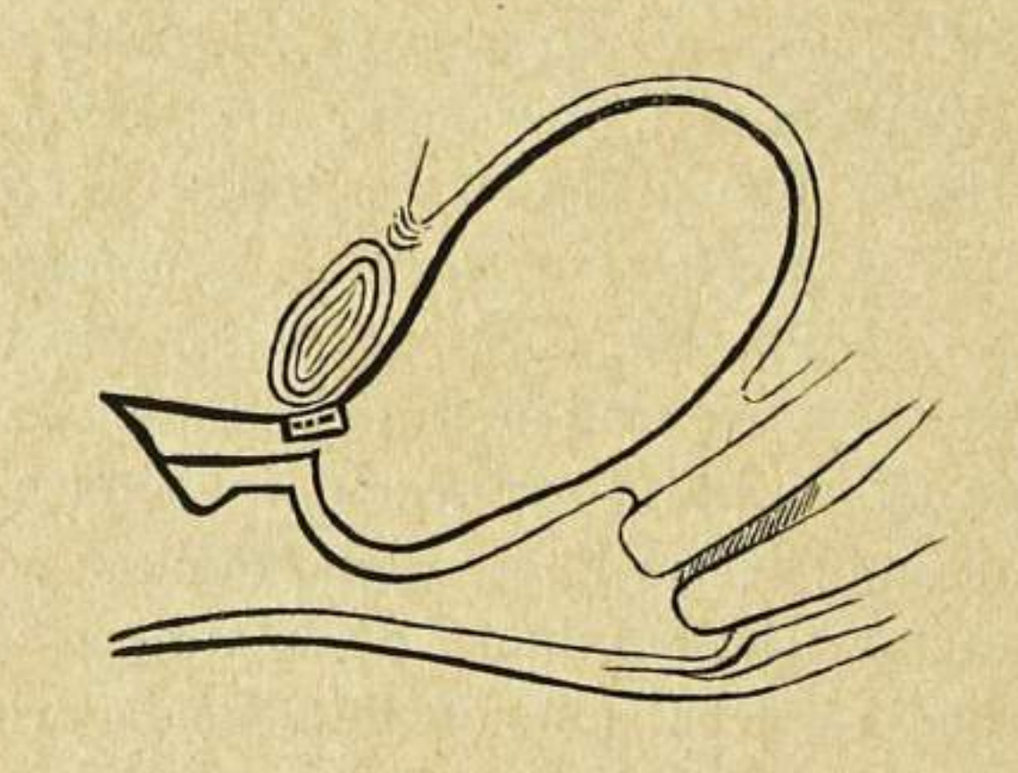


Fig. 63.

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 fístulas que ponen en comunicacion el intestino delgado con la vagina.

LITERATURA

Casamayor. *Journ. hebd. de méd.*, París, 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 Kœnigsb. 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, íleo-vaginal.

La primera de estas especies de fístulas 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 fístula.

La continuidad del intestino delgado puede encontrarse interrumpida, porque puede ser expulsada una extension considerable de este conducto (de uno á muchos piés).

Entónces 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 atribuirlas 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 cólon 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 contraido 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 operacion no se abre el peritoneo; pero una porcion 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 fístula recto-vaginal.

3.º *El ano vaginal debe ser trasformado en una fístula 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 accion de la compresion 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 comunicacion 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 trasformado un ano vaginal en una fístula, haciendo comunicar las dos asas del intestino delgado entre sí.

Despues de su muerte, Heine completó la operacion haciendo la sutura de los bordes de la fístula. 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 medían próximamente 15 centímetros y ofrecían una curvadura paralela á la de la pelvis. El tercer día despues de la aplicacion del enterotomo se observó por primera vez despues del accidente provocarse una deposicion 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 traves 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

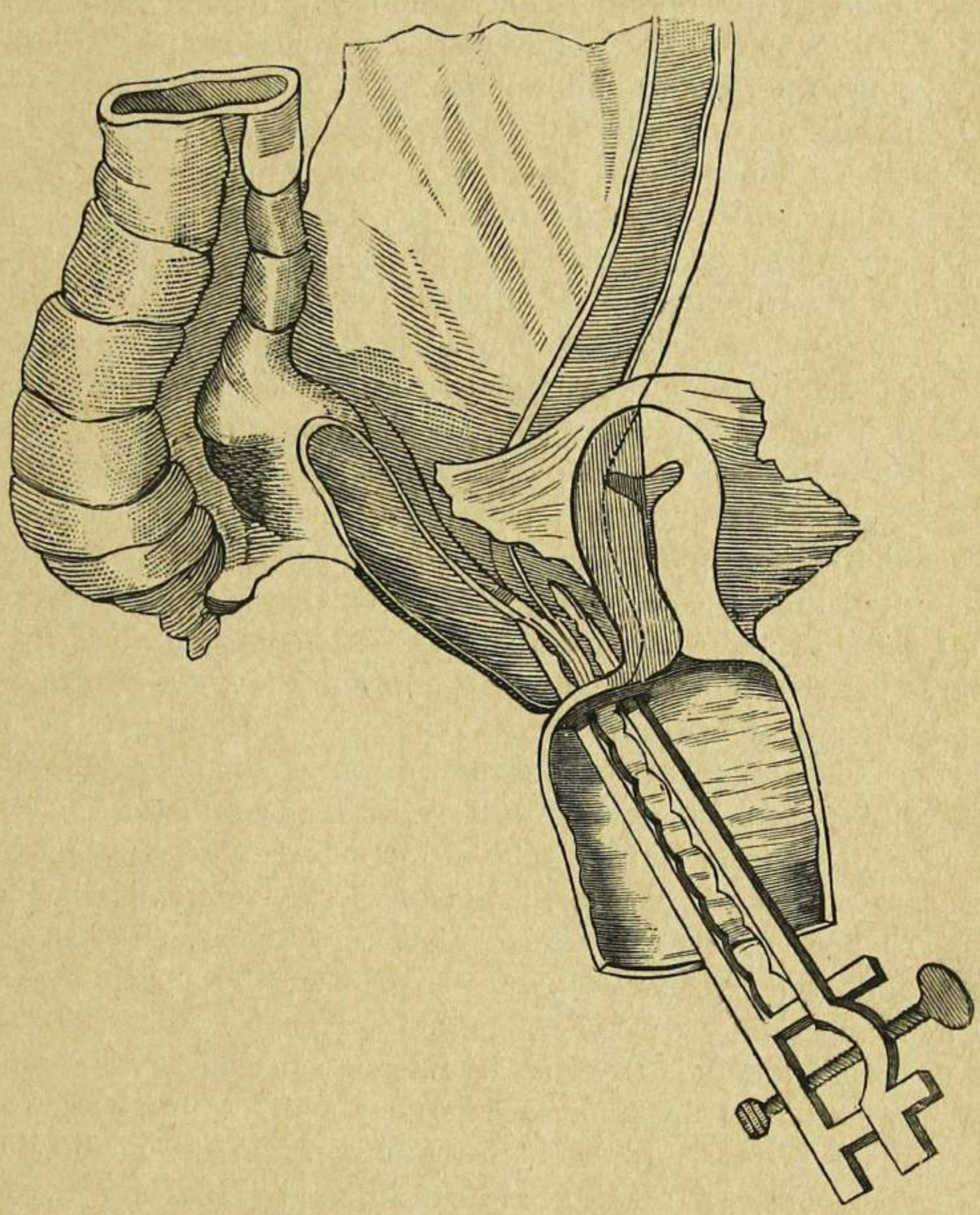


Fig. 64.

esponja montada la pared herniada y se produjo inmediatamente una abundante deposicion.

»Hubo signos de peritonítis, pero un mes despues de la operacion se pudo intentar la obliteracion de la fístula por medio de cauterizaciones con el cauterio actual y con la tintura de cantáridas. El orificio de la fístula se redujo de tal suerte que no medía más que 1 ½ 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 fístula 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 fístula, 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 trasversal. Hubo algunos signos de peritonítis; pero la curacion fué completa, porque bastaron las cauterizaciones con la tintura de cantáridas para obtener la obliteracion de una pequeña fístula 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 ofrecía 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 fístula 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, resecadas y suturadas despues, debiendo en este caso intervenir el operador despues de haber incindido la pared abdominal.

Frecuentemente las fístulas del intestino delgado curan con bastante rapidez bajo la influencia de los cuidados de limpieza. Cuando la fístula 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 fístula 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 fístula 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 fístula 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 Krankeinhauses,* 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 difíciles. 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 sustraido á la compresion que podrían 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 atribuirlas á 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 fístula recto-vaginal puede ofrecer las más variadas dimensiones, pudiendo ser bastante estrecha para dejar apénas 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 fístulas midan más de 1 ½ á 2 centímetros en su mayor diámetro.

Estas fístulas pueden ser redondas ú ovales, y, en este caso, su gran diámetro puede ser longitudinal ó trasversal. Lo más frecuentemente, los bordes de la fístula 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 fístula 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 áun la misma S ilíaca pueden encajarse á traves de la misma y contraer adherencias (Winkel). Breisky ha observado una fístula recto-vaginal extensa á traves de la cual se había invaginado un quiste dermoideo.

Las fístulas recto-vaginales coinciden frecuentemente con otras lesiones de los órganos sexuales, por ejemplo, con fístulas vesico-vaginales, con estenósis 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 fístulas recto-vaginales, á excepcion de aquellas que son debidas á una ulceracion gangrenosa. Por esto hemos dicho anteriormente que cuando la solucion de continnidad 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 fístula es atribuible á otra causa (peritonítis, sífilis, etc.), conviene esperar á que se curen estas afecciones, ó esperar á que los bordes de la fístula 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 fístulas recto-vaginales se ha recurrido á la cauterizacion y á la sutura.

La pared recto-vaginal es muy movible en sentido longitudinal, lo que favorece la retraccion cicatricial y una exacta adaptacion de los bordes de la fístula cauterizada.

En la fístula recto-vaginal la cauterizacion ofrece muchas más probabilidades de éxito que en la fístula vesico-vaginal. Cuando la fístula 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 fístulas antiguas cuyas dimensiones no exceden á las de un guisante. Si la cauterizacion no permite obtener una reduccion marcada de las dimensiones de la fístula, 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 fístulas vesico-vaginales.

Existen tres procedimientos por medio de los cuales podemos obliterar la fístula 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 fístula.*

Para elegir uno de entre estos procedimientos, será preciso tener en cuenta: el asiento de la fístula, 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 fístula 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 fístula 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 fístula 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 fístula 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

fístula 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 hácia 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 contínuamente, 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 perinè, sea difícil descubrir por la vagina una fístula 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 fístula 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 hácia 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 fístula 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 fístula y segun la extensibilidad de sus labios.

Cuando la fístula 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 movible 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 fístula y suturarles. Sin embargo, en un caso en que la fístula 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 fístula. La sangre de las reglas fué despues expulsada por el recto.

Cuando la fístula es muy extensa, si no es favorable la disposicion de sus labios, cabe preguntar si no sería bueno obliterar la fístula 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 fístula 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 fístula, en tanto que por la parte del recto estaba inmediatamente aplicada á los labios de la fístula. 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 fístula, 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 fístula 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 fístula, la perineorrafia.

La operacion de la fístula 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 operacion 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 desgarren 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 operacion se verifique una deposicion abundante, y durante los tres días que siguen al en que se ha verificado aquélla, la operada 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 deposicion 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 expulsion de materias fecales no compromete en absoluto la cicatrizacion.

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, segun que se trate de la vulva, de la vagina ó de la matriz.

En ciertos casos, en el uretrocele y en el cistocele por ejemplo, puede operarse sobre la vagina (creacion de una fístula vesico-vaginal artificial); pero ésta es una operacion que no debe ser propuesta ni practicada sino cuando exista una cistítis muy intensa, y áun 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 escision de la porcion 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 operacion 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 ménos 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 ménos 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.

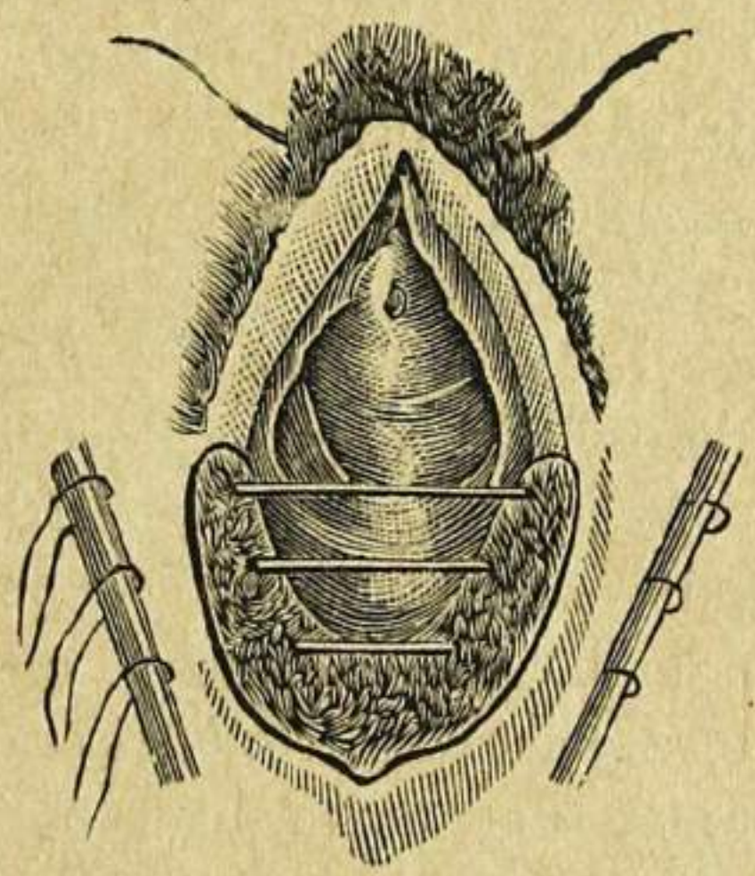


Fig. 65.

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 cistocele 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 contenían 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 tenía el volúmen de la cabeza de un niño recien 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 precedimiento, 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 posicion normal.

Sin duda, operando como nosotros lo hemos dicho anteriormente, puede tambien obtenerse este resultado, pero no se alcanza jamás este objeto sino de una manera más ó ménos 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 biblográfica núm. 30*) adoptó este procedimiento. Estos dos autores se proponian al operar de esta suerte, no solamente estrechar el calibre de la vagina, sino tambien obtener adherencias entre las paredes de este conducto y los órganos vecinos. Citaremos, en fin, á Chipendale, que propuso inocular en la mucosa pus blenorrágico.

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 tambien la elitrorrafia, toda vez que se escinden grandes colgajos de la pared vaginal. Nada hay, hasta la ligadura de la porcion 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 extension proporcional á la de este accidente.

Tratándose de este asunto, se vuelve siempre á los diferentes aparatos de contencion, los cuales, á pesar de todos los inconvenientes y de los peligros que provoca su empleo, á pesar del abundante flujo á que dan orígen, 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 extension. 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 Franque: *Der Vorfall der Gebarmutter 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 aquí 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 Gebarmutter 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 Winckel (*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 contraidas 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 elitrorrafia 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 convenía 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. *Uber 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 Krankeiten des Weibes. Herausgegeben von Baling.,* 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) *Doppelnaht bei Damm., Scham. und Scheidennaht*, Erlangen, 1863.

9) *The principles and the practiee 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, París, 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 colporrafia, 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 Goltsheim. *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*, Bâle, 1875.—Egli Sainclair. *Ueber die operative Behandlung des Gebärmuttervorfalls. Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte Jahrg.*, 1877.— Martin. *Volkmann'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 curvadura 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

demas partes, lo que se comprenderá fácilmente si se tiene en cuenta la facilidad con que se propaga la presion por el intermedio de las vísceras contenidas en el abdómen. 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 presion, y ademas ofrece un cierto número de orificios por los cuales, si el aumento de presion es considerable, pueden herniarse las vísceras. Aquí nos encontramos, pues, una disposicion 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 conclusion 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 ménos abundante de tejido celular. De esta estructura complicada resultan ciertas particularidades en la manera como se reparte la presion, de las cuales resulta ésta equilibrada.

La presion 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 porcion inferior del recto son libres. De esta disposicion podemos obtener esta consecuencia: todas las partes que no están cubiertas por el peritoneo no pueden experimentar de una manera directa la accion de la presion 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.

Despues 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 union 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 tambien 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 ademas 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 íleon y de la S ilíaca 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 movible, 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 presion muy fuerte. Véase, por ejemplo, una mujer que respira segun el tipo abdominal ó que hace un esfuerzo. La presion 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 áun 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 presion se trasmite á la pared abdominal. Gracias á este mecanismo la pelvis escapa á la mayor parte de la presion, cuya accion se encuentra entónces disminuida á consecuencia de la fuerte tension 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 disposicion, 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 hácia adelante de los pubis, el peritoneo no puede ponerse en estado de tension. No existe nada hasta el plano pelviano que no haya perdido su resistencia. Finalmente, la falta de elasticidad de la pared abdominal obra entónces de otra manera particularmente desfavorable. Cuando la mujer está echada sobre el dorso, cuando la presion abdominal ha descendido notablemente (puerperio, extirpacion de un tumor voluminoso, etc.), la pared abdominal anterior se hace cóncava hácia afuera; toda la presion 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 disposicion bien plana.

Enfrente del peritoneo, que trasmite la presion de la cavidad abdominal á los órganos pelvianos, debemos colocar el plano de este nombre, que debe, finalmente, equilibrar toda presion que le sea trasmitida.

El plano ó diafragma pelviano se encuentra constituido por la aponeurósis pelviana y el elevador del ano. Por debajo se encuentran tambien otros tejidos, los músculos perineales, tejido celular, y, en fin, la piel que cubre todo el plano. Estos tejidos ofrecen una disposicion bastante complicada alrededor del orificio exterior de diferentes órganos que en este punto les constituyen los esfínteres que impiden toda comunicacion entre las cavidades de aquéllos y la atmósfera, y permiten la independencia absoluta de la presion 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 desciende 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 presion á la cual están sometidos estos órganos, más perfecta es la oclusion 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 oclusion del conducto vaginal y éste le desempeña atrayendo la porcion 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 ademas en cuenta el hímen.

En las mujeres que han tenido hijos este aparato no es tan completo y la oclusion 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 fijacion 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 funcion real en la trasmision de la presion del peritoneo sobre el plano pelviano, y recíprocamente, entrando aquí especialmente en juego su elasticidad. Existe ademas una funcion muy importante sobre la cual se ha insistido muy poco hasta ahora: reparte de una manera igual la presion sobre los diferentes puntos de la pelvis, debiendo el poder llenar esta funcion 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, ademas, 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 trasmision de la presion, 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 abdómen. 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 trasmita directamente.

El útero y la vejiga reciben directamente la presion que les es trasmitida 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 trasmitir 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 tambien 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 áun 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 trasmite 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 volúmen 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 atencion recientemente sobre la dilatacion de los fondos de saco como consecuencia de la disminucion de presion.

Durante el embarazo y durante el puerperio se observa que sobrevienen una fuerte hiperemia y turgencia de los tejidos que están sometidos á una menor presion; existe entónces una especie de compensacion.

Los órganos pelvianos experimentan variaciones de volúmen que no por quedar dentro de los límites fisiológicos dejan de imprimir un sello especial á la manera como se propaga la presion.

Todo el mecanismo que acabamos de exponer experimenta, pues, modificaciones segun el estado de vacuidad ó plenitud de la vejiga y del recto, segun la época del embarazo y del puerperio y segun el grado de la presion intraabdominal. Notemos, sobre todo, que la trasmision de la presion 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 presion se trasmite 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 pié, pero en este caso se observan más excepciones. Sin embargo, cuando la presion intraabdominal sufre un aumento muy marcado, cuando la mujer hace algun esfuerzo, etc., la presion en la ampolla vaginal permanece inferior á la que existe en la vejiga, sin que pueda decirse que es preciso atribuir este efecto exclusivamente á una cierta tension de la pared vaginal anterior ó á la de los ligamentos. Estos dos factores obran probablemente, porque no es posible la tension de la pared vaginal anterior si el cuello está fijo.

En suma, existen dos factores que entran en accion para mantener los órganos pelvianos, y especialmente el aparato sexual, en su posicion normal, y son los siguientes:

1.º El peritoneo con sus repliegues, que puede equilibrar una parte de la presion intraabdominal, si bien ésta no se trasmite en totalidad sobre los órganos alojados en la pelvis. Puede reconocerse directamente esta reduccion de la presion cuando durante un esfuerzo se examina la ampolla vaginal.

Es verosímil que una parecida disminucion de la presion se observe en las demas partes de la pelvis, y que en estos casos el peritoneo sea el factor que entre en accion; 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 disposicion y el estado del tejido celular, de los vasos y de los plexos que contribuyen á equilibrar la presion.

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 produccion 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 elevacion de presion en la region del conducto vaginal tendrá, pues, por efecto hacer descender al útero. Sin duda el aparato de oclusion 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 inversion completa de la pared vaginal y para mantener el útero durante algun tiempo todavía. Hé aquí por qué en derredor de este último órgano, y sobre todo hácia atras 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 disposicion que no existe fatalmente, porque la vejiga puede quedar en su situacion 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 disposicion del peritoneo á nivel de los órganos prolapsados varía segun la situacion de la vejiga. Por detras existe, casi sin excepcion, una separacion entre el recto y la vagina á nivel de la porcion superior del tabique recto-vaginal. La union de estos dos órganos es más laxa que por delante y há lugar á tener en cuenta aquí la accion

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 hácia abajo y hácia 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 íntimamente 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 contínua, 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 hácia 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 ménos 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-

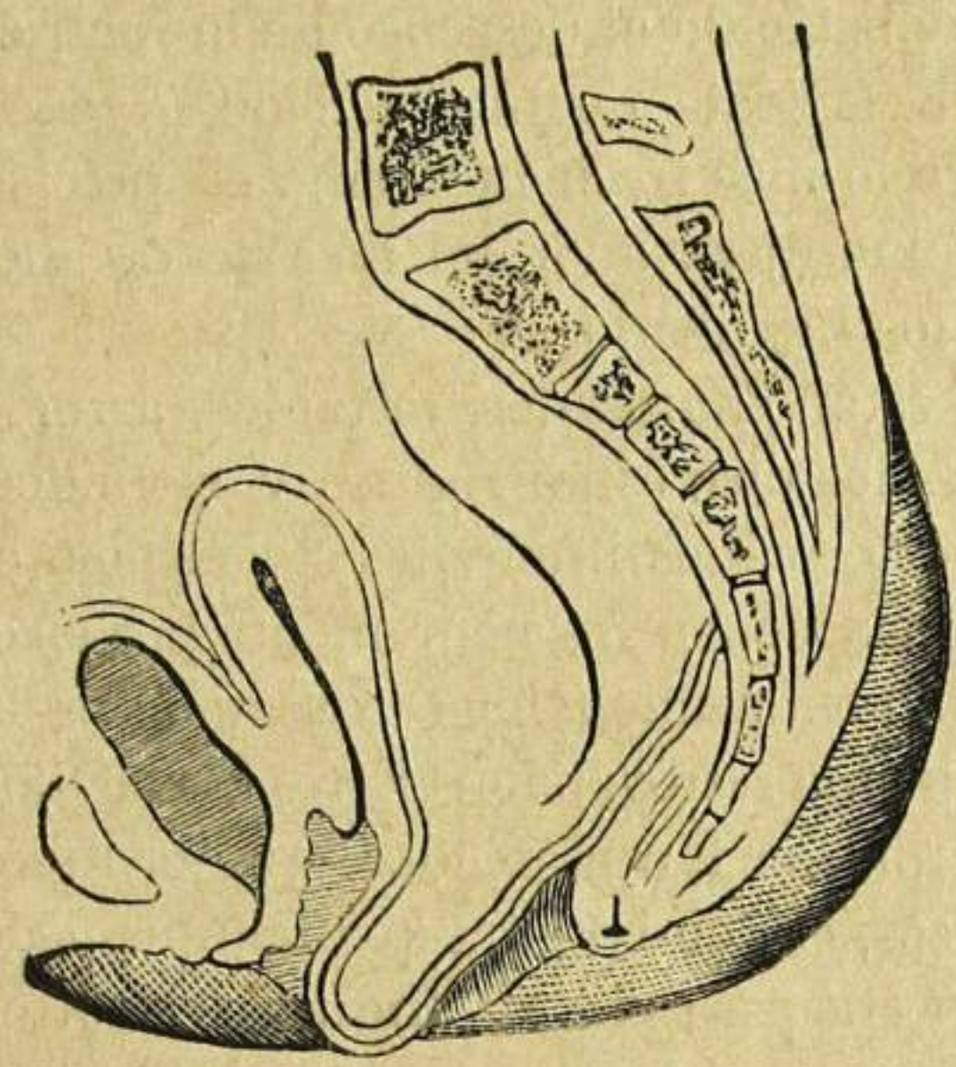


Fig. 66.

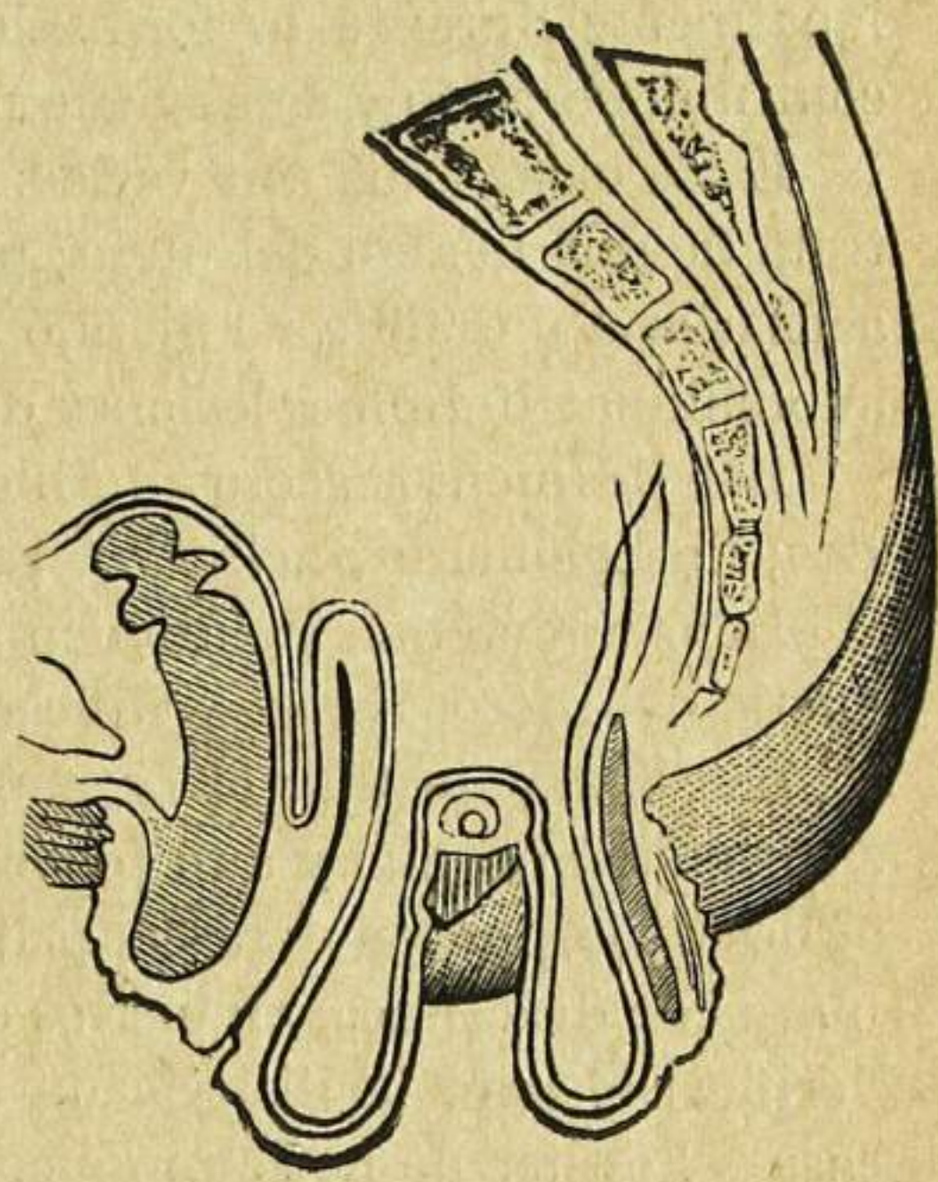


Fig. 67.

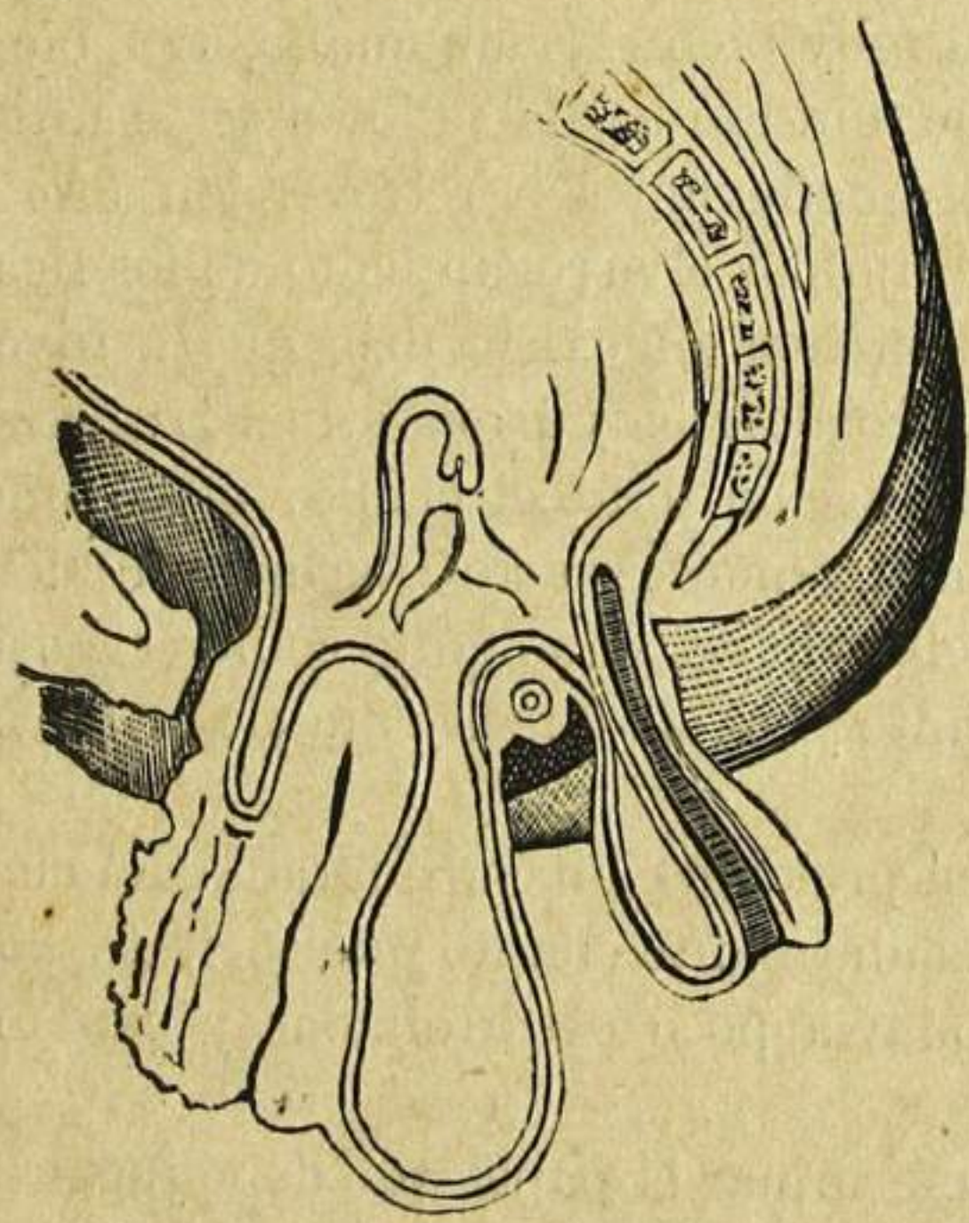


Fig. 68.

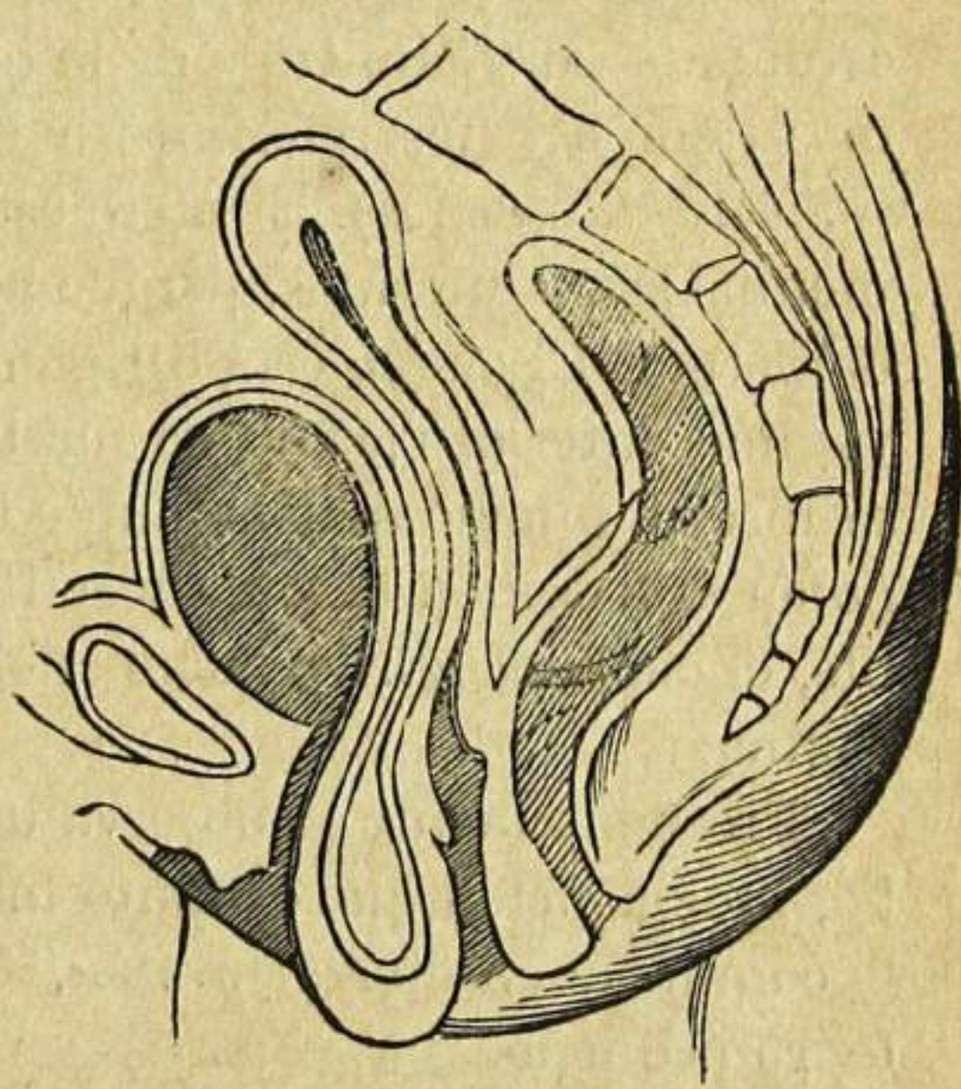


Fig. 69.

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 tambien en juego la elevacion de la presion 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 formacion 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 version ó ya se trata de una flexion 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, retraidos, arrugados; un ligamento ancho, y á veces los dos, están rígidos y retraidos, y bridas adherentes mantienen más ó ménos inmóviles el cuerpo ó el cuello del útero. Estas modificaciones tienen frecuentemente por efecto, no solamente fijar el órgano, sino tambien hacer desaparecer la anteversion normal y áun provocar una retroversion. 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 dislocacion no traspasa ciertos límites. En otros casos el obstáculo no se produce sino despues de un principio de descenso. Los resultados de estos obstáculos al prolapso se hacen, pues, sentir más ó ménos 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 anteflexion con retroversion (*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 hácia arriba y hácia atras. La pared vaginal anterior ejerce una fuerte traccion sobre el cuello; pero como se inserta mucho más bajo que los ligamentos sacro-uterinos, el cuerpo en anteflexion bascula y se inclina hácia atras tanto como es posible, el cuello se dirige hácia adelante y su eje queda paralelo al de la vagina.

Frecuentemente se observa una prolongacion considerable del cuello, prolongacion que es tanto más alarmante cuanto que se trata por lo comun de mujeres jóvenes, todavía poco desarrolladas y con un útero pequeño.

Se ha discutido mucho para determinar el papel que debe jugar la prolongacion del cuello uterino en la génesis del prolapso. Los unos, como Virchow, consideran la prolongacion 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 inverosimil.

Hemos demostrado cómo estando fijo el útero podía producirse ántes de todo descenso la hipertrofia del cuello si se elevaba la presion intraabdominal; pero tambien conviene hacer jugar en la génesis de esta hipertrofia un cierto papel á la involucion uterina despues del parto, á la endometrítis.

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 tambien una multípara 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 apénas 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 situacion 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.

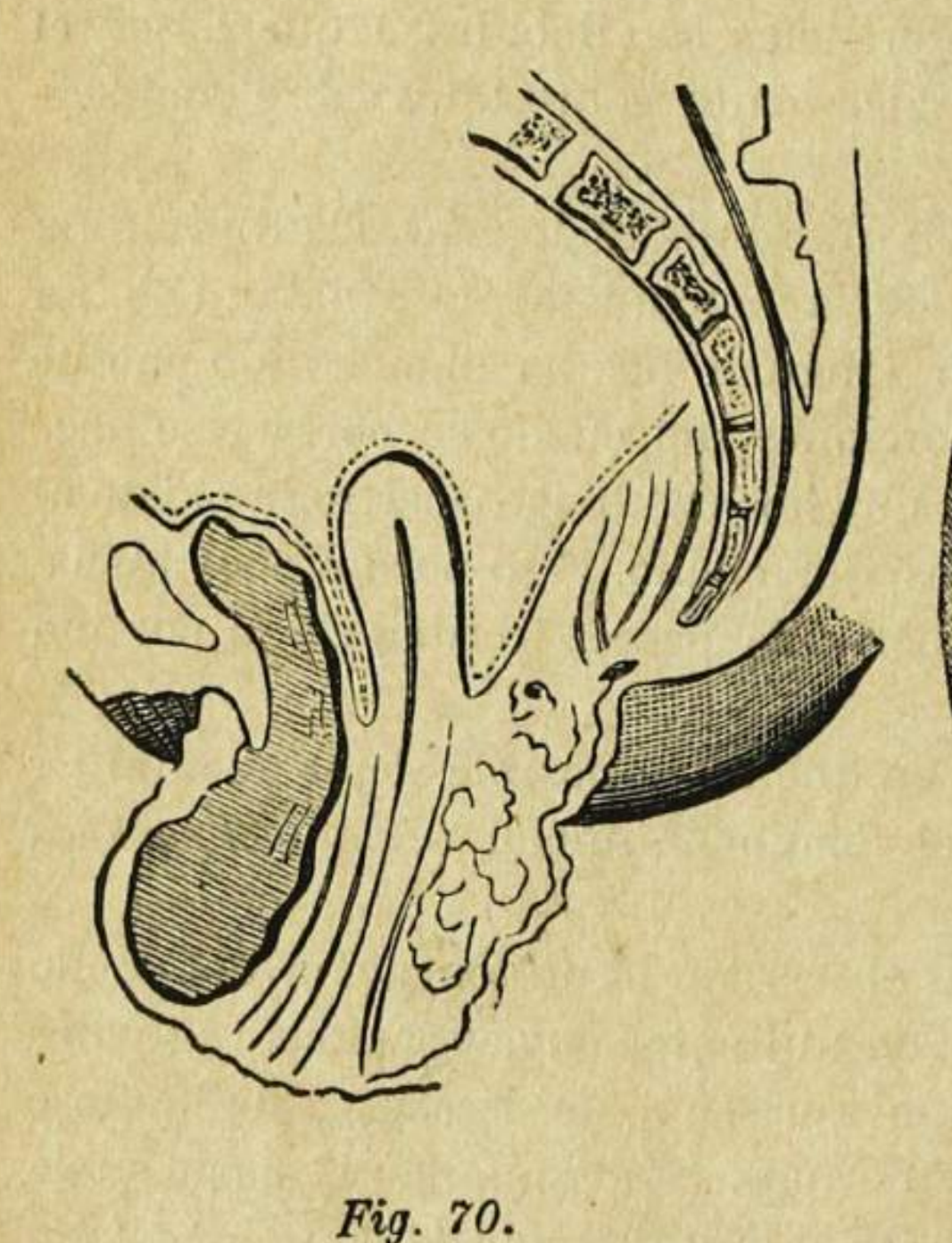


Fig. 70.

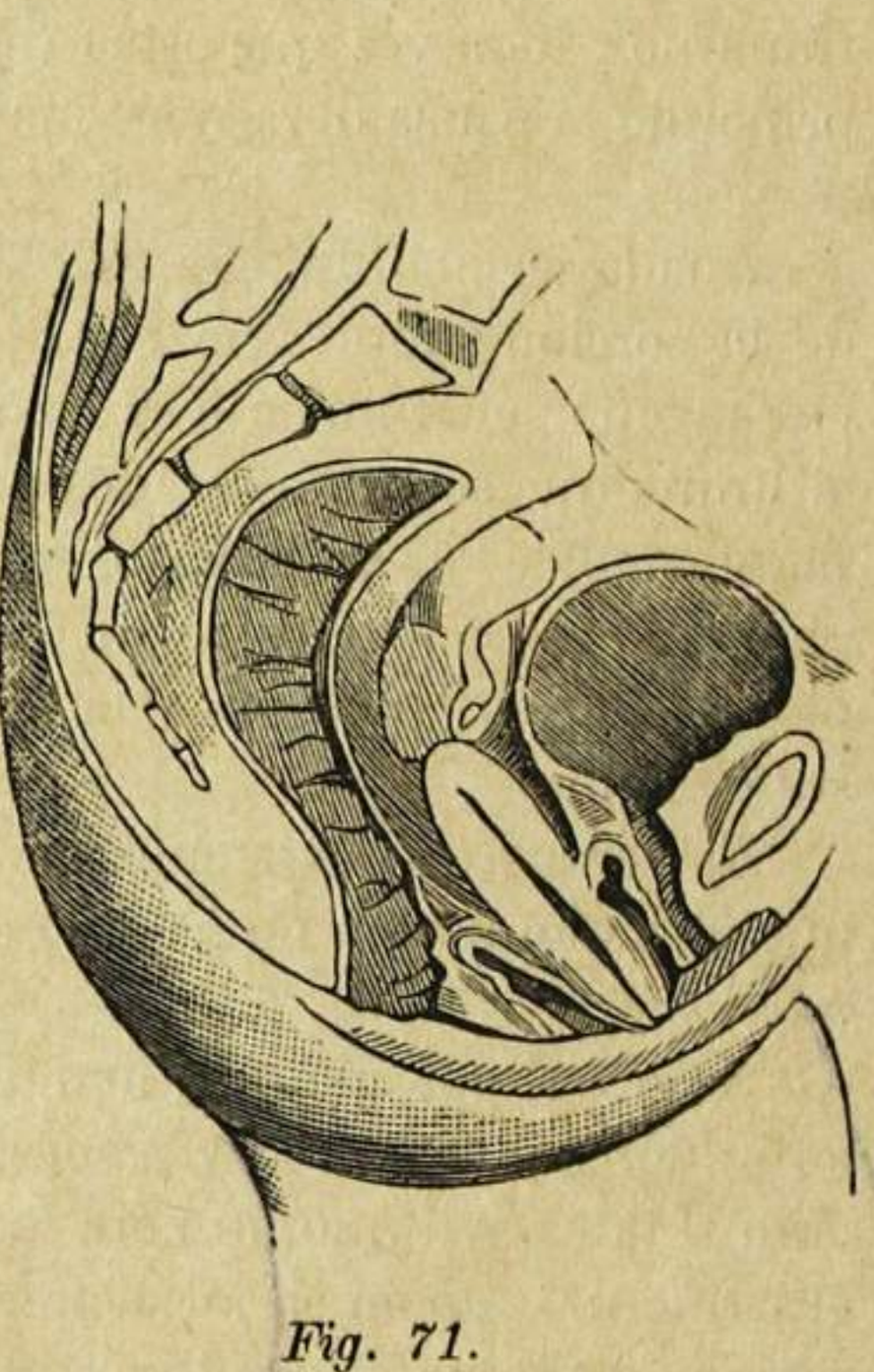


Fig. 71.

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-

so, 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 dirigido 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 desciende gradualmente, ocurriendo lo mismo en la pared anterior de la vagina. El cuerpo del útero desciende 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 desgarra el hímen 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.

Despues del parto, en efecto, el hímen 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 constituía 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 rectocele.

Pero el útero participa bien pronto del descenso; desciende él, y el cuello se dirige hácia la region donde la resistencia alcanza su mínimum, 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 anteflexion 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 entónces situado hácia arriba y hácia atras y el cuerpo del útero se inclina y efectúa una inflexion para seguir á la vejiga, que desciende.

La evolucion del prolapso varía segun que la dislocacion 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 relacion con la pared anterior de la vagina (*fig. 73, Nota bibliográfica núm. 10*). La pared posterior la vagina entra poco á poco en inversion comenzando por los puntos vecinos del útero. La

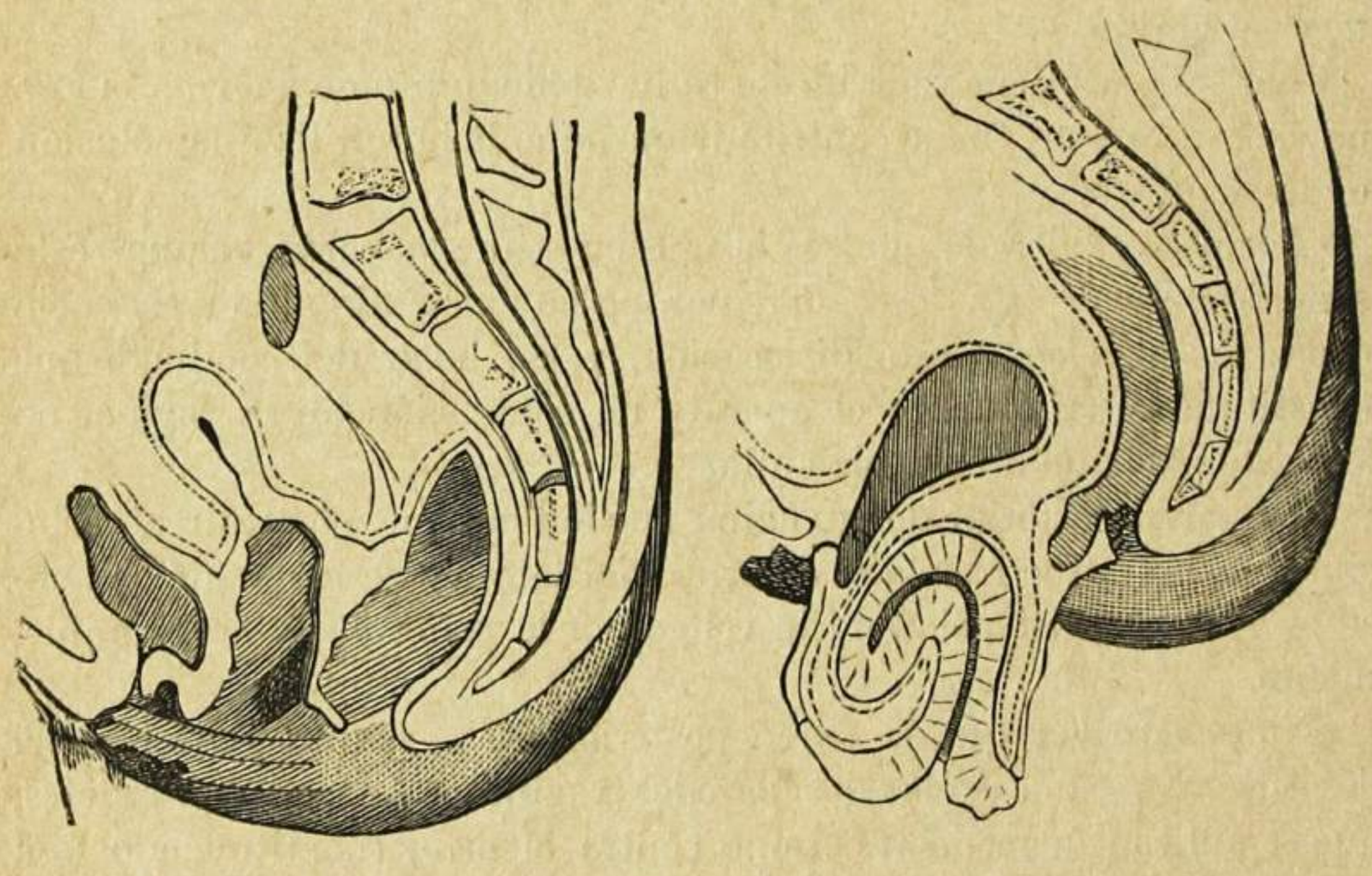


Fig. 72. *Fig. 73.*

parte superior de esta pared se aisla 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 inversion.

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 entónces 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-

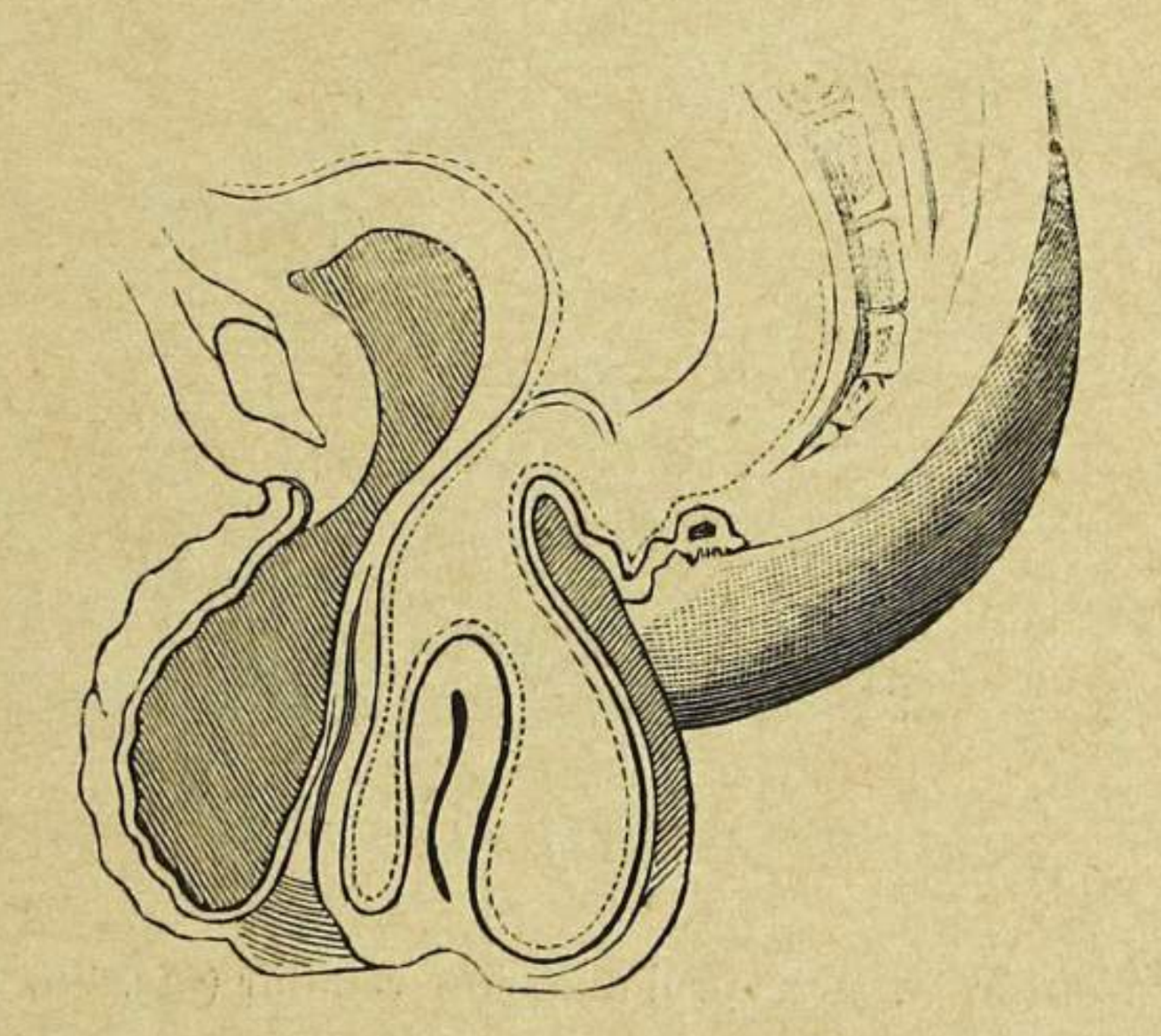


Fig. 74.

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 entónces una prolongacion regular (*fig. 76, Nota biblográfica 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 anteflexiones 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-

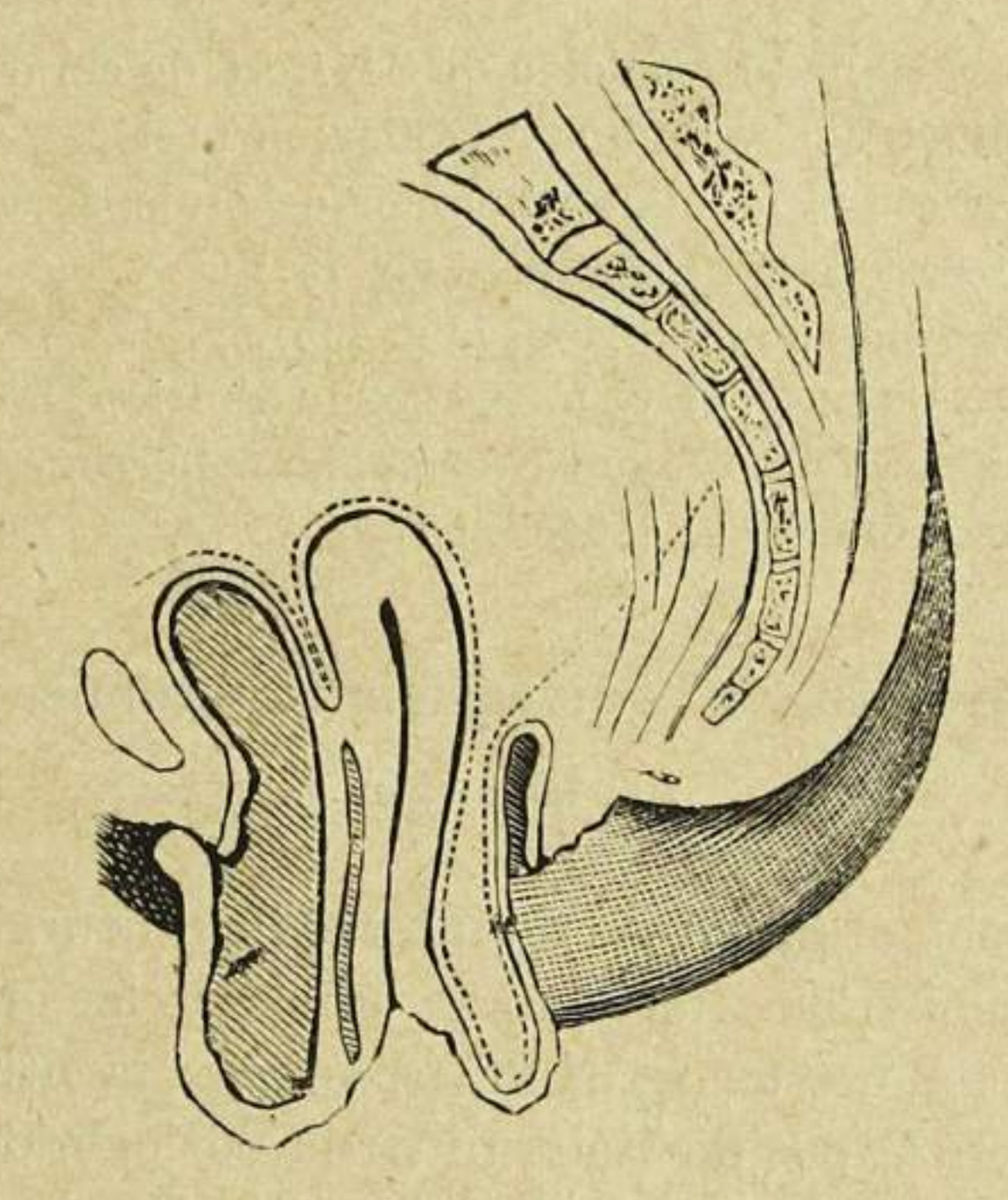


Fig. 76.

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 posicion normal. Es interesante notar la prolongacion secundaria y considerable del cuello, sobre todo en su labio anterior, sometido á una traccion directa.

4) Véase Schultze. *Loc. cit.*

5) Esto resulta de una observacion de Froriep referida por Hüffel, fig. 14.

6) Se trataba de una prolongacion primitiva del cuello con descenso de la vejiga. Véase Froriep, lám. 417, fig. 4.

7) Hüffel, fig. 21.

8) De aquí la extraña proposicion de Seyffert de curar el prolapso mediante la produccion artificial de una retroflexion fuerte.

9) Franque y Freund han descrito casos de prolapso de esta naturaleza. (Véase tambien Fritsch, pág. 174, figs. 74 y 75.)

10) Cistocele al principio. Froriep, lám. 435, fig. 4.

11) Prolapso acentuado con cistocele segun Froriep, lám. 41, fig. 4.

13) Rectocele al principio segun Froriep, lám. 435, fig. 4.

13) Segun Franque. (Véase Hüffel, fig. 45.)

Art. 3.º — Diagnóstico de la disposicion anatómica de los órganos prolapsados.

Cuando se tiene el propósito de intervenir quirúrgicamente, es importante conocer bien la situacion anatómica de los órganos prolapsados. Valiéndose del catéter se podrá reconocer la situacion de la vejiga: con el dedo será posible determinar la posicion del recto.

Es fácil reconocer la hipertrofia del cuello. No se encontrarán dificultades sino cuando se quiera distinguir la hipertrofia que afecta á la porcion supravaginal de la que se limite á la porcion 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 porcion vaginal ó á la supravaginal.

Se puede, sin embargo, hacer el diagnóstico recordando que en ciertos casos existe á nivel de la insercion vaginal un surco aplastado, y que á veces la mucosa de este conducto ofrece una coloracion muy diferente de la coloracion 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. Tambien 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 hocico 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 creido. 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 creido.

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 cistocele 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 rectocele 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 rectocele, 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. Ademas, 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 áun 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 fístulas.

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 áun 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 áun 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 cifósis 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 luégo.

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 anatómica, 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 volúmen 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 atribuirla á la produccion de tales adherencias. Pero en la mayor parte de las operaciones no se observan ni fiebre ni fenómenos de peritonítis, y casi siempre se puede hacer constar una movilidad normal del útero, á excepcion de los casos, por supuesto, en que esta movilidad hacía 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 manifiestos, 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 ningun resultado semejante.

En la hipertrofia aislada de la porcion vaginal basta la escision á nivel de la insercion vaginal.

Las hipertrofias de la porcion supravaginal del cuello, sobre todo cuando son de orígen reciente, y las hipertrofias cuya aparicion ha sido provocada por el prolaso vaginal, desaparecen muy frecuentemente por el simple reposo, manteniendo el tronco ligeramente elevado y practicando algunas embrocaciones con la tintura de iodo.

La escision está indicada cuando la deformacion 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 manifiestamente 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, disposicion que se observa cuando el útero está fijo por fuertes ligamentos inextensibles ó por bridas de nueva formacion.

No es necesaria la extirpacion del cuello cuando la prolongacion es moderada ó cuando es fácil rechazar el útero de la vagina.

En la prolongacion de la porcion supravaginal del cuello se puede escindir un largo segmento sin correr el riesgo de abrir el peritoneo.

Basta dar á la incision una forma tal que la parte superior del segmento extirpado sea cónica, para que sea posible escindir un segmento suficiente.

La incision tal como Simon la ha modificado presta por lo comun muy buenos servicios, siendo muy raras veces necesario dividir completamente el fondo de saco vaginal anterior como lo practicaban Huguier y Schrœder.

Art. 6.º—Elitrorrafia.—Sutura vaginal.

Esta operacion consiste en la escision sobre la mucosa vaginal de colgajos má ó ménos 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 escision 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 á 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 ménos 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.

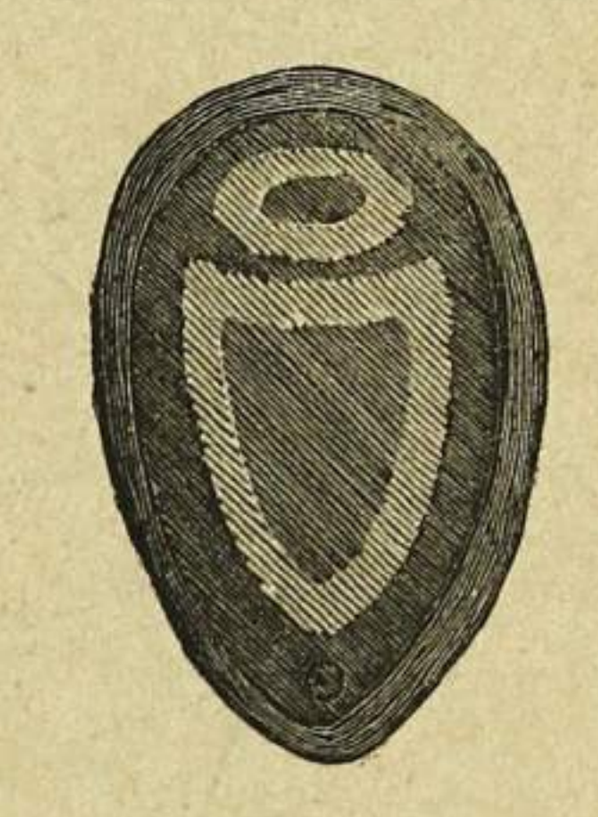


Fig. 78.

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 inme-

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 albañil (*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

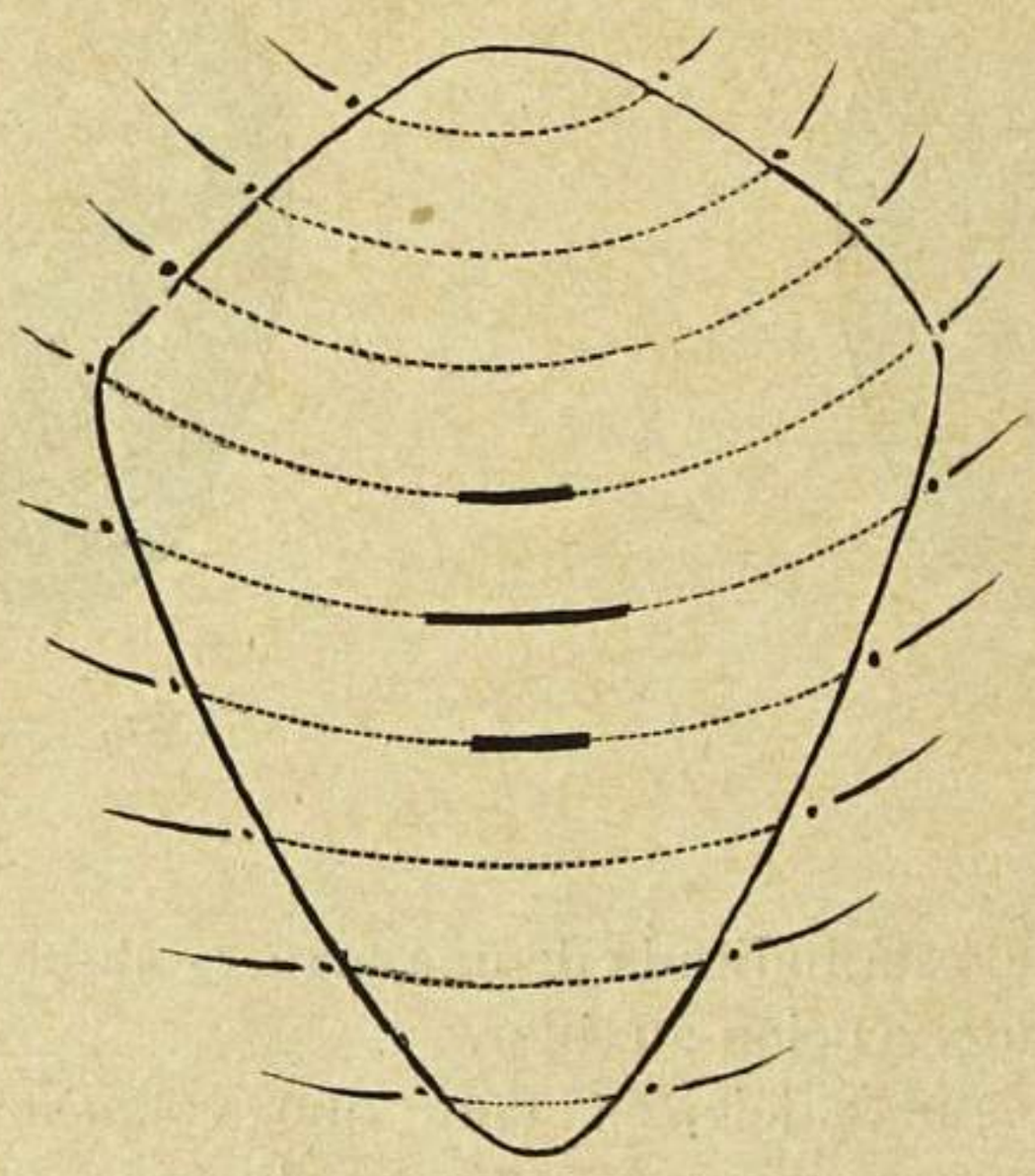


Fig. 79.

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 operacion muy rápidamente sin provocar hemorragia, y como es una operacion 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 operacion 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.

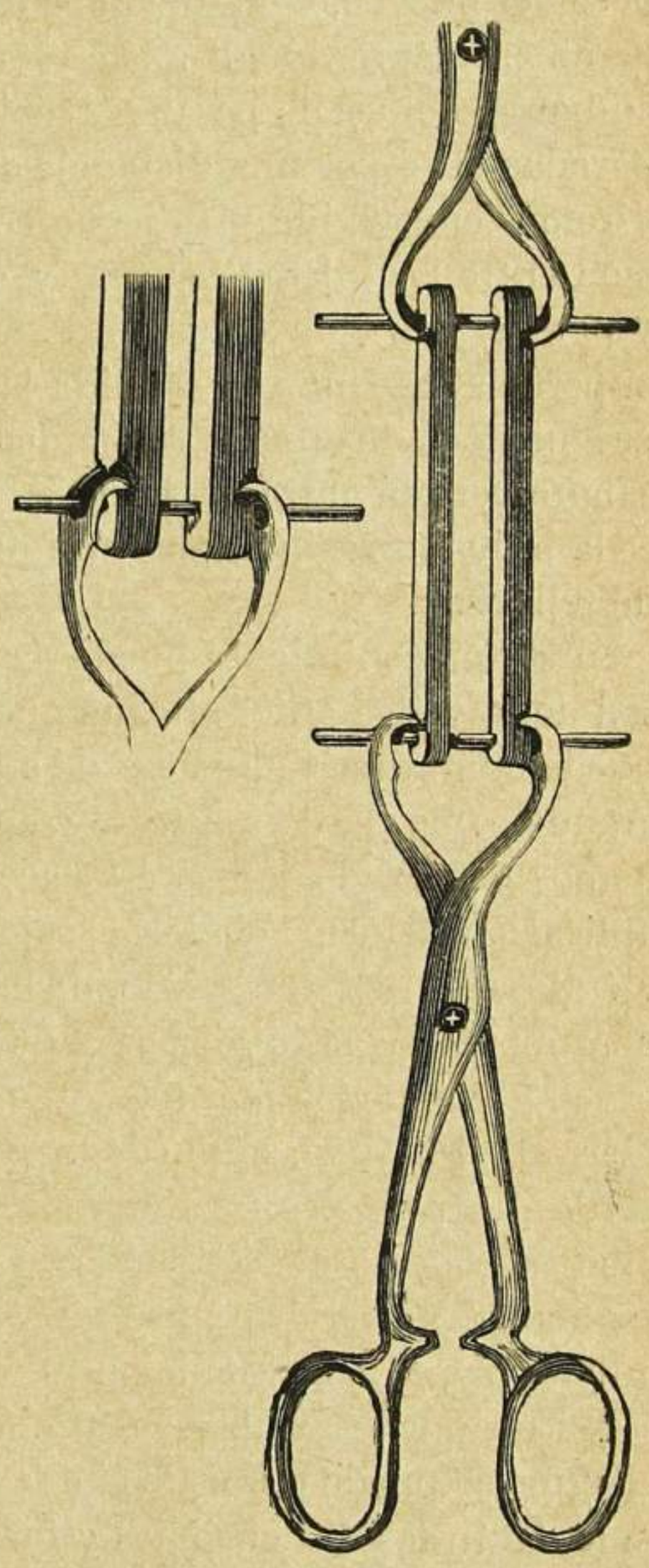


Fig. 80.

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

otra pinza. Bastará tirar de estos instrumentos para levantar el pliegue, y se podrá desde luégo 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 aisla 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 resecar 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

Cuando 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 ménos extensos y hacer inmediatamente, ó bien despues de la curacion, la colpoperineorrafia. En estos casos,

frecuentemente habrá necesidad de practicar al mismo tiempo una elitrorrafia anterior extensa.

La elitrorrafia 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 elitrorrafia 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 elefantiásico, crear una enorme superficie cruenta.

El manual operatorio es casi el mismo que el que acabamos de describir al estudiar la elitrorrafia anterior. Tambien en este caso preferimos nosotros el procedimiento que consiste en escindir los pliegues cogidos en el cepo.

Cuando se practica la elitrorrafia 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 áun 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, ademas 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 elitrorrafia 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.

Despues de haber reducido esta longitud á 3 centímetros, sutura desde luégo los puntos avivados procediendo de abajo arriba y, finalmente, reune los restos del colgajo.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Si la operacion del prolapso no se divulga sino difícilmente, 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. Wochenchrift,* 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

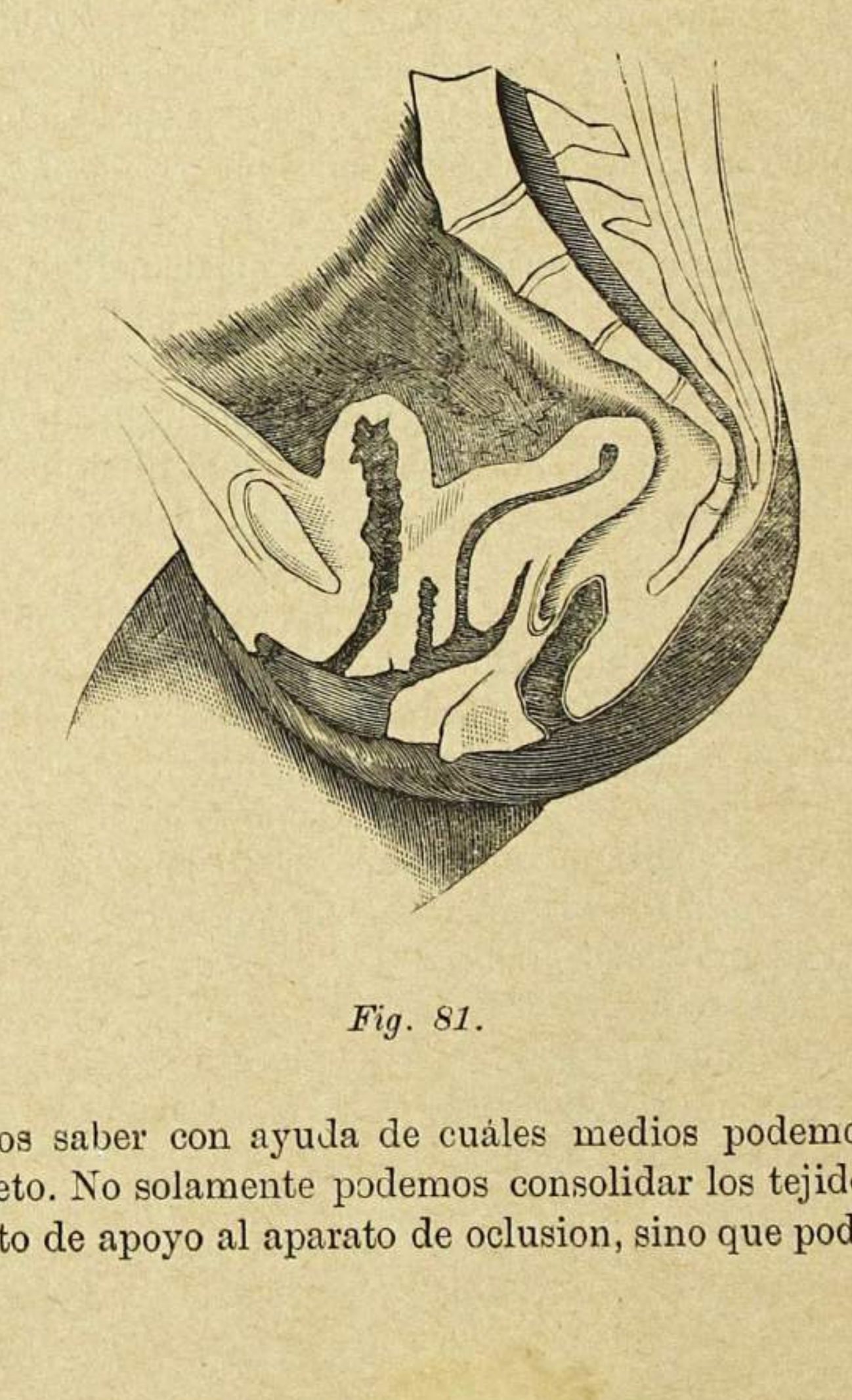


Fig. 81.

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 miéntras 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 atraidas 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

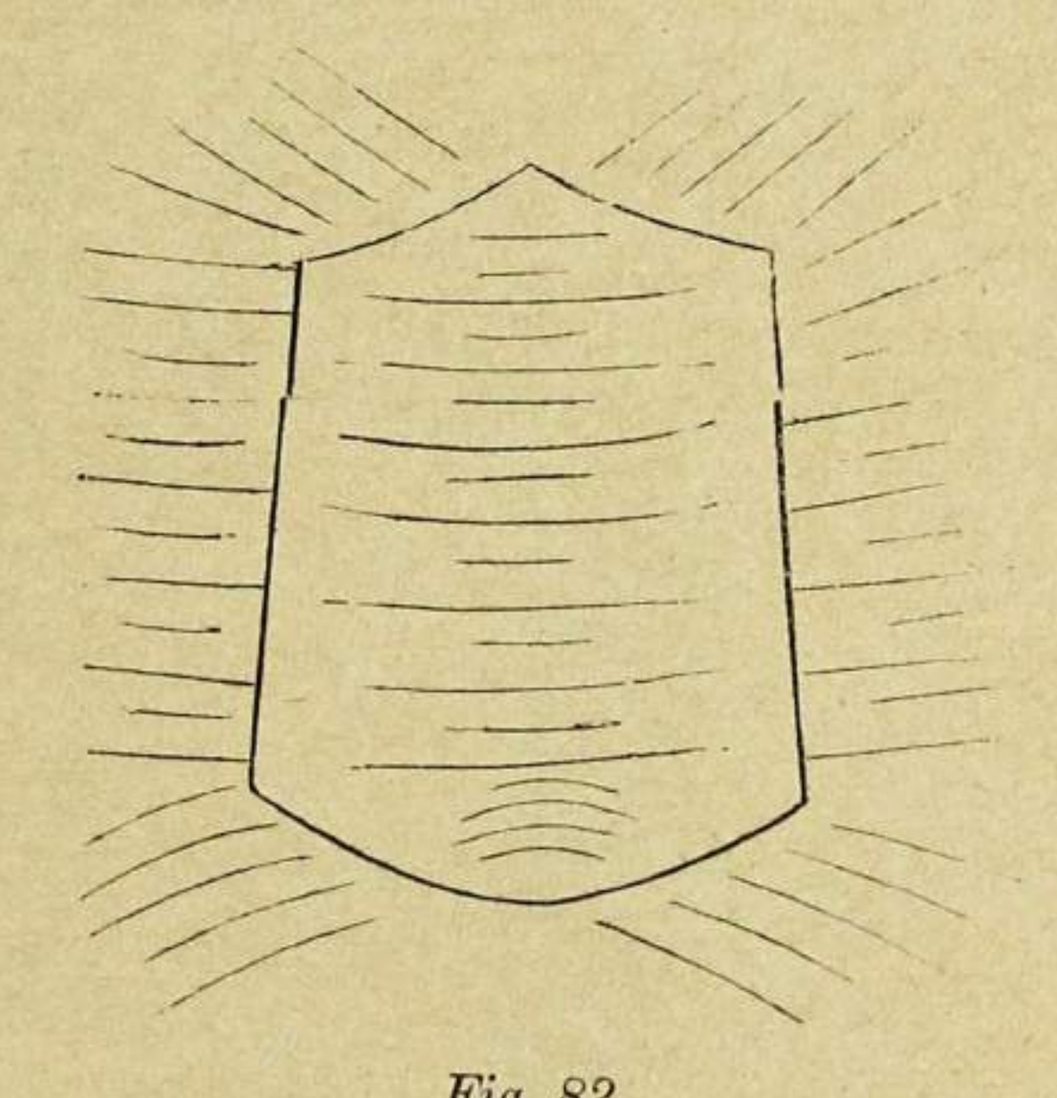


Fig. 82.

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; ademas, esta incision 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

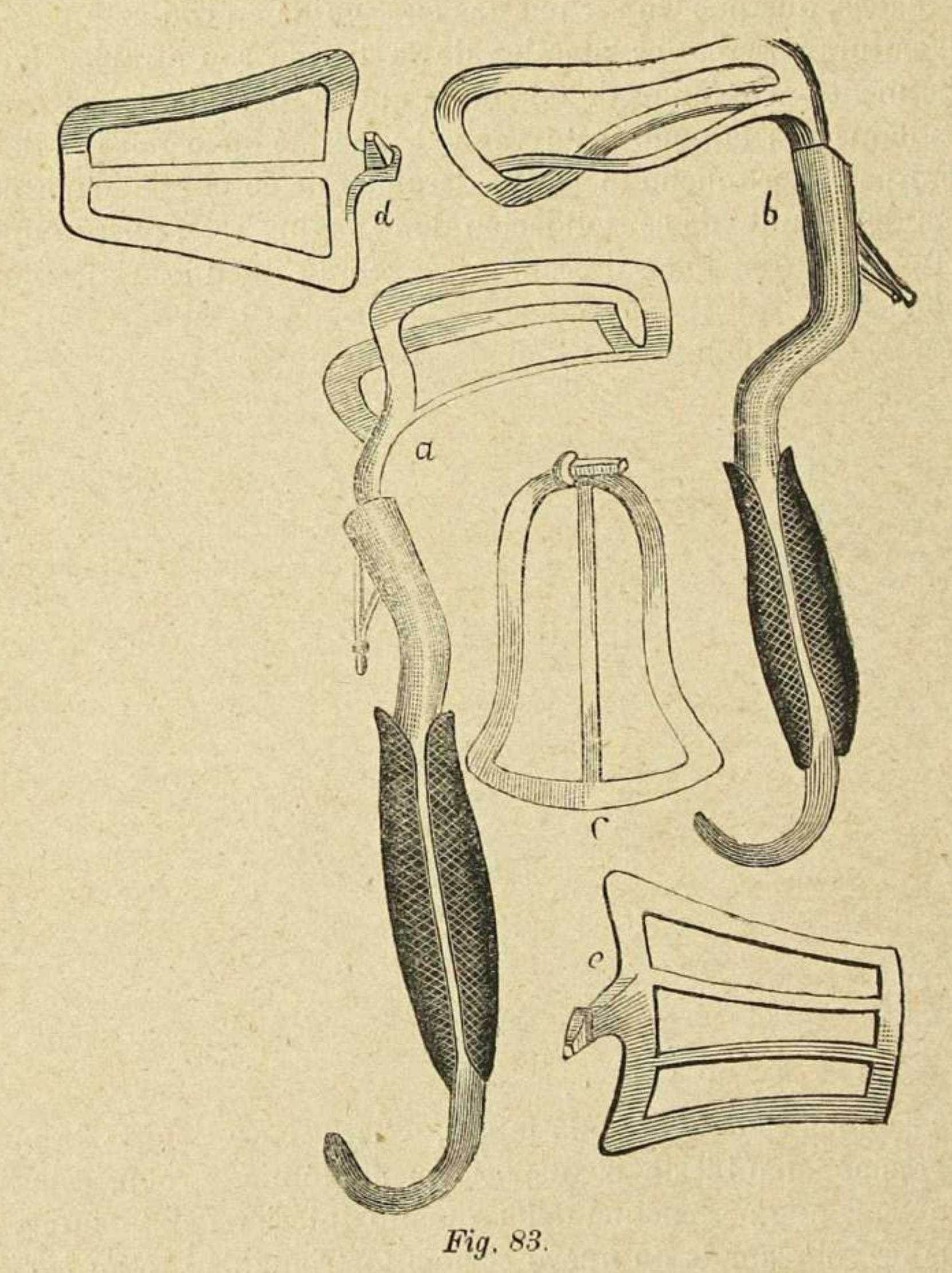


Fig. 83.

normalmente, basta, segun lo prueba lo que dejamos dicho, dará 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 traves del orificio de este conducto, y poco á poco el aparato de contencion cede y se ensan-

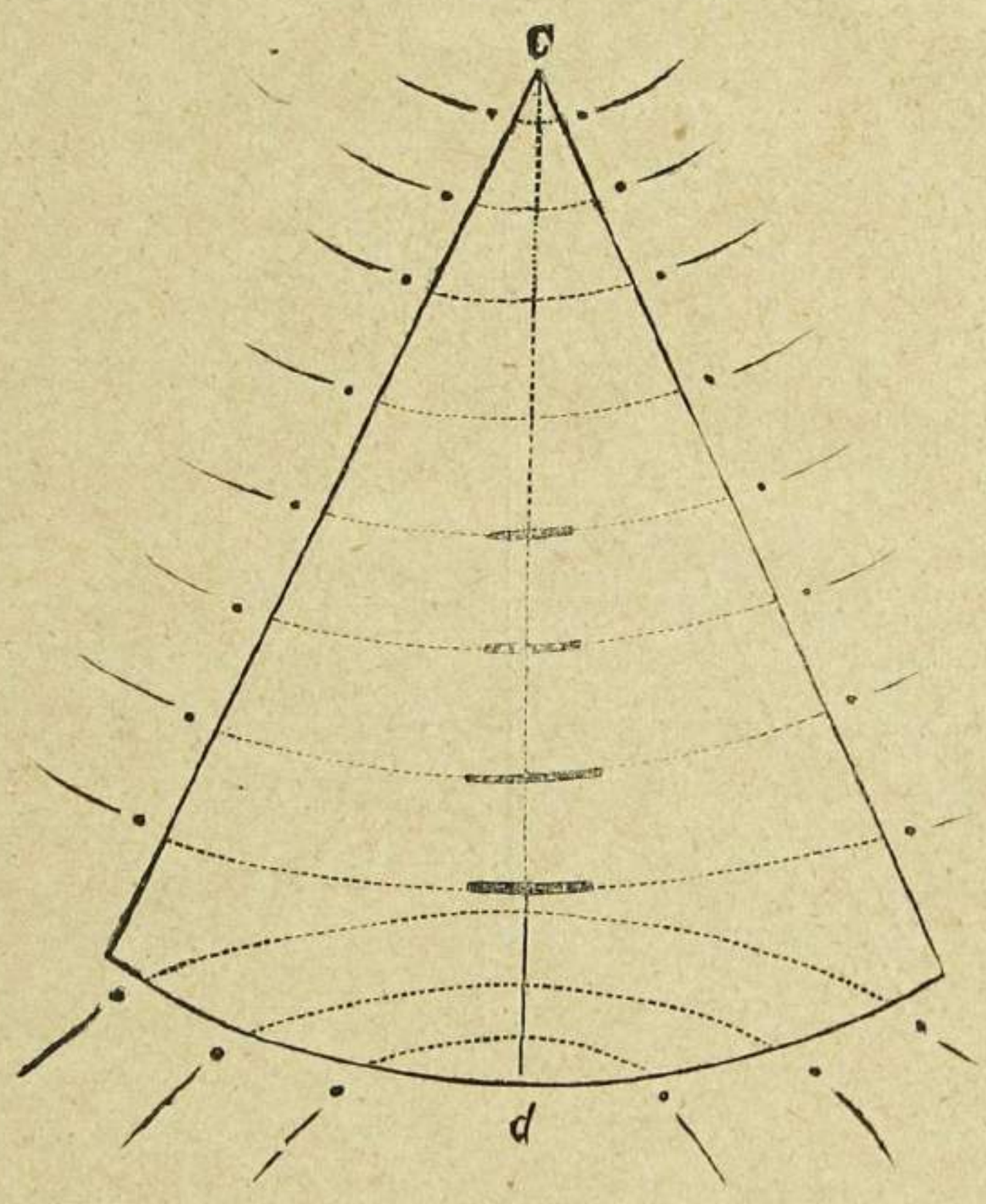


Fig. 84.

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 ménos considerable. Simon ha aconsejado recientemente dar á la base del trapecio

una forma curva (*fig. 82*), porque se facilita así la coaptacion 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 ½ centímetros. Para poner en tension 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.

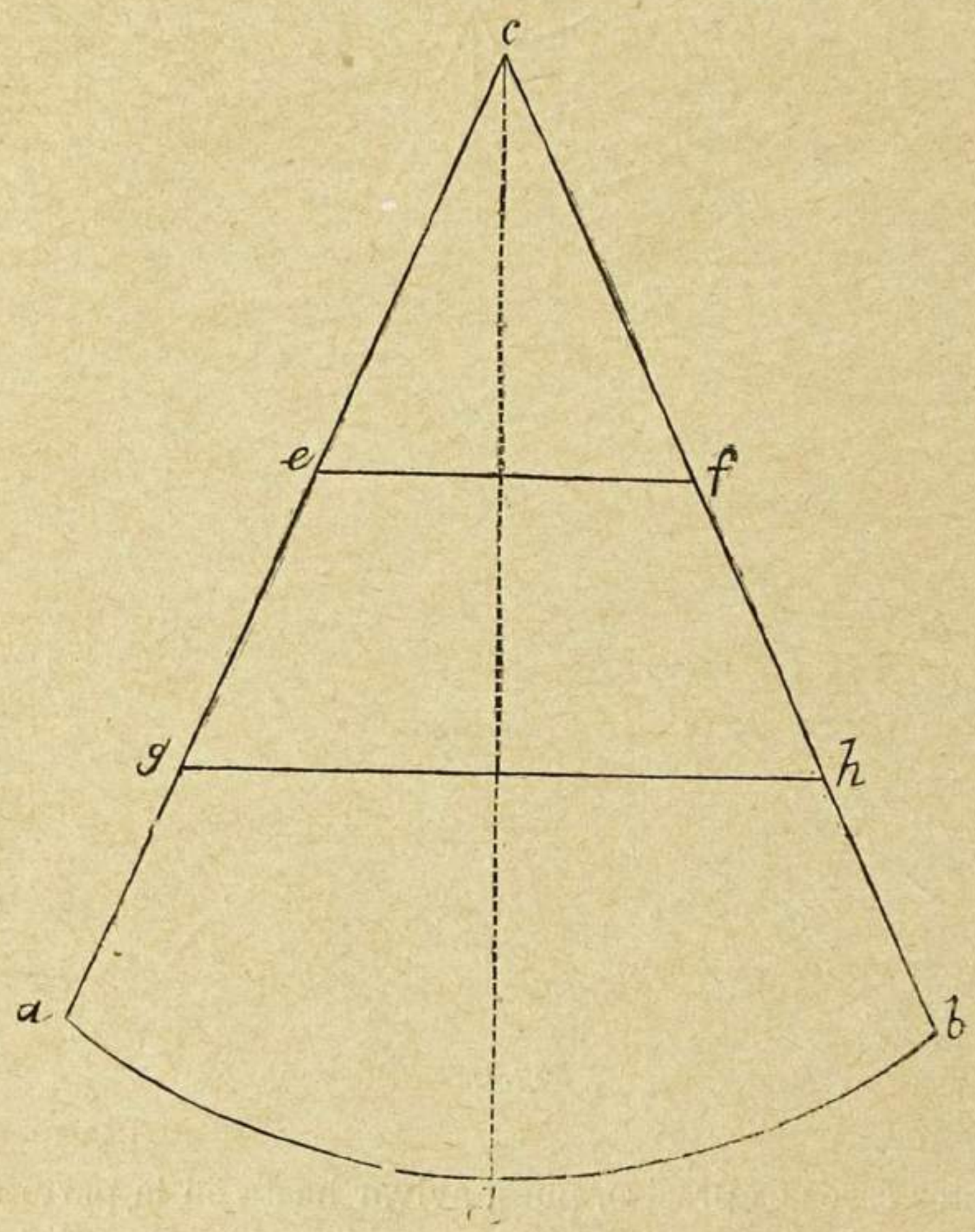


Fig. 85.

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 descubierto el campo operatorio.

Antes de hacer la operacion 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 incindido 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 qne sea imposible obtener una simetría 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

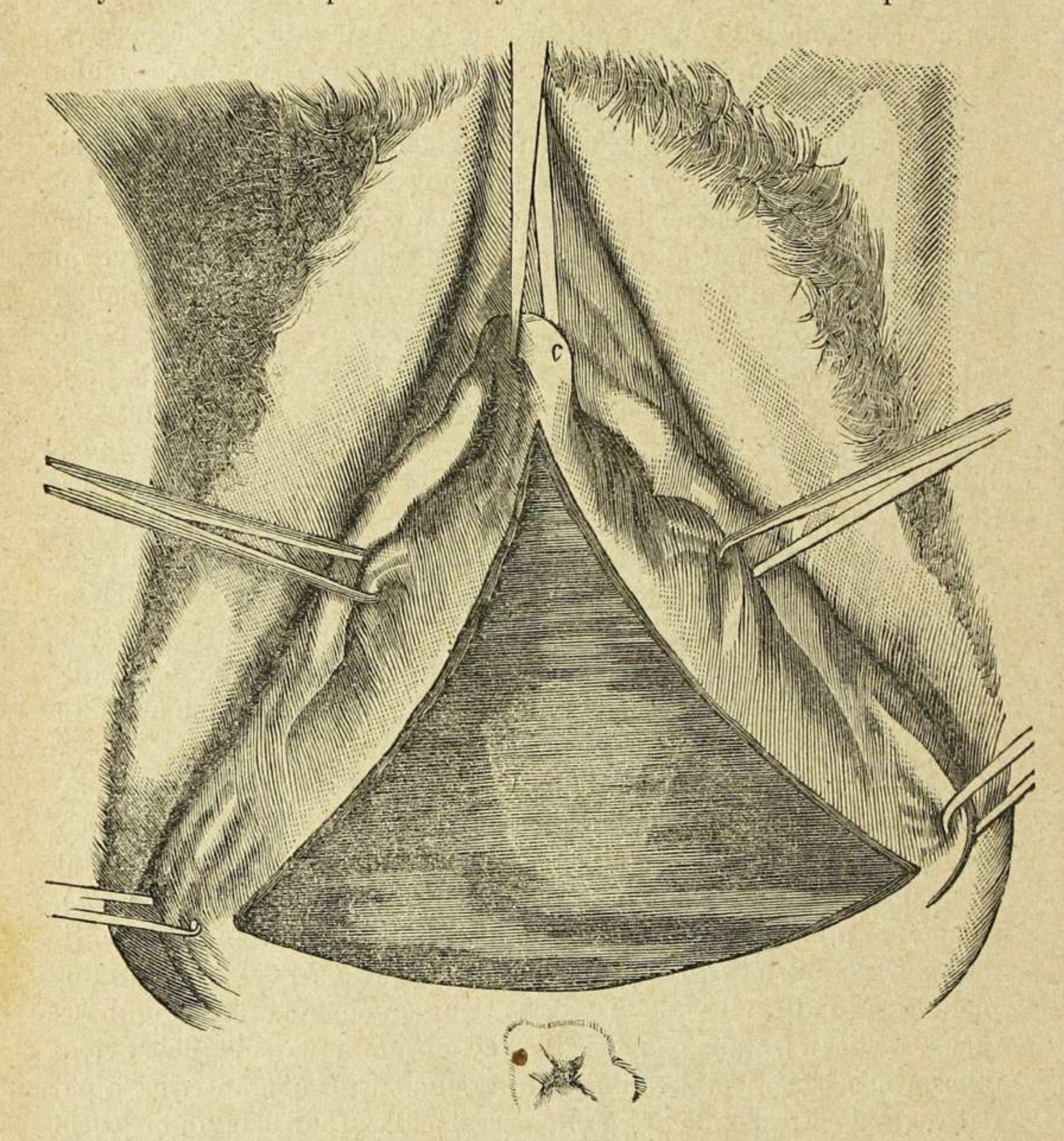


Fig. 86.

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

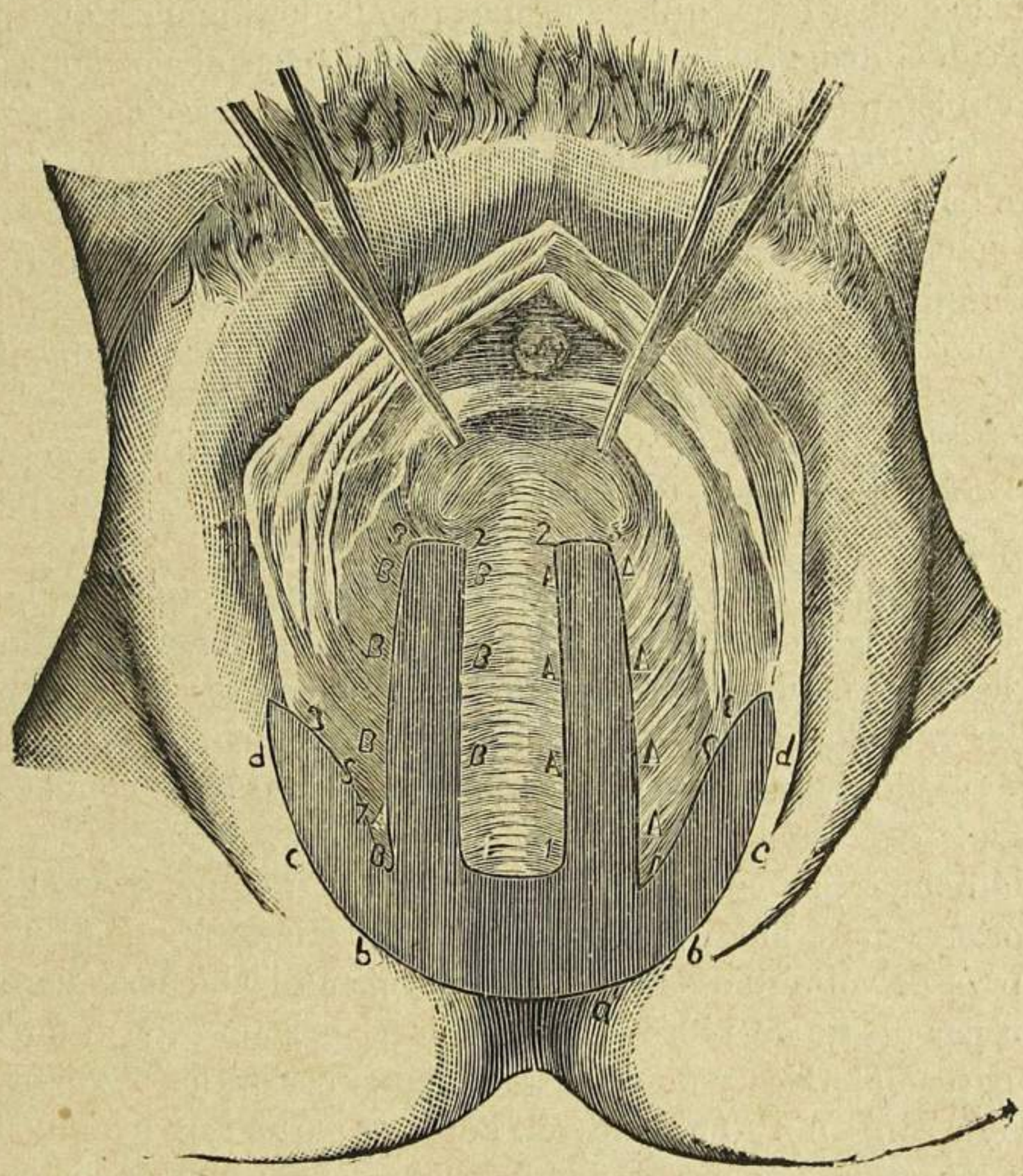


Fig. 87.

rectas para cortar los hilos de sutura; esponjas, porta-esponjas y un irrigador.

Es preciso desde luégo 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 hácia adelante y hácia 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 aisla. 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 desgarra 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 orígen 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 incindir 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, segun 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 ½ 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. Tambien se pueden resecar 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 constriccion 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 ademas 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 convenía 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 elitrorrafia.

Cuando existe un cistocele muy intenso, cistocele que no puede corregirse por una simple elitrorrafia 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 allí 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 α con α, 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

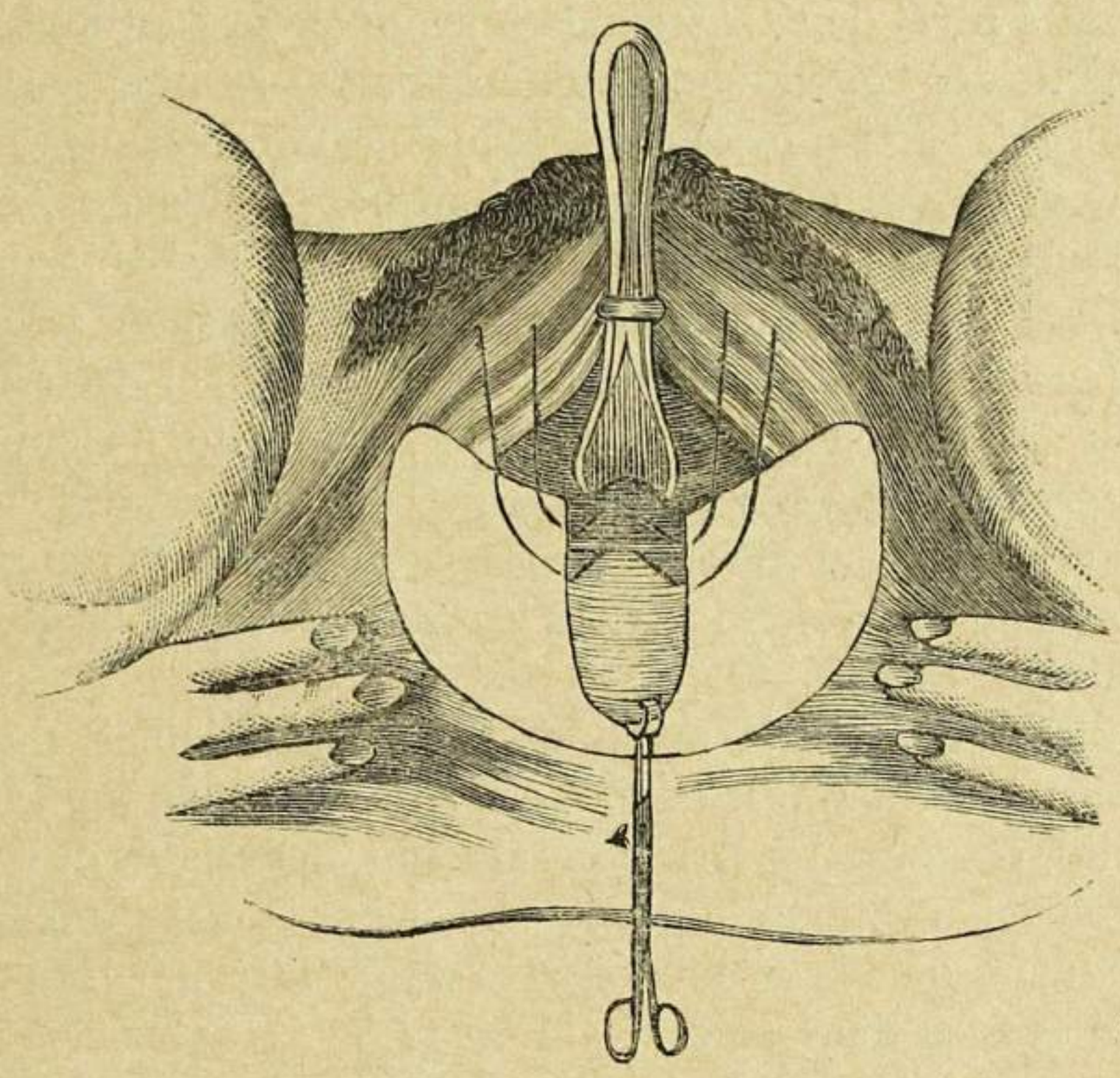


Fig. 88.

incindiera en seguida muy ligeramente ó áun 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 tambien la columna vaginal, pero de otra manera que en los procedimientos precedentes. Se la aisla de los tejidos subyacentes y se forma un colgajo (*fig. 88*), y sin poner en fuerte estado de tension de una manera especial el campo de la operacion, 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 demarcacion 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 ½ centímetros de ancho. Este colgajo será desde luégo 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 incision trasversalmente dirigida que, sobre las partes laterales, se extenderá hasta la parte media de los pequeños labios. Se diseca 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 ½ 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 secrecion. 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 aplicacion 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-

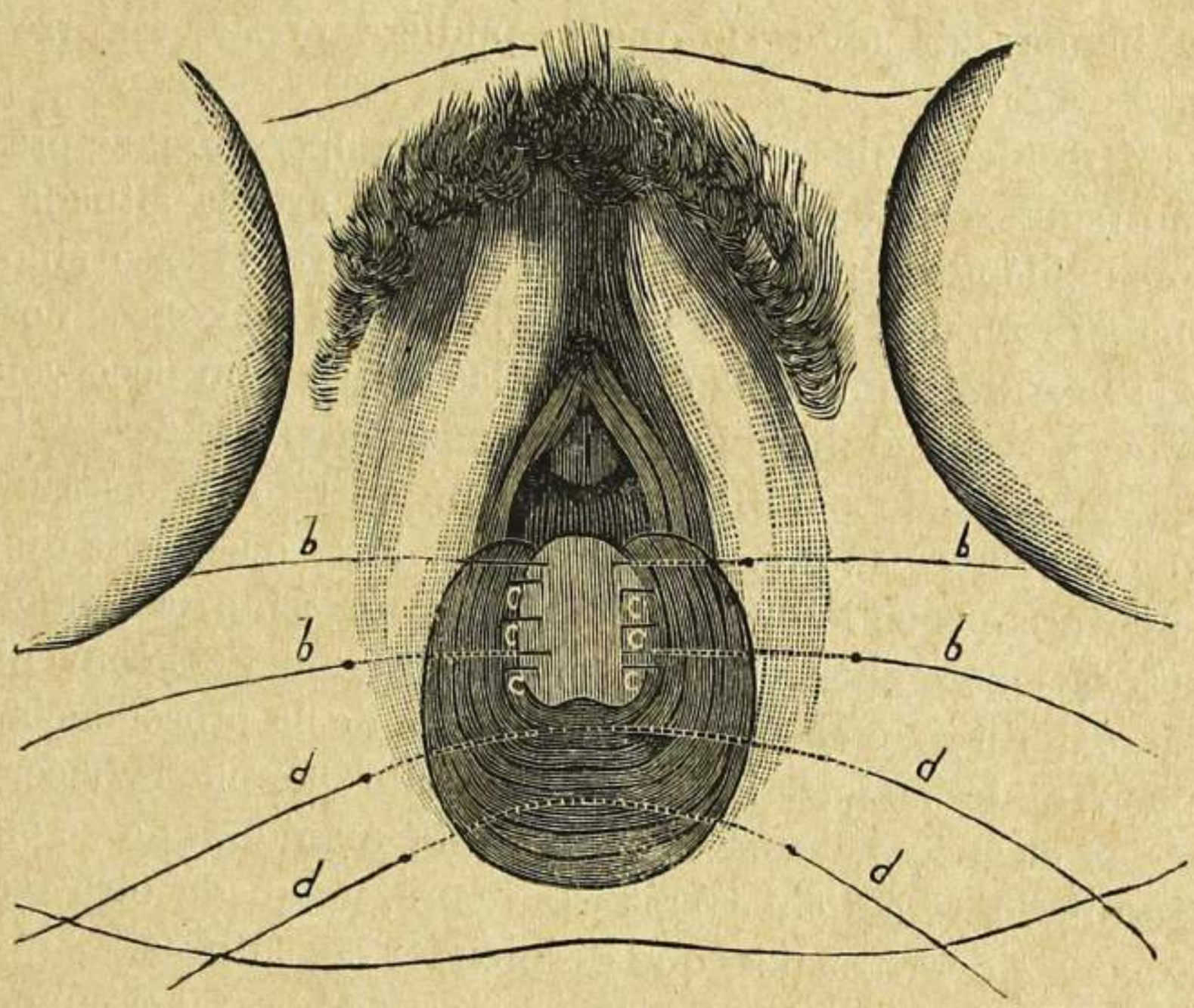


Fig. 89.

gion de la base del colgajo. El hilo abraza, pues, una masa de tejidos considerable.

En la operacion de Simon y en la de Hegar se separan las suturas vaginales de las perineales, distincion que no deja de ofrecer ventajas. La experiencia nos enseña que las suturas de catgut, recientemente llevadas á la practica 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 operacion.

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 proximamente 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 piohemia 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 Rokitansky en un gran número de operaciones ha obtenido no menor buen resultado.

Por lo comun los partos no acarrean 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 desgarra 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 desgarra el periné, ó bien se produce una rotura central. Nunca se aconsejará lo bastante á las operadas la necesidad de que confíen 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. prackt. Med.*, 1876, núm. 7.
Hœrder. *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. Schrœder. *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, III, 2, 1878, pág. 424.

Artículo único.

Se observan muy rara vez sobre la vagina quistes que por su volúmen ofrezcan un interes 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 volúmen 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 arracimadas 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 órden mecánico tales, que está indicada la extirpacion de estos tumores. Pueden, en efecto, impedir la miccion y el coito, empujar el útero y hacerse muy molestos y penosos si descienden á traves 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, así 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 orígen muchas veces á hemorragias de gran consideracion. Schrœder 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 extirpacion total. Se hace una incision que corresponda al gran diámetro del quiste y se aisla 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 operacion se hará muy difícil. Cuando el quiste esté á cierta altura y tenga su

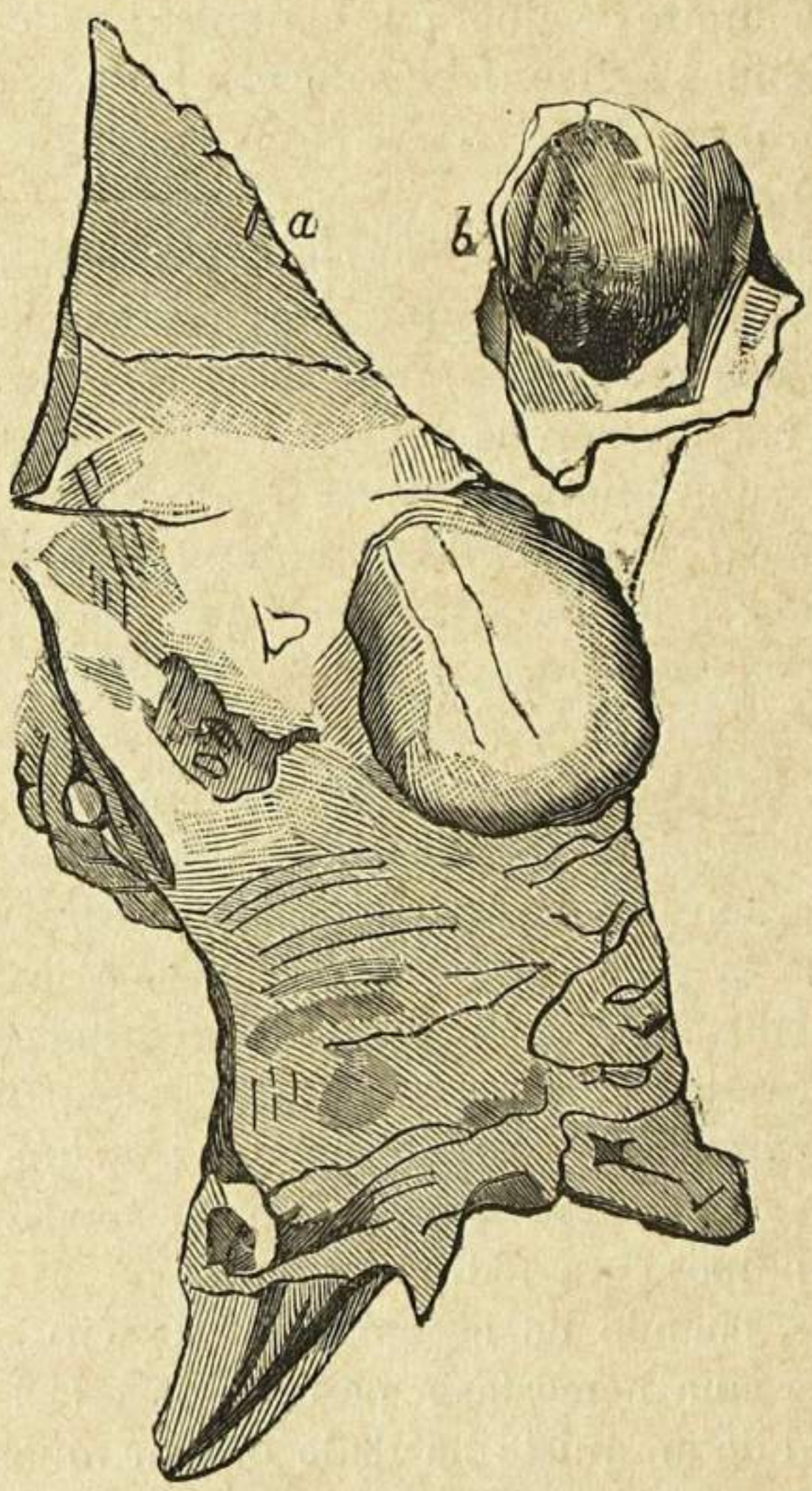


Fig. 90.

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 ablacion 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 Schrœder 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. Miéntras 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 orígen 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 aisla 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.
Schrœder. *Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.* III, 2, 1878, pág, 423.
Baïardi. *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 miéntras 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, áun 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 orígen 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.

Schrœder 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 Schrœder de haber suturado los labios de la herida hecha en la pared vaginal. Pero detras de la mucosa subsistía 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, Schrœder 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 orígen 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 Vortræge*, pág. 566.
Müller Klein. *Monatschr. f. Geb.*, XII, pág. 76.
Trætzl. *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 galvano-cáustica.

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 atraido 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 ¼ 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 luégo 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 habia sido afectada de una vaginítis 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 adhesion de los injertos merced á tan sencillo procedimiento de contencion 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,* Lóndres, 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 Gebœrmutterchirurg,* 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. Schrœder. *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 órden reflejo que designamos bajo el nombre de vaginismo, etc., se producen generalmente en los músculos

los de la entrada de la vagina y afectan más especialmente al músculo constrictor. Pero se puede encontrar su orígen 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 hímen y sobre el reborde anal; citaremos tambien las carúnculas desarrolladas sobre el meato urinario. La membrana hímen está frecuentemente muy engrosada y muy ancha, y áun á pesar de frecuentes relaciones sexuales está algunas veces intacta. El orificio vaginal parece más estrecho y presenta frecuentemente una direccion anormal (Schrœder). Simon y Simpson hablan de verdaderos neuromas cuya presencia han reconocido bajo la mucosa vaginal y á nivel del hímen.

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 hímen 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 entónces 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 áun 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 síntoma 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 hácia afuera ó hácia 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 pudendo, 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 hímen. 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 comun 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 fístula 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 hematocolpítis 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 fístula. 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. *Monatschrif 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 bisturí. 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. Kinderheilkande,* t. V.

CAPÍTULO II

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LOS QUISTES DE LA VULVA

LITERATURA

Kiwisch. *Klinische Vortræge,* 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 Vulvovaginaldrüssen. 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.

Hœning. *Grosse Cyste der Bartholin'schen Drüse. Monatschrift., f. Geburtsk,* 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 hácia abajo, y los grandes labios adquieren tambien por lo comun dimensiones considerables, desarrollándose en algunos casos muy raros hácia el conducto inguinal. Cuando los quistes están implantados en los pequeños labios, pueden desarrollarse hácia 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, *Monstræse Fettgeschwulst der linken grossen Schamlippe. Zeitschr. f. Chirurgie u. Geburtshülfe,* 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.

Schrœder. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.,* III, 1878, pág. 424.

Veh. *Centralbl. f. Gyn.,* 1881, núm 8.

B. *Cancroide* 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. *Pamietnik 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 orígen 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 clítoris y, finalmente, se adhieren con más ó ménos 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

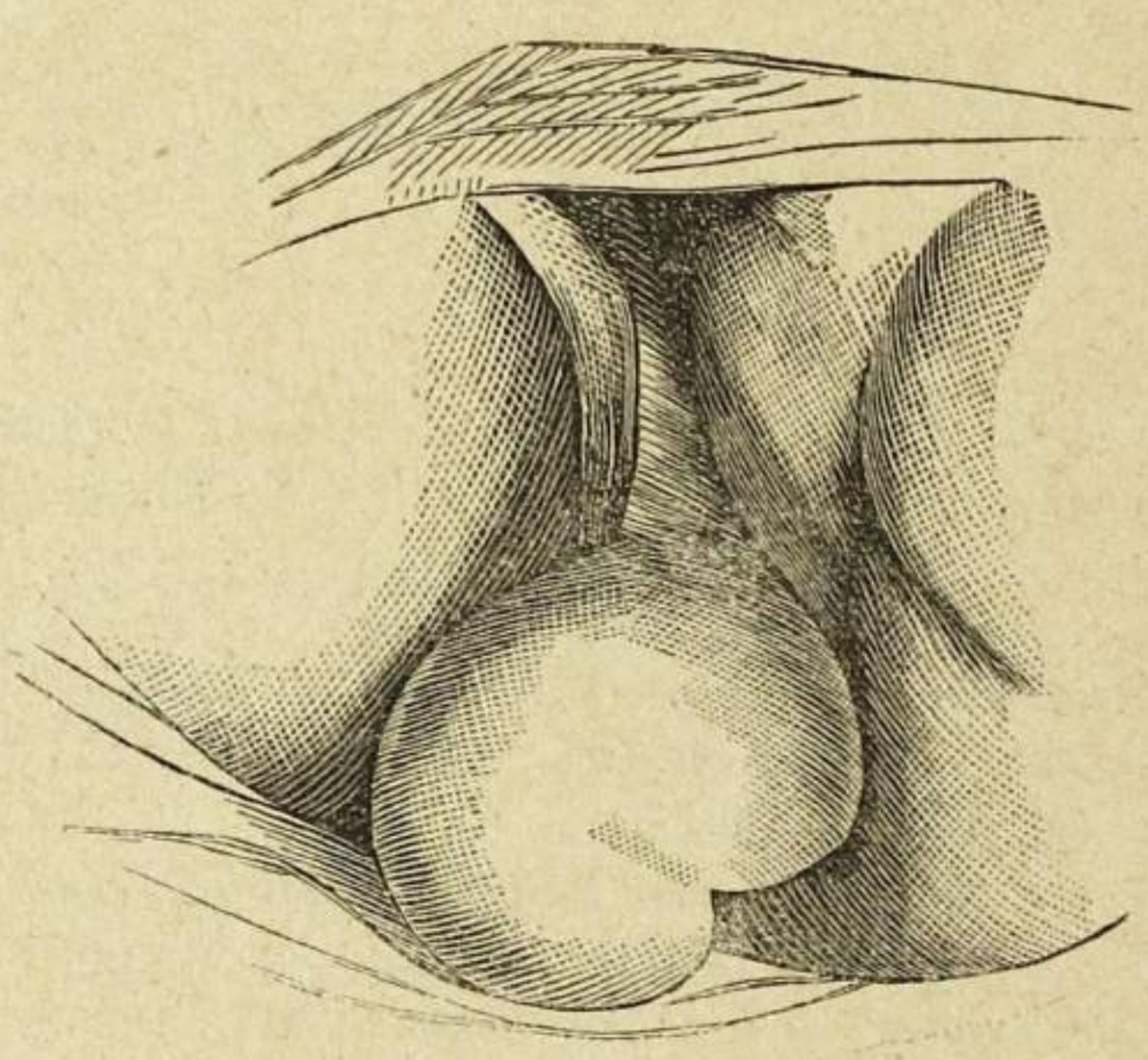


Fig. 91.

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 bisturí 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 segun el tamaño del tumor. Es preciso no olvidar, en efecto, que la piel se gangrena muy fácilmente cuando ha sido disecada en una gran extension. Se debe obrar así cuando en los tumores elefantiásicos, por ejemplo, la piel participa de la enfermedad á consecuencia de la proliferacion del cuerpo papilar. Para extirpar estos fragmentos de piel enferma ó superflua, se practican por encima del tumor dos incisiones elípticas que se reunan 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 tambien la enucleacion 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 region.

Los cirujanos tímidos no hacen la enucleacion 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 escision 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 infeccion que venga de fuera. Aun en los casos en que no se obtiene la reunion por primera intencion, la supuracion es muy limitada y la curacion 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 diverticulos 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 adaptacion perfecta de los labios de la solucion 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 elefantiásica, de un pié de largo y de medio pié de ancho. Despues de la extirpacion la masa neoplásica pesó 4 ½ 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 clítoris 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 dias despues de la operacion.

En los casos de tumor elefantiásico 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, Schrœder practicaba la operacion despues de haber colocado una sutura provisional. Comenzaba la amputacion partiendo del periné, y avanzando

gradualmente hácia la parte anterior, teniendo cuidado de reunir inmediatamente los labios de la herida por una sutura profunda. Comenzaba por circunscribir desde luégo la extremidad posterior del gran labio del lado izquierdo y suturaba los labios de la herida; despues prolongaba esta incision hácia 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 hácia el clítoris.

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 aisla del suelo un cuadro de tierra cubierta de césped.

En esta clase nos encontramos los tumores papilares condilomatosos, los cancroides (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 cancroide se desarrolla generalmente sobre la cara interna de los labios ó sobre el clítoris, y forma nudosidades y verrugas que, haciéndose cada vez más vasculares, no tardan en hacerse asiento de una contínua hemorragia. Bien pronto el tumor se escoria, la neoformacion avanza hácia los pequeños labios, hácia el monte de Venus, hácia el periné y hácia la cara interna de los muslos; por parte de la vagina comunmente se detiene al borde del hímen. 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 cancroide 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 léjos 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 *verruga sarcomatosa,* tumor formado por dos masas del volúmen 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 trócar 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 cancroides 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 clítoris ó de los pequeños labios. Constituyen pequeños tumores, cuyo volúmen 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 elefantiásicos.

Scanzoni ha descrito un fibroma del volúmen de un puño que descendía 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 elefantiásicos, 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, áun 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 elefantiásico, desarrollado en el gran labio derecho, y que por su peso había atraido 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 peritonítis.

La operacion no siempre es radical, áun cuando se trate de un tu-

mor elefantiásico. 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 cancroides.

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 algodon empapado en una solucion de cloruro de zinc al 2 por 100 y bien seco. Se renovará este algodon 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 Heetkunte 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 entónces 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 bisturí ó las tijeras, debiendo aplicarse una sutura á fin de obtener la reunion por primera intencion.

Ablacion del hímen.—Ya hemos hablado anteriormente de la ablacion parcial ó total del hímen en el vaginismo. Esta operacion está tambien indicada en ciertos casos muy raros en los que existe una hipertrofia excesiva del hímen 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 Gynœkologie,* Viena, 1881, pág. 403.
Beigel. *Die Krankh. d. weibl. Geshl.*, pág. 731 y sig.
Hildebrandt. *Die Krankheiten d. weibl. Genit.*, pág. 119 y sig.
Kugelmann. *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 elefantiásis desarrollada en este órgano. Dalton ha observado un caso en el cual este órgano pesaba media libra. Kugelmann ha extirpado un clítoris elefantiásico 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 hermafrodismo, á un desarrollo exajerado 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 clitoridectomía 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 clítoris y los pequeños labios. El clítoris no estaba hipertrofiado, pero era muy irritable y á la menor excitacion entraba en ereccion. Bastaba un ligero tacto sobre el clítoris 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 habían indicado con precision suma los puntos de donde partían los fenómenos de excitacion.

En un caso escindimos en los pequeños labios nn 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, áun cuando no entrañasen la masturbacion.

Baker Brown ha creido sin razon que la histeria, la melancolía y la epilepsia podían curarse por medio de la clitoridectomía.

MANUAL OPERATORIO

Si el clítoris 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 clítoris 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 clítoris no esté hipertrofiado, se le atraerá hácia 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 miéntras 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 Blasenspalle. Arch. f. klin. Chirurgie,* XV, 2.
Testelin. *Gaz. de Paris,* 1861, núm. 46.
Rœser. *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 deformacion 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 deformacion, 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 fístulas aisladas que tienen asiento en el clítoris y en la uretra. Gosselin ha observado una enferma jóven, 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 ½ centímetros de diámetro, por el cual formaba prominencia hácia 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 glande 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 Rœser, 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.»

Rœser 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 incontinencia 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 incontinencia 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 venía 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. Geb.*, XXI, pág. 303.

Olshausen. *Volkmann'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.

Staude. *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 orígen 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 atras y abierta; la retraccion cicatricial atrae hácia atras 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 fístula 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 manifiestos 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 Kaltenbach 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 Kaltenbach 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 antiguas 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 atraida 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 solucion 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 áun despues, fué extraida 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 incision 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 incision 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 ½ 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 fístulas 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 resecar 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 retraccion cicatricial le ha atraido hácia atras y hácia arriba. Está, pues, indicada la separacion de la pared vaginal de sus adherencias normales y llevarla hácia adelante á su posicion 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 trasversalmente la pared de este conducto. El operador, sirviéndose de unas tijeras curvas, reseca sobre el espolon 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 formacion del colgajo.* — Se dibuja sobre la pared posterior de la vagina un colgajo redondeado hácia abajo; se aisla 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 hácia adelante y se fija á la parte anterior del nuevo periné, donde forma un plano inclinándose fuertemente hácia 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 incision. Hácia adelante se terminará el avivamiento en el punto en que debe estar situada más tarde la comisura posterior de la vulva; por detras 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 ½ centímetros.

Cuarto tiempo. — *Suturas.* — Se aplicará desde luégo la sutura por la parte del recto; despues, 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 atras.

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 reunan 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 bisturí 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 *a b c d* del grabado 92. Terminado el avivamiento, se aplicará la sutura de tal suerte que las líneas *a n x* y *b n x* queden unidas á beneficio de los hilos cuyos cabos han penetrado por el lado de la vagina. Las líneas *a e* y *b d* constituirán el periné, y las líneas *c e* y *d e*

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, miéntras 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 entónces 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 fístulas 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 entónces 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, hundiendo un bisturí de plano á una profundidad de 2 á 3 milímetros, y,

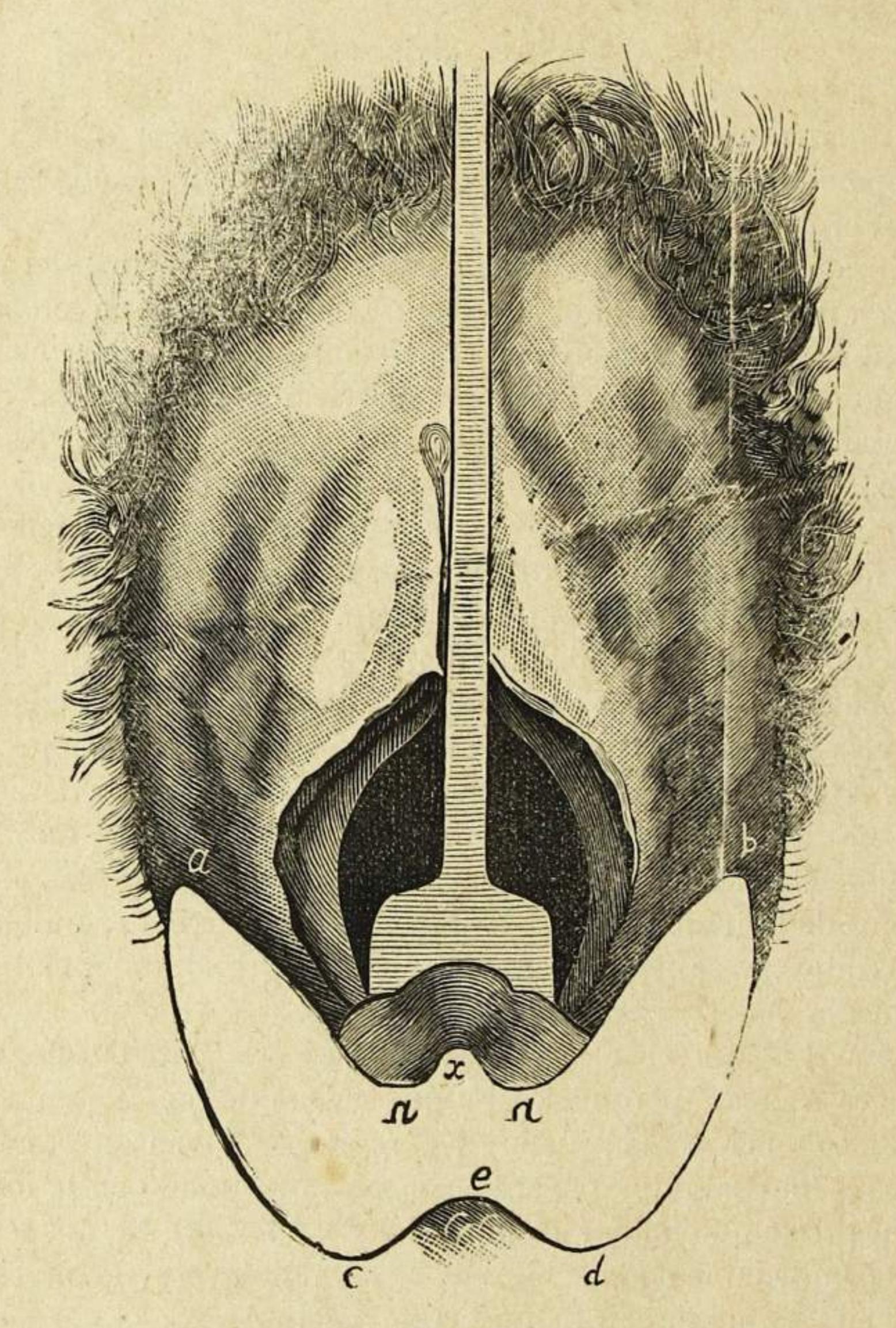


Fig. 92.

finalmente, se completará el avivamiento disecando completamente el colgajo circunscrito.

Miéntras dure la operacion hasta que se haga la sutura se lavará el campo de la operacion con líquidos desinfectantes, con agua clorurada débil ó una solucion fenicada al 3 por 100.

Empleando el líquido para la irrigacion á una temperatura muy

fría ó muy caliente (40º Réamur) se obrará contra la hemorragia parenquimatosa.

Sobre las partes laterales existen plexos venosos importantes, que á veces son lesionados, y la hemorragia es entónces 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 resecar 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

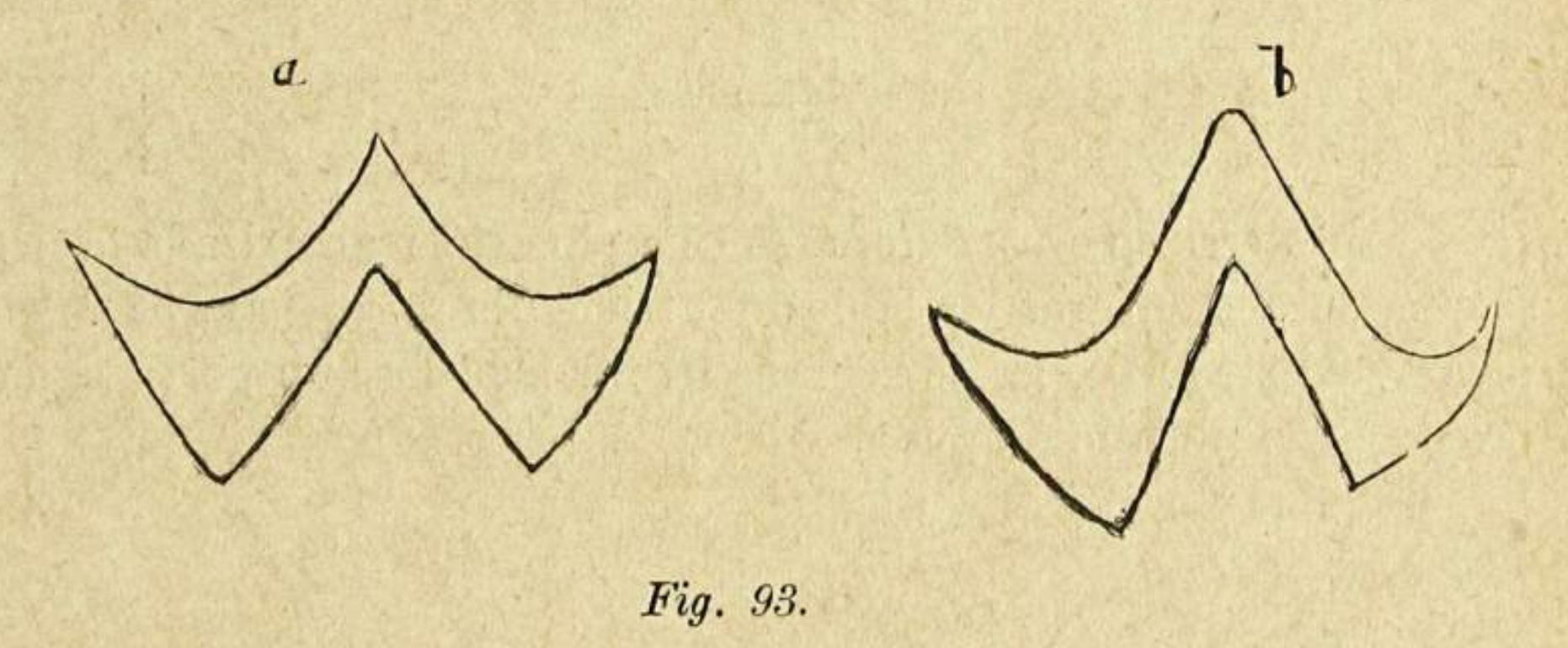


Fig. 93.

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 *c*, siendo preciso no caer en otra falta y dibujar el avivamiento de tal suerte que los puntos *d* y *c* 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 hácia afuera para que el lector pueda ver bien la disposicion de los hilos, pero realmente sus superficies quedan bien paralelas la una á la otra.

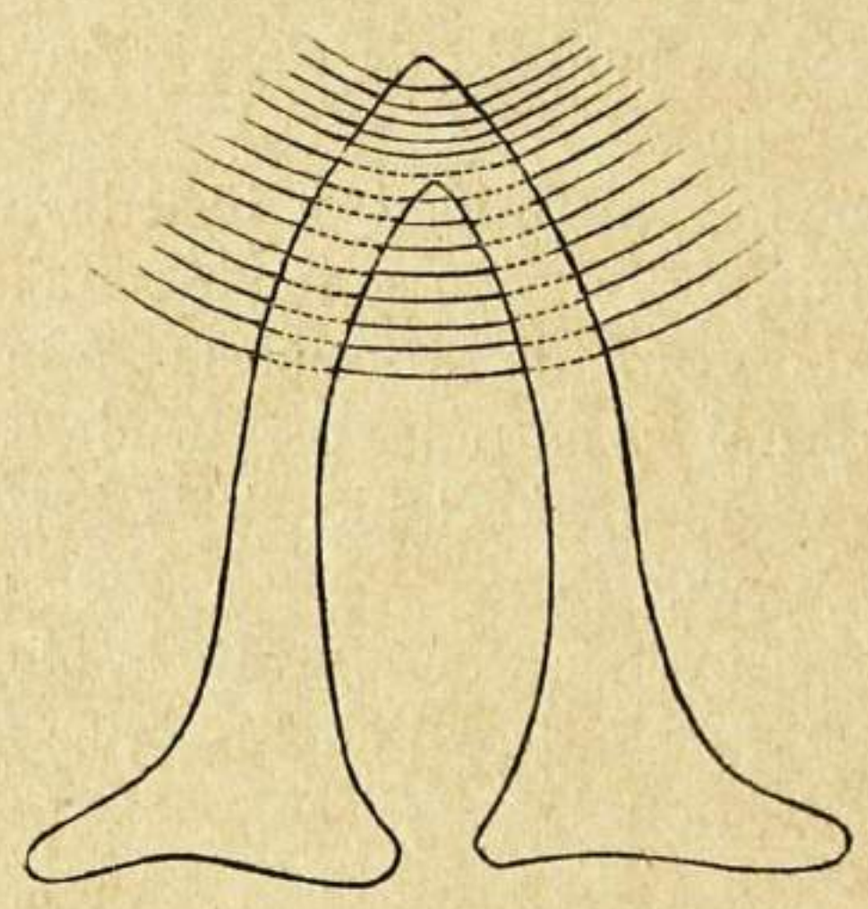


Fig. 94.

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.

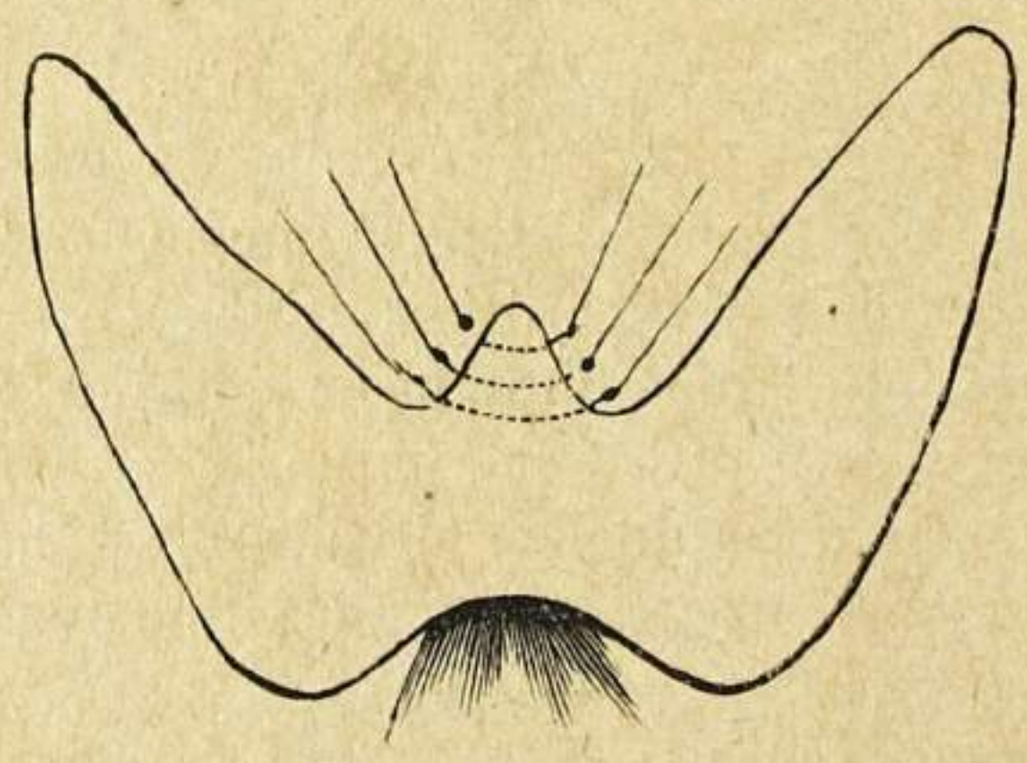


Fig. 95.

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

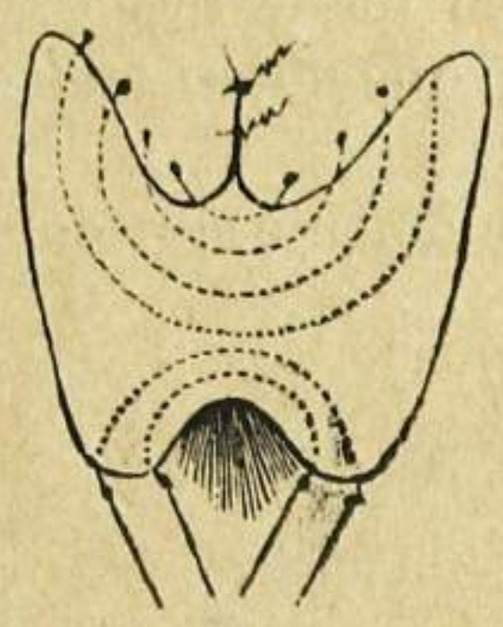


Fig. 96.

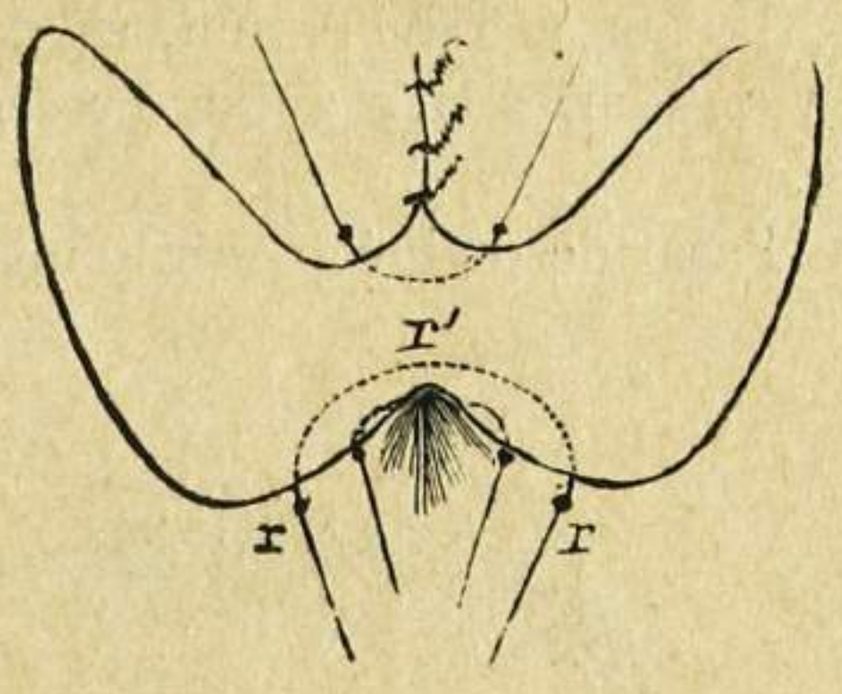


Fig. 97.

abajo arriba. La aguja, despues de haber recorrido cierto trayecto en la herida, será atraida 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 extraida, dirigiéndola despues de la herida á la piel, es decir, hácia abajo y

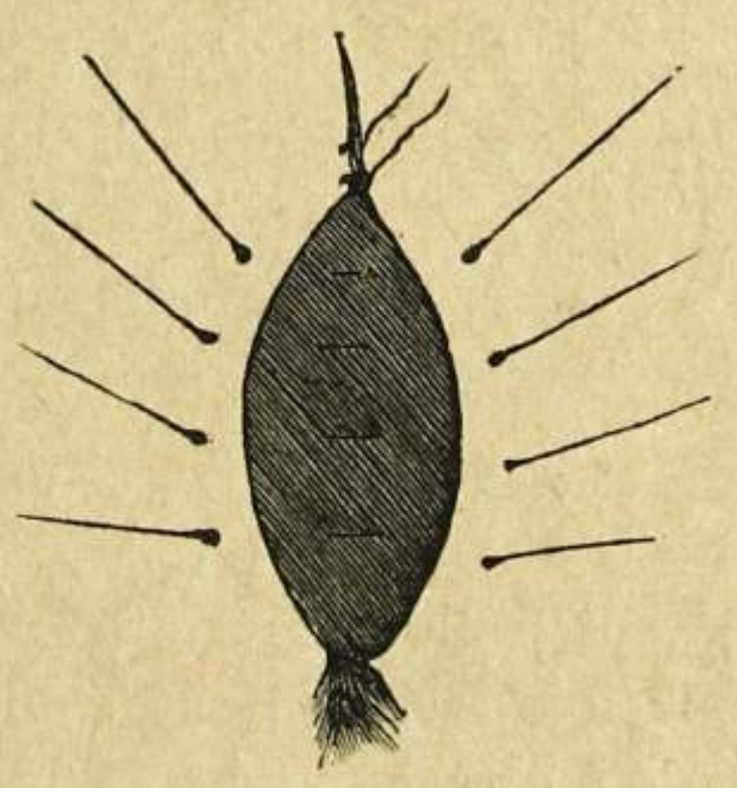


Fig. 98.

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; ademas, las enfermas los soportan muy difícilmente; así es que desde hace algun 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 luégo todos los hilos y anudarlos en seguida, procedimiento que no estimamos como bueno.

2.º Pasar desde luégo el hilo más profundamente situado, apretar-

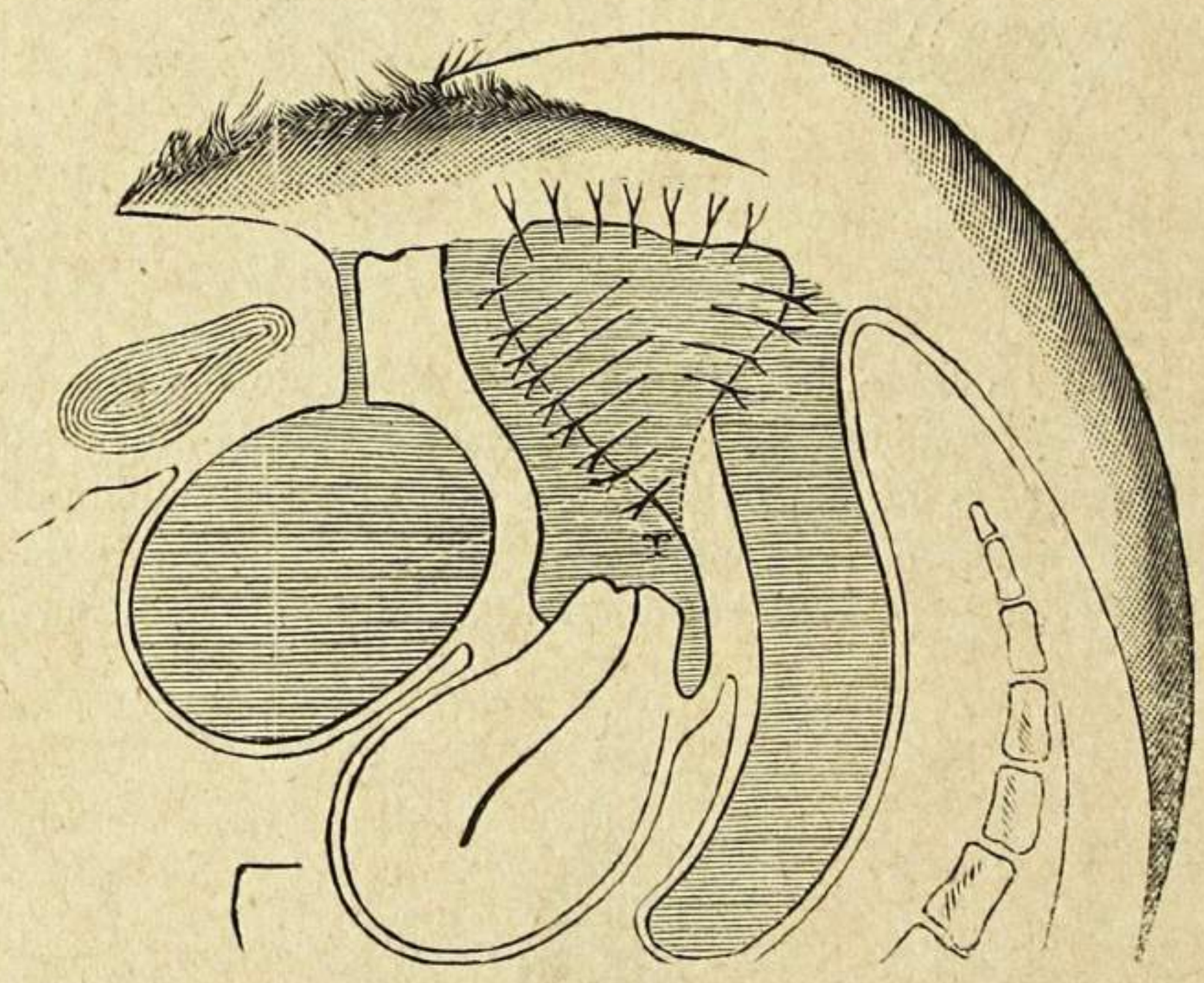


Fig. 99.

le, anudarle y observar en seguida el resultado obtenido; pasar un segundo hilo abrazando más tejidos, apretarle, anudarle y continuar asi 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. Miéntras 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 daredes rectal ó vaginal (*figs. 99* y *100*).

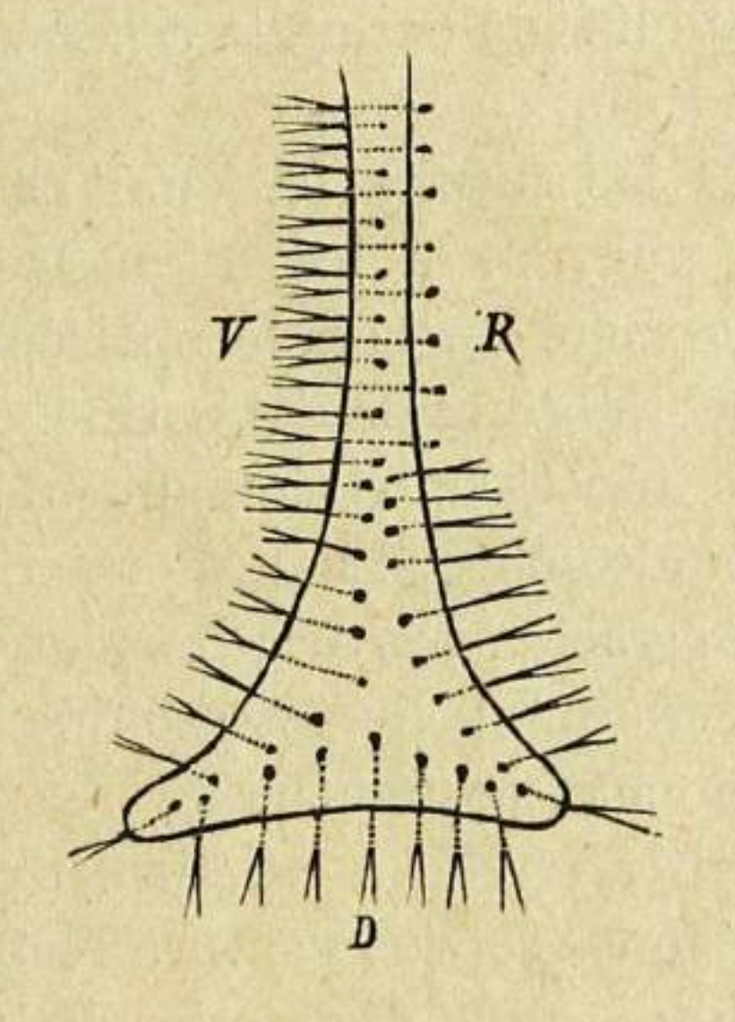


Fig. 100.

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 esposor 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 luégo 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 le 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 límites deben traspasar por arriba y por abajo, extendiéndose hasta el tejido célulo-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. Ademas, 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 cica-

triciales extensas en las que era preciso vencer la retraccion, 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 despues de hacerse la desgarradura.

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

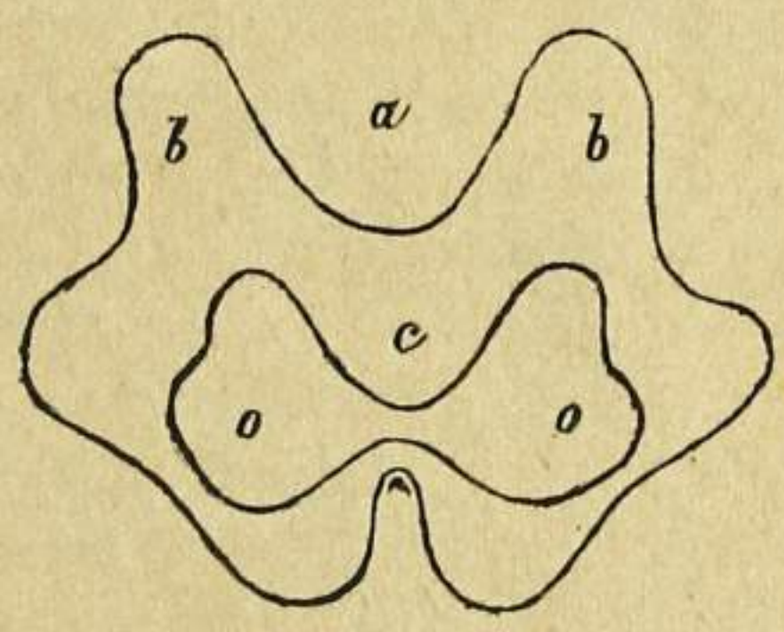


Fig. 101.

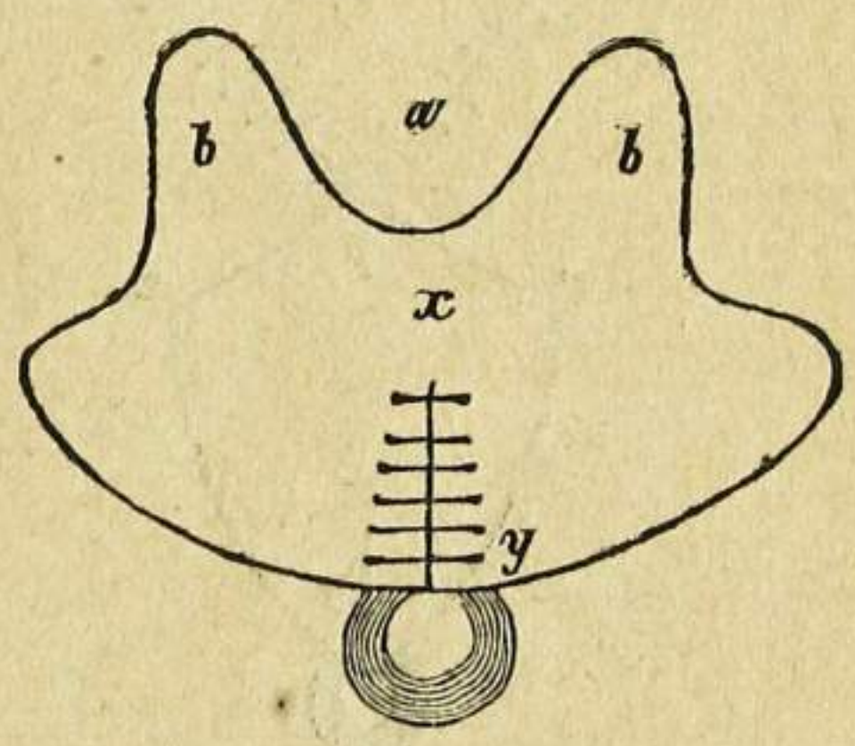


Fig. 102.

forma que está completamente subordinada á la de la solucion 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 retraida. El avivamiento, tal como le propone Freund, reproducirá esta forma, y está representado por la línea *b a b*.

Freund incinde, pues, la columna posterior de la vagina á una cierta distancia de su extremidad, á los lados de esta columna, llevando el bisturí hacia atras, hácia 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 segun 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*, qne 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

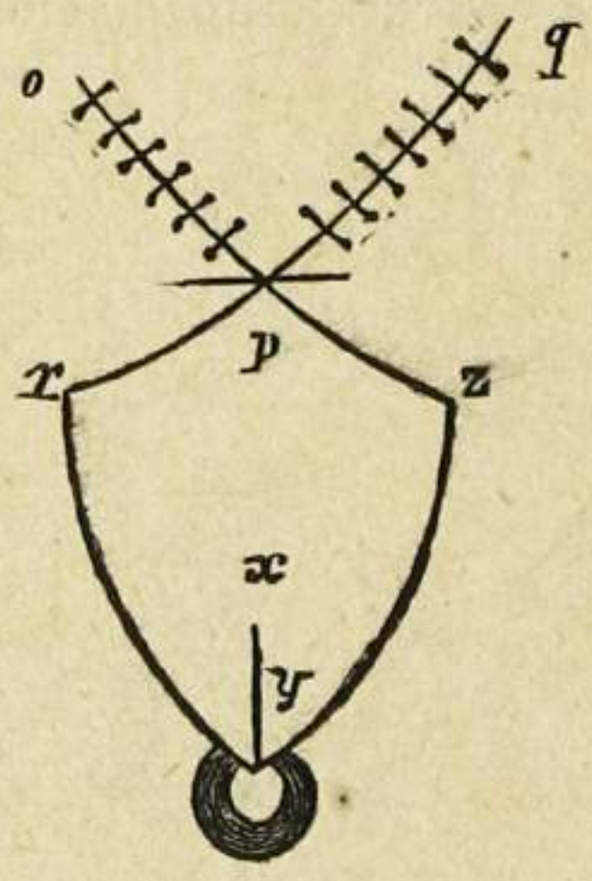


Fig. 103.

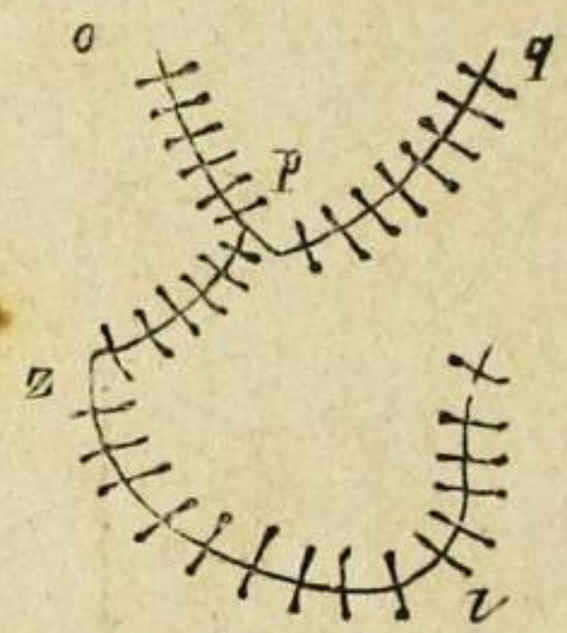


Fig. 104.

las paredes del triángulo *n x n* (*fig. 92*) y despues 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 luégo 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 perineosíntesis 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 fístulas. En efecto, Simon en tres casos de perineosíntesis ha visto producirse tres veces fístulas recto-vaginales y una fístula 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 evidentísimo 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 áun 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 peritonítis 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. Ademas, 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 hácia 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 fístulas recto-vaginales y las estenósis 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 estenósis 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 practicadas 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 fístulas recto-vaginales. En un solo caso subsistió por encima del ano una pequeña fístula, en la cual se podía 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 fístula 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 medía 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 grán 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 célulo-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 estenósis de la vagina y de las fístulas 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. Ademas, 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 en una sábana, á fin de evitar los movimientos involuntarios que podrían producirse ínterin la enferma se despierta del sueño anestésico ó miéntras duerme despues. Se cuidará de que la miccion y la defecacion se verifiquen regularmente, tal como lo hemos indicado al ocuparnos de las fístulas.

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 hácia atras 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 fístulas vesico-vaginales un papel mucho más importante que todos los factores de órden 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 miéntras 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 fístulas recto-vaginales, curan por lo comun espontáneamente ó despues de una cauterizacion. Pero si la fístula es extensa, si la cauterizacion no ha dado resultado alguno, es preciso avivar los labios de la fístula y suturarlos; pero no se ejecutará esta operacion sino tres semanas á lo ménos despues de la perineorrafia. Si la fístula es inaccesible, ó bien si por debajo de ella no existe más que un puente muy estrecho de tejidos, deberá seccionarse este último.

Las fístulas perineales ofrecen una tendencia extremada á la reunion espontánea, sobre todo cuando comunican únicamente con la vagina.

Si la fístula comunica á la vez con el recto y con la vagina, es preciso fijar toda la atencion por la parte del recto.

Cuando la fístula 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 fístula, 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. ærtzl. 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 metrítis 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 anquilósis, las luxaciones de las vértebras coxígeas, la inclinacion lateral de la extremidad del cóxis, la falta de movilidad de este hueso, la periostítis, 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 coxígeo, 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 extraido con el bisturí, 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.

FIN DEL TOMO II Y DE LA OBRA

ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO SEGUNDO

PARTE PRIMERA

Operaciones sobre el útero

CAPÍTULO PRIMERO

EXTIRPACION TOTAL DEL ÚTERO

Páginas.

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 SUPRAVAGINAL 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 supravaginal 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 INSERCION

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 procedimientos. 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

Páginas.

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

OCLUSION TEMPORAL DEL ORIFICIO UTERINO

Artículo único. 172

Páginas.

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

Articulo 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

Páginas.

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 fístula 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 fístulas vesico y uretro-vaginales.. 242
Art. 5.º — Modificaciones de la operacion en ciertos casos particulares. 257
Art. 6.º — Obliteracion directa de la fístulas vesico-vaginales por la cauterizacion. 259
Art. 7.º — Obliteracion del conducto genital por debajo de la fístula. — Episioestenósis y colpocleisis. 260
Art. 8.º — Tratamiento de las fístulas vesico uterinas (fístulas vesico-cervicales). 270
Art. 9.º — Tratamiento de las fístulas uretero-vaginales y uretero-uterinas.. 272
Art. 10. — Tratamiento consecutivo. — Accidentes despues de la operacion.— Pronóstico de la operacion de la fístula.— Estado en que se encuentran más tarde las operadas. . 276

Páginas.

CAPÍTULO III

FÍSTULAS ESTERCORÁCEAS

Art. 1.º — Tratamiento operatorio de las fístulas que ponen en comunicacion el intestino delgado con la vagina. 284
Art. 2.º — Tratamiento operatorio de las fístulas estercoráceas. . . 289

CAPÍTULO IV

OPERACIONES DESTINADAS Á 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 disposicion anatómica de los órganos prolapsados.. 324
Art. 4.º — Indicaciones. — Pronóstico. — Momento en el que debe practicarse la operacion. — Generalidades sobre los procedimientos operatorios. 326
Art. 5.º — Escision ó amputacion 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

Páginas.

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 HÍMEN AFECTO DE HIPERTROFIA SIMPLE

Artículo único. 388

CAPÍTULO V

ABLACION DEL CLÍTORIS. — CLITORIDECTOMÍA

Artículo único. 390

Páginas.

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

CATALOGO DE FONDO

DE LAS

OBRAS DE MEDICINA

CIRUGÍA

ANATOMÍA, FISIOLOGÍA Y FARMACIA

DE LA LIBRERÍA EDITORIAL

DE

C. BAILLY-BAILLIERE

EL SR. D. CARLOS BAILLY-BAILLIERE

Facilitará á los Señores Profesores que deseen completar su Biblioteca médica todas las obras que necesiten, á pagar un tanto al mes; en la inteligencia de que deberán dar las referencias de costumbre. Este establecimiento sólo sirve las obras de Fondo, habiendo dejado toda comision en librería.

Véanse las Advertencias del respaldo de la Cubierta.

MADRID

LIBRERIA EDITORIAL

DE D. CÁRLOS BAILLY-BAILLIERE

Premiado con Medalla de Oro en la Exposicion de Matanzas.

PLAZA DE SANTA ANA, NÚM. 10.

1887

CATÁLOGO DE FONDO

DE LAS

OBRAS DE MEDICINA, CIRUGÍA, ANATOMÍA, FISIOLOGÍA Y FARMACIA

QUE SE HALLAN DE VENTA EN LA LIBRERÍA EDITORIAL

DE DON CÁRLOS BAILLY-BAILLIERE

Plaza de Sta. Ana, núm. 10.—Madrid.

AGENDA MEDICA DE BOLSILLO Ó LIBRO DE MEMORIA DIARIO.—Sale todos los años en Diciembre para uso del año siguiente y con destino á los médicos, cirujanos, farmacéuticos y veterinarios, bajo la direccion facultativa del médico del Hospital general D. Antonio **Espina y Capo**. Contiene: El diario en blanco para facilitar al médico el anotar las visitas que tiene que hacer en tal ó cual dia, asi como las que tiene que hacer diariamente.—Calendario.—Tablas de reduccion de monedas y sistema decimal.—Ferrocarriles.—Tarifas de correos.—Memorandum terapéutico.—Formulario magistral.—Venenos y contravenenos.—Aguas minerales.—Leyes y decretos.—Escuelas y Facultades.—Cuerpo de Sanidad militar.—Seccion de Sanidad de la Armada.—Sociedades médicas.—Colegio de farmacéuticos.—Médicos forenses.—Hospitales.—Museos.—Periódicos.—Lista de los facultativos.—Calles, etc., etc.

PRECIOS:

	MADRID — *Ps. Cs.*
Rústica	2,00
Encartonada	2,50
En tela á la inglesa	3,50
Cartera sencilla, con la Agenda dividida en dos partes	5,00
Cartera de tafilete, con id. id.	10,50
Cartera de tafilete con estuche, y con id. id. (sin instrumentos)	11,50
Cartera de tafilete con estuche, y con id. id. (con instrumentos)	32,00
Cartera de piel de Rusia, y con id. id.	17,00
Cartera de piel de Rusia con estuche, con id. id. (sin instrumentos)	18,00
Cartera de piel de Rusia con estuche, con id. id. (con instrumentos)	40,00
Otra id., id., id.	44,00

Para los que tienen cartera de los años anteriores.

Con papel moaré y cantos dorados	2,50
Con seda y cantos dorados	4,00

Aviso importante.—El conocido fabricante de instrumentos de cirugía Mr. Aubry, de París, premiado en la Exposicion universal de París de 1878 con la medalla de oro, ha construido expresamente para la AGENDA MÉDICA española los instrumentos más indispensables en la práctica, á peticion de varios favorecedores de esta publicacion.

1.º AGENDA MÉDICA con cartera de tafilete, con estuche y los instrumentos siguientes: 1.º Portacáustico; 2.º Pinza de diseccion; 3.º Tijeras rectas; 4.º Dos estiletes; 5.º Sonda acanalada; 6.º Bisturí recto; 7.º Lanceta; 8.º Pinza de curar. Precio: en Madrid, 32 pesetas.

2.º Agenda médica con cartera de piel de Rusia, con estuche y los instrumentos siguientes: 1.º Un bisturí concha; 2.º Sonda acanalada; 3.º Un estilete de acero; 4.º Un estilete Melchor; 5.º Tijeras rectas; 6.º Pinzas de diseccion; 7.º Portacáustico; 8.º Lanceta concha; 9.º Pinza de curar. Precio: en Madrid, 40 pesetas.

3.º Agenda médica con cartera de piel de Rusia, con estuche y los instrumentos siguientes: 1.º Bisturí doble recto y convexo; 2.º Sonda acanalada; 3.º Estilete portalechinos; 4.º Estilete acanalado Melchor; 5.º Tijeras rectas; 6.º Pinza de diseccion; 7.º Portacáustico; 8.º Lanceta concha; 9.º Pinza de curar. Precio: en Madrid, 44 pesetas.

Esta Agenda, que presta eminentes servicios á todos los Profesores, sale todos los años en Diciembre para el uso del año siguiente.

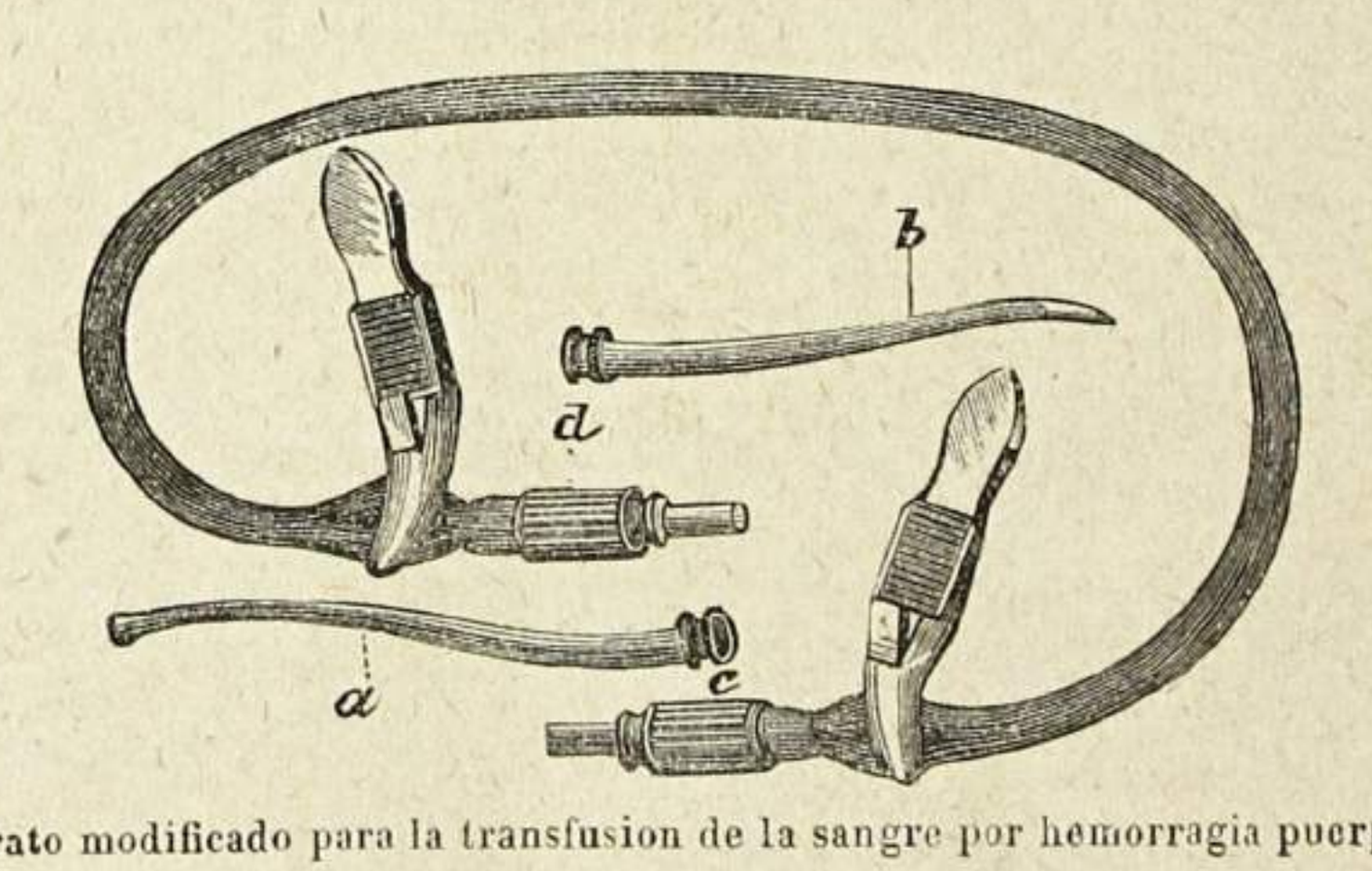
ALLINGHAM. Enfermedades del recto. diagnóstico y tratamiento. Traducida por D. R. Serret. Madrid, 1877. Un tomo en 4.º, rústica 3 pesetas, pasta 4,50.

ANUARIO de medicina y cirugía prácticas.—Resúmen de los trabajos de cada año. Esta importante publicacion sale á luz desde 1864, forma un tomo cada año y consta de 19 tomos, á saber: (1863 para 1864. Tomo I).—(1864 para 1865. Tomo II).—(1865 para 1866. Tomo III).—(1866 para 1867. Tomo IV).—(1867 para 1868. Tomo V).—(1868 para 1869. Tomo VI).—(1869 para 1870. Tomo VII).—(1870 para 1871. Tomo VIII).—(1871 para 1872. Tomo IX).—1872 para 1873. Tomo X).—(1873 para 1874. Tomo XI).—(1874 para 1875. Tomo XII).—(1875 para 1876. Tomo XIII).—(1876 para 1877. Tomo XIV).—(1877 para 1878. Tomo XV).—(1878 para 1879. Tomo XVI).—(1879 para 1880. Tomo XVII).—(1880 para 1881. Tomo XVIII).—(1881 para 1882. Tomo XIX).—(1882 para 1883. Tomo XX).—(1883 para 1884. Tomo XXI). Cada tomo 6 pesetas, en pasta 7.

Esta obra puede considerarse como el verdadero **Tesoro del médico práctico**, pues en un pequeño volúmen encuentra todo lo *nuevo* y *mas importante* que se ha publicado en el mundo médico de todas las naciones y que se halla diseminado en miles de publicaciones periódicas.

Para facilitar la adquisicion de esta obra se admiten suscriciones por tomos.

ANUARIO de medicina y cirugía. Revista semestral dedicada al exámen retrospectivo de todos los descubrimientos y adelantos prácticos en las ciencias médicas, tomado del *Retrospect of Medicine* del Dr. Braithwaite,

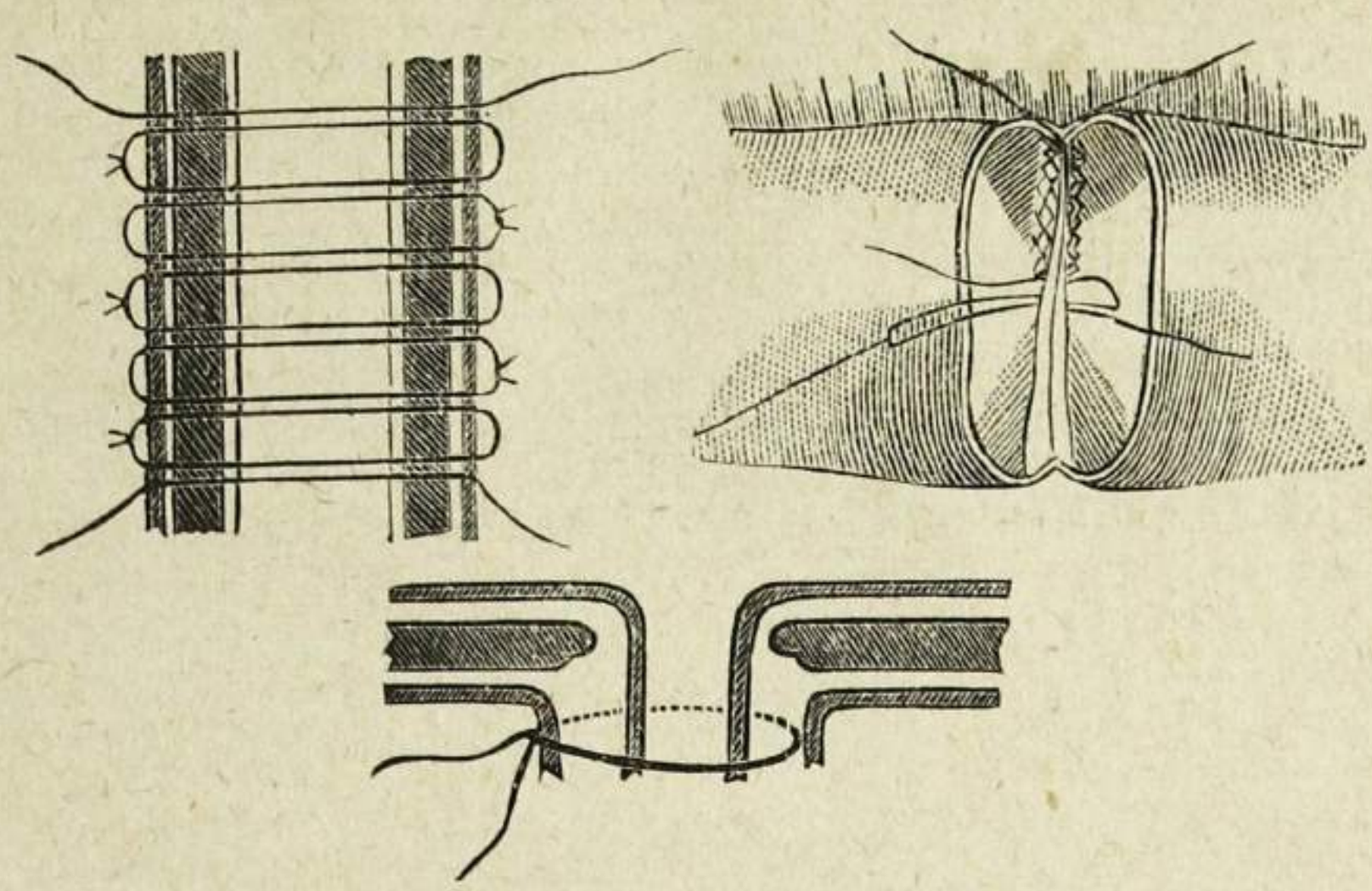


Aparato modificado para la transfusion de la sangre por hemorragia puerperal.

por D. Enrique **Camps y Rocha**, licenciado en medicina y cirugía, médico de la Compañía de los caminos de hierro del Norte. Ilustrado con 21 grabados intercalados en el texto.—*Segunda serie*.—Tomo I.—Enero á Junio de 1885.—Madrid, 1886. Un tomo en 12.º, en rústica 5 pesetas, en pasta ó tela 6.

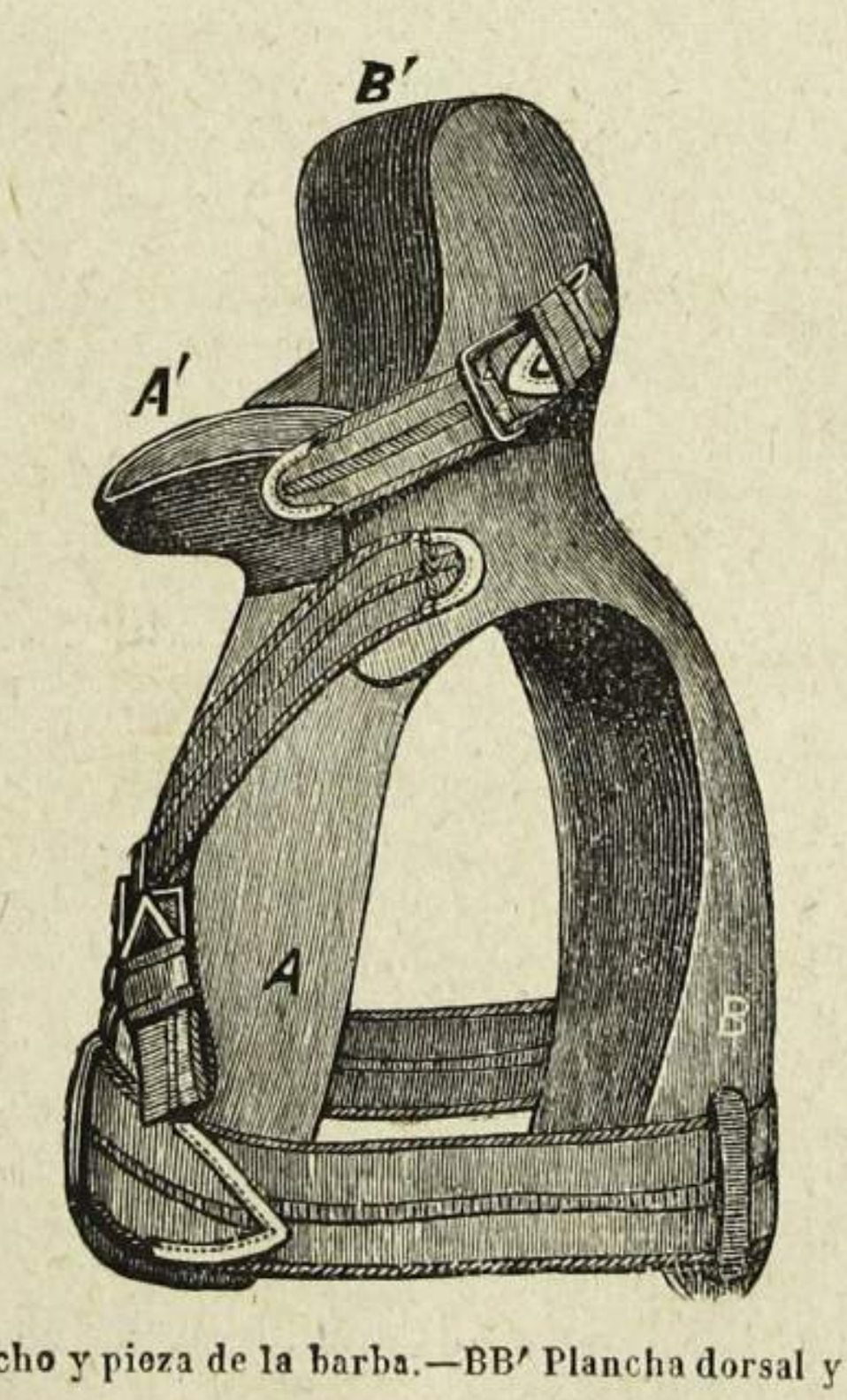
ANUARIO de medicina y cirugía. Revista semestral dedicada al exámen retrospectivo de todos los descubrimientos y adelantos prácticos en las ciencias médicas, tomado del *Retrospect of Medicine* del Dr. Braithwaite, por D. Enrique **Camps y Rocha**, médico de la Compañía de los cami-

nos de hierro del Norte.—*Segunda serie*.—Tomo II.—Julio á Diciembre de 1885.—Madrid, 1887. Un tomo en 12.º, ilustrado con 30 grabados intercalados en el texto. En rústica 5 pesetas, en pasta ó tela 6.



Una nueva sutura para las heridas del intestino.

ANUARIO DE MEDICINA Y CIRUGÍA. Revista semestral dedicada al exámen retrospectivo de todos los descubrimientos y adelantos prácticos



AA′ Plancha del pecho y pieza de la barba.—BB′ Plancha dorsal y pieza de la cabeza.

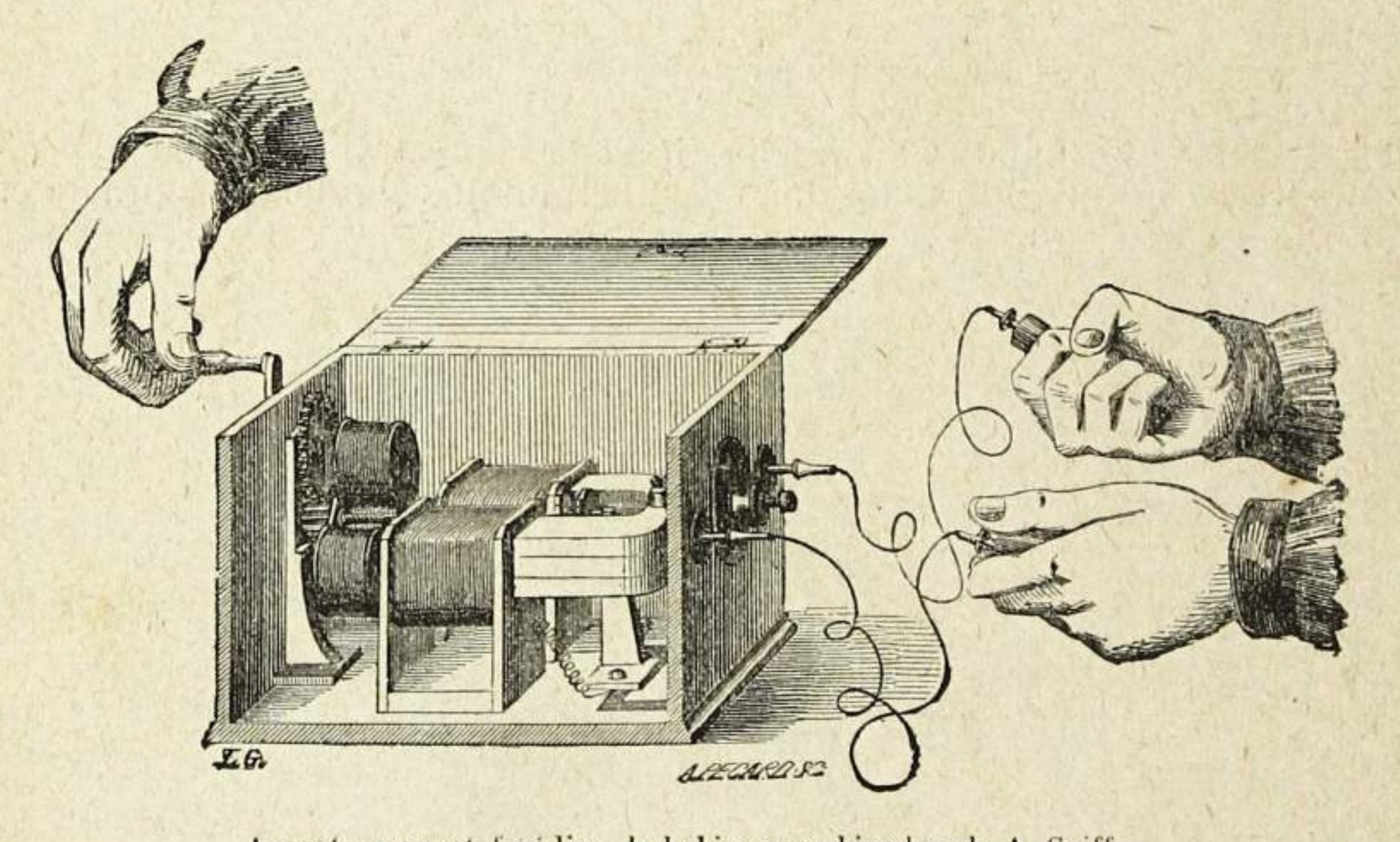
en las ciencias médicas, tomado del *Retrospect of Medicine* del Dr. Braithwaite, por D. Enrique **Camps y Rocha**, médico de la Compañía de los caminos de hierro del Norte.—*Segunda serie*.—Tomo III.—Enero á Junio

de 1886.—Madrid, 1887. Un tomo en 12.º, ilustrado con 36 grabados intercalados en el texto. En rústica 5 pesetas, en pasta ó tela 6.

Esta nueva serie forma la continuacion del *Anuario de medicina y cirugía prácticas*, de D. Estéban Sanchez Ocaña.

ARRUTI (Antonio). MANUAL DE TERAPÉUTICA GENERAL, por D. Antonio **Arruti**, médico numerario que ha sido de Beneficencia general y municipal y de la Seccion de Higienistas de Madrid, ex-médico forense y de Sanidad marítima de San Sebastian, vocal facultativo que fué de las juntas provinciales de Beneficencia y Sanidad de Guipúzcoa y de la comision de Estadística de la misma, condecorado con la cruz de Beneficencia de segunda clase por servicios prestados en varias epidemias, etcétera, etc.; dedicado al Excmo. Sr. Dr. D. Melchor Sanchez de Toca, marqués de Toca, y precedido de una carta-aceptacion del mismo.—Madrid, 1876. Un tomo en 8.º En rústica 12,50 pesetas, en pasta 14.

BARDET (G.). TRATADO ELEMENTAL Y PRÁCTICO DE ELECTRICIDAD MÉDICA, por el Dr. G. **Bardet**, precedido de un prefacio de M. C.-M. Gariel, miembro de la Academia de Medicina, profesor agregado de física médica en la Facultad de Medicina de París, etc., etc. Traducido al es-

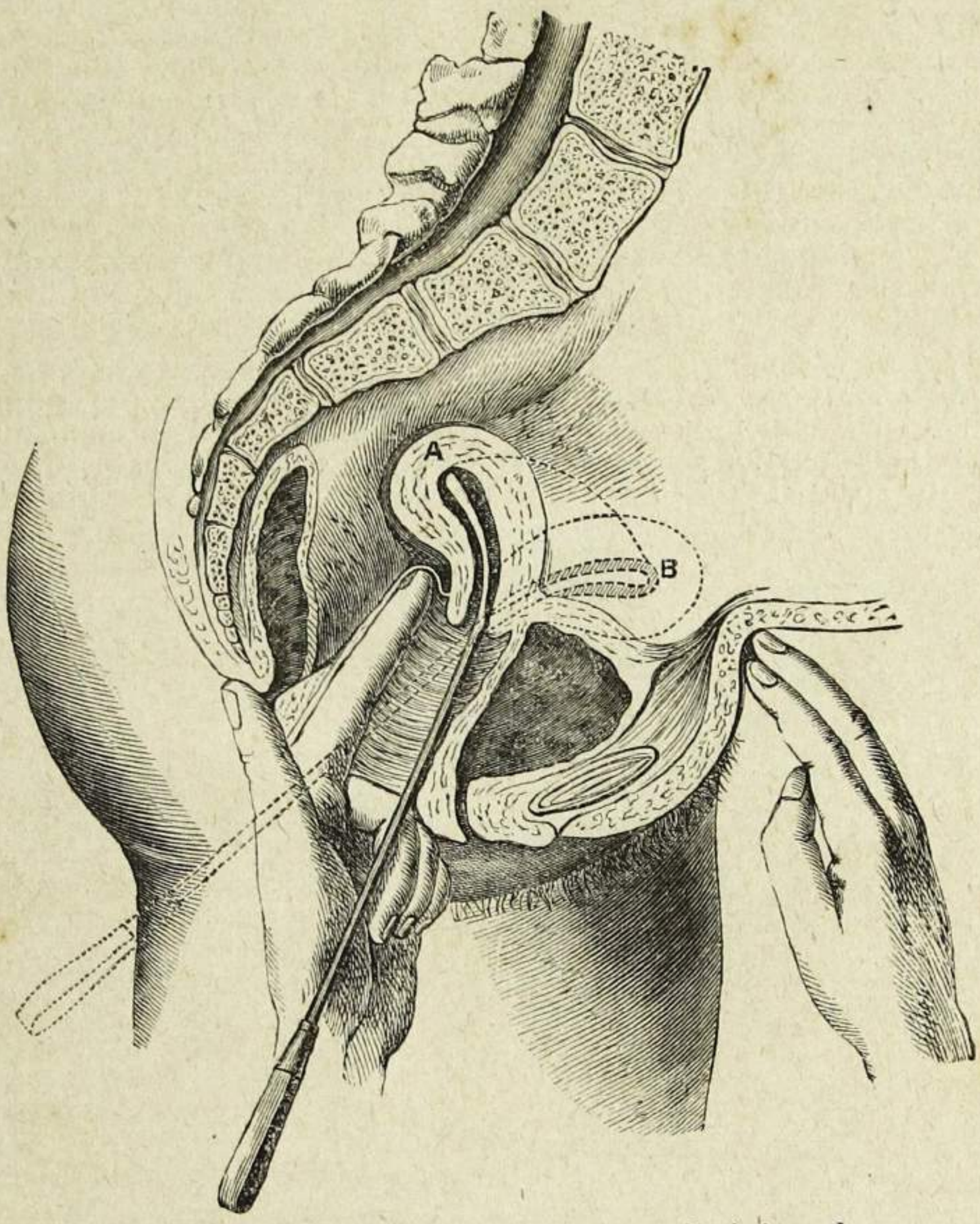


Aparato magnetofarádico de bobinas combinadas, de A. Gaiffe.

pañol con autorizacion del autor por el Dr. D. José Ustariz, cirujano por oposicion del hospital de la Princesa.—Contiene 234 figuras intercaladas en el texto.—Madrid, 1887. Un tomo en 8.º de 667 páginas. En rústica 10 pesetas, en pasta ó tela á la inglesa 11,50.

BARNES. TRATADO CLÍNICO DE LAS ENFERMEDADES DE LAS MUJERES, por Roberto **Barnes** (M. D.), Fellow del Colegio real de Medicina, examinador de obstetricia y enfermedades de las mujeres en la Universidad de Lóndres y el Colegio real de Cirugía, comadron y profesor de obstetricia y de las enfermedades de mujeres en el hospital de Santo Tomás. Traducido del inglés al francés, por el Dr. A. Cordes, con un *Prefacio* del profesor Pajot; vertido del francés al castellano y extensamente anotado por el Dr. Angel Pulido Fernandez, con la colaboracion de los doctores P. Gonzalez de Velasco y E. Castillo de Piñeiro.—

Madrid, 1879. Un tomo en 8.º, ilustrado con 195 figuras intercaladas en el texto. En rústica 14 pesetas, en pasta 15,50.



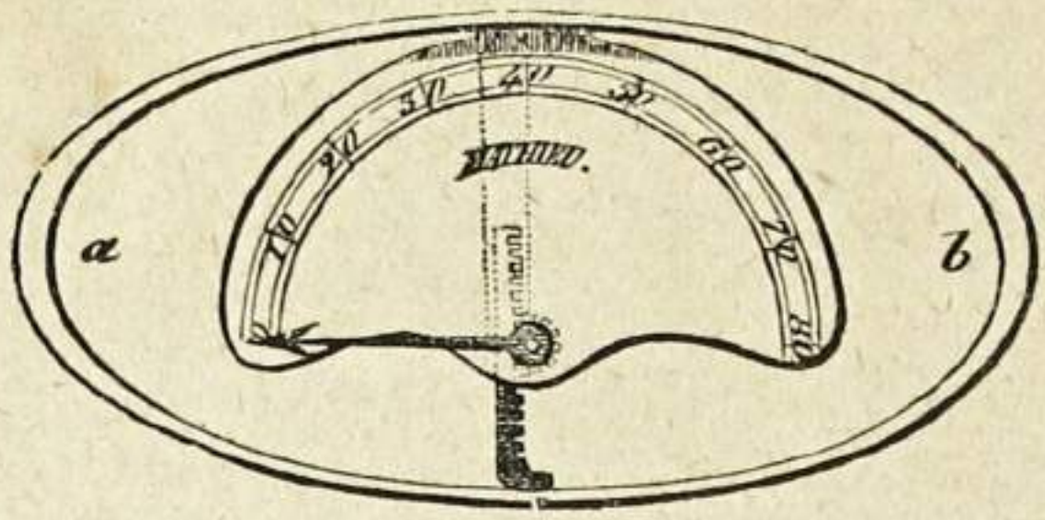
Diagnóstico y reduccion de la retroflexion por medio de la sonda.

BARTELS (C.). TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES, por el Dr. C. **Bartels**, profesor de la Universidad de Kiel; traduccion española de José Francos Rodriguez y Luis Lasbennes.—Madrid, 1887. Un tomo en 8.º, ilustrado con 15 grabados intercalados en el texto. En rústica 8 pesetas, en pasta 9,50.

BAYARD. TRATADO PRÁCTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL ESTÓMAGO. Traducido y anotado por D. Cárlos Mestre y Marzal, médico-director de las aguas y baños minerales de Puertollano, socio de mérito, de número y corresponsal de varias corporaciones científicas, etc.—Madrid, 1865. Un tomo en 8.º En rústica 7,50 pesetas, en pasta 9.

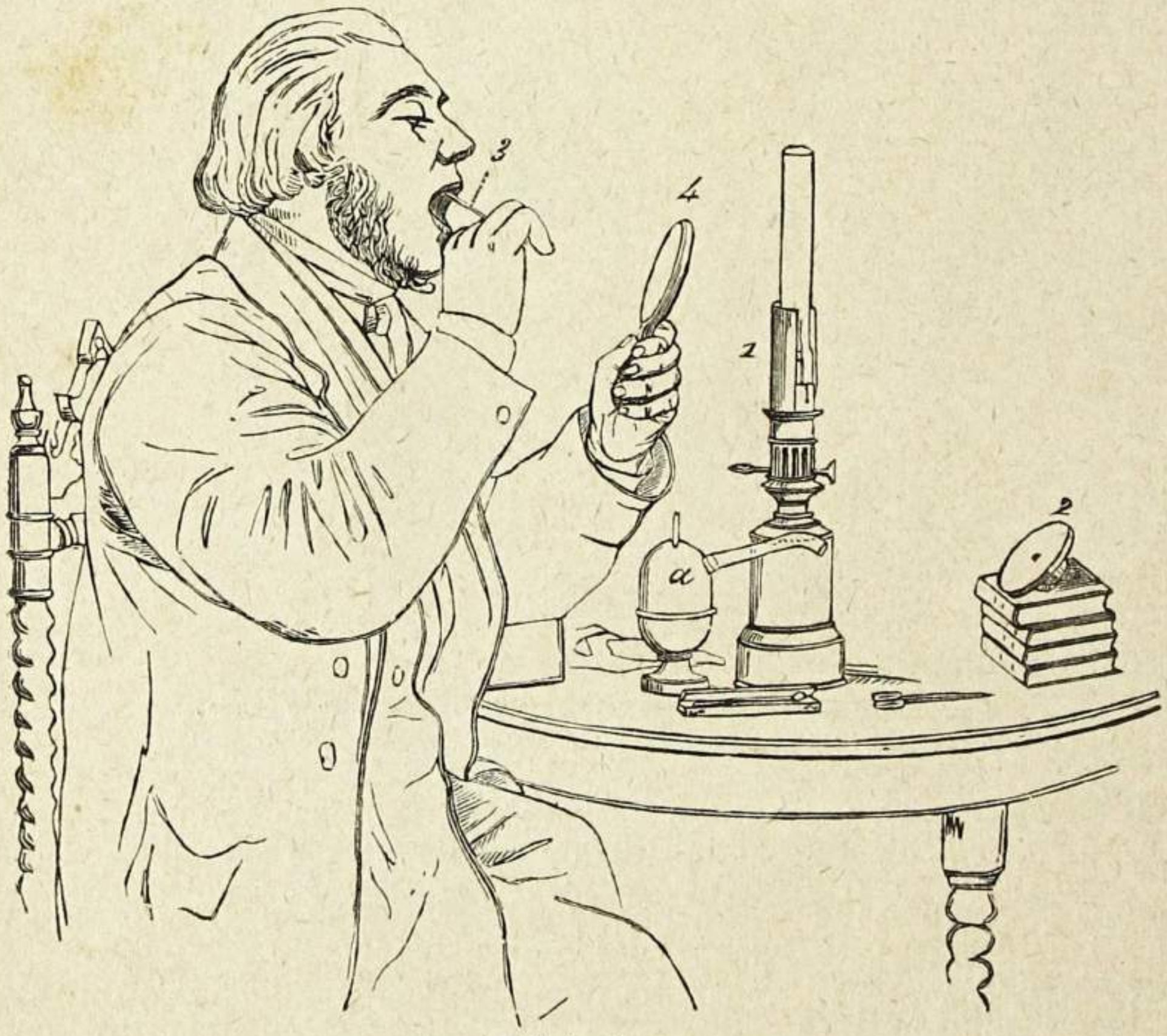
BEAUNIS (H.). EL SOMNAMBULISMO PROVOCADO. Estudios fisiológicos y psicológicos por H. **Beaunis**, profesor de Fisiología en la Facultad de Medicina de Nancy. Versión española por D. Enrique Simancas y

Larsé, licenciado en medicina y cirugía.—Madrid, 1887. Un tomo en 8.º ilustrado con 6 figuras intercaladas en el texto. En rústica 3,50 pesetas; en pasta ó tela á la inglesa 4,50.



Dinamómetro de Mathieu.

BECLARD. Tratado elemental de fisiología humana, que comprende las principales nociones de la fisiología comparada. Traducido de la última edicion por los señores D. Miguel de la Plata y Marcos y don Joaquin Gonzalez Hidalgo, alumnos internos de la Facultad de Me-



Autolaringóscopo.

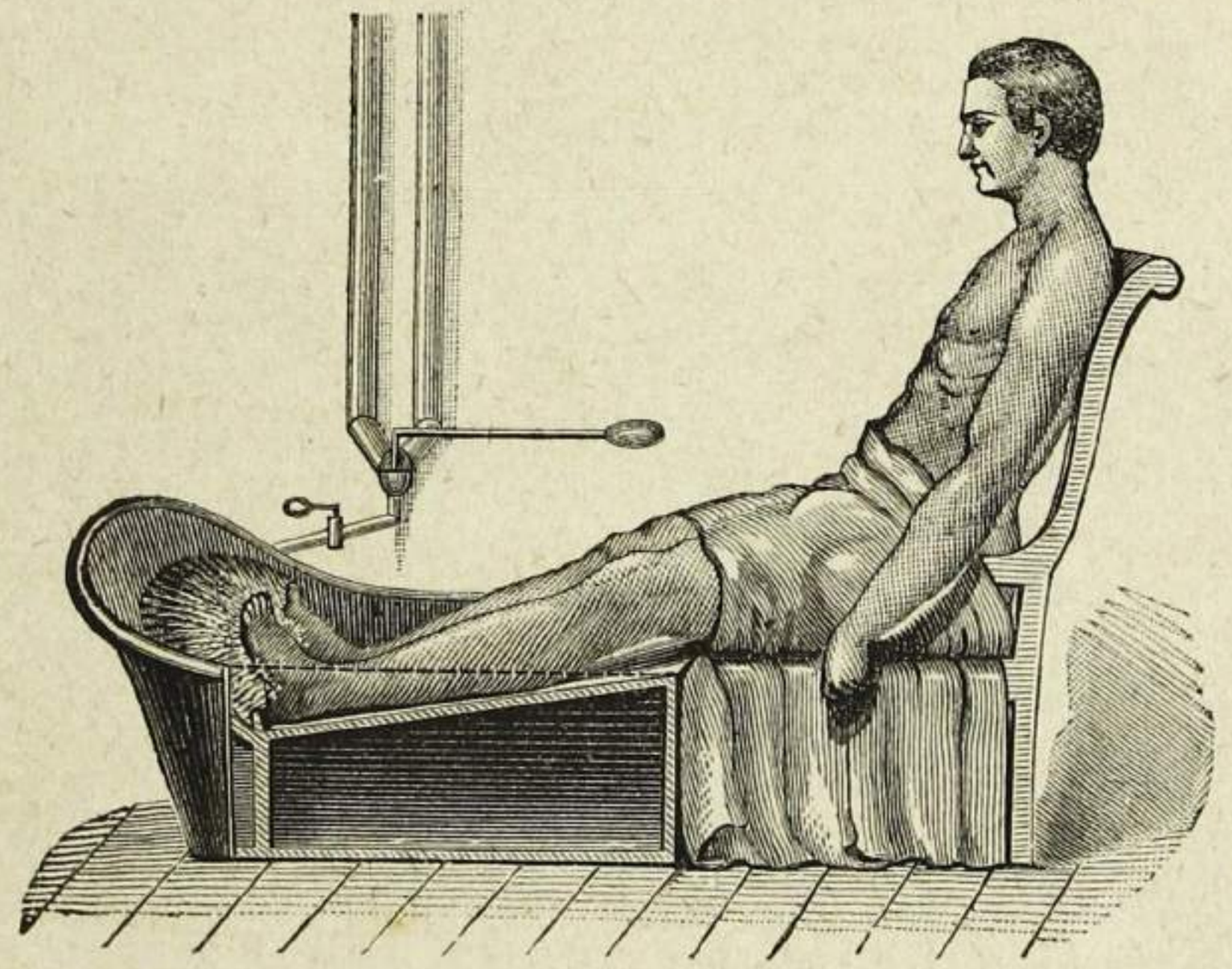
dicina de Madrid.—Obra aprobada para texto por el Real Consejo de Instruccion pública.—*Segunda edicion*, nueva tirada.—Madrid, 1884. Un tomo en 4.º, con 246 grabados intercalados en el texto. En rústica 15 pesetas, en pasta ó tela 16,50.

BECQUEREL. TRATADO ELEMENTAL DE HIGIENE PRIVADA Y PÚBLICA, con adiciones y bibliografías por el doctor **E. Beaugrand**, sub-bibliotecario de la Facultad de Medicina de París, etc. Traducido de la última edicion francesa y considerablemente anotado por el doctor D. Joaquin Olmedilla y Puig, farmacéutico, médico, licenciado en ciencias físicas, etcétera.—Madrid, 1875. Un tomo en 8.º mayor. En rústica 12,50 pesetas, en pasta 14.

BECQUEREL Y **RODIER**. TRATADO DE QUÍMICA PATOLÓGICA APLICADA Á LA MEDICINA PRÁCTICA; traducido, anotado y adicionado por D. Teodoro Yañez y Font.—*Segunda edicion.*—Madrid, 1866. Un tomo en 8.º En rústica 9 pesetas, en pasta 10,50.

BELHOMME Y **A. MARTIN**. TRATADO PRÁCTICO Y ELEMENTAL DE PATOLOGÍA SIFILÍTICA Y VENÉREA; traducido al castellano por D. Enrique Simancas y Larsé.—*Segunda edicion*, corregida y aumentada, y mejorada con láminas en color, tomadas del natural.—Madrid, 1878. Un tomo en 4.º En rústica 11 pesetas, en pasta 12,50.

BENI-BARDE. MANUAL MÉDICO DE HIDROTERAPIA, por el Dr. **Beni-Barde**, médico del establecimiento hidroterápico de la calle Miromesnil, en París, y del de Auteuil; miembro de la Sociedad de Hidrología y de la de Medicina de París; correspondiente de las de Medicina de Bélgi-



Pediluvios.

ca, el Brasil, etc.; caballero de la Legion de honor.—Version española por D. Enrique Simancas y Larsé, licenciado en medicina y cirugía.—*Segunda edicion*, revisada y aumentada con 21 figuras en el texto. —Madrid, 1887. Un tomo en 8.º En rústica 6 pesetas, en pasta ó tela 7.

BERAUD. ATLAS COMPLETO DE ANATOMÍA QUIRÚRGICA TOPOGRÁFICA, que puede servir de complemento á todas las obras de anatomía quirúrgica, compuesto de 109 láminas, que representan 162 figuras, dibujadas del natural por M. Bion, y con texto explicativo por B. J. **Beraud**, cirujano y profesor agregado á la Maternidad de París, etc.; traducido al castellano por D. Esteban Sanchez de Ocaña, doctor en medicina y

cirugía, etc.—Este magnífico Atlas consta de 109 láminas, acompañadas de su texto correspondiente, divididas en 110 entregas.

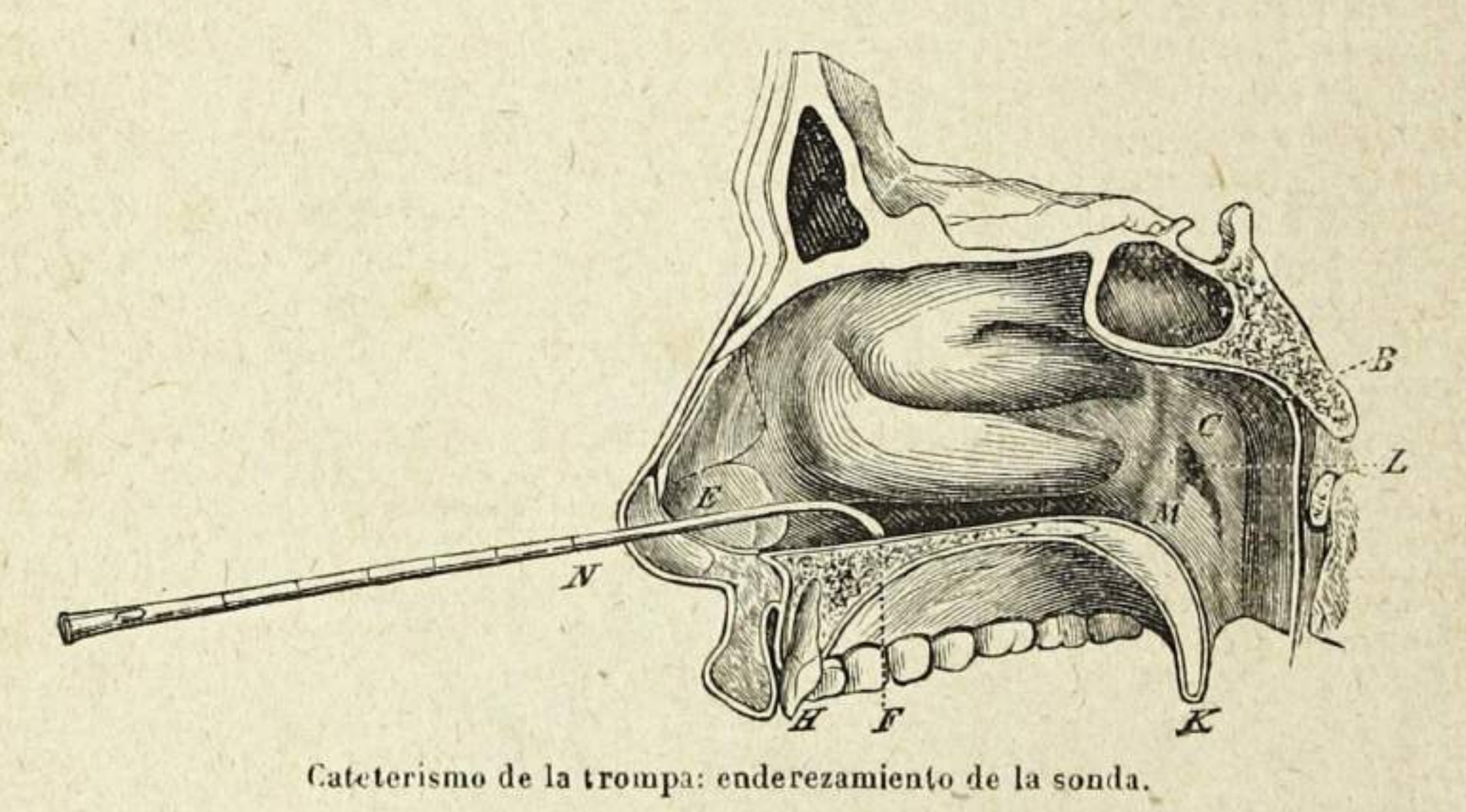
Suscricion permanente: Un cuaderno de diez entregas al mes, para facilitar la adquisicion de esta importante é indispensable obra.

En Madrid, por cada diez entregas, con láminas en negro, pagadas adelantadas, 5,25 pesetas, y en color 10,50; en provincias, por cada diez entregas, con láminas en negro, pagadas adelantadas, 5,50 pesetas, y en color 10,75, franco de porte. La obra completa, encuadernacion de lujo con láminas en color, 130 pesetas; con la misma encuadernacion y láminas en negro, 72 pesetas.

NOTA.—Este **Atlas** puede considerarse como complementario indispensable de la obra del doctor Creus: *Tratado elemental de Anatomía médico-quirúrgica.*

BERZOSA. Apuntes hidrológicos precedidos de algunas nociones de las ciencias auxiliares que facilitan el estudio de la hidrología médica.—Madrid, 1867. Un tomo en 8.° mayor. En rústica 4 pesetas, en pasta 5.

BONNAFONT (J P.). Tratado teórico y práctico de las enfermedades del oido y de los órganos de la audicion, por el Dr. J. P. **Bonnafont**, médico primero (retirado) de la Escuela de Estado Mayor, oficial de la Legion de honor y de la órden de Leopoldo (Bélgica), socio corresponsal de la Academia de Medicina de París; seguido de una



Cateterismo de la trompa: enderezamiento de la sonda.

Contribucion al estudio de los tumores óseos del conducto auditivo externo, por el doctor M. Delstanche, hijo, de Bruselas.—*Segunda edicion*, revisada y aumentada con 43 láminas intercaladas en el texto: traducida al español por D. Pedro Espina y Martinez y D. Antonio Espina y Capo.—Madrid, 1886.—Un tomo en 8.° de 760 páginas. En rústica 12 pesetas, en pasta 13,50.

BONIS (Teodosio). Los Parásitos del cuerpo humano en relacion con las alteraciones locales y generales del organismo, por Teodosio **Bonis**, profesor agregado de patología general en la Universidad de Nápoles, médico del hospital de Incurables, etc.—Obra traducida del italiano y considerablemente aumentada con notas y un vocabulario de Parasitología, por Cárlos María Cortezo, doctor en medicina y cirugía. Con grabados intercalados en el texto y dos láminas litografiadas.—Madrid, 1882. Un tomo en 4.° En rústica 5,50 pesetas, en pasta 7.

BOSSU. Nuevo compendio de medicina para uso de los médicos prácticos, que contiene por órden alfabético: 1.° *Patología general*, ó estudio de los caracteres comunes de las enfermedades respecto á su etiología,

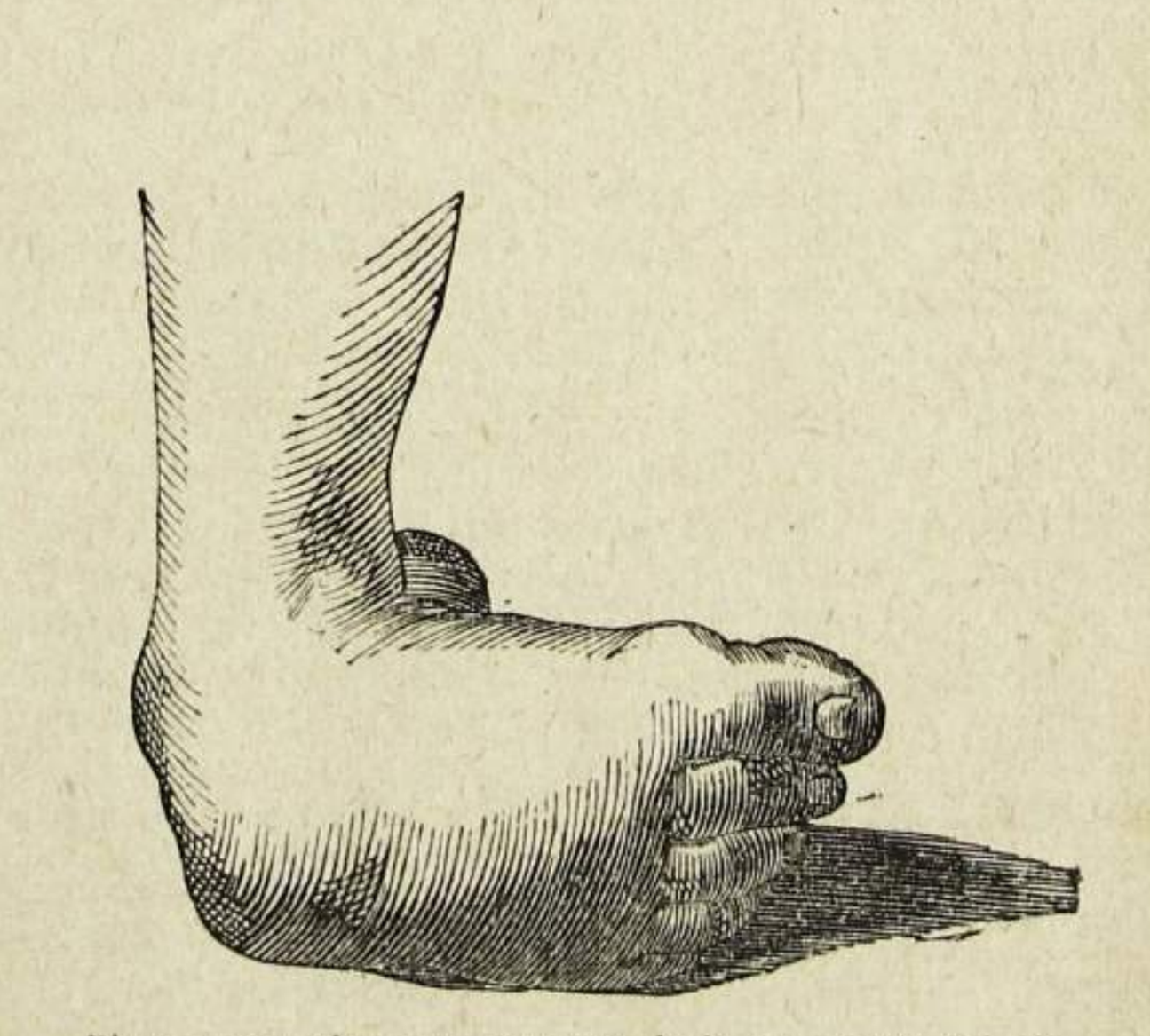
sintomatología, terapéutica, nomenclatura y clasificacion. 2.º *Diccionario de Patología interna*, ó descripcion de las afecciones propias de cada sexo y edad; las cutáneas y de los ojos, especialmente oftalmías, etc., con referencia de las fórmulas más comunmente usadas en su tratamiento. 3.º *Memorandum terapéutico*, ó definicion de todas las preparaciones farmacéuticas magistrales y oficinales, con sus principales fórmulas y las propiedades, usos y dosis de los medicamentos más generalmente empleados; por Antonino **Bossu**, doctor en medicina de la Facultad de París, jefe facultativo de la enfermería de María Teresa, etc. —*Tercera edicion;* traducida al castellano por D. Miguel de la Plata y Marcos, alumno interno de la Facultad de Medicina de Madrid, primer ayudante médico del cuerpo de Sanidad militar, etc.—Madrid, 1865. Un tomo en 4.º En rústica 8,50 pesetas, en pasta 10.

BOUCHARDAT. Novísimo formulario magistral. Precedido de una reseña sobre los hospitales de París, de generalidades acerca del arte de recetar, y seguido de un Compendio de las aguas minerales, naturales y artificiales, de un *Memorandum terapéutico*, y de nociones acerca de los contravenenos y los auxilios que deben prestarse á los envenenados y asfixiados, por el Dr. A. **Bouchardat;** traducido y aumentado con más de 700 fórmulas nuevas, españolas y extranjeras, con una noticia de las principales aguas minerales de España y con tablas de correspondencia entre los pesos medicinales españoles y los decimales, por el Dr. D. Julian Casaña y Leonardo, catedrático de farmacia en la Universidad de Barcelona.—*Décimanovena edicion*, notablemente adicionada y arreglada á la última edicion francesa, y aumentada con el importante capítulo sobre la *Higiene terapéutica* y un Cuadro de las dosis del *Formulario* de Jeannel, y precedida de un Suplemento de 1881, por D. Manuel Ortega y Morejon, secretario general del cuerpo facultativo de Beneficencia municipal de Madrid. (Contiene unas 7.000 recetas y un *Suplemento* de 1881.)—Madrid, 1887. Un tomo en 12.º En rústica 6 pesetas, en pasta 7.

Esta *nueva edicion* del **Formulario** es indispensable á todos los médicos prácticos; pues además de estar al corriente de los progresos de la ciencia hasta el dia en cuanto á recetas y fórmulas, contiene un importante é interesante capítulo sobre *Higiene terapéutica*, concebido bajo un nuevo plan, que prestará inmensos servicios al práctico amante de la ciencia.

BOUCHUT. Tratado práctico de las enfermedades de los recien nacidos, de los niños de pecho y de la segunda infancia, traducido

Pie varus equino.



Pie varus equino con aumento de la curvatura del pie.

de la séptima edicion, corregida y considerablemente aumentada por el doctor J. G. Hidalgo, individuo de número de la Real Academia de Ciencias de Madrid, premiado por sus obras científicas originales en la Exposicion de Filadelfia, socio corresponsal de varias corporaciones extranjeras, etc.—Obra premiada por el Instituto de Francia é ilustrada con 179 grabados intercalados en el texto.—*Segunda edicion* completamente refundida.—Madrid, 1879. Un tomo en 8.º mayor. En rústica 20 pesetas, en pasta 21,50.

BOUCHUT Y **DESPRES**. (Véase *Diccionario de medicina y de terapéutica médica y quirúrgica.*)

BRINTON. TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DEL ESTÓMAGO por W. **Brinton**; traducido al francés por A. Riant; precedido de una *Introduccion* del doctor Ch. Lasegue, profesor de clínica médica en la Facultad de Medicina de París, vertido al castellano por la Redaccion de los *Anales de ciencias médicas.*—Madrid, 1878. Un tomo en 8.º En rústica 6 pesetas, en pasta 7,50.

BUDD (Jacobo). TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO, por Jacobo **Budd**, catedrático del Real Colegio de Londres; version, española de D. Ramon Serret Comin, doctor en medicina y cirugía.—Madrid, 1884. Un magnífico tomo en 8.º, ilustrado con 19 grabados en el texto. En rústica 7,50 pesetas, en pasta 9.

BURGER. COMPENDIO DE CIRUGÍA OPERATORIA para uso de estudiantes y médicos prácticos, por el Dr. D. C. G. **Burger**, médico de la ciudad y de distrito en Weilheim. Traducido directamente del aleman por José Camo y Montobbio, y adicionado con un apéndice sobre las *operaciones de los ojos* por D. José Lopez Díez y el traductor.—*Segunda edicion.*—Madrid, 1878. Un tomo en 4.º de 486 páginas. En rústica 8 pesetas, en pasta 9,50.

CATALOGO DE LOS MUSEOS Y LABORATORIOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID.—Madrid, 1875. Un tomo en 12.º En rústica 2,50 pesetas, en pasta 3,50.

CHEVALIER. DICCIONARIO DE LAS ALTERACIONES Y SOFISTICACIONES DE LAS SUSTANCIAS ALIMENTICIAS, MEDICAMENTOSAS Y COMERCIALES. — Madrid, 1862. Dos tomos en 4.º, con 11 láminas (*agotada*); valía 15 pesetas.

CHIARLONE Y **MALLAINA**. HISTORIA DE LA FARMACIA. — Madrid, 1847. Un tomo en 4.º En rústica 11 pesetas, en pasta 12,50.

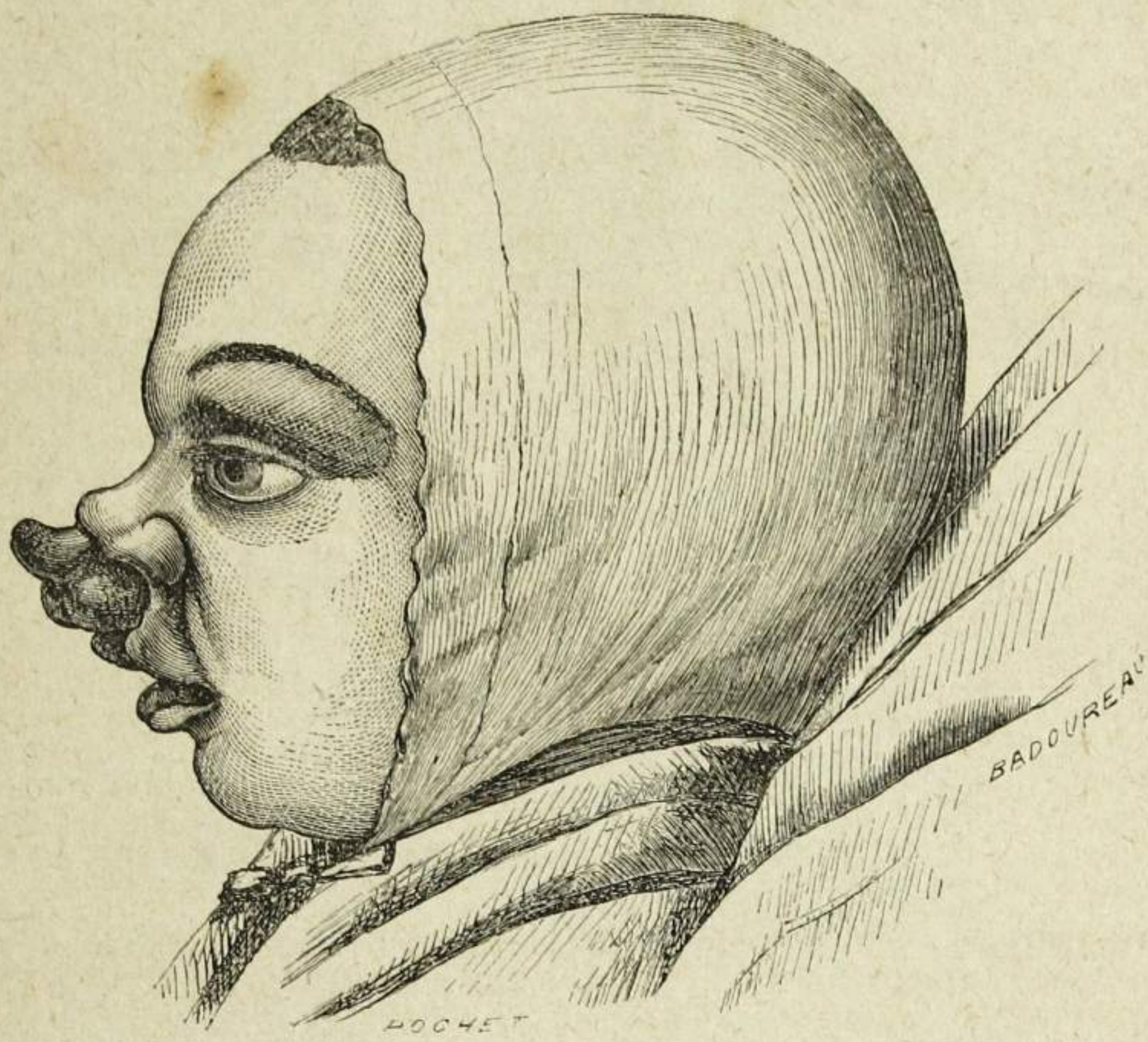
CHIARLONE Y **MALLAINA**. HISTORIA DE LA FARMACIA.—*Segunda edicion.*—Madrid, 1867. Un tomo en 4.º mayor. En rústica 20 pesetas, en pasta 22,50.

CODEX MEDICAMENTARIUS Ó FARMACOPEA FRANCESA, redactada de órden del Gobierno por una Comision compuesta de profesores de la Facultad de Medicina y de la Escuela superior de Farmacia de París, de individuos de la Academia imperial de Medicina y de la Sociedad de Farmacia de París. Version española por D. Antonio Villar y Miguel, licenciado en farmacia, etc., y D. Angel Bellogin y Aguasal, doctor en farmacia, etc.—Madrid, 1870. Un tomo en 8.º. En rústica 10 pesetas, en pasta ó tela 11,50. (Véase *Gubler.*)

CORLIEU (D. A.). MEMORANDUM DE MEDICINA, CIRUGÍA Y PARTOS; traducido del francés, de la *tercera edicion*, por D. A. G. Calderon, con 423 grabados intercalados en el texto.—París, 1878. Un tomo en 8.º mayor. En tela 10 pesetas.

CORTÉS Y **MORALES** (Balbino). (Véase *Diccionario doméstico.*)

CREUS y **MANSO**. Tratado elemental de anatomía médico-quirúrgica, ó sea Anatomía aplicada á la patología y á la terapéutica médica y quirúrgica, á la obstetricia y á la medicina legal, por el doctor don Juan **Creus y Manso**, catedrático propietario de esta asignatura en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, etc.—*Segunda edi-*



Eminencia del hueso intermaxilar, insercion del lóbulo medio del labio.

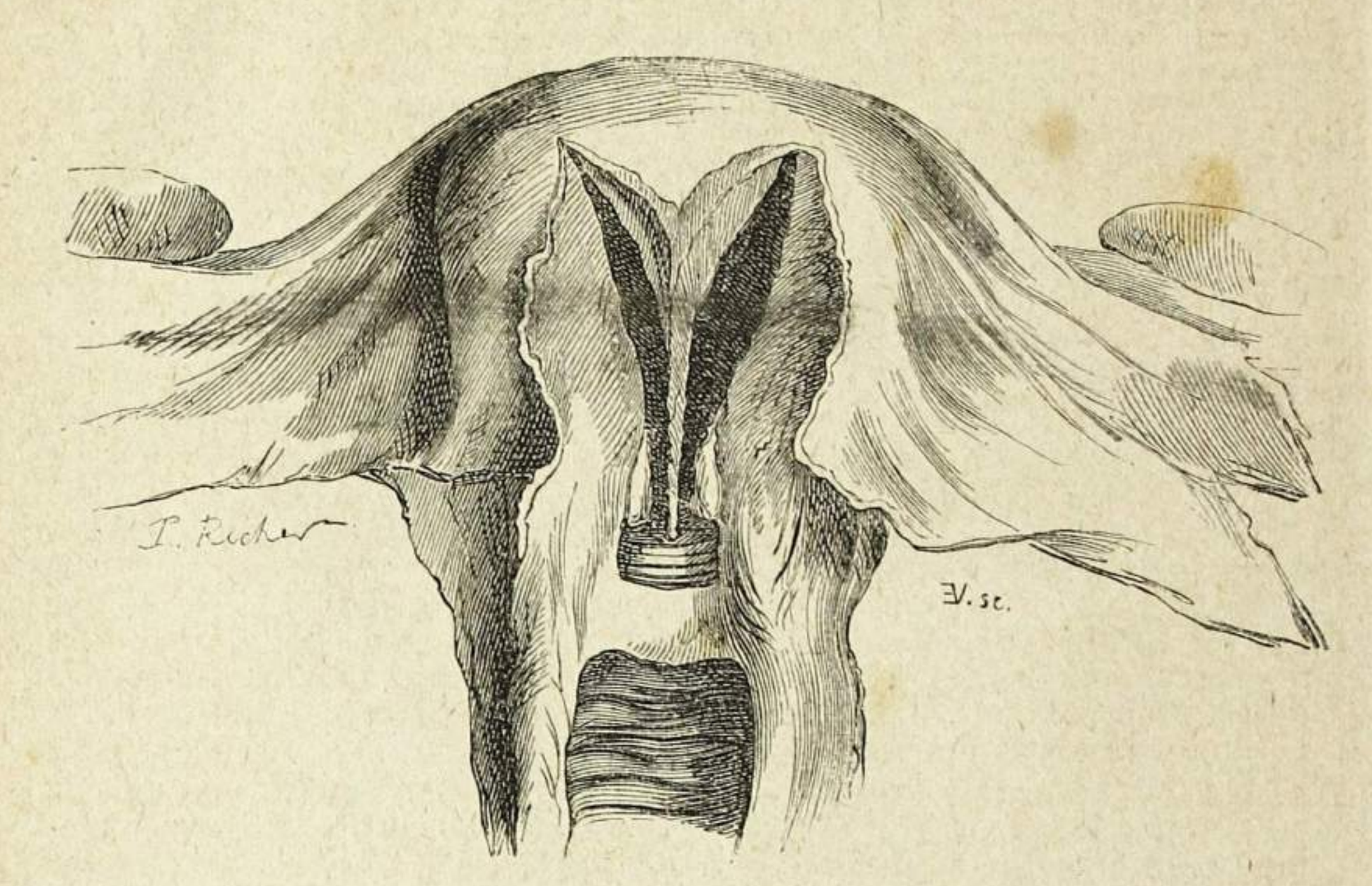
cion, considerablemente aumentada y enriquecida con 1.041 grabados intercalados en el texto.—Madrid, 1872. Un magnífico tomo en 8.º En rústica 20 pesetas, en pasta ó tela 21,50.

CULLERRE (A.). Magnetismo é hipnotismo. Exposicion de los fenómenos observados durante el sueño nervioso provocado, bajo el punto de vista clínico, psicológico, terapéutico y médico-legal, con un resúmen histórico del magnetismo animal, por el doctor A. **Cullerre**, miembro corresponsal de la Sociedad Médico-psicológica. Version española por D. Enrique Simancas y Larsé, licenciado en medicina y cirugía.—Madrid, 1887. Un tomo en 8.º con láminas. En rústica 3,50 pesetas, en pasta ó tela 4,50.

CURTIS. De la virilidad.—*Segunda edicion*, *agotada*.—Madrid, 1855. Un tomo en 8.º; valía 3,50 pesetas.

CUYER y **KUHFF**. El Cuerpo humano, estructura y funciones, fórmas exteriores, regiones anatómicas, situacion, relaciones y usos de los aparatos y órganos que concurren al mecanismo de la vida. Demostrados por medio de 27 láminas ilustradas, recortadas y sobrepuestas, conteniendo 50 figuras, 246 puntos de vista que abrazan unos 3.690 objetos del cuerpo humano y además 57 grabados intercalados en el texto; dibujadas del natural por Eduardo **Cuyer**, laureado

de la Escuela de Bellas Artes. Texto por G. A. **Kuhff**, doctor en medicina, preparador en el laboratorio de Antropología de la Escuela de Hautes-Etudes. Traducido por D. Pedro Espina y Martinez, médico por oposicion del Hospital general provincial de Madrid, premio



Utero simple exteriormente dividido en el interior por un tabique vertical en dos distintas cavernas.

extraordinario de la Facultad de Medicina de Madrid (1872), médico por oposicion del cuerpo de Inspectores de Salubridad pública, de la Academia Médico-quirúrgica española y de la Sociedad de Hidrología médica española, etc.. etc.

Parte material.—Esta magnífica obra consta de 27 láminas iluminadas, conteniendo 50 figuras, 246 planos ó sea puntos de vista, que abrazan unos 3.690 objetos del cuerpo humano, y está distribuida en 27 entregas, cada una con su lámina y texto correspondiente.—*Suscricion permanente* de una entrega mensual.—Precio de cada entrega: 3 pesetas en Madrid. La obra completa, encuadernada de gran lujo, 95 pesetas.

ÍNDICE DE LAS LÁMINAS DEL CUYER

I.—*Del cuerpo humano en general.*
II.—*Tronco y cavidad torácica (cara anterior).*
III.—*Tronco (cara posterior).*
IV.—*Tronco (cara lateral).*
V.—*Cavidad abdominal.*
VI.—*Cabeza.*
1.—Cara anterior.
2.—Cara posterior.
VII.—*Cabeza.*
1.—Cara lateral.
2.—Base del cráneo.
VIII.—*Cuello (cara antero-externa).*
IX.—*Extremidad torácica.*
1.—Brazo.
2.—Antebrazo.
X.—*Extremidad torácica (cara posterior).*
1.—Brazo.
2.—Antebrazo.
XI.—*Extremidad torácica (cara interna).*
1.—Brazo.
2.—Antebrazo.
XII.—*Extremidad torácica.*
1.—Brazo.
2.—Antebrazo.
XIII.—*Mano.*
1.—Huesos del carpo (cara anterior).
2.—Huesos del carpo (cara posterior).
3.—Mano (cara palmar).
4.—Mano (cara dorsal).

XIV.—*Extremidad abdominal (cara anterior).*
1.—Muslo.
2.—Pierna.
XV.—*Extremidad abdominal (cara posterior).*
1.—Muslo.
2.—Pierna.
XVI.—*Extremidad abdominal (cara interna).*
1.—Muslo.
2.—Pierna.
XVII.—*Extremidad abdominal (cara externa).*
1.—Muslo.
2.—Pierna.
XVIII.—*Pie.*
1.—Huesos del tarso (cara superior).
2.—Huesos del tarso (cara inferior).
3.—Pie (cara dorsal).
4.—Pie (cara plantar).
XIX.—*Conjunto de los vasos y los nervios.*
XX.—*Encéfalo (cara superior).*
XXI.—*Encéfalo.*
1.—Cara lateral.
2.—Cerebelo.
XXII.—*Aparato visual (cara lateral).*
XXIII.—*Aparato visual; párpados y vías lagrimales.*
XXIV.—*Aparato auditivo.*
1.—Oido externo y oido medio vistos por la cara externa.
2.—Oido externo, oido medio y oido interno, vistos por la cara anterior.
3.—Cadena de los huesecillos vista por su cara anterior.
4.—Cadena de los huesecillos vista por su cara externa.
5.—Corte del caracol.
XXV.—*Aparatos de la olfacion, del gusto y de la voz.*
XXVI.—*Organos genitales del hombre.*
XXVII.—*Organos genitales de la mujer.*
1.—Organos genitales vistos de frente.
2.—Corte medio ántero-posterior de los órganos génito-urinarios.

Importante.—Inserto más arriba el indice de todas las láminas de que consta esta obra, nos falta *advertir* que cada una de éstas SE VENDE SUELTA, acompañada de su texto, al precio de 3 pesetas en Madrid.

CYR (Dr. Jules). ETIOLOGIA Y PRONÓSTICO DE LA GLUCOSURIA Y DE LA DIABETES, por el Dr. Jules **Cyr**, médico consultor de Vichy, etc. Memoria premiada por la Academia de medicina de París.—Madrid, 1879. Un tomo en 4.º, 3 pesetas.

DELFAU (Gerardo). MANUAL COMPLETO DE LAS ENFERMEDADES DE LAS VÍAS URINARIAS Y DE LOS ÓRGANOS GENITALES, por el Dr. Gerardo **Delfau**, ex-interno de los Hospitales de París. Version española de Ramon Serret Comin, doctor en medicina y cirugía, con 132 grabados intercalados en el texto.—Madrid, 1882. Un tomo en 4.º En rústica 12,50 pesetas, en pasta 14 pesetas.

DESCROIZILLES (J. A.). ESTUDIOS CLÍNICOS SOBRE LAS ENFERMEDADES AGUDAS DE LOS ÓRGANOS RESPIRATORIOS EN LOS NIÑOS.—Madrid, 1879. Un folleto en 4.º, 1 peseta.

DESPRES. TRATADO TEÓRICO Y PRÁCTICO DE LA SÍFILIS Ó INFECCION PURULENTA SIFILÍTICA, por Armando **Despres**, cirujano del hospital Cochin, profesor agregado de la Facultad de Medicina de París, etc.—Madrid, 1876. Un tomo en 8.º En rústica 6 pesetas, en pasta 7,50.

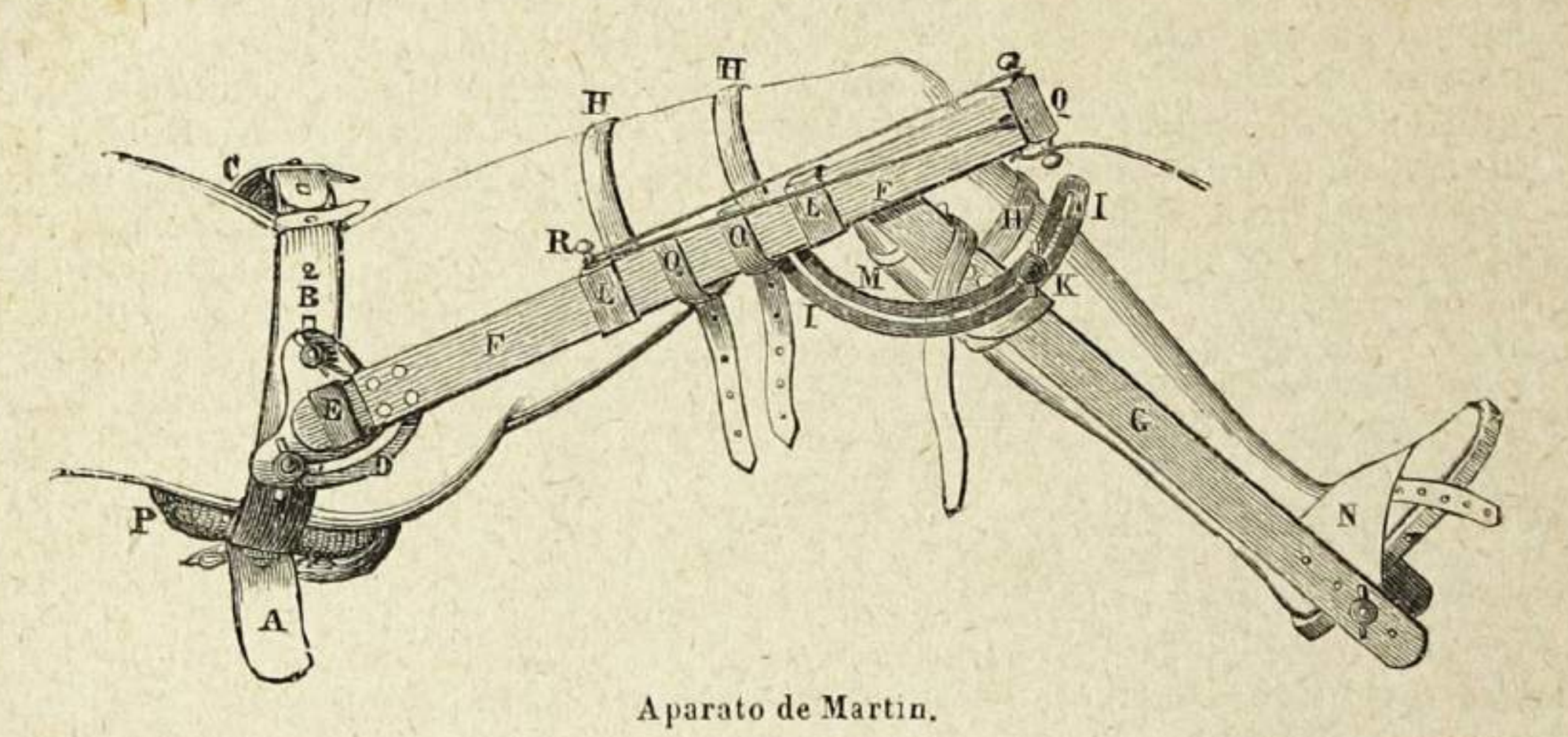
DIAZ BENITO. ATLAS DE ENFERMEDADES VENÉREAS Y SIFILÍTICAS. Obra original de D. José **Diaz Benito y Angulo**, doctor en medicina y cirugía, ex-primer ayudante por oposicion del cuerpo de Sanidad militar, condecorado con las cruces de las reales y distinguidas órdenes de Cárlos III, de Isabel la Católica, etc., etc. Las 90 láminas de que se compone este ATLAS están calcadas é impresas en colores sobre las fotografías sacadas de los modelos hechos sobre el natural por el mismo autor, cuya coleccion tiene en su gabinete anatómico.—*Segunda edicion.*—Madrid 1873. Un tomo en 4.º mayor, magníficamente encuadernado, 62,50 pesetas.

Precio de la obra por suscricion.—La nueva reimpresion consta de 10 entregas. Cada entrega de 9 láminas perfectamente iluminadas, con su texto correspondiente, al precio de 5 pesetas en Madrid.

Nota.—Para facilitar la adquisicion de obra tan recomendable establecemos una *suscricion permanente* de una entrega al mes.

DICCIONARIO DE MEDICINA Y DE TERAPÉUTICA MÉDICA Y QUIRÚRGICA, comprendiendo el resúmen de toda la medicina y de toda la cirugía, las indicaciones terapéuticas de cada enfermedad, la medicina operato-

ria, los partos, la oculística, la odontecnia, la electricidad, la materia médica, las aguas minerales, y un formulario especial para cada enfermedad, por E. **Bouchut**, médico del hospital de Niños, profesor agregado de la Facultad de Medicina, oficial de la Legion de honor, caballero de San Mauricio y San Lázaro, de Isabel la Católica, comendador de Cárlos III, y Armand **Despres**, profesor agregado de la Facultad de Medicina de París, cirujano del hospital Cochin, miembro de la Sociedad de cirugía y de la Sociedad anatómica, miembro corresponsal de la Sociedad ginecológica de Boston, cirujano jefe de la séptima ambulancia, de la de Socorros á los heridos (guerra de 1870-1871), caballero



Aparato de Martin.

de la Legion de Honor; traducido de la *tercera edicion* francesa y aumentado por D. Pedro Espina y Martinez, ex-alumno interno, premio extraordinario del antiguo Colegio de San Cárlos, médico por oposicion del Hospital general de Madrid, cruz de primera clase de la órden civil de Beneficencia, etc., etc., y D. Antonio Espina y Capo, premio extraordinario de la Facultad de Medicina de Madrid (curso de 1872), médico por oposicion del Hospital general de Madrid, miembro de la Academia médico-quirúrgica española, socio fundador de la Histológica y de la de Hidrología médico-española, etc.—*Octava tirada.*—Madrid, 1885. Un tomo en 4.° mayor, ilustrado con 906 figuras intercaladas en el texto y tres mapas. En rústica 25 pesetas, en pasta 27,50.

DICCIONARIO DE MEDICINA Y CIRUGÍA Ó REPERTORIO GENERAL DE CIENCIAS MÉDICAS CONSIDERADAS BAJO SU ASPECTO TEÓRICO-PRÁCTICO, por MM. Adelon, Beclard, A. Berard, P H. Berard, Biett, Biache, Breschet, Calmeil, Al. Cazenave, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Dance, Desormeaux, Dezeimeris, P. Dubois, Februs, Georget, Gerdy, Guerard, Guersant, Itard, Lagneau, Landre-Beauvais, Laugier, Littre, Louis, Marc, Marjolin, Murat, Ollivier, Orfila, Oudet, Pelletnier, Pravaz, Raige-Delorme, Reynaud, Richard, Rochoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeiran, Trousseau, Velpeau y Villerme.—*Segunda edicion,* enteramente refundida y considerablemente aumentada; traducida al castellano por D. Manuel Alvarez Chamorro, D. José María Velasco y D. Juan Sierra y Gato.—Madrid, 1851 á 1855. Cinco tomos en 4.°, cada uno de unas 900 páginas á dos columnas. En rústica 25 pesetas, en pasta 35.

Nota.—De esta obra tan monumental solo llegó á publicarse desde la letra A hasta la M, por razones agenas á los traductores; y á pesar de su mérito incontestable, la ha fijado esta casa, compradora del resto de la edicion, un precio insignificante, atendiendo á la circunstancia de no haberse concluido la publicacion.

DICCIONARIO DOMESTICO. Tesoro de las familias, ó repertorio universal de conocimientos útiles. Contiene más de 4.000 fórmulas, preceptos ó recetas de fácil ejecucion sobre las materias siguientes: *Labranza*, ó cultivo de los campos.—*Horticultura*, ó labor de las huertas.—*Floricultura*, ó jardinería.—*Arboricultura*, ó cultivo de los árboles. —*Clasificacion* botánica de las plantas y sus virtudes medicinales.—*Crianza* ó cebamiento de animales.—*Administracion* rural ó economía agrícola, todo en cuanto se ha podido para dar nociones seguras, capaces de dar una idea exacta de la agricultura, como ciencia y como arte.—*Conservacion* de las carnes, granos, legumbres, frutas y toda clase de provisiones alimenticias.—*Preparacion* de dulces, conservas de frutas, mermeladas, chocolate, café, té, limonadas, jarabes y ponches.—*Arte* de hacer el pan, los vinos, la sidra, cerveza y toda clase de bebidas económicas.—*Manual* práctico de la cocina española, francesa, italiana y americana; el de la pastelería, repostería y toda clase de licores.—*Cuidados* que exigen la bodega, el corral, las aves domésticas, los pájaros enjaulados y toda clase de animales domésticos.—*Reglas* prácticas acerca de la caza y pesca, con nociones sobre los derechos de los propietarios consignados en la ley.—*Conservacion* de la ropa de uso, de las telas, muebles, efectos de menaje, y destruccion de insectos dañosos.—*Arte* de lavar y planchar la ropa blanca.—*Preparacion* de todos los artículos de perfumería y tocador.—*Instrucciones* teórico-prácticas de química y física recreativa y de pirotécnica civil, ó arte de hacer fuegos artificiales.—*Los meses* del año, con preceptos de higiene, de economía doméstica y rural, y productos culinarios; redactado por D. Balbino **Cortés y Morales**, cónsul de primera clase, etc.—*Octava tirada.*—Madrid, 1885. Un magnífico tomo en 4.º, de 2.288 columnas. En rústica 20 pesetas, en pasta 22,50.

Hasta el dia no se conocia un libro tan útil como el que anunciamos. El Diccionario doméstico es la OBRA DE CONSULTA DE TODOS LOS DIAS, y, por consiguiente, indispensable á todas las clases sin excepcion, de cuya lectura pueden reportar grandes economías en sus gastos diarios por los inmensos consejos de utilidad práctica que en él se dan.

DORVAULT y PONTES (Botica). La Oficina de farmacia ó repertorio universal de farmacia práctica, redactado para uso de todos los profesores de ciencias médicas en España y en América, segun el plan de la *última edicion* de **Dorvault** y á la vista de cuantos nuevos é importantísimos datos han publicado simultánea y posteriormente el *Compendio de Farmacia práctica* de **Deschamps**, las últimas ediciones del *Códex* y de la *Farmacopea española*, el *Tratado de Química* de Saez Palacios, la *Flora farmacéutica* de Texidor, el *Tratado de Hidrología médica* de García Lopez, *La Botica* de Casaña y Sanchez de Ocaña, y la mayor parte de los *Anuarios* científicos españoles y extranjeros conocidos hasta el dia, por el Dr. D. José de **Pontes y Rosales**, farmacéutico de la Real cámara supernumerario, primer farmacéutico de la Real casa, oficial del cuerpo de Sanidad militar, etc., etc., con la colaboracion del Dr. D. Rogelio Casas de Batista, de la Real Academia de Medicina; precedido de un prólogo del decano de la Facultad de Farmacia de Madrid D. Rafael Saez y Palacios.—*Tercera edicion.*—*Nueva tirada.*—Madrid, 1887. Un magnífico tomo en 4.º mayor de 1,830 páginas, ilustrado con 546 grabados intercalados en el texto. En rústica 35 pesetas, en pasta 37,50.

DORVAULT y PONTES y ROSALES. La Oficina de farmacia española.—*Primer Suplemento* de la segunda série, redactado por el doctor D. José **Pontes y Rosales**, farmacéutico de la Real cámara y del cuerpo de Sanidad militar.—Madrid, 1880. Un tomo en 4.º En rústica 3,50 pesetas, en pasta 5.

DORVAULT, ESPINA y MARTINEZ, GOMEZ PAMO y ESPINA y CAPO. La Oficina de farmacia española, segun **Dorvault.**—*Se-*

gundo Suplemento de la segunda série.—Anuario farmacéutico-médico, redactado en presencia de los periódicos, formularios y obras más modernas publicadas en España y el extranjero, por los Sres. D. Pedro **Espina y Martinez**, D. Juan R. **Gomez Pamo** y D. Antonio **Espina y Capo** —Madrid, 1882. Un tomo en 4.° En rústica 5 pesetas, en pasta 6,50.

DORVAULT. La Oficina de farmacia, segun **Dorvault**.— *Tercer Suplemento* de la segunda série, ó sea Anuario farmacéutico-médico, por P. **Espina**, **Gomez Pamo** y A. **Espina**.—Madrid, 1883. Un tomo en 4.° mayor á dos columnas, ilustrado con un grabado intercalado en el texto. En rústica 3,50 pesetas, en pasta 5.

DORVAULT. La Oficina de farmacia española, segun **Dorvault**.— *Cuarto Suplemento* de la segunda série, ó sea Anuario farmacéutico-médico, por **Gomez Pamo** y A. **Espina**. —Madrid, 1884. Un tomo en 4.° mayor á dos columnas. En rústica 3 pesetas, en pasta 4,50.

DORVAULT. La Oficina de farmacia española, segun **Dorvault**.— *Quinto Suplemento* de la segunda série. Anuario farmacéutico-médico, redactado en presencia de los periódicos, formularios y obras más modernas publicadas en España y el extranjero, por los Sres. D. Juan R. **Gomez Pamo**, D. Antonio **Espina y Capo** y D. Andrés **Martinez Vargas**.—Madrid, 1885. Un tomo en 4.°, á dos columnas, con 5 grabados intercalados en el texto. En rústica 4,50 pesetas, en pasta 6.

Indice de los capítulos.—Recetario farmacéutico, 32 páginas, á dos columnas.—Recetario médico farmacéutico, 26 páginas.—Farmacia y medicina legal: 1.° Legislacion farmacéutico-médica; 2.° Toxicologia; 3.° Ensayo y estudio de medicamentos y alimentos, 60 páginas.—Química farmacéutica, 28 páginas —Farmacologia, 42 páginas.—Misceláneas (que contienen entre otros artículos el de Dujardin-Beaumetz, *Desinfeccion de los locales ocupados por atacados de enfermedades contagiosas*, con 5 grabados), 10 páginas. — Estudio crítico de la Farmacopea francesa (Códex de 1884), Catillon, Vigier, Champigny, Jeannel, Defresne, Schmidt y Girard, 56 páginas.

DORVAULT. La Oficina de farmacia, segun **Dorvault**.—*Sexto Suplemento* de la segunda série.—Anuario farmacéutico-médico, redactado en presencia de los periódicos, formularios y obras más modernas publicadas en España y el extranjero, por los Sres. D. Juan R. **Gomez Pamo**, doctor en Farmacia, premio extraordinario de esta Facultad, premiado con medalla de oro por el colegio de Farmacéuticos de esta corte, catedrático supernumerario de la Facultad de Farmacia, individuo del colegio de Farmacéuticos y de la Academia médico-quirúrgica, etc.; D. Antonio **Espina** y **Capo**, premio extraordinario de la Facultad de Medicina de Madrid (curso de 1872), médico por oposicion del Hospital general de Madrid, inspector de Salubridad pública por oposicion, premiado por la Real Academia de Medicina de Madrid (premio Rubio), etc., y D. Andrés **Martinez Vargas**, premio extraordinario de la Facultad de Medicina (curso de 1881), médico por oposicion de la Beneficencia general, secretario de seccion de la Academia Médico-quirúrgica española, etc.—Madrid, 1886. Un tomo en 4.° mayor, á dos columnas, de más de 300 páginas y grabados intercalados en el texto. En rústica 7 pesetas, en pasta 8,50.

Indice de los capítulos.—Recetario farmacéutico, 23 páginas á dos columnas.—Recetario médico-farmacéutico, 27 páginas.—Farmacia y medicina legal: 1.° Legislacion Farmacéutico-médica: 2.° Toxicologia; 3.° Ensayo y estudio de medicamentos y alimentos, 147 páginas.—Química farmacéutica, 31 páginas.—Farmacologia, 36 páginas.—Misceláneas, 5 páginas.—*Cocaina*, estudio histórico, químico, industrial, fisiológico y terapéutico, 25 páginas.

DORVAULT. La Oficina de farmacia, segun **Dorvault**.—*Séptimo Suplemento* de la segunda série. Anuario farmacéutico-médico redactado en presencia de los periódicos, formularios y obras más modernas publicadas en España y el extranjero, por los Sres. D. Juan R. **Gomez Pamo**, doctor en farmacia, premio extraordinario de esta Facultad, premiado con medalla de oro por el Colegio de Farmacéuticos de esta

corte, catedrático supernumerario de la Facultad de Farmacia, individuo del Colegio de Farmacéuticos y de la Academia médico-quirúrgica, etc.; D. Antonio **Espina y Capo**, premio extraordinario de la Facultad de Medicina de Madrid (curso de 1872), médico por oposicion del Hospital general de Madrid, inspector de Salubridad pública por oposicion, premiado por la Real Academia de Medicina de Madrid (premio Rubio), etc., y D. Andrés **Martinez Vargas**, premio extraordinario de la Facultad de Medicina (curso de 1881), médico por oposicion de la Beneficencia general, secretario de seccion de la Academia médico-quirúrgica española, etc.—Madrid, 1887. Un tomo en 4.° mayor, á dos columnas, de 192 páginas y 16 grabados intercalados en el texto. En rústica 3,50 pesetas, en pasta 5.

Excusamos todo elogio de esta tan indispensable publicacion, tanto para los farmacéuticos como para los médicos, pues con solo leer el índice de los capítulos se comprenderá su importancia y valor científico.

Indice de los capítulos. —Recetario farmacéutico, 21 páginas á dos columnas. —Recetario médico-farmacéutico, 6 páginas.—Farmacia y medicina legal: 1.° Legislacion farmacéutico-médica; 2.° Toxicología; 3.° Ensayo y estudio de medicamentos y alimentos; 92 páginas. —Química farmacéutica, 24 páginas con 15 grabados intercalados en el texto.—Farmacología, 14 páginas. —Misceláneas, 1 página. —*Alcaloides* derivados de la destruccion bacteriana ó fisiológica de los animales, 31 páginas.

El gran éxito que tienen los *Suplementos á la Oficina de Farmacia* prueba una vez más la necesidad de estos *Anuarios*, que recopilan en un pequeño volúmen los progresos de la ciencia durante un año, los cuales se encuentran esparcidos en todos los periódicos nacionales y extranjeros. Los autores, bien conocidos, han procurado clasificar estas materias metódicamente para facilitar la consulta, y creo excusado insistir sobre los servicios que prestan á los hombres de ciencia estas publicaciones.

DORVAULT Y **SANCHEZ DE OCAÑA.** REVISTA FARMACÉUTICA DE 1859.—*Suplemento á la Botica para* 1860. Farmacotecnia, química, fisiología, terapéutica, historia natural, toxicología, higiene, economía industrial, economía doméstica (núm. I); para 1861 (núm. II); de 1861 para 1862 (núm. III); de 1862 para 1863 (núm. IV); de 1863 para 1864 (núm. V); de 1864 para 1865 (núm. VI); de 1865 para 1866 (núm. VII); de 1866 para 1867 (núm. VIII); de 1867 para 1868 (núm. IX), y de 1868 para 1869 (núm. X), por D. Estéban **Sanchez de Ocaña.** Cada año forma un cuaderno, que se vende al precio de 2 pesetas cada uno.

DORVAULT, CASAS DE BATISTA Y **PONTES** Y **ROSALES.** REVISTA FARMACÉUTICA DE 1869.—*Suplemento á la Botica para* 1870 (número XI); 1870 para 1871 (núm. XII); por los doctores D. Rogelio **Casas de Batista** y D. José de **Pontes y Rosales.**—Madrid, 1871-1873. Dos cuadernos en 4.°, 2 pesetas cada uno.

DOUGLAS HOGG (Walter). DEL USO TERAPÉUTICO DEL ÁCIDO SALICÍLICO Y SUS COMPUESTOS Y ACCESORIAMENTE DE LA SALICINA, por Walter **Douglas Hogg**, doctor en medicina de la Facultad de París, farmacéutico de primera clase.—Madrid, 1878. Un cuaderno en 4.°, 2 pesetas.

DUJARDIN-BEAUMETZ. LECCIONES DE CLÍNICA TERAPÉUTICA, dadas en el hospital de San Antonio por el doctor **Dujardin-Beaumetz**, médico del Hospital de San Antonio. Recogidas por el doctor E. Carpentier Méricourt y revisadas por el profesor.—Obra premiada por la Facultad de Medicina (premio Chateauvillard).—*Segunda edicion*, vertida al castellano por D. Gustavo Reboles y Campos, ex-alumno interno por oposicion de las clínicas de la Facultad de Medicina de Madrid, médico numerario por oposicion de la Beneficencia municipal de esta corte é individuo de varias corporaciones científicas.—Madrid, 1880-1886. Tres tomos en 8.°: tomo I (*Enfermedades del corazon y de la aorta, del estómago y de los intestinos*), acompañado de un magnífico cuadro y grabados en el texto; tomo II (*Enfermedades del hígado, de los riñones, de los pulmones, de la pleura, de la laringe y faringe*), con dos láminas y grabados en el texto; tomo III (*Tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso, de las enfermedades generales y de las fiebres*), ilustra-

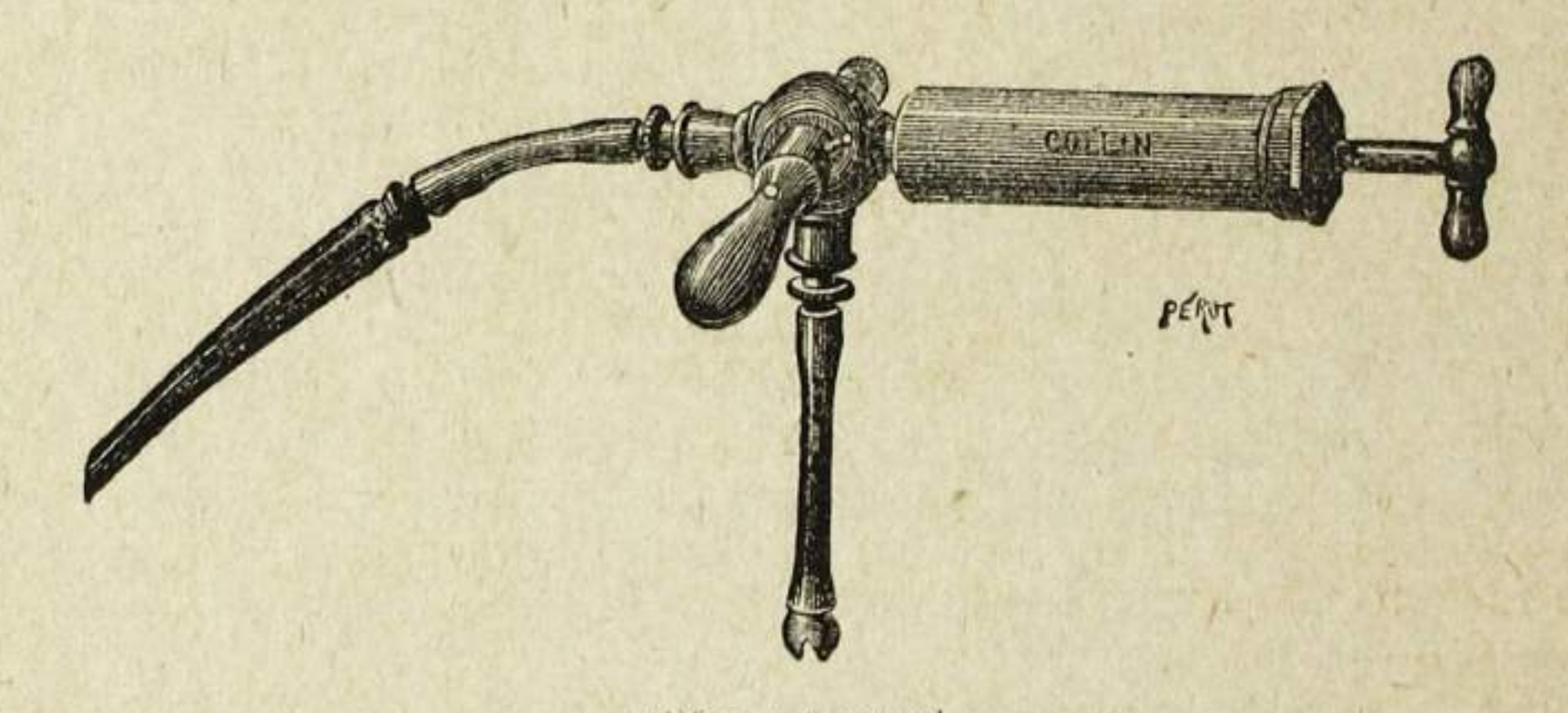
do con 16 figuras intercaladas en el texto y 2 láminas cromolitografiadas. Precio: en rústica 46 pesetas, en pasta 50,50.

La Clínica Terapéutica de Dujardin-Beaumetz es, como lo ha dicho tanto la prensa extranjera como la nacional, una obra completamente nueva y original, que debe prestar gran servicio á todos los médicos prácticos. Esta asercion está justificada en el éxito extraordinario que tiene esta importante publicacion, puesto que del tomo primero, apenas hubo visto la luz pública, se agotó la edicion, y ya se han hecho cuatro ediciones. Creemos, pues, un deber el recomendar muy eficazmente esta obra á nuestros lectores.

DUJARDIN-BEAUMETZ. Las nuevas medicaciones, conferencias terapéuticas del hospital Cochin (1884-1885), por el doctor **Dujardin-Beaumetz**, miembro de la Academia de Medicina y del Consejo de higiene y de salubridad del Sena, médico del hospital Cochin, con 7 figuras en el texto.—*Segunda edicion.*—Traducidas por D. Gustavo Reboles y Campos, ex-alumno interno por oposicion de las clínicas de la Facultad de Medicina de Madrid, médico numerario por oposicion de la Beneficencia municipal de esta corte é individuo de varias corporaciones científicas.—Madrid, 1886. Un tomo en 8.º. En rústica 6 pesetas, en pasta 7,50.

Continuacion de la *Clínica Terapéutica.*

DUJARDIN-BEAUMETZ. Higiene terapéutica. ***** La higiene alimenticia. Conferencias de terapéutica del hospital Cochin (1885-1886) por el doctor **Dujardin-Beaumetz**, individuo de la Academia de Medicina y del Consejo de higiene y salubridad del Sena, médico del hospital Cochin. Vertida al castellano por D. Gustavo Reboles y Campos, médico numerario por oposicion de la Beneficencia municipal é individuo de varias corporaciones científicas. Con 4 figuras en el texto y una lámina cromolitografiada.—Madrid, 1887. Un tomo en 8.º En rústica 6 pesetas, en pasta 7.50.



Sifon estomacal.

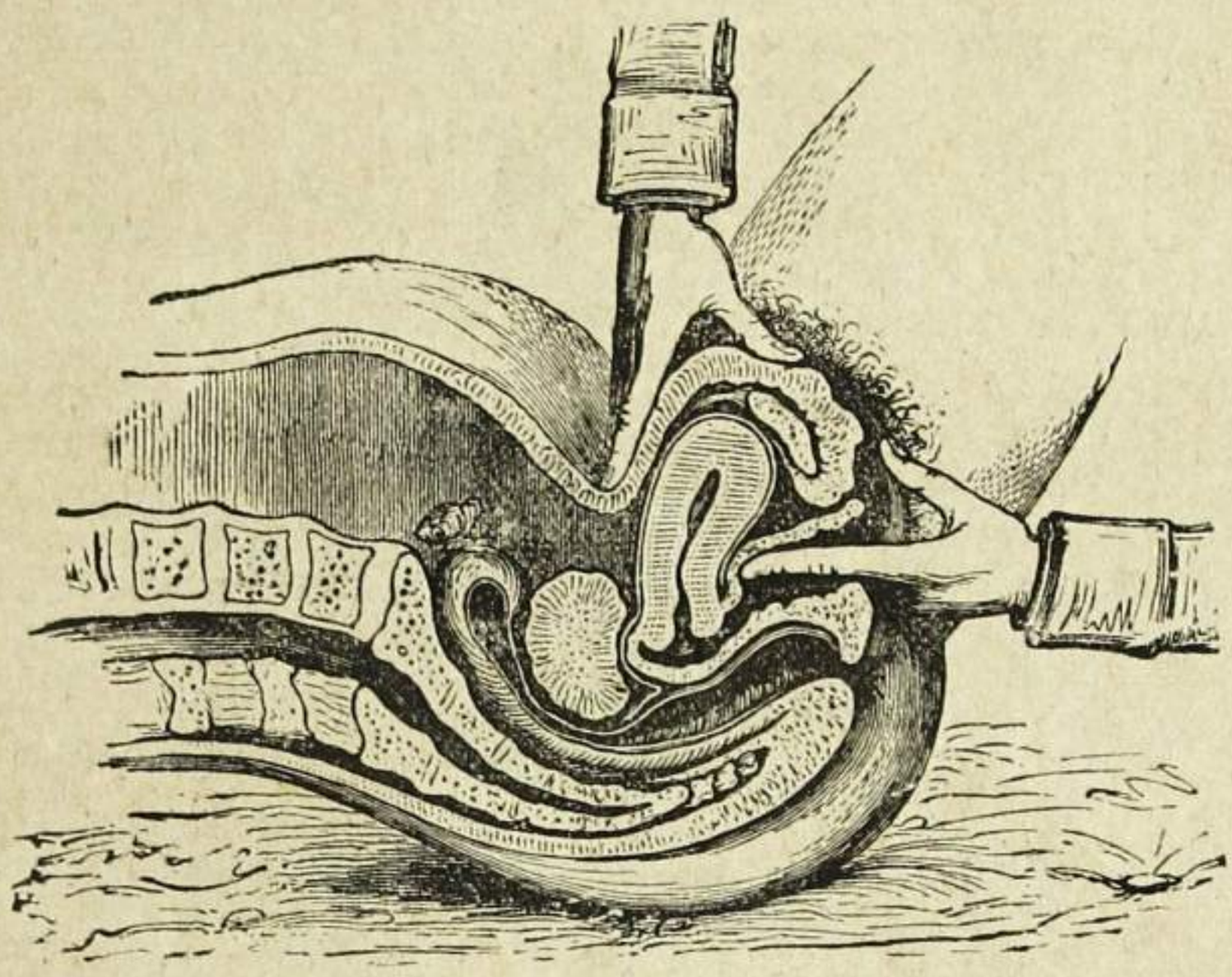
Continuacion de la *Clínica Terapéutica* y de las *Nuevas medicaciones.*

DURAND FARDEL. Tratado práctico de las enfermedades crónicas, por el doctor Max. **Durand Fardel**, médico inspector de los manantiales de Auterrive, en Vichy, y presidente de la Sociedad de Hidrología médica de París. Traducido por el doctor D. C. M. Cortezo, ex-catedrático de número por oposicion, médico decano del hospital de la Princesa.—Madrid, 1877-1878. Tres tomos en 8.º mayor. En rústica 19,50 pesetas, en pasta 24.

FABRE. Tratado teórico-práctico de las enfermedades del encéfalo, mentales y nerviosas, ó resúmen general de todas las obras, monografías, Memorias antiguas y modernas.—Madrid, 1856. Dos tomos en 4.º En rústica 10 pesetas, en pasta 13.

FAGART (D. Alfredo). INVESTIGACIONES ACERCA DE ALGUNOS PUNTOS DE LA ACCION FISIOLÓGICA Y TERAPÉUTICA DE LA DIGITAL PURPÚREA.—Madrid, 1878. Un folleto en 4.º, 1,50 pesetas.

FOLLIN Y **DUPLAY.** TRATADO ELEMENTAL DE PATOLOGÍA EXTERNA, por E. **Follin**, profesor agregado á la Facultad de Medicina, y Simon **Duplay**, profesor agregado á la Facultad de Medicina; traducido del francés por D. José Lopez Diez, primer profesor del Instituto oftálmico, etc.; D. Mariano Salazar y Alegret, profesor de número del hospital de la Princesa. etc., y D. Francisco Santana y Villanueva, profesor clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad cen-



Palpacion abdominal combinada con el tacto.

tral, etc.—Madrid, 1874-1887. Seis magníficos tomos, ilustrados con gran número de figuras intercaladas en el texto.

Se han repartido:

Tomo I, en 8.º prolongado, con 80 figuras. En rústica, 12,50 pesetas.
Tomo II, en 8.º prolongado, con 226 figuras. En rústica, 15,50 pesetas.
Tomo III, en 8.º prolongado, con 173 figuras. En rústica, 15 pesetas.
Tomo IV, en 8.º, con 198 figuras. En rústica, 14,50 pesetas.
Tomo V, en 8.º, con 114 figuras. En rústica, 14 pesetas.
Tomo VI, en 8.º Cuadernos 1.º y 2.º, á 3 pesetas cada uno, y el 3.º á 3,50.
Tomo VII, en prensa; publicados cuadernos 1.º, 2.º y 3.º, 11 pesetas.
Los seis tomos en rústica 85 pesetas, en pasta ó tela 94.

Advertencia.—La impresion de esta obra sigue con gran impulso á fin de concluirla á la mayor brevedad.

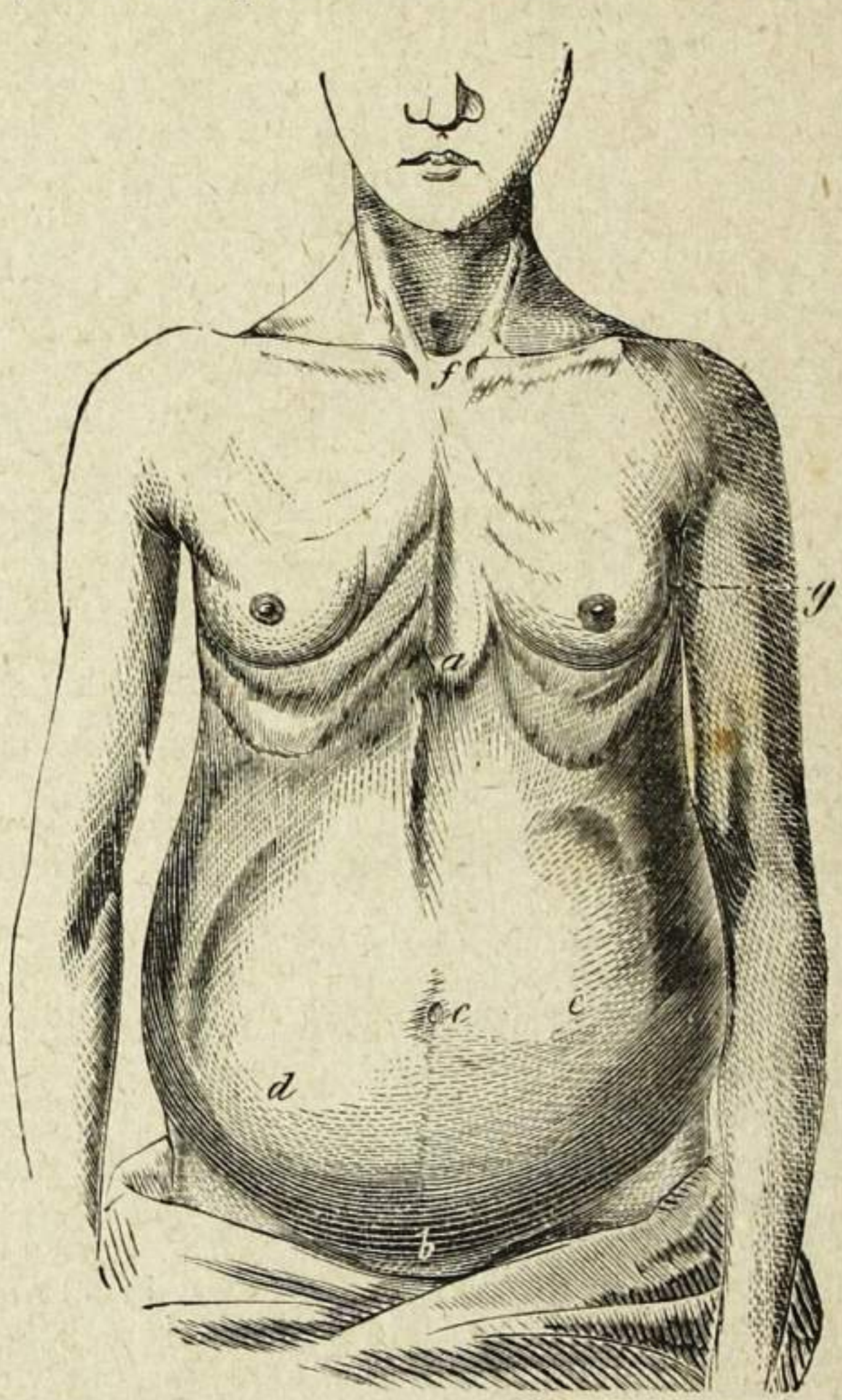
Otra.—SUSCRICION PERMANENTE de un tomo mensual.

FONSSAGRIVES. PRINCIPIOS DE TERAPÉUTICA GENERAL, Ó EL MEDICAMENTO ESTUDIADO BAJO LOS PUNTOS DE VISTA FISIOLÓGICO, POSOLÓGICO Y CLÍNICO, por J. B. **Fonssagrives**; traducido al castellano por D. C. M. Cortezo, ex-catedrático de número por oposicion, médico decano del hospital de la Princesa, vice-presidente de la Academia Médico-quirúrgica española, etc.—*Segunda edicion.*—Madrid, 1883. Un tomo en 4.º En rústica 5 pesetas, en pasta 6,50.

FONSSAGRIVES. TRATADO DE TERAPÉUTICA APLICADA, basada sobre las indicaciones, por J. B. **Fonssagrives**; traducido al castellano por D. Cárlos María Cortezo y D. Ramon Serret y Comin.—*Segunda*

edicion, corregida.—Madrid, 1883. Tres tomos en 4.º En rústica 22,50 pesetas, en pasta 27.

FRERICHS. Tratado práctico de las enfermedades del hígado, de los vasos hepáticos y de las vías biliares, por J. R. **Frerichs**, profesor de clínica médica en la Universidad de Berlin. Traducido del aleman por los doctores Luis Dumenil y J. Pellagot.—*Tercera edicion*, revisada, corregida y puesta al corriente de los progresos de la ciencia, por el doctor Luis Dumenil, profesor de la Escuela de Medicina de Rouen, con 158 figuras intercaladas en el texto. Vertida al cas-



Hábito exterior de un individuo afectado de equinococos del hígado.—*a*, apéndice sifoides.—*b*, sínfisis.—*c*, *d*, *e*, contornos del hígado.—*f*, cabeza del esternon.—*g*, punto en que se verificaba el choque del corazon.

tellano por el doctor D. Esteban Sanchez de Ocaña, catedrático de Clínica médica en la Facultad de Medicina de Madrid. *Obra premiada por el Instituto de Francia* (Academia de Ciencias).—Madrid, 1877. Un tomo en 8.º mayor. En rústica 14 pesetas, en pasta 15,50.

FRIEDREICH. Tratado de las enfermedades del corazon, escrito en aleman por A. **Friedreich**, profesor de la Universidad de Heidelberg; version española de Ramon Serret y Comin, doctor en medicina y cirugía, etc.—Madrid, 1877. Un tomo en 8.º con grabados intercalados en el texto. En rústica 5 pesetas, en pasta 6,50.

GERDY. Tratado de las enfermedades generales y diátesis, con nuevas investigaciones sobre las inflamaciones, las diátesis purulentas,

las gangrenas, las quemaduras, las congelaciones, las heridas por armas de fuego, etc., por **Gerdy**.—Madrid, 1856. Un tomo en 4.º En rústica 5 pesetas, en pasta 6,50.

GERDY. TRATADO DE PATOLOGÍA GENERAL MÉDICO-QUIRÚRGICA, con investigaciones particulares sobre la naturaleza, sintomatología, terminaciones generales de las enfermedades, sus influencias, causas, diagnóstico, etc., etc., por **Gerdy**.—Madrid, 1856. Un tomo en 4.º español, de 425 páginas y de bella impresion. En rústica 4 pesetas, en pasta 5,50.

GINTRAC. TRATADO TEÓRICO Y CLÍNICO DE PATOLOGÍA INTERNA Y DE TERAPÉUTICA MÉDICA, por el doctor E. **Gintrac**, profesor de Clínica interna y director de la Escuela de Medicina de Burdeos, caballero de la Legion de Honor, etc.; traducido por D. Estéban Sanchez de Ocaña, doctor en medicina y cirugía, profesor clínico y ex-sustituto permanente por oposicion de la Facultad de Medicina de la Universidad central, etc.—Madrid, 1853 1875. Nueve tomos en 8.º En rústica 67,50 pesetas, en pasta 1,50 más cada tomo.

PRECIO DE CADA TOMO EN RÚSTICA

Tomos I, II y III, 21 pesetas.	Tomo VII, 8 pesetas.
Tomo IV, 6,50 pesetas.	Tomo VIII, 8 pesetas.
Tomo V, 8 pesetas.	Tomo IX, 9 pesetas.
Tomo VI, 7 pesetas.	

GRASSET (J.). LAS LOCALIZACIONES DE LAS ENFERMEDADES CEREBRALES. —Madrid, 1878. Un tomo en 4.º, 2 pesetas.

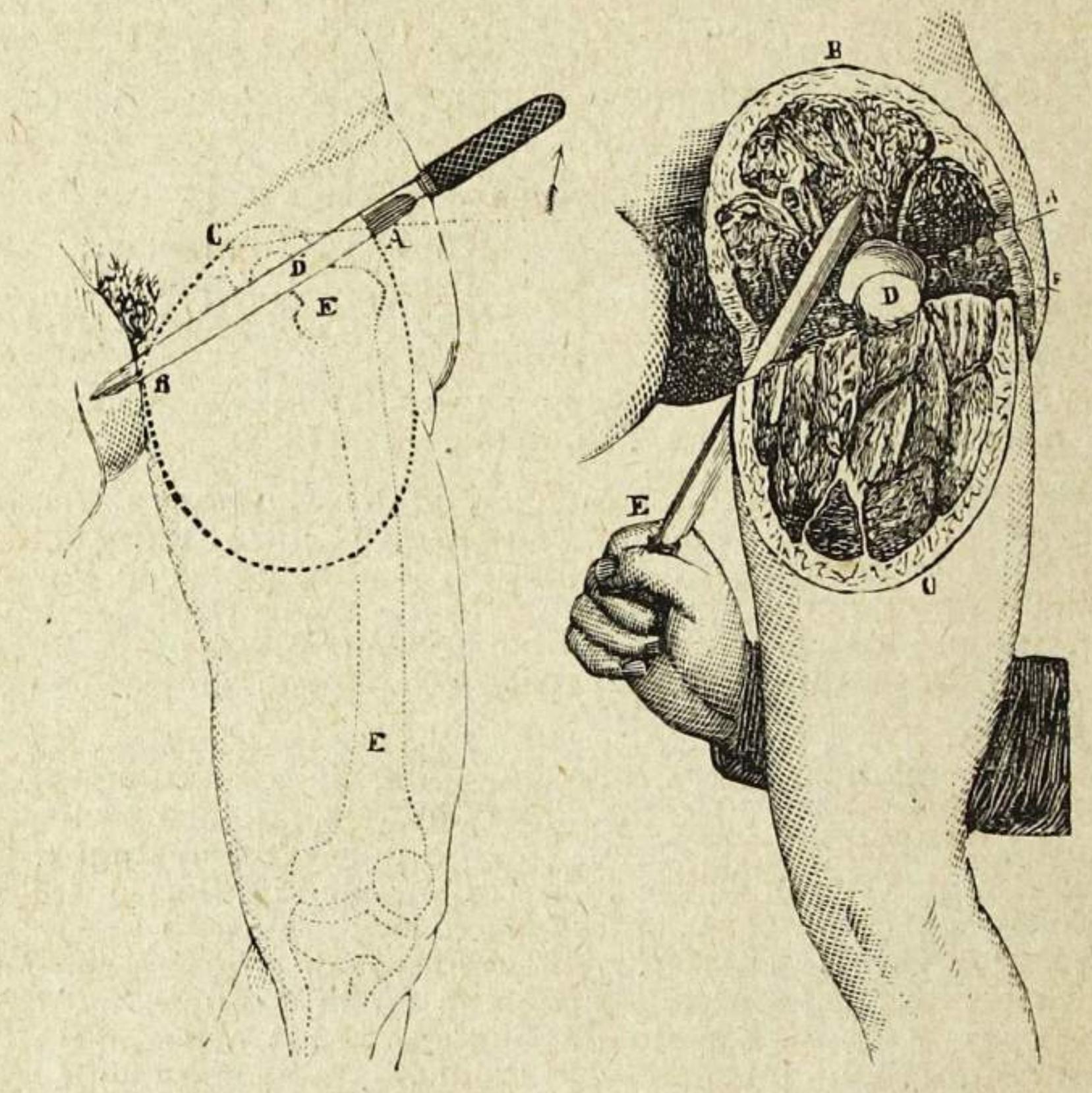
GRAVES. LECCIONES DE CLÍNICA MÉDICA, de R. J. **Graves**, precedidas de una *Introduccion* del profesor Trousseau; obra traducida y anotada por el doctor Jaccoud, médico de los hospitales de París; vertida al castellano de la última edicion francesa por D. Pablo Leon y Luque, antiguo interno de la Facultad de Madrid.—*Segunda edicion*.—Madrid, 1878. Dos tomos en 8.º En rústica 20 pesetas, en pasta 23.

GRIESINGER. TRATADO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. Enfermedades de los pantanos, fiebre amarilla, enfermedades tifoideas, fiebre petequial ó tifus de los ejércitos, fiebre tifoidea, fiebre recurrente ó de recaidas, tifoidea biliosa, peste, cólera; por W. **Griesinger**, profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad de Berlin; traducido por el doctor G. Lemattre.—*Segunda edicion*, revisada, corregida y anotada por el Dr. E Vallin, médico mayor de primera clase de los hospitales militares, profesor de higiene en la Escuela de Medicina militar de Val-de-Grace. Vertido al castellano por D. Mariano Salazar, médico de número del hospital de la Princesa, presidente de la seccion de medicina de la Academia Médico-quirúrgica española, socio corresponsal de la Academia Médico-farmacéutica de Barcelona.—Madrid, 1883. Un tomo en 8.º En rústica 12 pesetas, en pasta 13,50.

GUBLER. COMENTARIOS TERAPÉUTICOS DEL «CÓDEX MEDICAMENTARIUS», ó sea historia de la accion fisiológica y de los efectos terapéuticos de los medicamentos inscritos en la farmacopea francesa; por Adolfo **Gubler**, profesor de terapéutica en la Facultad de Medicina de París, médico del hospital Beaujon, individuo de la Academia de Medicina (seccion de terapéutica y de historia natural médica), vicepresidente de la Sociedad Botánica de Francia (1862 y 1865), de la Sociedad de biología (1852), de la Sociedad de terapéutica (1868), de la Sociedad de hidrología (1873-1874), presidente de la Sociedad médica de los hospitales de París.—*Segunda edicion*, revisada y aumentada; traducida por don Antonio Villar Miguel y D. Angel Bellogin Aguasal, farmacéuticos, traductores del *Códex*, etc.—Madrid, 1877. Un tomo en 8.º mayor. En rústica 15 pesetas, en pasta 16,50.

La Historia de la accion fisiológica y de los efectos terapéuticos de los medicamentos no será nunca bástante estudiada por los profesores de la ciencia de curar, y no puede ser buen práctico el que no conozca á fondo las virtudes de un medicamento. Asimismo el farmacéutico no puede preparar los medicamentos sin tener un conocimiento profundo de su valor. Pues bien; la obra que anunciamos, y lo decimos en voz alta, es indispensable á todos los médicos y farmacéuticos.

GUERIN. Elementos de cirugía operatoria, ó tratado práctico de las operaciones, por Alfonso **Guerin**, cirujano del hospital de San Luis, miembro de la Academia imperial de Medicina, vicepresidente de la Sociedad de cirugía, etc., etc.; traducido al castellano de la última edicion francesa y anotado por D. Rafael Martinez y Molina, doctor en la Facultad de Medicina y en ciencias naturales, catedrático numerario



A, C. Direccion primera del cuchillo entrando por la parte media del espacio que existe entre el trocánter mayor y la espina ilíaca anterior y superior.
C, B. Trayecto de la punta del cuchillo para venir á A, B.
E, E. Fémur.
D. Cuello del fémur.

A, B. Colgajo anterior.
E. Cuchillo cortando las carnes por detrás.

de la Facultad de Medicina de la Universidad central, individuo de número de la Academia de medicina, caballero de la distinguida órden española de Cárlos III, etc., etc.; con 317 figuras intercaladas en el texto.—*Tercera edicion*, revisada, corregida y considerablemente aumentada.—Madrid, 1878. Un tomo en 8.° En rústica 9 pesetas, en pasta ó tela 11,50.

GUIBOURT. Historia natural de las drogas simples ó Vade-mecum del farmacéutico, por **Guibourt**. Traducida de la *cuarta y última edi-*

cion, corregida y considerablemente aumentada, por el licenciado en farmacia D. Ramon Ruiz. Obra declarada de texto para los alumnos de farmacia por el real Consejo de Instruccion pública.—Marid, 1862. Cuatro tomos en 4.° con 360 láminas intercaladas en el texto (*agotada*), valia 32,50 pesetas.

GUYON y **BAZY**. Atlas de las enfermedades de las vías urinarias, por M. F. **Guyon**, profesor de patología externa de la Facultad de Medicina de París, miembro de la Academia de Medicina, cirujano del hospital Necker, etc., y M. P. **Bazy**, cirujano de los hospitales de París, miembro de la Sociedad Anatómica, etc. Version española del doctor Enrique Suender, especialista en las enfermedades de las vías urinarias, miembro de varias sociedades científicas nacionales y extranjeras, etc. —*Enfermedades de la uretra y de la próstata.* — Un magnífico volúmen en 4.°, de 400 páginas, con 50 láminas cromolitográficas tomadas del natural (*en prensa*).

Las afecciones de las vías urinarias forman un grupo de enfermedades cuyo conocimiento debe interesar, no sólo al cirujano que pretenda profundizar en todas las ramas de su arte, sino tambien á todos los prácticos que se interesen por la salud de sus enfermos. Dichas enfermedades exigen frecuentemente algo más que un diagnóstico exacto, un tratamiento urgente. El cateterismo, en efecto, es una de las operaciones quirúrgicas que todo médico debe saber practicar.

HOGG (Walter Douglas). Del uso terapéutico del ácido salicílico y su compuesto, y accesoriamente de la salicina. — Madrid, 1878. Un tomo en 4.°, 2 pesetas.

HOPPE SEYLER. Tratado de análisis química aplicada á la fisiología y á la patología, guía práctico para las investigaciones clínicas; escrito en aleman por F. **Hoppe Seyler**, version española de don Ramon Serret Comin.—Madrid, 1877. Un tomo en 4.° con grabados intercalados en el texto. En rústica 6,50 pesetas, en pasta 8.

HOUEL. Manual de anatomía patológica general y aplicada, por el doctor Ch. **Houel**, profesor agregado de la Facultad de Medicina de Paris, conservador del Museo Dupuytren, miembro de las Sociedades de Cirugía, de Biología y Anatómica; traducido al castellano de la última edicion francesa por D. Esteban Sanchez de Ocaña, doctor en medicina y cirugía, profesor clínico por oposicion de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid, etc.—Madrid, 1870. Un tomo en 8.° En rústica 9 pesetas, en pasta ó tela 10,50.

HUSEMANN. Manual de materia médica y terapéutica, escrito para estudiantes y prácticos, con comentarios á la farmacopea germánica, por el Dr. D. Teodoro **Husemann**, profesor de la Universidad de Gotinga.—*Segunda edicion* española, corregida y aumentada por el autor; vertida al castellano y anotada por D. José Camó y Montobbio. —Madrid, 1878. Tres tomos en 8.° En rústica 28 pesetas, en pasta 32,50.

JACCOUD. Tratado de patología interna, por S. **Jaccoud**, profesor de patología en la Facultad de Medicina de París, médico del hospital Lariboissière, caballero de la Legion de Honor. Obra acompañada de grabados y láminas cromolitografiadas, traducido por D. Pablo Leon y Luque, antiguo interno de la Facultad de Medicina de Madrid, y D. Joaquin Gassó, segundo ayudante médico honorario del cuerpo de Sanidad militar. — *Cuarta edicion*, considerablemente aumentada y ajustada á la séptima edicion francesa, por el Dr. D. Francisco Santana y Villanueva, director de trabajos anatómicos de la Facultad de Medicina de la Universidad central.—Madrid, 1885. Tres magníficos tomos en 8.° En rústica 33 pesetas, en pasta 37,50.

La *Patología* del Dr. **Jaccoud** es, por decirlo así, la clásica de la época; eminentemente práctica y siempre al corriente de la ciencia, esta nueva edicion ha recibido grandes reformas. A continuacion exponemos la advertencia que dió el autor en su *septima edicion*.

«En esta edicion he introducido las siguientes modificaciones:

»Se han añadido catorce capítulos ó artículos nuevos, á saber: *Localizaciones cerebrales.—Diagnóstico del asiento de las lesiones encefálicas.—Parálisis bulbar progresiva.—Localizaciones espinales.—Hematomielia.—Meningitis espinal crónica.—Paquimeningitis espinal.—Adherencias pleuríticas.—Adherencias del diafragma.—Cirrosis hipertrófica.—Nefritis intersticial.—Rubeola.—Anemia perniciosa.—Acetonemia.*

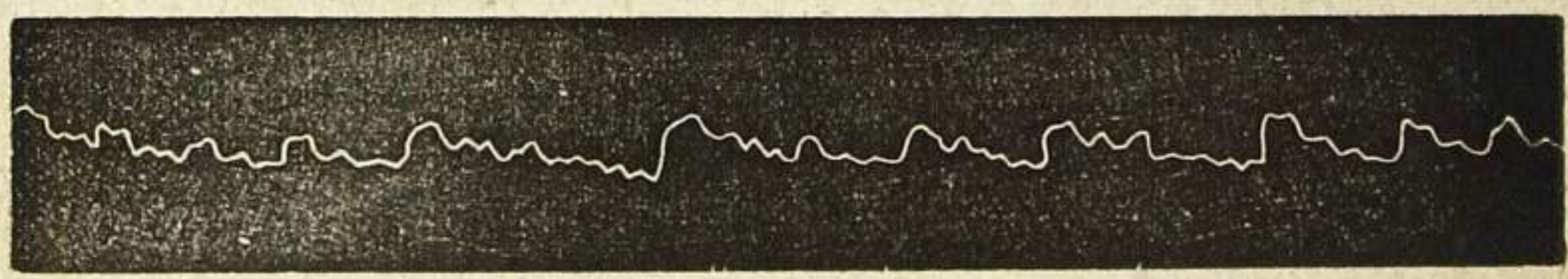
»Se han introducido en el texto ocho grabados para la más fácil inteligencia de la nomenclatura de las regiones cerebrales y de las cuestiones relativas á las localizaciones.

»Independientemente de estas adiciones, he revisado y modificado todos los capítulos antiguos, manteniendo su conformidad con los datos actuales de la ciencia. Se han refundido completamente las *enfermedades del sistema nervioso*, y en las otras partes del libro debo mencionar, como que han sufrido las más importantes modificaciones, las *endocarditis*,—el *crup*,—la *pneumonía*,—la *tuberculosis*,—la *pleuresía*,—las *anginas membranosas*,—las *hepatitis*,—las *nefritis*,—la *etiología de las enfermedades infecciosas*,—la *fiebre tifoidea*,—la *erisipela*, y por último, la *clorosis* y la *diabetes sacarina*.

»Aunque siempre he consagrado una atencion especial á la *parte terapéutica* de este libro, he podido darle en el dia más completo desarrollo, porque mi experiencia en estos últimos años y las nuevas adquisiciones de la práctica médica me han permitido hacer aquí numerosas adiciones, tanto más importantes cuanto que me he limitado escrupulosamente á aquellas cuya utilidad real está bien comprobada.

»Por este conjunto de adiciones y de modificaciones se ha aumentado considerablemente la extension de este TRATADO, y esta edicion transformada ha tomado el carácter de una obra nueva.»

JACCOUD. TRATADO DE PATOLOGÍA INTERNA. PRECEDIDO DEL CURSO DE PATOLOGÍA INTERNA, LECCION DE APERTURA DE 31 DE ENERO DE 1877, por S. **Jaccoud**, profesor agregado á la Facultad de Medicina de Pa-



Insuficiencia mitral no compensada.

rís, etc. Tomo III (*Suplemento á la primera y segunda edicion española*), con cuatro láminas, traducido por el Dr. D. Pablo Leon y Luque.—Madrid, 1877. Un tomo en 8.° En rústica 7 pesetas, en pasta 8,50.

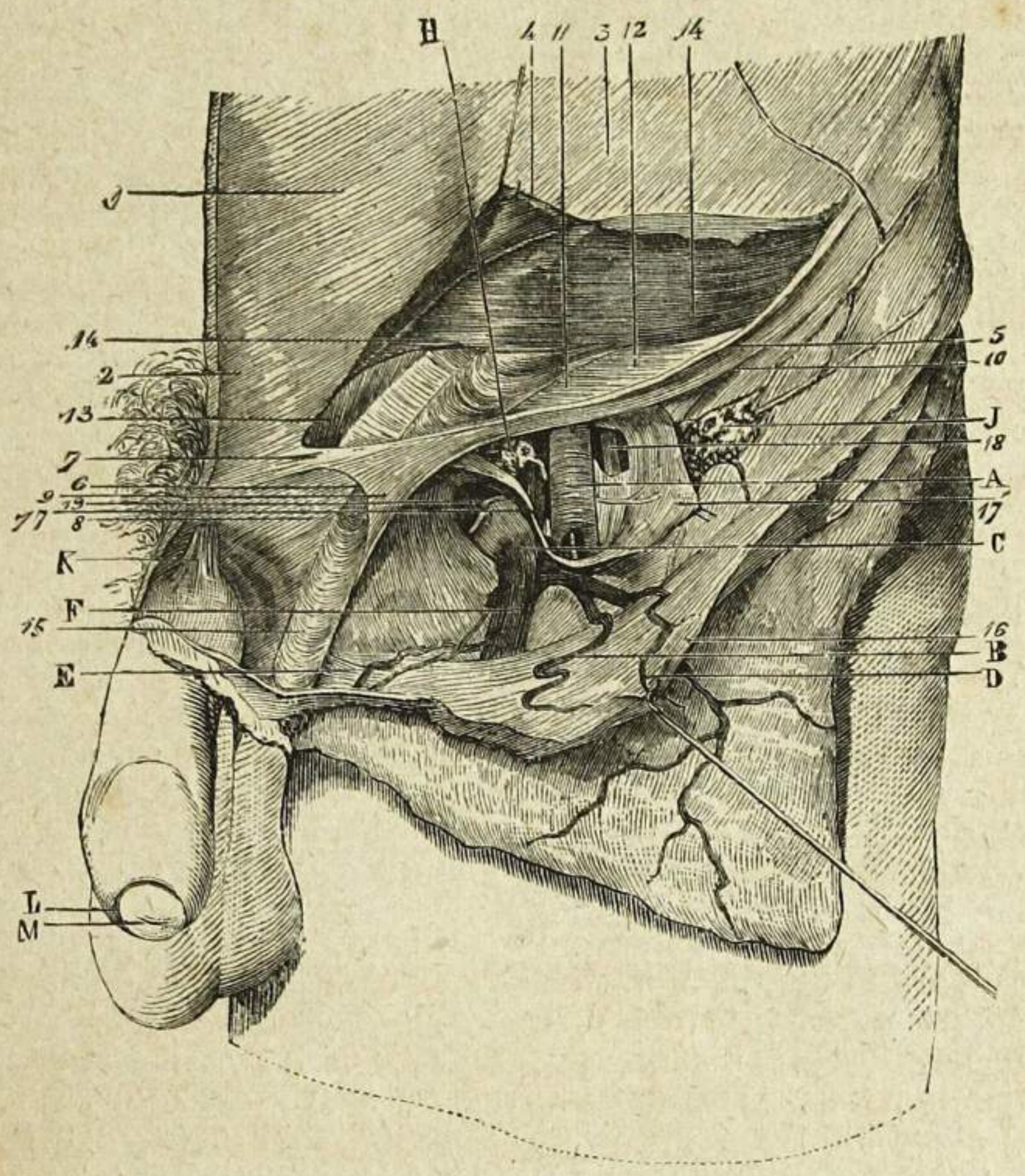
Advertencia.—Todos los que han comprado los dos tomos de esta obra, ó sea de la primera ó segunda edicion, podrán adquirir este *Suplemento* como complemento indispensable.

JACCOUD. LECCIONES DE CLÍNICA MÉDICA, explicadas en el hospital Lariboissière por S. **Jaccoud.** Obra acompañada de 10 láminas cromolitográficas.—*Segunda edicion.*—Madrid, 1877. Un tomo en 8.° En rústica 12,50 pesetas, en pasta 14.

JACCOUD. LECCIONES DE CLÍNICA MÉDICA, explicadas en el hospital de la Caridad. Ilustradas con 28 grabados en negro y 13 láminas litografiadas, por S. **Jaccoud.**—*Segunda edicion.*—Madrid, 1877. Un tomo en 8.° En rústica 12,50 pesetas, en pasta 14.

JAMAIN. TRATADO ELEMENTAL DE ANATOMÍA DESCRIPTIVA Y DE PREPARACIONES ANATÓMICAS, por el Dr. A. **Jamain**, cirujano de los hospitales

de París, etc.; traducido por el Dr. D. Francisco Santana, primer ayudante disector en la Facultad de Medicina de la Universidad central.— *Segunda edicion*, considerablemente aumentada conforme á la última edicion francesa, enriquecida con gran número de artículos originales y láminas nuevas, y adicionada con el *Compendio de embriología y desar-*



Relaciones de los conductos inguinal y crural, segun Blandin.

rollo del hombre, de los doctores H. Beaunis y A. Bouchard, por D. Rogelio Casas de Batista, doctor del claustro de la Universidad central, profesor clínico, por oposicion, en la Facultad de Medicina de la misma, etc., etc., ilustrada con 360 láminas intercaladas en el texto.— Madrid, 1871. Un tomo en 4.º En rústica 15 pesetas, en pasta ó tela 16,50.

JAMAIN. Tratado elemental de patología y clínica quirúrgicas, por el Dr. **Jamain**, traducido de la última edicion francesa por D. Cárlos Quijano Abarca. – *Segunda edicion.* — Madrid 1873. Dos tomos en 8.º En rústica 20,50 pesetas, en pasta ó tela 23,50.

JULLIEN. De la transfusion de la sangre, por el Dr. Luis **Jullien**, antiguo interno de los hospitales de Lyon, profesor de clínica quirúrgica y miembro de la Sociedad de Ciencias médicas de Lyon, etc.— Madrid, 1878. Un tomo en 4.º En rústica 5 pesetas, en pasta 6,50.

LABBE. Lecciones de clínica quirúrgica, dadas en el hospital de las Clínicas por el profesor Leon **Labbe**, cirujano del hospital de la Pie-

dad, profesor agregado de la Facultad de Medicina, etc., etc., publicadas por Manuel Bourdon, antiguo interno de los hospitales de París, traducidas por la redaccion de los *Anales de ciencias médicas*.—Madrid, 1879. Un tomo en 8.° En rústica 8 pesetas, en pasta 9,50.

LAGARDELLE. Conferencias clínicas sobre las enfermedades mentales, por el Dr. **Lagardelle**, médico-director del Asilo de dementes de Bron (Rhone), premiado por la Academia nacional de Medicina, por la Sociedad Médico-psicológica, por la Sociedad médica de Amberes (Bélgica), etc.—Madrid, 1879. Un folleto en 4.°, 2,50 pesetas.

LANCEREAUX. Atlas de anatomía patológica, por el Dr. **Lancereaux**, catedrático agregado á la Facultad de Medicina de París, jefe de clínica de la facultad, médico de los hospitales de París, etc., etc., y **M. Lackerbauer**, dibujante y artista litógrafo; traducido del francés al castellano por el Dr. D. Antonio Fernandez Carril, médico de la Beneficencia municipal de Madrid.—Madrid, 1874. Un tomo en 4.°, de 554 páginas de texto y un magnífico Atlas de 60 láminas en color cromolitografiadas que contienen 570 figuras, 84 pesetas.

La misma obra, con encuadernacion de gran lujo, 106 pesetas.

El estudio de la Anatomía patológica ha tomado cada dia mayor y más justificada importancia. Al lado de las grandes obras de Cruveilhier y de Lebert, quedaba un hueco para una obrita más manuable, redactada en forma didáctica y de manera que sirviera de guia á todos los profesores para sus trabajos anatómicos y al discípulo en sus estudios.

El Atlas, repetimos, contiene 570 figuras, copiadas todas al natural por Lackerbauer, segun los preparados de M. Lancereaux.

El mismo artista ha reproducido sus dibujos sobre la piedra por medio de la cromolitografía con una perfeccion que nada deja que desear.

Este magnífico Atlas, único en su clase, consta de 60 preciosas láminas de color, acompañadas de su texto correspondiente, y está dividido en 12 entregas, cada una de las cuales contiene cinco láminas y su texto.

Suscricion permanente, un cuaderno de 5 láminas con su texto al mes, para facilitar la adquisicion de esta indispensable obra. Por cada entrega, 7 pesetas.

LAURE (Paul). De la medicacion diurética; tesis presentada en el concurso para la agregacion, y sostenida en la Facultad de Medicina de París el 3 de Mayo de 1878.—Madrid, 1878. Un folleto en 4.°, 2 pesetas.

LEBERT (H.). Tratado clínico y práctico de la tisis pulmonar y de las enfermedades tuberculosas de los diferentes órganos, por el Dr. H. **Lebert**, antiguo profesor de clínica médica en Zurich y Breslau, socio correspondiente del Instituto de Francia y de la Academia de París, etc. Version española de Cárlos María Cortezo.—Madrid, 1882. Un tomo en 4.° En rústica 7 pesetas, en pasta 8,50.

LICHTEIM. La hemoglobinuria periódica, por el Dr. L. **Lichteim** y **Leube** (W. O.), *Terapéutica de las afecciones del estómago*, traducidas directamente del aleman por el Dr. D. Isidoro Miguel y Viguri.—Madrid, 1878. Un volúmen en 4.°, 1,50 pesetas.

LIEBREICH. Atlas de oftalmoscopia, representando el estado normal y las modificaciones patológicas del fondo del ojo, visibles con el oftalmoscopio, compuesto de 12 láminas, que contienen 59 figuras estampadas en cromo-litografía, acompañadas de un texto explicativo y dibujadas del natural, por el Dr. Ricardo **Liebreich**.—*Segunda edicion* aumentada.—Traducido al español y completado con una *Introduccion* sobre el oftalmoscopio y el modo de facilitar su manejo, con 26 grabados intercalados en su texto, por el Dr. D. Francisco Delgado Jugo, antiguo jefe de la clínica Oftalmológica del Dr. Desmarres, de París. (*Agotado*). Valia 30 pesetas.

LIEBREICH. Láminas de oftalmoscopia, representando el estado normal y las modificaciones patológicas del fondo del ojo visible con el

oftalmoscopio, por el Dr. **Liebreich**; 12 láminas cromolitografía. Precio: 20 pesetas en Madrid.

Estas preciosas láminas son á propósito para decorar con gusto, despues de puestas en cuadros, el *despacho* del médico oculista.

LIONET. De las variedades de la parálisis general en sus relaciones con la patogenia.—Madrid, 1879. Un folleto en 4.°, 1,50 pesetas.

LOEBISCH y **ROKITANSKY.** Accion y empleo de algunos medicamentos nuevos; traducido directamente del aleman por D. Isidoro de Miguel y Viguri.—Madrid, 1879. Un folleto en 4.°, 2 pesetas.

LUTON. Tratado de inyecciones subcutáneas de efecto local. Método de tratamiento aplicable á las neuralgias, á los puntos dolorosos, al bocio, á los tumores, etc., por el Dr. A. **Luton,** profesor de Patología externa en la Escuela de medicina de Reims, médico del Hôtel-Dieu de aquella ciudad, etc.; traduccion de D. E. M. Liciaga, médico-cirujano de la Universidad de Barcelona.—Madrid, 1876. Un tomo en 4.° En rústica 7,50 pesetas, en pasta 9.

MAGNE. Higiene de la vista, por A. **Magne**, doctor en Medicina de la facultad de París, médico oculista de los Asilos del departamento del Sena.—Obra honrada con las suscriciones del Ministerio de Instruccion pública y del Ministerio de Marina y de las Colonias.—

Seccion de la órbita.

Cuarta edicion, revisada y aumentada, con figuras intercaladas en el texto. Traducida al castellano **por el médico oculista** D. Casiano Macías y Rodriguez.—Madrid, 1880. Un magnífico tomo en 12.°, ilustrado con grabados intercalados en el texto. En rústica 3 pesetas, en pasta 4.

MATA. Compendio de toxicología general y particular.—*Tercera edicion* (agotada).—Madrid, 1857. Un tomo en 4.°, valia 7,50 pesetas.

MATA. Tratado de medicina y cirugía legal, teórica y práctica, seguido de un *Compendio de Toxicología*, por el doctor D. Pedro **Mata**, catedrático de término en la Universidad central, encargado de la asignatura de medicina legal y toxicología, etc. Obra premiada por el Gobierno, oido el Consejo de Instruccion pública.—*Quinta edicion*, corregida, reformada, puesta al nivel de los conocimientos más modernos y arreglada á la legislacion vigente.—Madrid, 1874-1875. Cuatro magníficos tomos en 4.° En rústica 50 pesetas, en pasta ó tela 56.

MATA. De la experimentacion fisiológica como prueba pericial en los casos de envenenamiento, por el doctor D. Pedro **Mata**. Obra que sirve de complemento á la *Medicina legal y Toxicología* del mismo autor.—Madrid, 1868. Un tomo en 4.° En rústica 4 pesetas, en pasta 5,50.

MATA. Filosofía española. Tratado de la razon humana en estado de salud, con aplicacion á la práctica del foro; por el doctor D. Pedro **Mata**.—*Segunda edicion*.—Madrid, 1878. Un tomo en 4.° prolongado. En rústica 8 pesetas, en pasta 9,50.

MATA. Filosofía española. Tratado de la razon humana en sus estados intermedios (sueño, ensueños, pesadillas, somnambulismo natural, somnambulismo artificial ó magnético, ilusiones y alucinaciones compatibles con la integridad de la razon, pasiones), con aplicacion á la práctica del foro; por el doctor D. Pedro **Mata**.— Madrid, 1864. Un tomo en 4.° En rústica 8 pesetas, en pasta 9,50.

MATA. Filosofía española. Tratado de la razon humana en estado de enfermedad, ó sea de la locura, y de sus diferentes formas, con aplicacion á la práctica del foro. Lecciones dadas en el Ateneo científico y literario de Madrid por el doctor D. Pedro **Mata**.— Madrid, 1878. Un tomo en 4.° En rústica 8 pesetas, en pasta 9,50.

MATA. De la libertad moral ó libre albedrío. Cuestiones fisio-psicológicas sobre este tema y otros relativos al mismo, con aplicacion á la distincion fundamental de los actos de los locos y de los apasionados ó personas responsables; por el doctor D. Pedro **Mata**.— Madrid, 1868. Un tomo en 4.° En rústica 7,50 pesetas, en pasta ó tela 9.

MATA. Doctrina médico-filosófica española, sostenida durante la gran discusion sobre Hipócrates y las escuelas hipocráticas en la Academia de Medicina y Cirugía de Madrid y en la prensa médica; por el doctor D. Pedro **Mata**.—Madrid, 1860. Un tomo en 4.° En rústica 15 pesetas, en pasta 16,50.

MATA. Criterio médico-psicológico para el diagnóstico diferencial de la pasion y la locura, por el doctor D. Pedro **Mata**.— *Segunda edicion*, aumentada.— Madrid, 1877. Dos tomos en 4.° En rústica 15 pesetas, en pasta 18.

MENDEZ ALVARO y **NIETO SERRANO**. Elementos del arte de los apósitos, por los doctores D. Francisco **Mendez Alvaro** y D. Matías

Retentivos para las luxaciones de los huesos de la cabeza y del tronco.

Nieto y Serrano.— *Tercera edicion*, refundida y considerablemente aumentada, y con 496 figuras intercaladas en el texto.— Madrid, 1869. Un tomo en 8.° En rústica 12,50 pesetas, en pasta ó tela 14.

MONITOR (EL) DE LA SALUD DE LAS FAMILIAS Y DE LA SALUBRIDAD DE LOS PUEBLOS. Revista de higiene pública y privada, de medicina y economía domésticas, de policía urbana y rural, etc., fundada y dirigida por el Dr. Pedro Felipe **Monlau**. Esta interesante publicacion, de *utilidad para todas las clases de la sociedad*, é *indispensable* para muchas de ellas, consta de siete tomos en 4.º mayor.—Madrid, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863 y 1864. Precio de cada tomo: en rústica 9,50 pesetas, en pasta 11,50.

MONNERET. TRATADO ELEMENTAL DE PATOLOGÍA INTERNA, por M. Ed. **Monneret**, catedrático de Patología interna de la Facultad de Medicina de París, médico del hospital del Hôtel Dieu; traducido al español con la autorizacion del autor por D. Joaquin Gassó y D. Nicolás Tragó.—Madrid, 1868. Tres tomos en 8.º En rústica 22,50 pesetas; en pasta ó tela á la inglesa, 27.

MOREL. TRATADO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES; traducido al castellano, bajo la direccion, correccion y anotacion del Dr. D. Pedro Mata, catedrático de término en la Universidad central, encargado de la asignatura de Medicina legal y Toxicología, etc., por el licenciado en medicina y cirugía D. Manuel Ortega y Morejon.—Madrid. Un tomo en 8.º mayor, de unas 900 páginas. (*En preparacion.*)

NACAR (J. M.). GUÍA HIGIÉNICO COSMÉTICA DE LA MUJER EN EL TOCADOR, por J. M. **Nacar**.—Madrid, 1886. Un tomo en 8.º En rústica 3 pesetas, en tela 4.

NÆGELE, GRENSER Y **AUBENAS.** TRATADO PRÁCTICO DEL ARTE DE

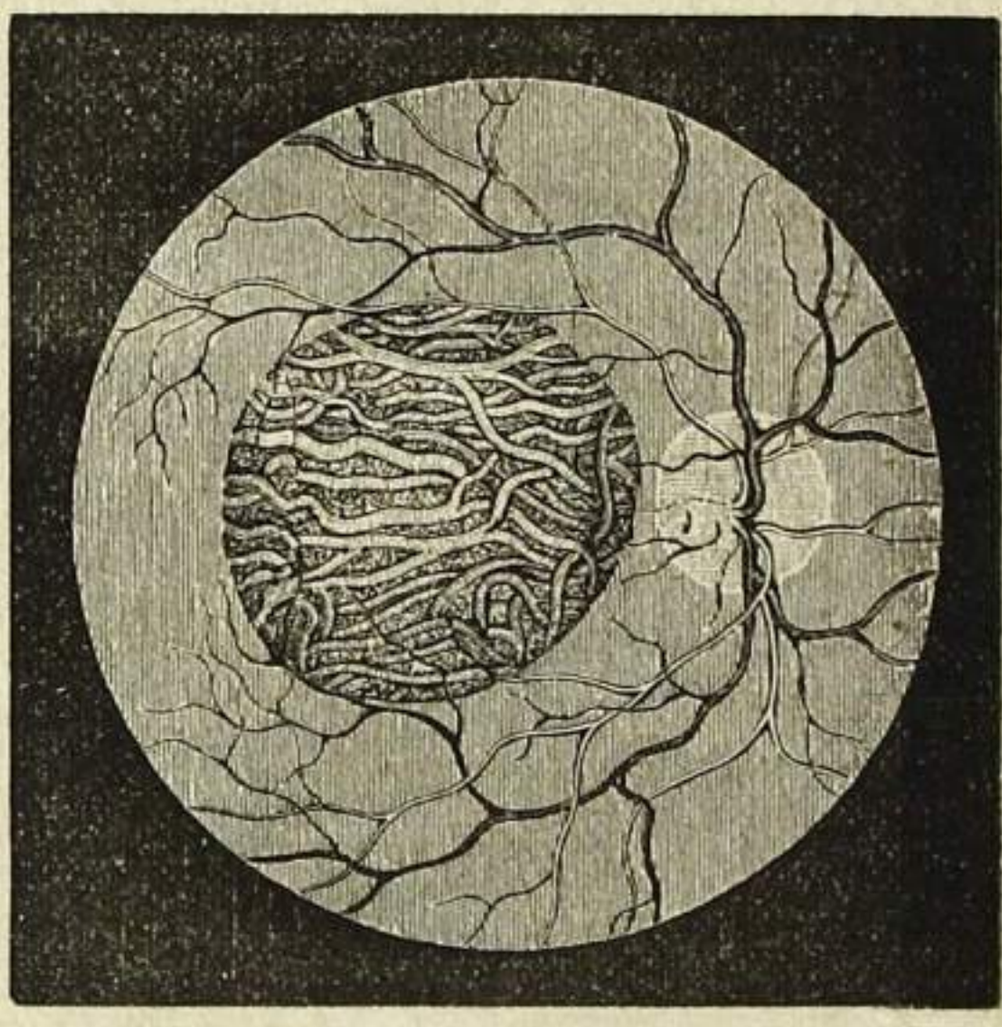
Manera de hacer la extraccion del feto.

PARTEAR, por los profesores H. F. **Nægele**, profesor en la Universidad de Heidelberg; W. L. **Grenser**, director de la Maternidad de Dresde, y

G. A. **Aubenas**, profesor agregado de la Facultad de Medicina de Strasburgo.—Traduccion de la *sexta* y última edicion alemana. Obra precedida de una introduccion por J. A. Stoltz, decano de la Facultad de Medicina de Strasburgo; vertida al castellano por D. Isidro Pondal, doctor en medicina y cirugía, caballero de la Real órden de Isabel la Católica, antiguo alumno interno por oposicion, etc. Acompañada de 207 figuras intercaladas en el texto.—*En preparacion.*

NELATON. Tratado de patología quirúrgica, por el Dr. **Nélaton.**—Traducido, anotado y enriquecido con gran número de figuras, por D. Rafael Martinez, doctor en medicina y cirugía y en ciencias naturales, catedrático supernumerario de la Facultad de Medicina de la Universidad central, y D. Manuel Ortega Morejon, licenciado en medicina.—Obra aprobada para texto por el Real Consejo de Instruccion pública.—Madrid, 1854-1860. Cinco tomos en siete partes (*agotado*). Valia en rústica 42,50 pesetas, en pasta 50.

NETTLESHIP (Eduardo). Guía práctica de las enfermedades de los ojos, por Eduard **Nettleship**, médico del Real hospital Oftálmico de Lóndres y del hospital de Saint-Thomas, etc., etc.—*Tercera edicion*, corregida y aumentada.—Traducida al castellano del inglés por F. Garcia



Coroiditis central (Wecker y Jaeger).

Molinas, doctor en medicina y cirugía; ilustrada con 151 figuras intercaladas en el texto, seguida de un formulario especial y acompañada de una escala de 17 colores.—Madrid, 1886. Un tomo en 12.° En rústica 5 pesetas, en tela á la inglesa ó en pasta 6.

NEUMANN (Dr. I.). Tratado de las enfermedades de la piel, seguido de un Formulario especial, traducido de la cuarta edicion alemana y anotado por los doctores G. y E. Darin. Version española de D. Cárlos María Cortezo. Adornado con 76 grabados intercalados en el texto.—Madrid, 1880. Dos tomos en 4.° En rústica 14 pesetas, en pasta 17.

La traduccion de la eminente obra del gran especialista y catedrático aleman que ofrecemos al público médico, podemos decir que es la más práctica de todas las publicadas hasta el dia. Cuatro ediciones dadas á luz en Alemania y traducidas además en todos los idiomas, son datos más que suficientes para hacer comprender el valor é importancia de esta publicacion.

NIEMEYER. Manual de percusion y auscultacion basadas en las leyes de la acústica, por el Dr. F. **Niemeyer;** traducido del aleman al francés por A. Eszerletri (hijo), y al español por los profesores D Cándido Macías y D. Eduardo de Aranzana, con una tabla sinonímica de las principales voces empleadas en percusion y auscultacion, é ilustrado con 18 grabados.—Madrid, 1875. Un tomo en 8.° En rústica 3 pesetas, en pasta 4.

NIEMEYER. Tratado de patología interna y terapéutica, por F. **Niemeyer**, profesor de Patología y de clínica médica en la Universidad de Tubingue; traducido al castellano de la *séptima* y última edicion alemana por D. Enrique Simancas y Larsé, licenciado en medicina y cirugía. — *Tercera edicion*, considerablemente corregida y aumentada con notas de los autores más modernos, é ilustrada con láminas cromolitografiadas.—Madrid, 1875. Cuatro tomos en 8.° prolongado. En rústica 20 pesetas, en pasta 26.

NOTA.—Existe de esta importante obra otra traduccion que suplicamos no confundan con ésta, y pídase la de Simancas.

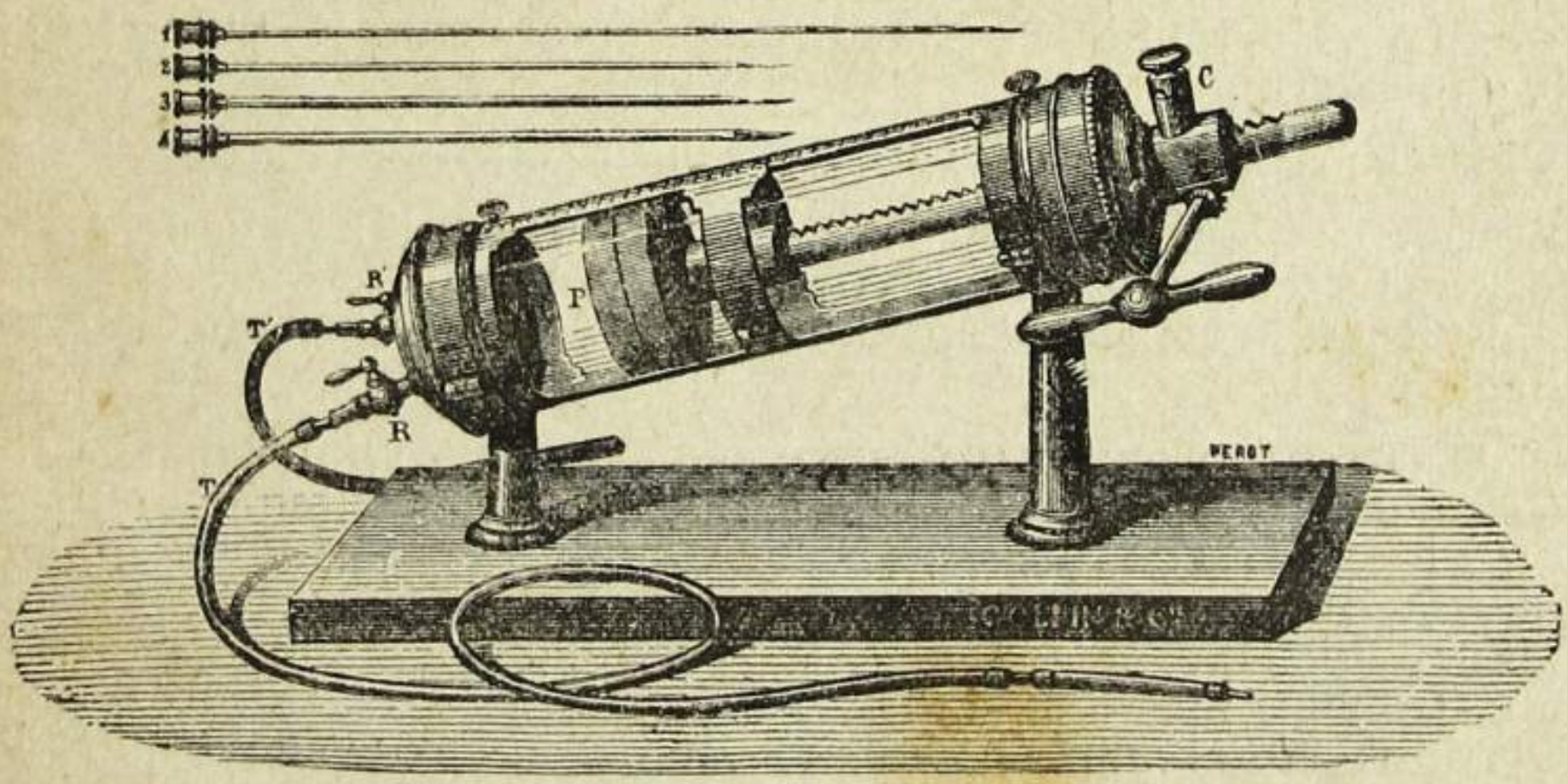
NIETO SERRANO. Elementos del arte de los apósitos. (Véase *Mendez Alvaro.*)

OBLED. Estudios sobre las úlceras simples del cuello del útero, exposicion nosológica y tratamiento, por H. L. Robert **Obled**, doctor en medicina de la Facultad de París.—Madrid, 1879. Un folleto en 4.°, 2 pesetas.

OFICINA DE FARMACIA. (*Véase* Dorvault.)

PAQUET (D. A.). Lecciones sobre la cirugía clínica de las enfermedades de las vías urinarias, dadas en el hospital de San Salvador.—Madrid, 1879. Un folleto en 4.°, 2,50 pesetas.

PETER. Lecciones de clínica médica, precedidas de la leccion inaugural del curso de patología interna en la Facultad de Medicina de París, dado el 20 de Marzo de 1877, por Miguel **Peter,** profesor de patolo-



gía interna en la Facultad de Medicina de París, médico de la Caridad.—*Segunda edicion*, revisada, corregida y aumentada.—Traducida por D. Pablo Leon y Luque, antiguo interno de la Facultad de Me-

dicina de Madrid, etc., etc.—Madrid, 1879-1880. Dos tomos en 8.° con grabados intercalados en el texto. En rústica 27 pesetas, en pasta 30.

Hay obras que no necesitan elogiarse, solo el nombre del autor es y debe ser una garantía para el público; y el catedrático de la Facultad de Medicina de París, el gran clínico del hospital de la Caridad, el doctor Peter, es uno de ellos: así es que apenas publicó en París el tomo I de esta obra, fué arrebatado y agotado antes de publicarse el tomo II, lo cual nos excusa extendernos más acerca de una publicacion de tanta importancia.

PIDOUX. Estudios generales y prácticos sobre la tisis, por **M. Pidoux,** socio de la Academia de Medicina, médico del hospital de la Caridad, inspector de la estacion de Aguas Buenas, etc.; vertidos al castellano por D. Pablo Leon y Luque, antiguo interno de la Facultad de Madrid, etc.—La Facultad de Medicina de París ha adjudicado á esta obra *el premio de 10.000 francos*, fundado por el doctor Lacaze para el mejor trabajo sobre la tisis.—Madrid, 1873. Un tomo en 8.° En rústica 9 pesetas, en pasta ó tela 10,50.

PLAYFAIR. Tratado teórico práctico del arte de los partos, por **Playfair.** Version española, por D. Ramon Serret y Comin, con grabados en el texto.—Madrid, 1880. Dos tomos en 4.° (agotada). Nueva edicion en preparacion.

El Tratado de partos del doctor Playfair es uno de los más modernos publicados en el extranjero. La primera edicion, publicada en 1876, se agotó pronto. La segunda se dió á luz en fin de 1878.

El doctor Playfair, profesor de obstetricia y de ginecología en King's College, es hoy presidente de la Sociedad Obstetrical de Lóndres, lo que indica claramente la alta consideracion en que lo tienen sus colegas. Su tratado de partos, *hoy clásico en Inglaterra y en América*, resume en unas 700 páginas y 116 grabados todo lo que el médico, así como el estudiante, necesitan conocer bajo el punto de vista práctico. El estilo es correcto y la lectura facilitada por una excelente disposicion tipográfica, fielmente reproducida en la edicion española. Supérfluo sería añadir que esta obra se halla á la altura de los últimos adelantos de la ciencia.

Ofreciendo este libro á los médicos y escolares españoles, tenemos la conviccion de hacer ante todo una obra útil.

POBLACION y FERNANDEZ. Historia médica de la guerra de Africa.—Madrid, 1861. Un tomo. En rústica 3 pesetas, en pasta 4,50.

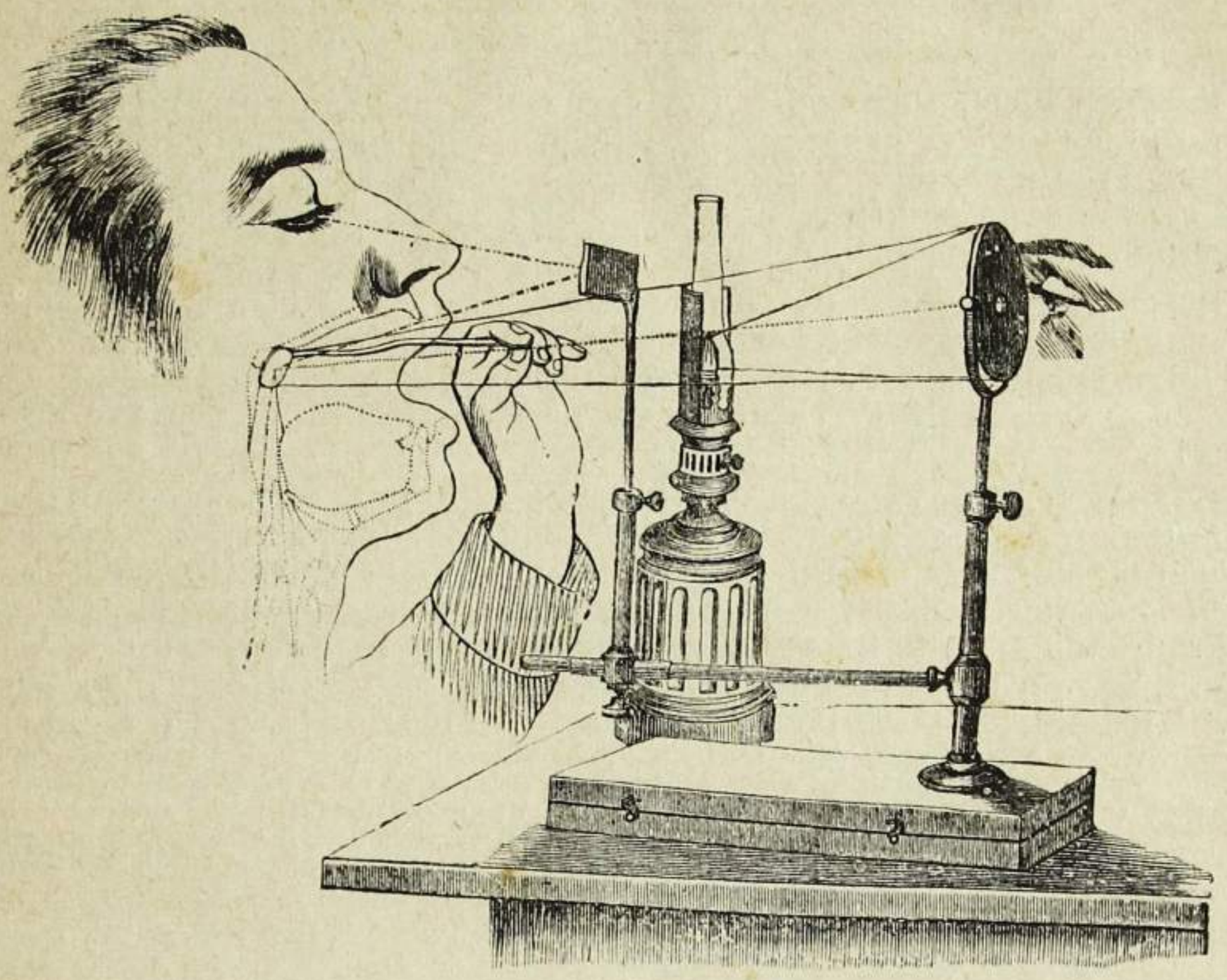
POLITZER. Tratado de las enfermedades del oido, por el doctor Adam **Politzer**, profesor de otología de la Universidad de Viena, jefe de la clínica de enfermedades del oido en el hospital General. Version española de Turró, Francos, Lasbennes.—Madrid, 1887. Dos tomos en 8.°, ilustrados con 258 grabados en el texto. En rústica 15 pesetas, en pasta 18.

PONTES y ROSALES. (Véase *Dorvault.*)

QUINET. La Creacion, por M. Elgar **Quinet**, traduccion de D. Eugenio de Ochoa, de la Real Academia Española.—Madrid, 1871. Esta magnífica obra consta de dos tomos en 12.°, en rústica 7 pesetas, encartonado 8.

RACLE. Tratado del diagnóstico médico. Guía clínica para estudiar los signos característicos de las enfermedades, conteniendo un resúmen de los procedimientos físicos y químicos de exploracion clínica, por **V. A. Racle,** médico de los hospitales de París, profesor agregado de la Facultad de Medicina.—*Nueva edicion*, conteniendo el resultado de los trabajos más modernos por los doctores Ch. Fernet, profesor agregado á la Facultad de Medicina de París, médico de los hospitales, é I. Straus, jefe de clínica de la Facultad de Medicina de París, antiguo interno premiado de los hospitales de Strasbourg. Vertida al castellano y aficionada con un *Apéndice* que comprende el *Arsenal completo del diagnóstico médico* (extracto de la obra del doctor M. Jeannel): por el doctor D. Rogelio Casas Batista.—*Tercera edicion* española; ilustrada

con 126 grabados intercalados en el texto.—Madrid, 1878. Un tomo en 8.° En rústica 12 pesetas, en pasta 13,50.



Observacion y demostracion auto-laringoscópica.

RANKE. El tymol y su empleo en la cura antiséptica de las heridas, por el Dr. Hans. **Ranke**; y **DORNBLUTH**, La intoxicacion crónica por el tabaco. Traducidas directamente del aleman por el doctor Isidoro de Miguel y Viguri, médico de número por oposicion del hospital de la Princesa, médico-inspector de Salubridad pública por oposicion, etc.—Madrid, 1878. Un tomo en 4.°, 1,50 pesetas.

RAPHAEL y **FISCHER.** Los cristales graduados como medio curativo en las afecciones graves y debilidad de la vista, traduccion de D. Silverio Rodriguez Lopez.—Madrid, 1866. Un tomo en 8.° 1,50 pesetas.

RHEINSTAEDTER. Metrorragias extra-puerperales; su tratamiento radical y sintomático; y **WERNICH**, Formas y curso clínico de la lepra.—Madrid, 1879. Un cuaderno en 4.°, 1,50 pesetas.

RILLIET y **BARTHEZ.** Tratado clínico y práctico de las enfermedades de los niños, por F. **Rilliet** y E. **Barthez**. Obra coronada por la Academia de Ciencias y por la de Medicina, y autorizada por el Consejo de Instruccion pública para las facultades y las escuelas preparatorias de Medicina. Traducido de la última edicion francesa por D. Joaquin Gonzalez Hidalgo, interno que fué de la Facultad de Medicina de Madrid, etc.—Madrid, 1866. Tres tomos en 4.° En rústica 30 pesetas, en pasta ó tela 34,50.

RIVES. Tratado de higiene terapéutica ó aplicacion de los medios de la higiene al tratamiento de las enfermedades, por F. **Rives**; tradu-

cido al castellano, anotado y comentado por D. Pedro Espina, médico de número del Hospital general de Madrid.—*Segunda edicion.*—Madrid, 1866. Un tomo en 4.° En rústica 11 pesetas, en pasta 12,50.

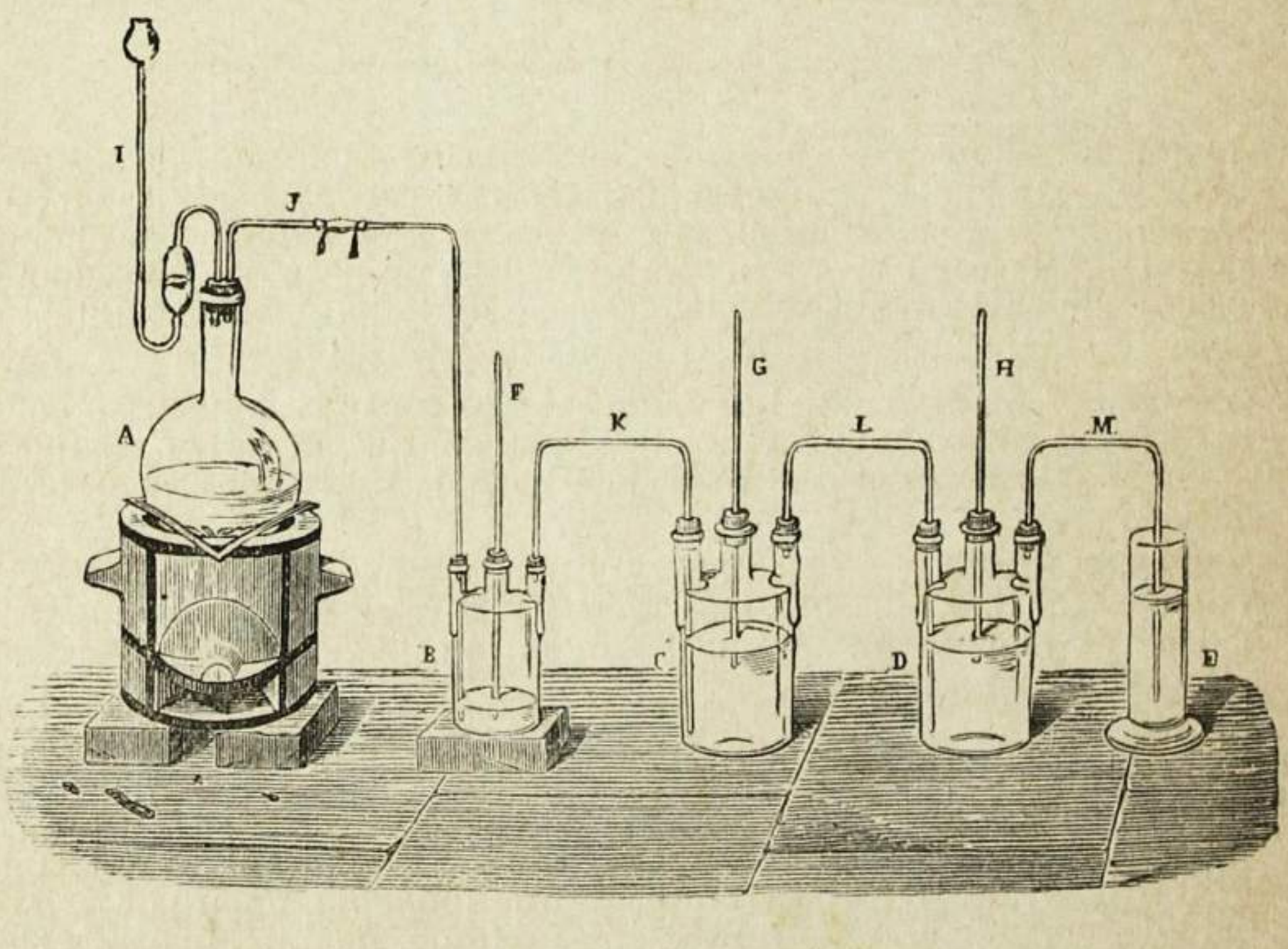
ROBERT OBLED. Estudio sobre las úlceras simples del cuello del útero.—Madrid, 1879. Un tomo en 4.° 2 pesetas.

ROSENSTEIN. Patología y terapéutica de las afecciones renales, por el doctor S. **Rosenstein**, catedrático de clínica médica de Grœningue. Traducido de la segunda edicion alemana por la redaccion de los *Anales de ciencias médicas.*—Madrid, 1879. Un tomo en 8.° En rústica 6 pesetas, en pasta 7,50.

ROSENTHAL. Tratado clínico de las enfermedades del sistema nervioso, por M. **Rosenthal**, catedrático de patología nerviosa de la Universidad de Viena; version española de D. Ramon Serret y Comin.—Madrid, 1878. Un tomo en 4.° En rústica 12,50 pesetas, en pasta 14.

ROUBAUD. Tratado de la impotencia y de la esterilidad en el hombre y en la mujer, que comprende la exposicion de los medios recomendados para remediarlas, por el Dr. Félix **Roubaud.**—*Tercera edicion,* puesta al nivel de los progresos más recientes de la ciencia. Traducida al castellano por el Dr. D. Francisco Santana y Villanueva, antiguo disector anatómico y profesor clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad central.—Madrid, 1877. Un tomo en 8.° prolongado. En rústica 10,50 pesetas, en pasta 12.

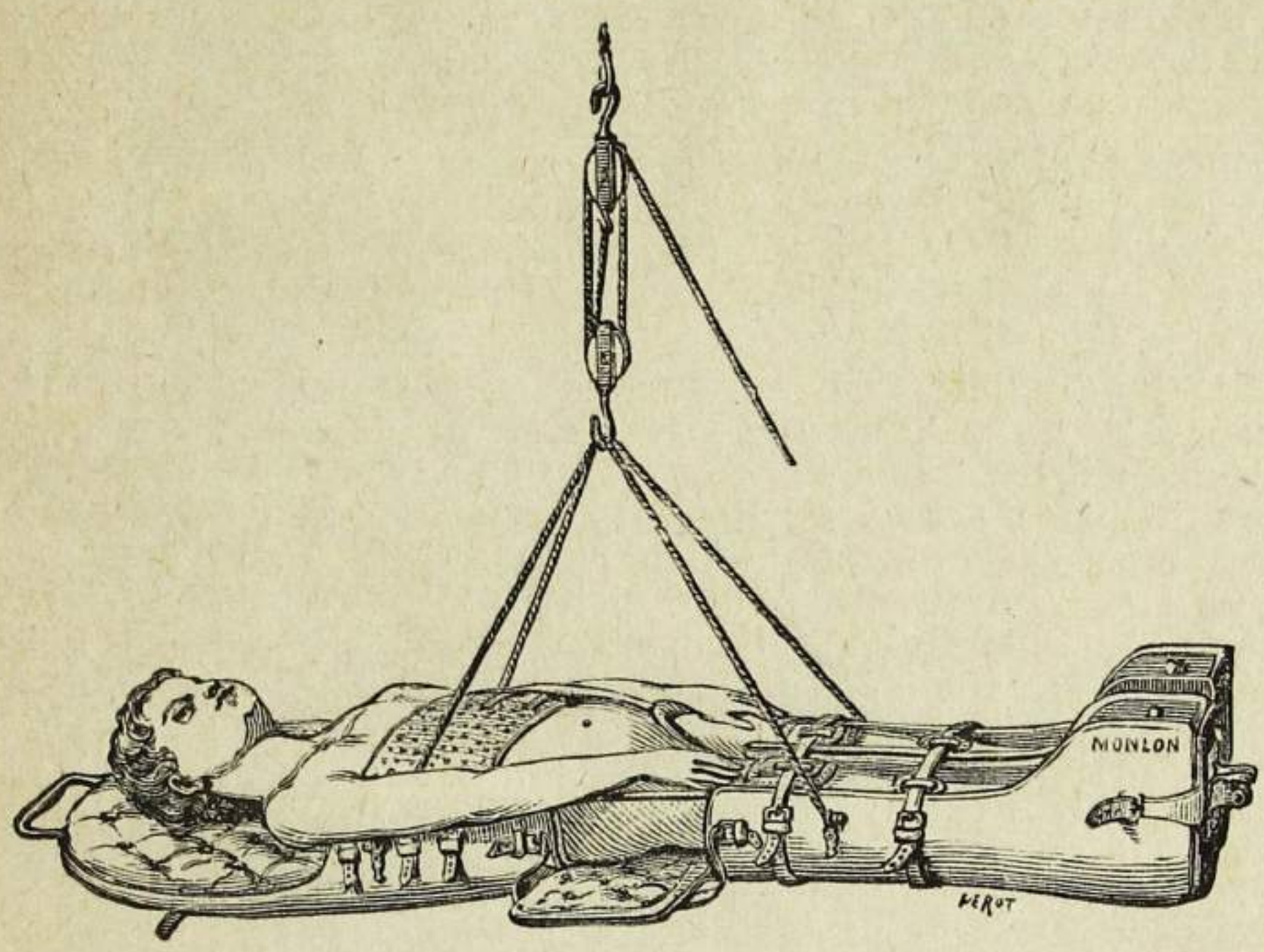
SAEZ y PALACIOS. Tratado de química inorgánica teórico y práctico, aplicada á la medicina y especialmente á la farmacia; por el doc-



tor D. Rafael **Saez y Palacios**, catedrático de farmacia químico-inorgánica de la Universidad central, socio de la Academia de Medicina de Madrid, etc.—*Segunda edicion*, enteramente reformada.— Madrid, 1874-

1875. Dos magníficos tomos en 8.º mayor, con numerosos grabados intercalados en el texto. En rústica 35 pesetas, en pasta ó tela 38.

SAINT-GERMAIN. Cirugía de los niños. Lecciones clínicas dadas en el hospital de Niños enfermos por el doctor L. A. de **Saint-Germain**, cirujano de dicho hospital; recogidas y publicadas por el doctor Pedro J. Mercier, médico de consulta en Bourbonne-les-Bains. Traducidas al español por el doctor E. Moresco, profesor clínico en el departa-



Gotiera de Bonnet, modificada segun los más recientes perfeccionamientos.

mento de mujeres de la Facultad de Medicina en Cádiz y profesor auxiliar de esta Facultad, especialista en las enfermedades de los oidos y garganta. Obra ilustrada con 100 grabados en madera intercalados en el texto.—Madrid, 1887. Un tomo en 8.º de 716 páginas. En rústica 12 pesetas, en pasta ó tela 13,50.

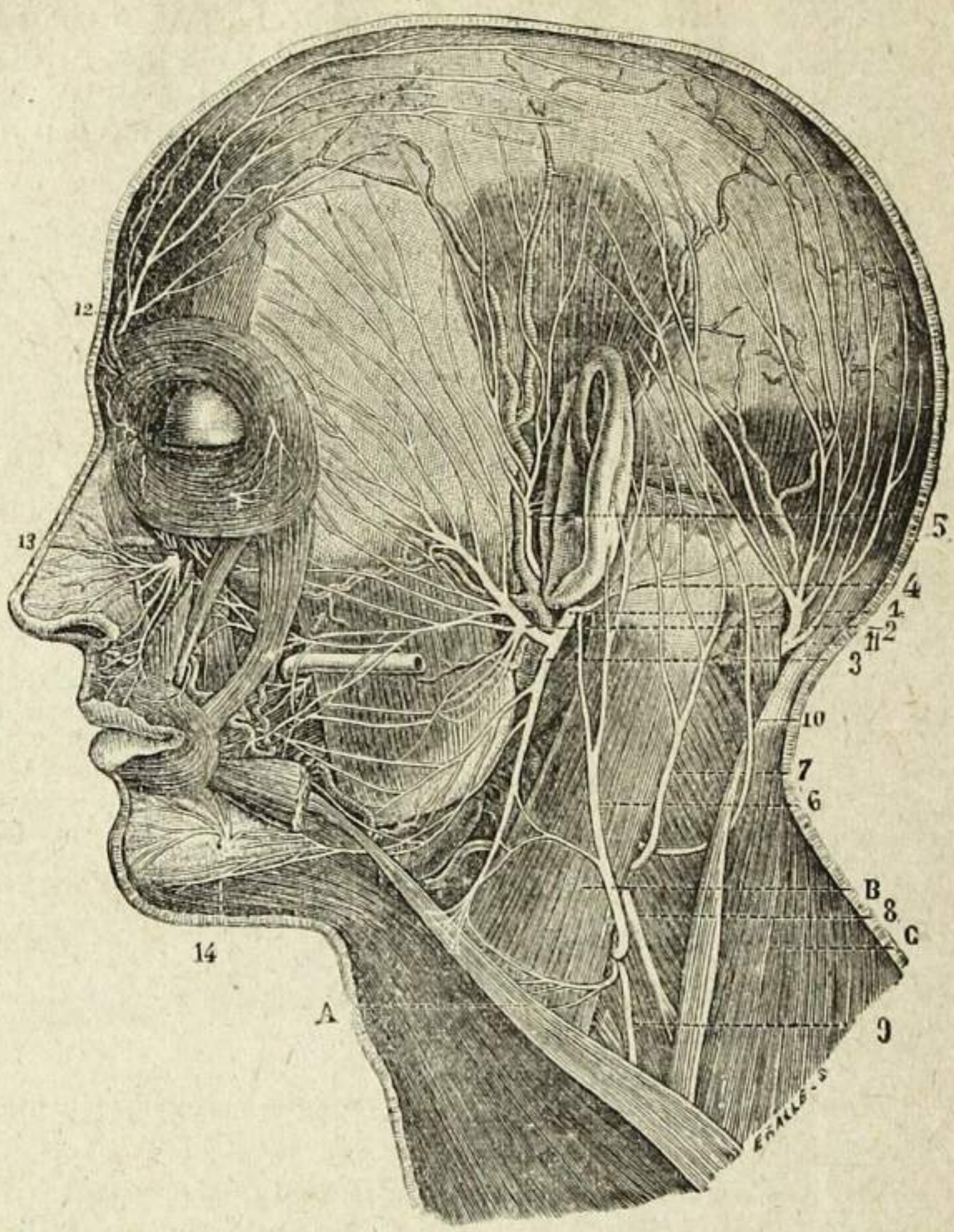
SAPPEY. Tratado de anatomía descriptiva, ilustrado con 395 figuras intercaladas en el texto; traducido por los señores D. Francisco Santana y Villanueva y D. Rafael Martinez y Molina, doctores en medicina y cirugía, etc.—Madrid, 1853-1864. Cinco tomos en 8.º (*agotada*).

Advertencia.—Quedan algunos tomos sueltos; los que no hayan retirado á su tiempo alguno de ellos podrán hacerlo cuanto antes, si no quieren quedarse con la obra incompleta.

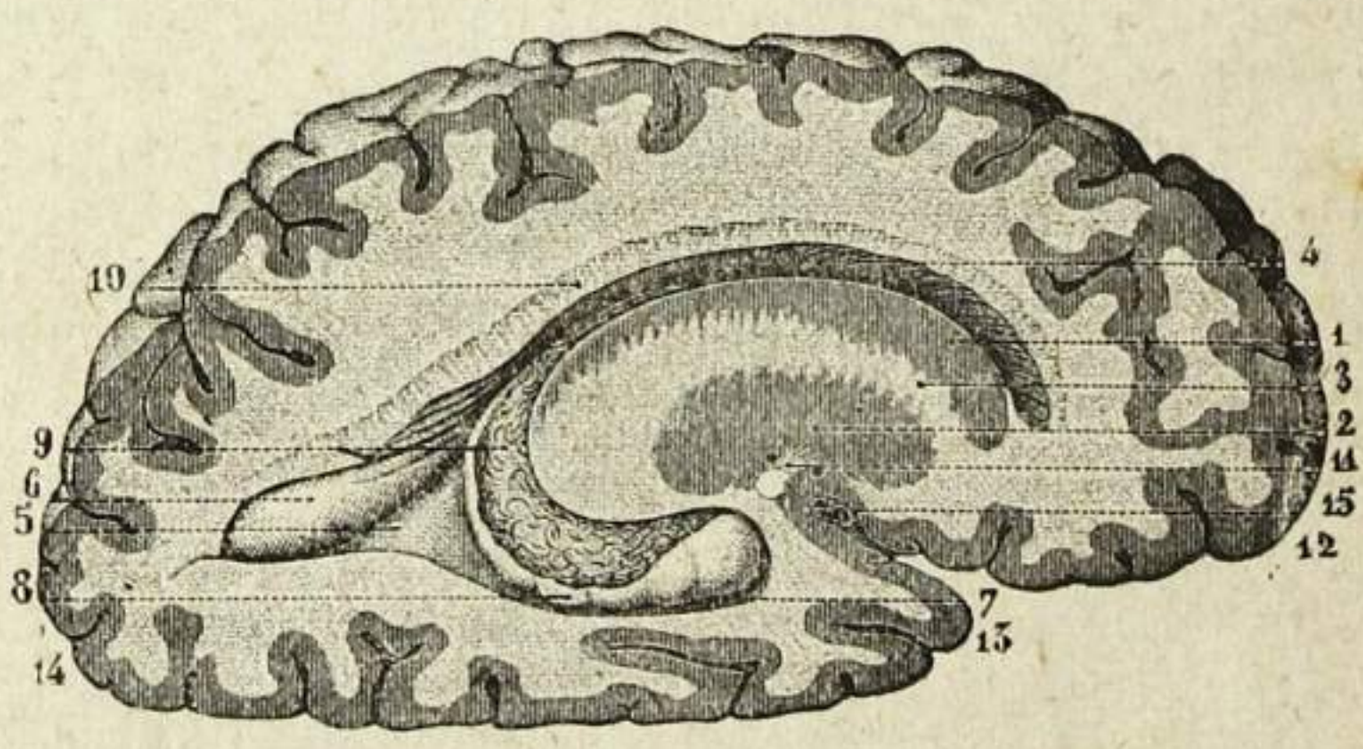
Tomo II, 5 pesetas.
Tomo IV, 5 pesetas.
Tomo V, 1.ª parte, 2,50 pesetas.
Tomo V, 2.ª parte, 2,50 pesetas.
Tomo V, 3.ª parte, 5 pesetas.

SAPPEY. Tratado de anatomía descriptiva, con figuras intercaladas en el texto, por Ph. C. **Sappey**, director de trabajos anatómicos, director de los museos y catedrático agregado á la Facultad de Medicina, miembro de la Academia imperial de Medicina.—*Segunda edicion*, enteramente refundida. Traducida al castellano con exclusiva autorizacion del autor por D. Francisco Santana y Villanueva, doctor en medicina y cirugía, catedrático en comision de la Facultad de Medicina de la Universidad central, y D. Rafael Martinez y Molina, doctor

en medicina y cirugía y en ciencias naturales, catedrático de anatomía de la Facultad de Medicina de la Universidad central, individuo de la real Academia de Medicina.— Madrid, 1874-1875. Cuatro magníficos to-



Rama posterior del segundo par cervical.—Nervios superficiales de la cabeza (según Arnold).

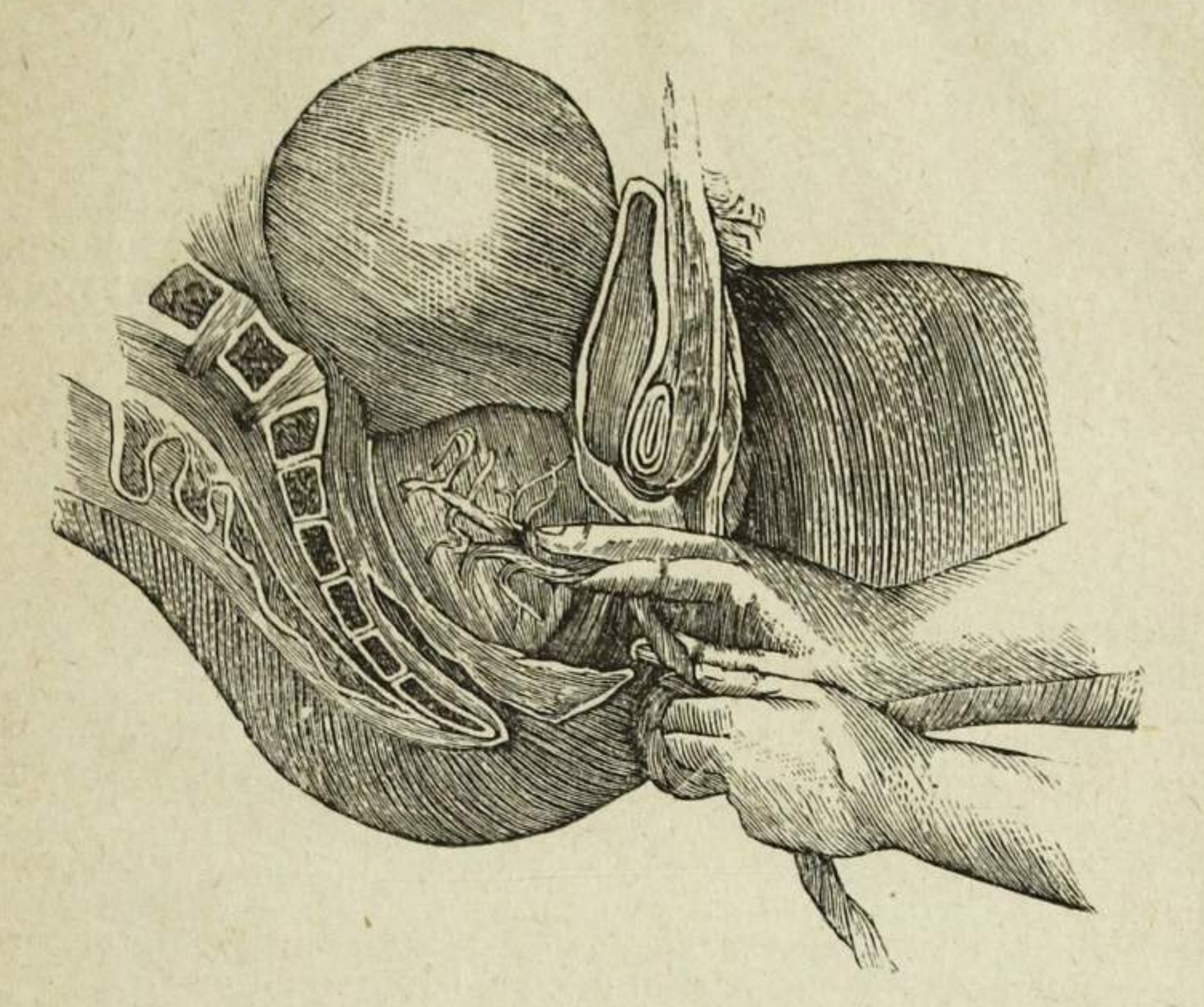


Corte del hemisferio cerebral izquierdo destinado á presentar la parta principal ó circular de los ventrículos laterales y su parte accesoria (segun Hirschfeld).

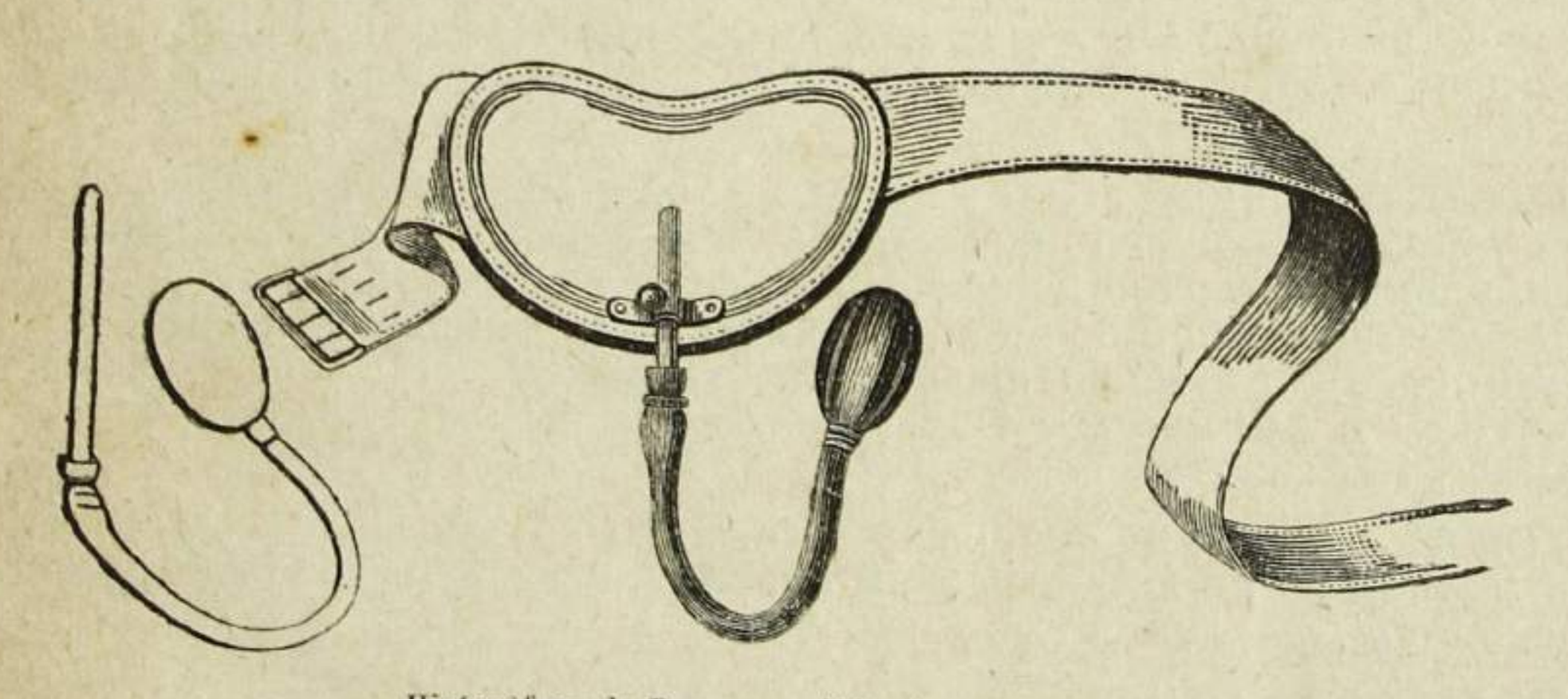
mos en 8.°, ilustrados con 911 grabados en negro y en color intercalados en el texto. En rústica 50 pesetas, en pasta ó tela 56.

SCANZONI. Tratado elemental teórico y práctico del arte de los partos, por F. W. **Scanzoni**; traducido del aleman por el doctor Pablo

Picard, con 111 figuras intercaladas en el texto; vertido al castellano por el doctor D. Francisco Santana.—Madrid, 1860. Un tomo en 8.° con 111 figuras. (*Agotada*, y valía 6 pesetas.)



SCANZONI. Tratado práctico de las enfermedades de los órganos sexuales de la mujer, por F. W. **Scanzoni**, catedrático de partos y de ginecología en la Universidad de Wurtzbourg; traducido del aleman y anotado bajo la direccion del autor por los doctores H. Dor y A. So-

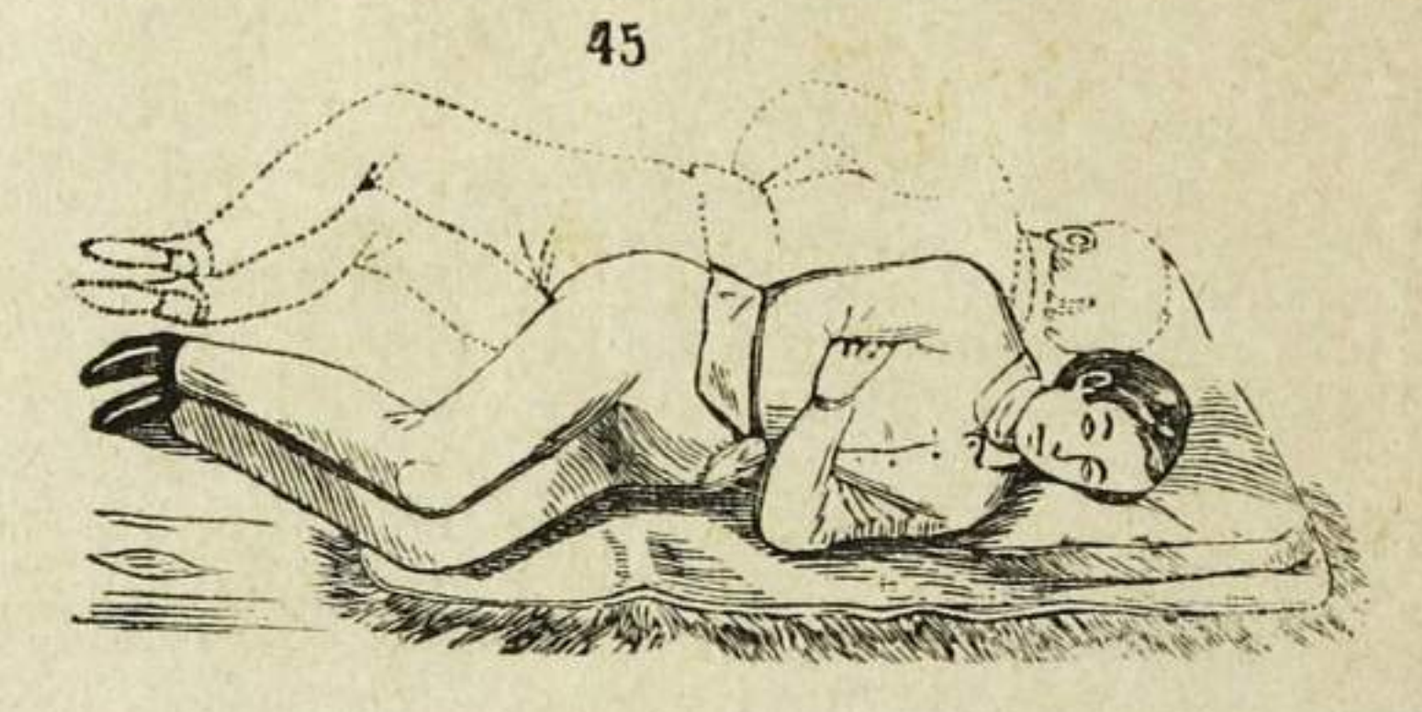


Histeróforo de Roser, modificado por Scanzoni.

cin; vertido al castellano por D. Francisco Santana y Villanueva. —Madrid, 1862. Un tomo en 4.°, ilustrado con 44 figuras intercaladas en el texto. En rústica 7,50 pesetas, en pasta 9.

SCHREBER. Manual popular de gimnasia de sala, médica é higiénica, ó representacion y descripcion de los movimientos gimnásticos que, no exigiendo ningun aparato para su ejecucion, pueden practicarse en todas partes y por toda clase de personas de uno y otro sexo; seguido de sus aplicaciones á diversas enfermedades, por D. G. M.

45



Schreber, doctor en medicina, director del Instituto ortopédico y médico-gimnástico de Leipzig; vertido del aleman por H. Van Oordt; traducido al castellano, y considerablemente aumentado, por D. E. S. de O.—*Novena edicion.*—Madrid, 1887. Un tomo en 8.°, con 45 figuras intercaladas en el texto. En rústica 2,50 pesetas, en pasta ó tela 3,50.

SCHMITT (J.). Microbios y enfermedades, por el doctor J. **Schmitt**, profesor agregado á la Facultad de Medicina de Nancy. Version castellana de D. Gustavo Reboles y Campos, ex-alumno interno por oposicion de la Facultad de Medicina de esta corte, médico numerario por oposicion de la Beneficencia municipal é individuo de varias corporaciones científicas.—Madrid, 1887. Un tomo en 12.° En rústica 3,50 pesetas, en pasta ó tela 4,50.

SERAINE. De la salud de los casados, ó fisiología de la generacion del hombre é higiene filosófica del matrimonio, por el doctor Luis **Seraine**, autor de los *Preceptos del matrimonio* y de la *Salud de los niños*; traducida de la última edicion francesa por D. Joaquin Gassó, profesor de medicina. Obra aprobada por la autoridad eclesiástica.—*Quinta edicion.*—Madrid, 1878. Un tomo en 12.° En rústica 3 pesetas, en pasta ó tela 4.

SERAINE. Higiene física y moral de los niños, por el doctor Luis **Seraine**. Consejo á las madres acerca de los cuidados durante el embarazo, y de la educacion física y moral desde el nacimiento hasta la edad de siete años, seguido de una reseña de sus principales enfermedades; traducida y aumentada de la cuarta edicion por D Nicolás María Rivero y D. Antonio Espina.—*Cuarta edicion.*—Madrid, 1876. Un tomo en 8.°, 1 peseta.

SKODA. Tratado de percusion y auscultacion, por **Skoda**. Traducido al castellano de la cuarta y última edicion.—Madrid, 1856. Un tomo en 4.° (*agotada*). Valia 2,50 pesetas.

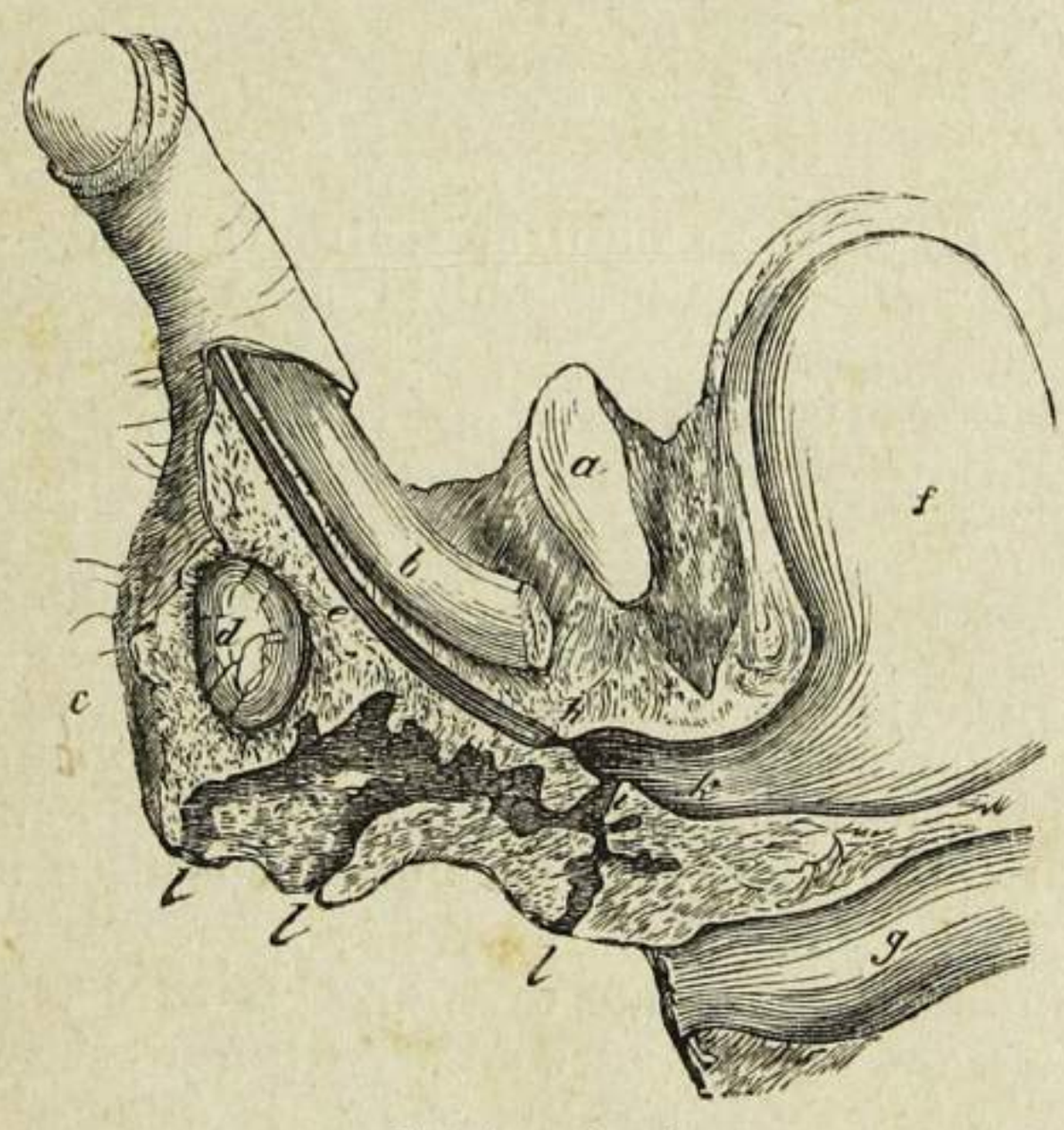
SPILLMANN. Manual del diagnóstico médico, por el Dr. D. Pablo **Spillmann**, catedrático de la Facultad de Medicina de Nancy, médico del Hospital, licenciado en Ciencias naturales, etc., etc.; version española de D. Ramon Serret Comin, doctor en medicina y cirugía, exmédico segundo por oposicion del cuerpo de Sanidad militar, médico del Instituto de vacunacion del Estado, etc., etc. Obra ilustrada con 141

grabados. Derecho exclusivo de traduccion.—Madrid, 1885. Un tomo en 8.º En rústica 7 pesetas, en pasta 8,50.

STEINER (J.). COMPENDIO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS, para uso de los estudiantes y médicos; revisado y aumentado por los doctores Luis Fleischmann y Maximiliano Herz. Version española de la latina. Edicion alemana, por M. Tolosa Latour y F. García Molinas.—Madrid, 1881. Dos tomos en 4.º mayor. En rústica 11,50 pesetas, en pasta 13.

TARDIEU. MANUAL DE PATOLOGÍA Y CLÍNICA MÉDICAS, por Ambrosio **Tardieu**, médico del hospital de Lariboissière, socio de la Academia imperial de Medicina, etc., etc.—*Tercera edicion*, revisada, corregida y adicionada por el autor, y traducida al castellano por D. Pedro Espina y Martinez, médico de número de la Beneficencia provincial con destino al Hospicio, etc.—Madrid, 1867. Un tomo en 8.º (*agotada*). Valia 8,50 pesetas.

THOMPSON. TRATADO PRÁCTICO DE LAS ENFERMEDADES DE LAS VÍAS URINARIAS, por Sir Henry **Thompson**, F. R. C. S., profesor de clínica quirúrgica y cirujano en «University college Hospital». Cirujano extraordinario de S. M. el Rey de los belgas, *Fellow of University College*, individuo corresponsal de la Sociedad de Cirugía de París, precedido de las LECCIONES CLÍNICAS SOBRE LAS ENFERMEDADES DE LAS VÍAS URI-



Fístula urinaria.

NARIAS dadas en el «University College Hospital»; traducidas al castellano de la última edicion francesa por D. Pablo Leon y Luque, antiguo interno de la Facultad de Madrid, presidente del Cuerpo médico forense, condecorado con algunas distinciones por servicios médicos, etc., etc.—Madrid, 1876-1877. Un magnífico tomo en 8.º de 960 páginas, ilustrado con 280 figuras intercaladas en el texto. En rústica 15 pesetas, en pasta 16,50.

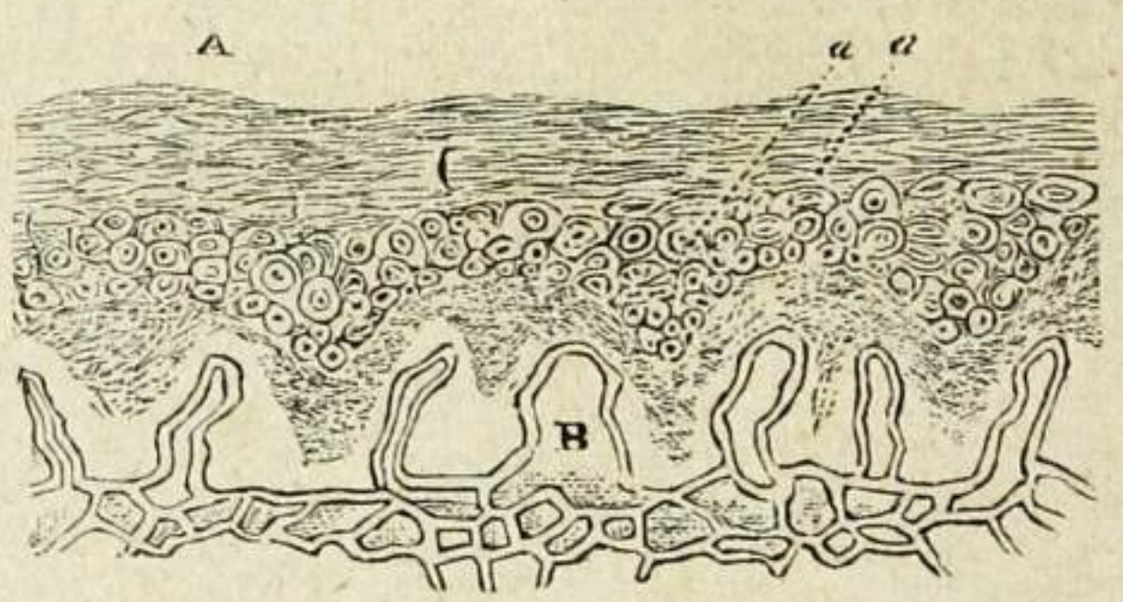
TRATADOS ESPECIALES. TRATADO TEÓRICO Y PRÁCTICO DE LAS ENFERMEDADES DEL CORAZON, DE LOS VASOS Y DE LA SANGRE, por el doctor **Forget**.—*Tratado teórico y práctico de la enfermedad escrofulosa*, por el Dr. **Duval**.—*Tratado de las enfermedades crónicas del aparato respiratorio*,

por el Dr. **Bricheteau.**—*Tratado de las afecciones de la piel*, sintomáticas de la sífilis, por el Dr. **Bassereau.**—Madrid, 1855. Un volúmen en 4.º (*agotada*). Valía 12 pesetas.

TRELAT. Lecciones de clínica quirúrgica dadas en el hospital de la Caridad por U. **Trelat**, profesor de la Facultad de Medicina de París, cirujano del hospital de la Caridad.—Madrid, 1878. Un folleto en 4.º 2,50 pesetas.

UHLE y **WAGNER.** Compendio de patología general, por **Uhle** y **Wagner**; traducido directamente de la quinta edicion alemana y anotado por D. Alejandro San Martin Satrustegui.—Madrid, 1873. Un tomo. En rústica 12 pesetas, en pasta 13,50.

VAN KEMPEN. Tratado de anatomía general, por E. M. **Van Kempen**; traducido al castellano por D. Rafael Martinez y Molina, doc-



tor en medicina y en ciencias naturales; ilustrado con 105 grabados en madera intercalados en el texto.—Madrid, 1863. Un tomo en 8.º (*agotada*). Valía 5,50 pesetas.

VARELA DE MONTES. Ensayo de antropología, ó sea historia fisiológica del hombre en sus relaciones con las ciencias sociales y especialmente con la patología y la higiene, por **Varela de Montes.** Obra aprobada para texto.—Madrid, 1854. Cuatro tomos en 4.º En rústica 16 pesetas, en pasta 22.

VERDE DELISLE. De la degeneracion física y moral de la especie humana ocasionada por la vacuna, traducida al castellano por D. Félix Guerro Vidal, médico-director de aguas minerales, etc.—Madrid, 1855. Un tomo en 8.º prolongado. En rústica 3,50 pesetas, en pasta 4,50.

VOGEL. Tratado elemental de las enfermedades de la infancia, ilustrado con grabados intercalados en el texto, por A. **Vogel**, profesor de clínica médica en Dorpat; traducido de la última edicion por los doctores D. Joaquin Gonzalez Hidalgo y D. Julio Perez Obon.—Madrid, 1872. Un tomo en 8.º (*agotada*). Valia 10 pesetas.

WAGNER. (Véase *Uhle.*)

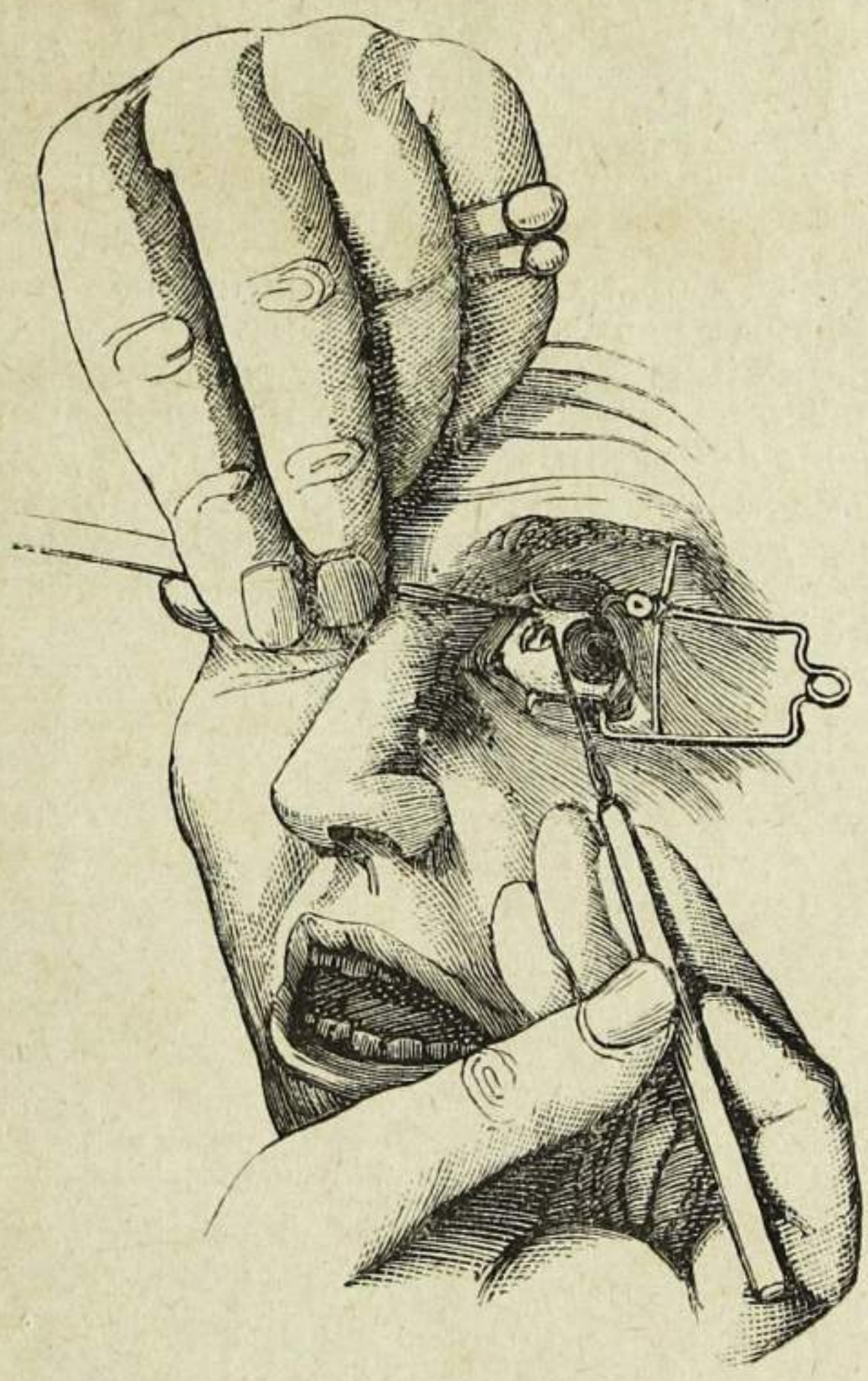
WALSHE (W. H.). Tratado clínico de las enfermedades de los pulmones y de sus anejos, por W. H. **Walshe**, miembro del real Colegio de Médicos de Lóndres, profesor de patología interna y de clínica en el Colegio-Universidad de Lóndres, médico consultor del Hospital de tísicos de Brompton. Traducido directamente de la cuarta edicion inglesa por Cárlos María Cortezo.—Madrid, 1881. Un tomo en 4.º En rústica 10 pesetas, en pasta 11,50.

WECKER (L. de). Cirugía ocular, lecciones tomadas por el doctor Maselon, revisadas por el profesor, con 82 grabados en el texto. Ver-

sion española de C. M. de Cortezo.—Madrid, 1879. Un tomo en 4.° En rústica 6,50 pesetas, en pasta 8 pesetas.

WECKER (L.). Terapéutica ocular, por **Wecker**. Lecciones recogidas y extractadas por el doctor Masselon, y revisadas por el profesor. Version española por Ramon Serret Comin, doctor en medicina y cirugía.—Madrid, 1881. Un tomo en 4.° con grabados en el texto. En rústica 13 pesetas, en pasta 14,50.

WECKER. Tratado teórico y práctico de las enfermedades de los ojos, por L. **Wecker**, doctor en medicina de las facultades de Würzbourg y de París, profesor de clínica oftalmológica, caballero de la Legion de Honor, Comendador de número de la orden de Cárlos III, mé-



dico oculista de la casa Eugenio Napoleon.—Obra premiada por la Facultad de Medicina de París (premio Chateauvillard).—*Segunda edicion*, revisada, corregida y aumentada con 10 planchas, por los artistas Donon y Kraus, y un gran número de figuras intercaladas en el texto; traducido al español y aumentado con más de un tomo de notas originales y un gran número de grabados, por el Dr. D. Francisco Delgado Jugo, antiguo jefe de la clínica Oftalmológica del doctor Desmarres, de París, médico oculista de la Beneficencia municipal de Madrid y profesor de oftalmología. — Madrid, 1870-71. Tres tomos en 8.° prolongado, ilustrados con 312 grabados intercalados en el texto y 10 láminas tiradas aparte. En rústica 40 pesetas, en pasta ó tela 44,50.

WECKER (M. de) y **MASSELON** (J.). Oftalmoscopia clínica, traducida por J. Real.—Paris, 1881. Un tomo en 8.º mayor con 40 fotografías fuera del texto. En tela, 12,50 pesetas.

YVAREN. De las metamórfosis de la sífilis. Investigaciones acerca del diagnóstico de las enfermedades que la sífilis puede simular y acerca de la sífilis en estado latente, por P. **Yvaren**, doctor en Medicina de la Facultad de París.—Obra precedida del informe que motivó en la Academia imperial de Medicina; traducida, anotada y adicionada por D. José Ametller y Viñas.—*Segunda edicion.*—Madrid, 1866. Un tomo en 4.º En rústica 9 pesetas, en pasta 10,50.

ZEISSL (H.). Tratado de las enfermedades venéreas y sifilíticas, por el profesor Dr. H. **Zeissl**, médico del departamento de sifilíticos del hospital Mayor de Viena; version española de C. M. Cortezo, redactor de *El Siglo Médico.* — Madrid, 1883. Un tomo en 8.º En rústica 15 pesetas, en pasta 16,50.

ZIEGLER. Tísis y tuberculosis.—Madrid, 1878.—Un folleto en 4.º Una peseta.

ZIMMERMANN. La Soledad, considerada en las causas de su desarrollo y de sus inconvenientes y ventajas con respecto á las pasiones, la imaginacion, la inteligencia y el corazon, por **Zimmermann**; precedida de una introduccion biográfico-bibliográfica del autor, por X. Marmier, y traducida de la última edicion por D. Pedro Espina y Martinez, médico de número del Hospital general de Madrid, condecorado con la gran cruz de primera clase de la órden civil de Beneficencia.—*Segunda edicion.*—Madrid, 1873. Un tomo en 8.º En rústica 2,50 pesetas, en pasta ó tela 3,50.

OBRAS EN PREPARACION

TRATADO

DE HIGIENE MILITAR

Por G. MORACHE

DIRECTOR DEL SERVICIO DE SANIDAD DEL 18.º CUERPO DEL EJÉRCITO, PROFESOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BURDEOS.

SEGUNDA EDICION, completamente reformada y puesta al nivel de los progresos de la higiene general y de los nuevos reglamentos del ejército.

Con 173 láminas intercaladas en el texto.

TRADUCIDA AL CASTELLANO

Por D. RAMON HERNANDEZ POGGIO

Inspector médico del Cuerpo de Sanidad militar.

TRATADO

DE LAS

MANIOBRAS DE AMBULANCIAS

Y DE LOS

CONOCIMIENTOS MILITARES PRACTICOS

PARA USO

De los médicos del ejército activo, de la reserva y territorial.

Por A. ROBERT

Médico principal, profesor agregado de Val-de-Grace, socio corresponsal de la Sociedad de Cirugía.

TRADUCIDO AL CASTELLANO

Por D. RAMON HERNANDEZ POGGIO

Inspector médico del Cuerpo de Sanidad militar.

Con 253 láminas intercaladas en el texto.

MANUAL

DE

MICROSCOPIA CLÍNICA

Microscopia legal, química clínica,

TECNICA BACTERIOSCOPICA

Por F. BIZZOZERO

Profesor de Patología en la Universidad de Turin,

y C. FIRKET

Ayudante de anatomía patológica en la Universidad de Liege

TRADUCCION DE LA SEGUNDA EDICION FRANCESA, AUMENTADA CON LAS NOTAS DE LA EDICION ALEMANA Y CON LOS ADELANTOS POSTERIORES Y HECHOS PROPIOS

Por E. MORESCO

Profesor auxiliar y clínico de la Facultad de Medicina de Cádiz, etc., etc.

Con grabados intercalados en el texto y láminas litografiadas.

LECCIONES DE TERAPÉUTICA

Por Jorge HAYEM

Profesor de terapéutica y materia médica de la Facultad de Medicina de Paris.

VERSION ESPAÑOLA

De F. GARCIA MOLINAS

Doctor en medicina y cirugia, médico de Beneficencia municipal, del Hospital del Niño Jesús, etc.

LAS GRANDES MEDICACIONES

LA GENERACION HUMANA

POR

G. J. WITKOWSKI

Doctor en medicina de la Facultad de Paris, oficial de la Academia, etc.

VERSION ESPAÑOLA DE LA SEXTA EDICION FRANCESA

Por el Dr. LUIS MARCO

Del claustro extraordinario de la Universidad central, alumno premiado por la Facultad de medicina de la misma, dos veces propuesto por oposicion para la cátedra de Higiene de la Facultad de Zaragoza, redactor en jefe de *La Higiene*, colaborador médico de *La Epoca*, individuo de la Asociacion de Escritores y Artistas espanoles, socio y secretario que fué de la seccion de Ciencias Naturales del Ateneo de Madrid, miembro de la sociedad francesa de Higiene, de honor del «Institut de Sauvetage de la Mediterranée»; individuo de varias sociedades cientificas y literarias españolas y extranjeras, oficial de Administracion civil, etc., etc.

INDICE

DE MATERIAS Y AUTORES DE ESTE CATÁLOGO

Acidos. *Douglas, Hogg.*
Acústica. Véase *Auscultacion.*
Afecciones cardiacas y renales. Véase *Corazon, Riñones.*
Afectos externos. Véase PATOLOGÍA EXTERNA.
Agua fria. Véase *Hidropatia.*
Aguas minerales. Véase *Hidropatia.*
Alienacion mental. *Fabre, Mata.*
Alimentos. DICCIONARIO DOMÉSTICO Véase *Falsificacion de los.*
Almanaque médico. AGENDA.
Ambliopia alcohólica. Véase *Ojos.*
Amputacion. Véase *Cirugia.*
Análisis quimica. *Hoppe Seyler.*
Anatomia general. *Cuyer, Van Kempen.*
Anatomia descriptiva. *Jamain, Sappey.*
Anatomia patológica. *Houel, Lancereaux.*
Anatomia quirúrgica. *Beraud, Creus.*
Antropologia. Véase *Fisiologia.*
Anuario de terapéutica. *Bouchardat.*
Anuario farmacéutico. *Dorvault.*
Anuario médico. AGENDA, ANUARIO.
Aorta. *Dujardin.*
Aparato respiratorio. Véase TRATADOS ESPECIALES.
Aparatos, apósitos, vendajes. Véase *Vendajes.*
Arsénicoterapia. *Masso Brut.*
Arte de recetar. FARMACOPEA, FORMULARIO.
Asistencia de los enfermos. HIGIENE.
Auscultacion. *Niemeyer, Skoda.* Véase *Percusion.*
Casados. Véase *Matrimonio.*
Ceguera. Véase *Ojos.*
Cerebro. *Grasset.*
Ciencias médicas. DICCIONARIO.
Cirugia (*Tratados generales de*). ANUARIO, *Burger*, DICCIONARIO, *Guerin, Saint-Germain.*
Cirugia clinica. *Paquet.*
Cirugia legal. *Mata.*
Cirugia ocular. *Wecker.*
Clinica médica. *Graves, Jaccoud, Peter, Tardieu.*
Clinica quirúrgica. *Creus* y *Manso, Jamain, Labbe, Trelat.* Véase *Cirugia.*
Clinica terapéutica. *Dujardin-Beaumetz.*
Codex. Véase *Farmacopea.*
Corazon *Dujardin, Forget, Friedreich,* TRATADOS ESPECIALES.
Creacion (*La*). *Quinet.*
Criollos. Véase *Higiene.*
Cristales graduados. Véase *Ojos, Anteojos.*
Cuerpo humano. *Cuyer.*
Cutáneas. Véase *Piel.*
Dermatosis. Véase *Piel.*
Diabetes. *Cyr.*
Diagnóstico médico. *Spilmann, Racle.*
Diátesis. *Gerdy.*
Diccionario. *Bouchut,* DICCIONARIO.
Digital purpúrea. *Fagart.*
Distocia. Véase *Partos.*
Dosimetria. Véase *Medicina dosimétrica.*
Drogas. Véase *Farmacia. Guibourt.*
Economia doméstica. DICCIONARIO de Cortés.
Electricidad médica. *Bardet.*
Enfermedades externas. Véase PATOLOGÍA EXTERNA.
Enfermedades generales. *Gerdy.*
Enfermedades mentales. *Lagardelle, Morel* Véase *Alienacion, Locura.*
Enfermedades venéreas y sifiliticas. Véase *Venéreo, Sífilis.*
Enfermedades de mujeres, del corazon, estómago, sistema nervioso, de la boca, laringe, vias digestivas y urinarias, de los ninos, de los órganos respiratorios, etc., etc. Véase el titulo que se desea.
Envenenamientos. *Mata.* Véase *Quimica médica, Toxicologia, Venenos.*
Epilépsia. Véase *Corazon, Gota, Nervios,* etc.
Escorbuto. ANUARIO DE TERAPÉUTICA, *Bouchardat, Camps.*
Escrofulosa. TRATADOS ESPECIALES.
Esterilidad. *Roubaud.*
Estómago. *Bayard, Brinton, Lischteim.*
Estrabismo. Véase *Ojos.*
Falsificacion de las drogas. *Chevalier.*
Falsificaciones de los alimentos. Véase *Quimica.*
Farmacia. ANUARIO, *Bouchardat, Chiarlone, Dorvault y Pontes, Guibourt, Medicamentos, Productos.* Véase *Falsificaciones, Historia.*
Farmacopea francesa. CODEX, *Gubler.*
Farmacopeas. CODEX, *Código, Dorvault y Pontes, Farmacopea, Formulario.*
Filosofia de la quimica. *Mata.*
Filosofia médica. *Zimmermann.* Véase *Higiene del alma, Historia.*
Fisiologia. *Beclard, Hoppe-Seyler, Valera de Montes.*
Fisiologia é higiene. Véase *Higiene.*
Fisiologia humana. *Beclard.*
Formularios. ANUARIO, *Bouchardat, Dorvault y Pontes, Farmacopeas.*
Fuentes minero-medicinales. Véase *Aguas, Hidrologia.*
Gimnasia. *Schreber.*
Ginecologia. Véase *Partos.*
Glucosuria. *Cyr.*
Heridas. *Ranke.*
Herpes. Véase *Piel.*
Hidrologia. *Berzosa.*
Hidropatia. *Beni-Barde.*
Hidroterapia. *Beni-Barde.*
Higado. *Dujardin-Beaumetz, Budd, Frerichs.*
Higiene. ANUARIO, *Bouchardat,* DICCIONARIO DOMÉSTICO.
Higiene alimenticia de los enfermos. *Dujardin-Beaumetz.*
Higiene del alma. Véase *Filosofia médica.*
Higiene del banista. *Higiene doméstica, Soraine.*
Higiene de la mujer. *Nacar.*
Higiene de la vista. *Magne.*

Higiene de los niños. *Higiene, Niños, Salud, Seraine.*
Higiene popular. MANUAL.
Higiene privada y pública. *Becquerel,* MONITOR.
Higiene terapéutica. *Dujardin-Beaumetz, Rives.*
Honestidad. *Tardieu.*
Hospitales civiles. Véase FORMULARIO.
Impotencia. *Roubaud.* Véase VIRILIDAD.
Infeccion. *Griessinger.* Véase *Fiebres.*
Intestinos. *Dujardin.*
Intoxicacion paludiana. Véase *Fiebres, Venenos.*
Inyecciones subcutáneas. *Luton.*
Lactancia. Véase *Madres, Higiene de los niños.*
Legislacion médico-quirúrgica. *Dorvault.* Véase MEDICINA Y CIRUGIA LEGAL.
Madres. *Seraine, Salud.* Véase *Higiene de los niños.*
Magnetismo é hipnotismo. *Cullerre.*
Materia médica. ANUARIO, *Bouchardat, Hussemann.*
Matrimonio. *Seraine.*
Medicacion diurética. *Laure.*
Medicamentos nuevos. ANUARIO, *Bouchardat, Loebich, Dujardin-Beaumetz.*
Medicamentos simples. *Trousseau.*
Medicina (*Tratados generales, Nosografía, Nosología*). AGENDA, ANUARIO, *Bossu, Corlieu,* MANUAL, *Medicina, Memorias.* Véase DICCIONARIO.
Medicina doméstica. *Manual, Salud (La),* DICCIONARIO.
Medicina legal. *Mata, Tardieu.*
Medicina operatoria. Véase *Cirugía.*
Medicina popular. Véase *Medicina doméstica.*
Medicina práctica. *Medicina.*
Menstruacion. Véase *Mujeres.*
Metrorragias. *Rheinstaedter, Microbios, Schmitt.*
Mielomas. Véase *Tumores.*
Mujeres (*Enfermedades de las*). *Barnes, Higiene, Scanzoni.*
Museo (CATÁLOGO).
Nervios. *Bouchut, Fabre, Rosenthal.*
Ninos (*Enfermedades de los*). *Bouchut, Descroizilles, Rilliet, Saint-Germain, Steiner, Vogel.*
Ninos (*Educacion y crianza de los*). *Salud, Seraine.*
Obstetricia. Véase *Partos.*
Oftalmía. Véase *Ojos.*
Oftalmologia. Véase *Ojos.*
Oftalmoscopia. *Liebreich, Wecker.* Véase *Ojos.*
Oidos. *Bonnafont, Politzer.* Véase *Sordera.*
Ojos. *Liebreich y Delgado, Magne, Meyer, Raphael y Fischer, Wecker y Delgado, Nettleship.*
Oncologia ó Tratado de los tumores. Véase *Tumores.*
Onanismo. VIRILIDAD. Véase *Impotencia.*
Operaciones. Véase *Cirugía, Farmacia, Obstetricia.*
Organos de la generacion. *Delfau.* Véase *Mujeres.*
Organos respiratorios. *Descroizilles.*
Pantomima. Véase *Física médica.*
Parálisis. *Lionet.*
Parasitismo. *Bonis.*
Partos. *Nœgele, Playfair, Scanzoni.* Véase *Distocia, Mujeres, Menstruacion, Preñez.*
Patologia general. *Uhle y Wagner, Wagner.*
Patologia externa. *Follin y S. Duplay, Hopper-Seyler, Jamain.*
Patologia interna ó Patologia médica. *Frerichs, Gintrac, Jaccoud, Monneret, Niemeyer, Tardieu.*
Patología quirúrgica. *Jamain, Nélaton.*
Pecho. Véase *Tisis.*
Percusion. *Niemeyer, Skoda.* Véase *Auscultacion.*
Periódicos médicos. AGENDA, ANUARIO.
Piel (*Enfermedades de la*). *Neumann,* TRATADOS ESPECIALES. Véase *Dermatología, Herpes, Viruelas.*
Plantas medicinales. Véase *Botánica.*
Pleura. *Dujardin.*
Preñez. Véase *Higiene de la mujer, Menstruacion, Mujeres, Partos.*
Preservativo personal. Véase *Organos de la generacion.*
Productos quimicos-farmacéuticos. Véase *Farmacia, Química.*
Pulmones. *Dujardin, Walshe.* Véase *Alteracion de los, Tisis.*
Quimica inorgánica general. *Saez y Palacios.*
Quimica médica. *Bouchardat,* Véase *Envenenamiento, Venenos, Falsificacion.*
Quimica patológica y orgánica. *Becquerel.*
Recto. *Allingham.*
Rinones. *Dujardin-Beaumetz, Rosenstein, Bartels.*
Salud. Véase *Higiene.*
Sangre. TRATADOS ESPECIALES.
Sarna y su tratamiento. Véase *Piel.*
Sifilis. *Ivaren, Sífilis, Zeissl.* Véase *Venéreo, Venéreas.*
Sistemas médicos. Véase *Filosofía médica.*
Soledad. *Zimmermann.*
Somnambulismo provocado. *Beaunis.*
Sordera. Véase *Oidos.*
Subsistencias. *Tardieu.*
Sueño. Véase *Magnetismo.*
Sustancias alimenticias. *Chevalier.* Véase *Falsificaciones.*
Tarifa farmacéutica. *Dorvault y Pontes.*
Terapéutica. ANUARIO, *Bouchardat, Gubler, Husemann, Trousseau.* Véase *Materia médica,*
Terapeutica aplicada. *Fonsagrives.*
Terapéutica general. *Fonsagrives.*
Terapéutica ocular. *Wecker.*
Tesoro de las familias. DICCIONARIO DOMÉSTICO.
Tisis. *Pascal, Pidoux, Ziegler.*
Tisis pulmonar. *Lebert.*
Tocología. Véase *Partos.*
Toxicología. *Mata.* Véase *Farmacia, Venenos.*
Transfusion de la sangre. *Jullien.*
Tuberculosis. *Ziegler.* Véase *Tisis.*
Ulceras simples. *Obled.*
Uretra. *Guyon.*
Utero. *Roberd Obled,*
Vacuna. *Verde Delisle.*
Vejiga urinaria. Véase *Cálculos.*
Vendajes. *Mendez Alvaro, Nieto.*
Venéreas (*Enfermedades*). *Belhomme.* TRATADOS ESPECIALES, *Yvaren, Zeissl.* Véase *Enfermedades venéreas, Sifilis.*
Vias urinarias. *Delfau, Guyon, Paquet, Thompson.*
Virilidad. *Curtis, Roubaud.* Véase *Impotencia.*
Vista. Véase *Ojos.*

ATENCION!
ESTE LIBRO ESTA PROTEGIDO
EVITESE MOLESTIAS