

WP
PI34t
1896

Pagenstecher (G.)
OPERACIONES VAGINALES

PRACTICADAS EN .

SAN LUIS POTOSI

DE FEBRERO DE 1895 A MARZO DE 1896.

ESTUDIO CRITICO PRESENTADO

A LA

SOCIEDAD MEDICA "PEDRO ESCOBEDO"

POR EL

Dr. G. Pagenstecher

Miembro correspondiente de la Academia de Medicina de México.

Miembro de la Sociedad Ginecológica de Leipzig.

Miembro de la Sociedad de Ginecólogos Alemanes.



San Luis Potosi.

Imprenta Litografía, Encuadernación y Librería de M. Esquivel y Ca.

1896.

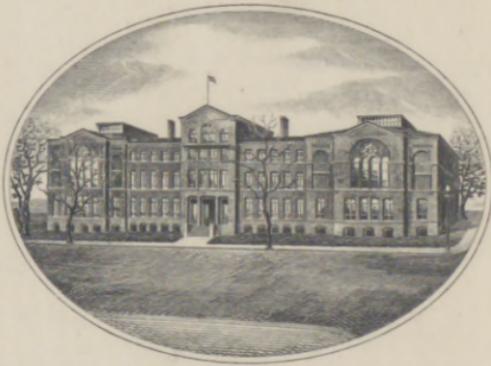
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE



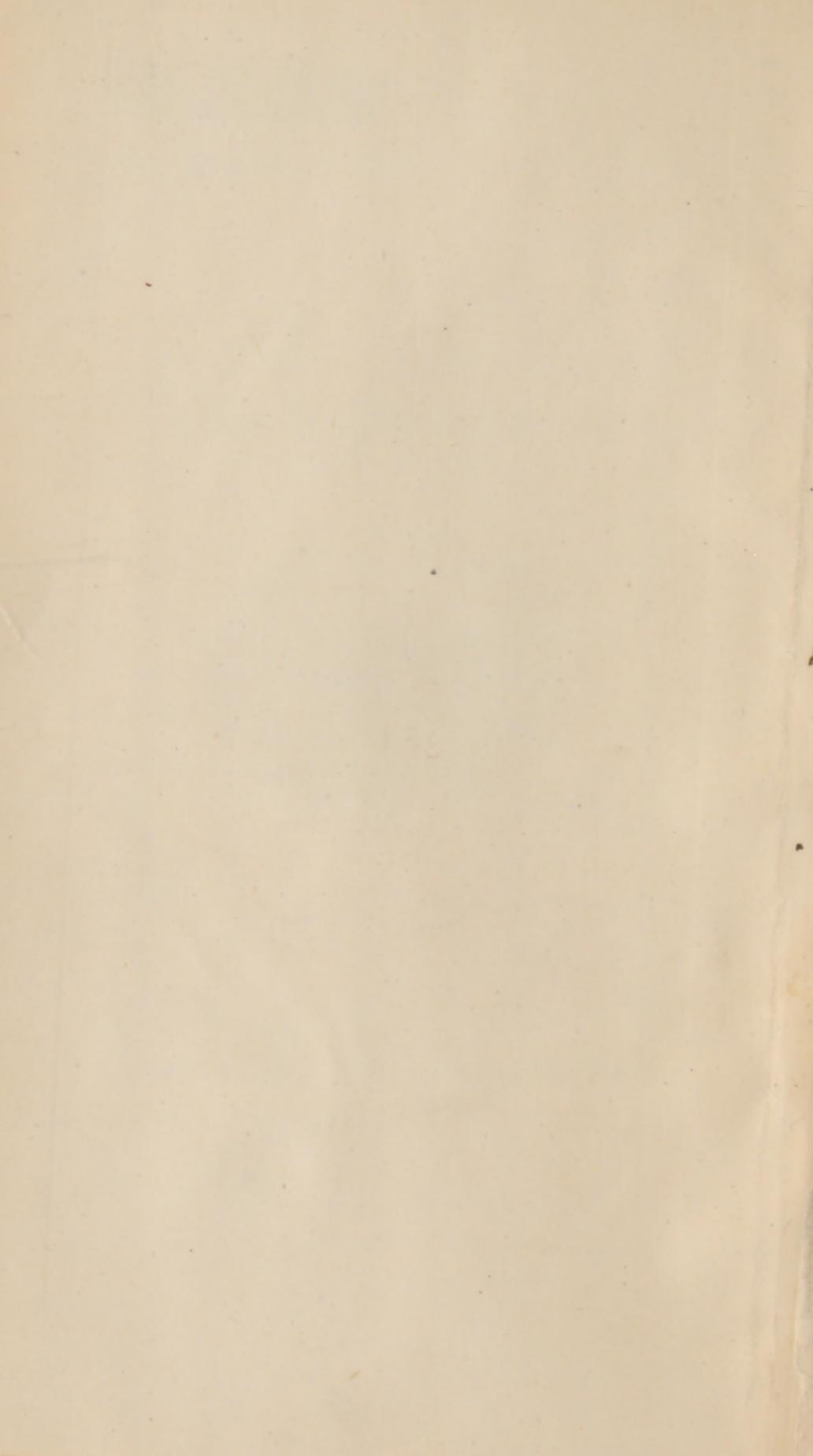
NLM 00554655 0

ARMY MEDICAL LIBRARY

FOUNDED 1836



WASHINGTON, D.C.



66360
mar

Treinta Operaciones Vaginales

PRACTICADAS EN

SAN LUIS POTOSI

DE FEBRERO DE 1895 A MARZO DE 1896.

ESTUDIO CRITICO PRESENTADO

A LA

SOCIEDAD MEDICA "PEDRO ESCOBEDO"

POR EL

Dr. G. Pagenstecher

Miembro corresponsal de la Academia de Medicina de México,
Miembro de la Sociedad Ginecológica de Lepzig,
Miembro de la Sociedad de Ginecólogos Alemanes.



San Luis Potosi.

Imprenta, Litografía, Encuadernación y Librería de M. Esquivel y Ca.

1896.



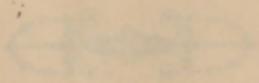
SAN LUIS POTOSÍ

EL SEPTIEMBRE DE 1896 A MARZO DE 1896

ESTUDIO CRÍTICO PRESENTADO

SOCIEDAD MEDICA PEDRO ESCOBEDO

WP
P134t
1896



SAN LUIS POTOSÍ

1896

AL DECANO

DE LOS CIRUJANOS MEXICANOS

Sr. Dr. D. Rafael Lavista

COMO HUMILDE PRUEBA

DE MI SINCERA ADMIRACION.

A MIS AMIGOS Y ASIDUOS COLABORADORES

EN EL

“CONSULTORIO GRATUITO PARA ENFERMAS DE LA CINTURA”

LOS SEÑORES DOCTORES

D. Manuel I. Estrada,
„ Horacio Azeta.
„ C. W. Westmoreland.
„ Esteban Campos.

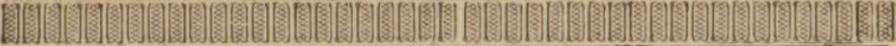
A LOS SEÑORES DOCTORES

D. Ignacio Alvarado

Y

D. Antonio Sosa

como señal de gratitud por la protección que han impartido
al referido establecimiento.



TREINTA OPERACIONES VAGINALES

PRACTICADAS EN

SAN LUIS POTOSI

DE FEBRERO DE 1895 A MARZO DE 1896. (1)

PARTE I.

CAPITULO PRIMERO.

El empleo de la vía vaginal para la curación de las enfermedades de los órganos internos de la mujer es casi tan antiguo como la humanidad misma: en efecto nada parece más natural que la tendencia razonada de valerse de los conductos fisiológicos para aplicar directamente á las partes enfermas el remedio correspondiente: polvos, lavatorios, hierbas, medicamentos, etc. Con el fin de curar los prolapsus genitales vemos usarse ya en la antigüedad los *pesarios* (de la palabra griega *peossos*, una especie de disco metálico), los que ejercían un efecto mecánico á la vez que tera-

(1). Hago caso omiso de las seis operaciones abdominales que hice en el curso del mismo período [3 ovariectomías, 2 histerectomías y 1 ventrifijación] por reservarme á hablar de ellas en otra ocasión.

péutico, pues se componían por regla general de substancias vegetales astringentes, destinadas ya sea á cauterizar el cuello uterino ulcerado, ya sea á tonificar las paredes vaginales distendidas.

Pero los antiguos no se limitaban tan sólo á introducir á ciegas los medicamentos en el interior de la vagina, sino que procuraban también indagar con la vista las alteraciones patológicas de los órganos internos: prueba de ello es el espejo bivalvo inventado por Pablo de Egina y el espejo trivalvo llamado "El Pompeyano" [véase lámina 1.^a fig. 1] por haber sido encontrado debajo de la lava que sepultó á la ciudad de Pompeya. Hay, pues, que admitir que fueron conocidos y empleados ya por los antiguos los espejos vaginales, como se desprende en efecto de los escritos de Galeno, Sorano, Abulkasem, Paracelsus, Scultetus, etc; sin embargo se debe considerar como un mérito indiscutible de Récamier el haber vuelto á descubrir á principios del siglo por segunda vez —por decirlo así— el espejo vaginal y con él la inspección ocular de los órganos internos de la mujer, pues éste modo de proceder había caído con el curso del tiempo en un olvido tan completo como inmerecido. Pero el paso más importante para la generalización del uso del espejo vaginal lo dió en 1845 el célebre ginecólogo americano Marión Sims cuando al examinar á una enferma colocada en posición genupectoral le introdujo por una mera casualidad aire atmosférico en la vagina: bajo la presión atmosférica se distendió inopinadamente ante los ojos del admirado espectador aquel conducto de una manera nunca sospechada, presentándose así en todos sus detalles á la vista del examinador. Con este descubrimiento de Sims adquirieron las intervenciones vaginales el derecho de existencia, y de esta época datan los principios de la ginecología moderna; pues ya se había adquirido la manera de hacer accesible á la vista la vagina con sus recesus y repliegues.

En este sentido debo conceder la razón á Segond cuando opina [1] que es más bien un chiste picante

(1). *Congrès international de Bruxelles 1892* pág 59: *Il est en effet très littéraire peut être mais parfaitement inexact de répéter*

que una verdad científica cuando algunos cirujanos se empeñan todavía hoy día en hablar con un respeto cómico de las "profundidades insondeables de la vagina;" creo, como él, que para quien sepa usar propiamente los medios adecuados de que dispone en la actualidad la ciencia, no hay lugar en la vagina que no pudiera hacerse accesible á la vista. Más aún, extendiendo todavía lo que Segond exige únicamente para la histerectomía vaginal, diré con convicción que *ninguna operación vaginal, por sencilla que fuera, debería de practicarse á no ser que se ejecute bajo la vigilancia constante de los ojos* (2)

CAPITULO SEGUNDO.

DE LA DESINFECCIÓN DE LA VULVA Y VAGINA.

Los estudios muy minuciosos de *Döderlein*, (3) *Winter*, (4) *Walthard* (5) y otros, han dejado suficientemente comprobado el hecho de que en la mujer sana la cavidad del cuerpo uterino propiamente dicho debe, por regla general, considerarse como aséptico, es decir libre de gérmenes infecciosos, mientras que la cavidad cervical, ante todo en casos de ruptura del cuello, ya contiene con frecuencia microorganismos de distintas clases: en cambio pierde la vagina su asepticidad congénita casi inmediatamente después de nacida la niña, y en lo sucesivo se desarrollan en ella multitud de microbios de los más inofensivos hasta los más virulentos. Concluyentes son á ese respecto las observaciones he-

avec Pozzi que le vagin est un gouffre au fond duquel l'oeil humain ne plonge jamais: ne rien faire sans y voir est au contraire la règle première de toute hysterectomie bien conduite.

(2). Hago sin embargo una excepción única á favor de la punción de tumores ó colecciones adheridas á las paredes vaginales: para éstos casos admito la conveniencia de puncionar bajo solo la guía del dedo, teniendo especial cuidado de hacerse fijar el tumor por la mano de un asistente colocada sobre el vientre de la enferma.

(3). DODERLEIN, *das Scheidensecret u. seine Bedeutung*.

(4). WINTER, *Centralblatt f. Gyn.* 1895 pág. 508.

(5). WALTHARD, *Arch f. Gyn. Bd.* 38 pág. 201.

chas por el médico ruso *Stroganoff*. (1) asistente de la Clínica obstétrica de San Petersburgo, quien con todas las precauciones del caso examinó los secretos vaginales de 43 niñas recién nacidas con los resultados siguientes:

14 niñas fueron examinadas inmediatamente después de nacidas, encontrándose en 9 de ellas la asepticidad más completa de la vagina [2].

29 niñas fueron examinadas más ó menos tiempo después de nacidas, variando éste de 20 minutos hasta 8 días, y se encontraron en todas ellas microbios de distintas clases, y en tanto mayor número cuanto más tiempo se había dejado pasar antes de proceder al examen bacteriológico.

Es preciso, pues, que el ginecólogo se acostumbre á considerar la vagina aún de la mujer más sana, con mayor razón de la mujer contagiada, como un foco permanente de infección, el cual es menester desinfectar con toda escrupulosidad antes de arriesgarse á la más mínima intervención quirúrgica, so pena de exponerla á infecciones secundarias á veces mortales: que esas no son exageraciones más, lo prueban los casos de muerte que en tiempos pre-antisépticos ocurrían muy á menudo, á consecuencia de operaciones vaginales en sí absolutamente insignificantes como la raspa, la simple discisión del cuello y la dilatación de la cavidad uterina.

Siendo por consecuencia la desinfección de la vulva y vagina la condición *sine qua non* del éxito en toda operación vaginal, creo de oportunidad señalar á grandes rasgos las fases más importantes de ella.

A no ser que se trate de una intervención del todo insignificante, creo de urgente necesidad rasurar la vulva y el ano, pues únicamente así puede uno tener la seguridad de una antisepsia completa, y con tal que no se cometa la torpeza de andar consultando con sus enfermas si se dejarán ó no rasurar, no se tropieza con ninguna dificultad á ese respecto: ante el hecho con-

(1). STROGANOFF, *Monats Schrift f. Geb.* Bd. II pág. 365.

[2]. Las circunstancias favorables que sin duda contribuyeron á la infección de la vagina de las 5 niñas restantes, durante su paso por la vagina materna, fueron posiciones pélvicas y partos prolongados.

sumado todas mis operadas hasta la fecha se han inclinado sin murmurar siquiera. Mi modo de proceder es generalmente el siguiente: purgada que esté la enferma en vísperas de operarse, le receto un baño de asiento caliente para el día mismo de la operación recomendándole muy particularmente se enjabone por repetidas veces la vulva y vagina, con el fin de procurar el aseo más perfecto. Estando ya la enferma bajo el cloroformo le rasuro cuidadosamente las partes y vuelvo á lavarle enérgicamente con agua caliente y jabon alcalino vulva, ano y cara interior de los muslos, hecho lo cual introduzco el dedo índice envuelto en un pedazo de gasa esterilizada al interior de la vagina, y frote con energía la pared vaginal en toda su extensión. Una inyección vaginal con una solución de lisol al 2 p 8 concluye en casos ordinarios la desinfección del campo operatorio [1].

Por demás me parece agregar que antes de proceder á la desinfección vulvar y vaginal, desinfecto primero mis manos, conforme al procedimiento que más abajo señalaré.

Tratándose de operaciones perineales suelo tener una pequeña precaución más, de la cual depende á veces el éxito: con el fin de evitar una contaminación de la herida con materias fecales, ya sea durante la operación, ya sea inmediatamente después, acostumbro introducir en el recto, previamente vaciado por una lavativa, una bola grande de algodón á guisa de tapón obturador, haciendo á la vez una irrigación rectal con lisol y retacando finalmente con gasa yodoformada el recto á partir del ano hasta el tapón. Concluida que esté la operación perineal, protejo la herida con una capa de colodión yodoformado la que antes de las 48 horas raras veces se desprende, época en que generalmente ya está garantizada la cicatrización por primera intención.

(1). Prefiero para las inyecciones vaginales el lisol á todo otro antiséptico por consevar la lubricidad de los tejidos vaginales, mientras que el sublimado tiene la propiedad, á veces muy desagradable, de hacer rugosa la mucosa vaginal, lo cual no carece de inconvenientes en vaginas de por sí angostas y resistentes.

Más minuciosa todavía debe ser la antisepsia vaginal cuando se trata de operaciones de mayor importancia, v. g. cuando en el curso de ella se tiene que abrir la cavidad peritoneal. He visto á ciertos operadores de fama, como Bouilly de París, tratar á la mucosa vaginal como si formára parte del tegumento externo, tallándola enérgicamente por medio de cepillitos con alcohol y sublimado antes de abrir el peritoneo. — Pero confieso que *no soy partidario de la desinfección vaginal rápida* por temor de que en algún pliegue de la mucosa queden escondidas colonias de microbios que en lo sucesivo pudieran hacer peligrar la enferma.

Prefiero la desinfección en dos tiempos, mecánica á la vez que química; tal como la ha ideado el célebre ginecólogo berlinés Martin: 24 horas antes de la operación se hace una primera desinfección tal como ya la tengo descrita, y en seguida se retaca la vagina *ad maximum* con gasa esterilizada é impregnada con una solución de sublimado al milésimo. El objeto de este empaque vaginal es doble:

1º Extender mecánicamente todos los pliegues de la vagina poniéndolos en contacto íntimo con la solución desinfectante.

2º Provocar por maceración una descamación de la capa superficial del epitelio vaginal, lugar en que están anidados los microbios patógenos.

Inmediatamente antes de la operación se procede á una última desinfección con agua y jabón, frotando enérgicamente con el dedo envuelto en gaza esterilizada las paredes vaginales, desprendiendo así con facilidad los epitelios macerados; finalmente se hace una inyección antiséptica de la vagina.

Con el fin de desinfectar también la cavidad uterina, v. g. en casos de catarros uterinos infecciosos, antes de abrir la peritoneal, principio la operación con una raspa del endometrio, seguida de un lavatorio intrauterino aun en casos en que se va á proceder á la extirpación del órgano, pues, el objeto no es el de beneficiar á la mucosa, sino el de prevenir una causa más de infección.

Tratándose de una histerectomía por cancer del cuello, hay ciertas precauciones ineludibles para evitar una

infección con materias cancerosas, á lo menos hasta donde sea posible—ya que las experiencias y estudios de Winter (1) han puesto fuera de duda que las celdillas cancerosas, puestas en contacto con superficies cruentas, son capaces de transmitir el mal por inoculación directa. Dos ó tres días antes de la operación definitiva se debe cauterizar con el Paquelin calentado al rojo oscuro toda la superficie cancerosa, con el fin de destruir hasta cierta profundidad tanto las celdillas específicas como los microbios patógenos, hecho lo cual se lava la vagina con una solución de permanganato al 1 por mil y se retaca con gaza yodoformada. Antes de proceder á la operación se practicará por segunda vez la desinfección de costumbre.

Con el fin de mencionar todos los focos de infección en que el operador tiene que fijarse para asegurar su éxito, señalaré por último la uretra, los orificios de las glándulas Bartolinianas y los canalículos para-uretrales de Skene, cuyos conductos muy á menudo están infectados con gonococcos, estafilococcos y estreptococcos: se tendrá, pues, antes de proceder á una operación vaginal especial cuidado de eliminar en casos sospechosos una infección posible, exprimiendo al efecto el contenido patológico de estos conductos y desinfectando minuciosamente los orificios correspondientes.

Al concluir este capítulo, dedicado á la antisepsia en su aplicación á la bulva y vagina, no puedo menos de mencionar en breves palabras las importantes investigaciones hechas últimamente por dos autores alemanes, el profesor Ahlfeld (2) y el Sr. Potén (3). Con el fin de poner en claro cuál es el mejor método para desinfectar las manos del cirujano, emprendieron los mencionados médicos, independientemente uno del otro, una serie de experiencias (Ahlfeld 122, y Potén 104) cuyos resultados uniformes fueron los siguientes:

1º Las manos con el epidermis liso y suave son más fáciles de desinfectarse que aquellas que son rugosas y callosas: de ahí la prescripción práctica para el ciru-

(1). WINTER, *Über Recidive des Uteruskrebses*.

(2). AHLFELD, *Monats Schrift f. Gyn Bd. I* pág. 262.

(3). POTÉN, *Monats Schrift f. Gyn Bd. II*, pág. 90.

jano de cuidar sus manos como si fuera dama, usando con frecuencia la glicerina para suavizarlas.

2º *La palma y el dorso de las manos, lo mismo que los dedos, se desinfectan con bastante facilidad, mientras que se necesita mucho empeño para desinfectar la matriz de las uñas y los huecos subunguales:* por consiguiente, tiene el cirujano que fijar muy particularmente su atención en estos focos de infección.

3º El agua caliente y jabón, por enérgico que sea el uso del cepillo, no bastan para desinfectar la mano, pero si son de utilidad inconcusa para preparar el terreno á recibir los antisépticos químicos, esponjando la epidermis.

4º *El uso del sublimado al milésimo presta muchas menos garantías de lo que generalmente se cree, pues más de la mitad de los individuos así desinfectados tenían por bajo de las uñas cantidades notables de micrococcus.*

5º *El alcohol de 70º arriba tiene como desinfectante una supremacía indiscutible sobre el sublimado, pues casi la totalidad de las manos así desinfectadas resultaron completamente estériles (56 entre 60).*

6º Cuando se lavan y cepillan la víspera las manos y uñas con alcohol, resultan al día siguiente microbios en mucho menor número que cuando no se ha tomado ésta medida: por consecuencia se debe admitir que la acción del alcohol no se limita tan solo á matar los microbios en el momento de su aplicación, sino que se prolonga todavía horas después.

Basándome sobre éstas modernas experiencias he adoptado en mi práctica las siguientes reglas para la desinfección subjetiva:

1º Después de haberse cortado las uñas y limpiado especialmente la matriz de la uña y el hueco subungual, se cepillan la mano y las uñas durante dos minutos con agua caliente y jabón alcalino, ó con jabón corriente y agua alcalina [2 gr. carbonato de sosa por litro].

2º Se cepillan durante 2 minutos las manos y las uñas con una solución caliente de sublimado al 1 por mil, después de haber quitado previamente los últimos restos del jabón, por precipitarse el sublimado puesto en contacto con él.

3º Se cepillan (1) durante 3 minutos las manos y las uñas con alcohol de 70º.

4º Después de desinfectadas las manos se dejan secar al aire ó se secan en toallas previamente esterilizadas al vapor.

CAPITULO TERCERO.

DE LA MANERA DE HACER VISIBLE LA VAGINA EN TODAS SUS PARTES.

Preparados que estén del modo minucioso que acabo de describir, tanto las manos del cirujano como el campo operatorio, surge un problema á veces de difícilísima solución, de la cual sin embargo depende en gran parte la seguridad y el éxito de la operación: el hacer visible todo punto interesante en la vagina.

Tratándose de amputaciones del cuello metrítico, de la operación de Emmet por rupturas cervicales, de vaginoy retro-fijaciones del útero, de colporafias anteriores y posteriores, suele el campo operatorio descubrirse por sí sólo, por decirlo así, pues la mayoría de las enfermas que dan las indicaciones para las referidas operaciones son desde luego mujeres paridas, con una vagina más ó menos amplia, y con un perineo relativamente relajado y á veces hasta rupturado: cualquiera que sea el espejo que se use dará buenos resultados.

Más difícil es ya la inspección vaginal cuando se trata de discisiones del cuello en nulíparas, con sus vaginas relativamente angostas: sin embargo, no son tales las dificultades que pudieran influir sobre la marcha de la operación: basta emplear espejos angostos y estirar el útero hasta la vulva para poder trabajar con toda comodidad.

(1). NOTAS:—A. Los cepillos se hierven, antes de usarlos, durante 5 minutos en agua alcalina al 2 p ∞ ;

B. El agua que se usa será hervida.

C. Las bandejas, que serán esmaltadas, se limpian con un algodón empapado con alcohol, el cual finalmente se enciende hasta consumirse.

Pero en donde son verdaderamente grandes las dificultades, y á veces invencibles—á lo menos al parecer—es en aquellos casos de supuraciones pélvicas y miomas uterinos que se observan en vírgenes nulíparas; en estas ocasiones es cuando se necesita dominar hasta la perfección las manipulaciones que tienden á hacer accesible á la vista todo punto interesante de la vagina, pues, para repetir las palabras de Segond, *“ne rien faire sans y voir est la règle première de toute histerec-tomie bien conduite.”*

La primera operación que se me presentó al establecerme en San Luis Potosí, fué uno de estos casos en que todas las circunstancias parecían haberse conjurado para dificultar á mas no poder una intervención vaginal.

Se trataba de una anciana de 64 años de edad [observación *XXVII*], soltera y virgen, que tenía en la pequeña pelvis un tumor supurado y reventado por la vagina, del tamaño de la cabeza de un feto de 7 meses, colocado entre el útero y la vejiga, y causando sufrimientos tan extraordinarios que la enferma pedía á gritos una operación. El himen estaba intacto, la vagina tan estrecha que con dificultad penetraba el índice, no cabían espejos de ningún género, aún los cilíndricos del más pequeño calibre en esta vagina senil (1). Del otro lado no me podía resolver á escoger la vía abdominal, por temor á una infección séptica, dada la existencia de un foco purulento comunicado con la vagina. Me decidí, pues, en principio, por la vía vaginal y empecé á dilatar sucesivamente el conducto con taponamientos, colpeurinter, inyecciones calientes, dilatadores vaginales graduados, etc.; el resultado fué casi nulo, y, á decir verdad, por culpa de la misma enferma, quien despues de algunos días se rehusaba categóricamente á seguir el tratamiento preparatorio, pues tan crueles dolencias le ocasionaba que llegó una vez á desmayarse por la intensidad del dolor.

(1). Para colmo de mi perplejidad supe, momentos antes de la operación, que uno de nuestros ginecólogos afamados de la capital, quien la había visitado durante el Congreso Médico celebrado en ésta ciudad, había rehusado la operación vaginal por impracticable.

Al fin de algunas semanas me ví obligado, por la situación verdaderamente lastimosa de la enferma, á intervenir de cualquier manera por la vía vaginal, á pesar de las dificultades que presentaba, y las que absolutamente no desconocía; habiéndome formado el juicio de que se trataba sea de un absceso pélvico retrovesical, ó sea de un quiste dermoide supurado y enclavado entre útero y vejiga, me propuse abrir ampliamente con el bisturí el fondo de saco anterior, y profundizar hasta llegar al tumor, siguiendo las prescripciones de Laro-yenne y Landau combinadas.

Si bien es verdad que de antemano contaba con ciertas dificultades técnicas, debo confesar que ni lejanamente me las había imaginado tan grandes como se presentaron en la realidad. Desde luego tuve que abandonar la esperanza que tenía, de poder introducir con ayuda del cloroformo algún espejo á través del introito vaginal relajado por la narcosis. En segundo lugar, tuve verdaderas dificultades para agarrar bajo solo la guía del dedo con unas pinzas de Museux el cuello minúsculo del útero, que apenas hacía irrupción en la bóveda vaginal: encontrándose la matriz rechazada hácia atrás y arriba, alcancé á duras penas el fondo de saco vaginal con los dedos.

Después de batallar por más de 10 minutos, avancé el cuello uterino y traté de atraerlo hasta la vulva, pero fué en vano, por motivos que más abajo veremos. Acudí en mi desesperación á unos separadores improvisados, introduciendo al efecto á ambos lados de la vagina los mangos de unos porta-esponjas que en algo me facilitaron la vista de lo que iba á hacer, y al fin y al cabo, pude con dificultades mil hacer una incisión transversal en el fondo de saco vaginal anterior de cerca de 2 cm., por la cual introduje el dedo; después de esfuerzos inauditos logré separar la vejiga de la pared anterior del cuello uterino hasta llegar finalmente al tumor. Habiendo dado un resultado negativo la punción con un trocar grueso, introduje nuevamente bajo solo la guía del dedo un bisturí en la parte prominente del tumor, haciendo una amplia incisión, la que dió salida á una buena cantidad de pus. El índice introducido en la cavidad encontró múltiples nódulos de distintos tamaños, adheridos á la pared del neoplasma: se trataba,

pues, de una mioma, que partía de la pared anterior del cuello uterino, y que estaba reblandecido en su centro por supuración secundaria.

Pensar en hacer en estas circunstancias el “morcellement” ó la histerectomía era un disparate, pues tanto la operada como el operador se encontraban ya exhaustos: la operación había durado hora y media, y al seguir con un nuevo traumatismo era de temerse un fracaso.

Me decidí, pues, á dejar incompleta la operación, limitándome á hacer una raspa enérgica del interior del tumor y procurando una canalización completa del foco por medio de dos tubos gruesos de caucho atravesados en una extremidad por un tercero.

He relatado con todos sus pormenores ésta mi primera operación en San Luis, para hacer resaltar con más claridad las innumerables dificultades con que tiene que tropezar el operador que no sabe prepararse su campo operatorio, dificultades que llegaron en el caso presente al grado de tener yo que conformarme con una operación incompleta.

Estos resultados tan poco satisfactorios, debidos en su mayor parte á la ineficacia de la dilatación progresiva, recomendada por mi amigo el Dr. Pichevin de París, (1) me hizo inclinarme para casos análogos á las incisiones profundas de la vagina, empleadas ya en 1824 por el afamado partero alemán Siebold, y nuevamente recomendadas por el ginecólogo berlinés Dührsen.

En 25 de Mayo 1895—es decir tres meses después de la primera operación incompleta—procedí al “morcellement” vaginal del útero miomatoso. Empecé la operación con dos incisiones profundas que partían de los fondos de saco laterales de la vagina para llegar hasta la vulva: la hemorragia fué fácilmente contenida con irrigación de agua fría. Los resultados de este procedimiento fueron en todos sentidos sorprendentes, pues gracias á él pude introducir á la vagina el espejo ancho de Fritsch, y todas las manipulaciones posteriores se facilitaron de tal manera, que *no vacilo en reco-*

(1). PICHEVIN, *De la dilatation vulvovaginale*. *Gaz. med. de Paris* 1895 N.º 3.

mendar las incisiones preparatorias de una manera muy particular.

Iguales resultados satisfactorios obtuve yo en un segundo caso (obs. XXIX), al practicar una histerec-tomía vaginal en una virgen de 50 años, con una vagina sumamente estrecha: gracias á las incisiones vaginales logré extirpar, con relativa facilidad, voluminosos tumores de ambos anexos.

El modo de hacer las incisiones de que vengo hablando es doble: sea dos incisiones laterales, que partiendo de los fondos de saco respectivos en línea divergente y en dirección de las tuberosidades *ossis ischi*, [isquiáticas], terminan en el tercio inferior de la vulva en el lugar del nacimiento de los pequeños labios, sea una única mediana, que parte del fondo de saco posterior, para llegar al centro de la comisura posterior.

Las incisiones *laterales* no ponen en riesgo ningún órgano importante, y pueden hacerse con confianza á través de todo el espesor de la vagina; á veces es tan grande la ampliación de la vagina, que no hay necesidad de hacer la segunda incisión del lado opuesto; al practicar la incisión *mediana* cuidará el dedo introducido en el recto de que no se profundice al grado de interesar dicho intestino.

Los resultados inmediatos son verdaderamente sorprendentes, pues se amplía de tal modo la vagina más angosta, que penetra media mano con suma facilidad. La hemorragia ha sido bastante limitada en mis dos casos, y soy de opinión que será siempre muy fácil de corregir, ya sea por irrigación con agua fría, ó ya con taponamiento temporal, ó en última instancia con ligaduras definitivas.

Las consecuencias han sido igualmente felices en ambos casos, pues ni infección hubo, á pesar de tratarse en el primer caso de la apertura de un foco purulento que descargaba su contenido por encima de ella, y en el segundo, de una extirpación de ovarios cancerosos, siendo de suponerse que una que otra celdilla llegó á contacto íntimo con la herida. Sin embargo, debo confesar que no hubiera practicado la incisión si de antemano hubiera hecho el diagnóstico exacto de la degeneración cancerosa de ambos ovarios, como tampoco

me hubiera animado á intervención alguna. Después de concluida la operación, considero de utilidad reunir los labios de la incisión con una sutura continua de Catgut para facilitar la primera intención, y si no procedí así en mis dos casos, fué porque en el primero juzgué inútil intentar una primera intención, después de que por encima de la herida habían pasado cantidades regulares de pus infeccioso; en el segundo no tuve tiempo para la sutura, por el estado de colapso alarmante en que se puso la enferma al final de la operación. La cicatrización por segunda intención se verificó sin tropiezo en el curso de algunas semanas.

Descritas y recomendadas como dejen éstas incisiones vaginales bilaterales ó medianas, no me queda más que decir unas cuantas palabras respecto de los instrumentos más adecuados para trabajar con comodidad en la profundidad de la vagina.

Tratándose de operaciones sencillas en el cuello uterino [discisiones, amputaciones, Emmet], lo mismo que de colporafias anteriores ó posteriores, basta cualquier espejo: los que yo uso son los de Sims [véase lám. 1.^a fig. 2] de los cuales el mayor tiene una longitud de 12 centímetros sobre $4\frac{1}{2}$ de ancho, y el menor de $7\frac{1}{2}$ centímetros sobre $3\frac{1}{2}$ de ancho. Pero repito que para los mencionados casos cualquiera otro espejo dará resultados satisfactorios.

Distinta es la cosa cuando se trata de histerectomías ó de "morcellement" vaginales, porque en estos casos el éxito depende muchísimo del instrumental empleado. He visto, v. g., operaciones hechas por muy hábiles cirujanos con una pérdida enorme de tiempo, debida exclusivamente al uso de espejos poco adecuados, miéntras que he tenido ocasión de verlas ejecutadas por cirujanos incomparablemente menos diestros, en mucho menos tiempo, debido únicamente á que tenían instrumentos más á propósito. Un cirujano que usa para sus histerectomías espejos largos y angostos, como v. g. los de Sims, tiene que vencer muchas más dificultades, que aquel *que con ayuda de espejos anchos y muy cortos puede atraerse la matriz casi á la entrada vaginal*. En este sentido no admite concurrencia el espejo de Fritsch [lám. 1.^a fig. 3.] que tiene única-

mente 6 centímetros de largo sobre $5\frac{1}{2}$ de ancho el mayor, y $5\frac{1}{2}$ sobre 5 el menor.

Sólo la comparación de las dimensiones de los espejos de Fritsch con los de Sims hacen comprender las ventajas que proporciona el uso de los primeros: pues no es lo mismo tener que ligar, cortar y suturar á una profundidad de 12 centímetros, que á una de 5 centímetros.

Parecidos á los espejos de Fritsch son los de Doyen, especialmente el número 3 (lámina 1.^a fig. 4), que tiene una forma cuadrada: 6 centímetros de ancho sobre 6 de largo: son excelentes en casos de histerectomías vaginales y facilitan la operación de una manera notable.

Tratándose aquí de espejos, aprovecho la oportunidad para mencionar las dos clases de espejos, ó más bien dicho, de separadores inventados por Péan; los rectangulares y los de forma de bayoneta (lámina 1.^a fig. 5). Los últimos prestan grandes servicios cada vez que se trata de inspeccionar minuciosamente la vagina, pues aplicados contra las paredes laterales de ella ayudan eficazmente á los espejos superiores é inferiores. En cuanto á los separadores rectangulares del mismo autor, no los puedo encomiar lo suficiente, pues los considero como una verdadera salvaguardia contra lesiones involuntarias del recto, de la vejiga y de los uretères: abiertas que estén en el curso de la histerectomía las plicas vesico-uterinas y la de Douglas se introduce en cada ojal peritoneal un espejo rectangular, el que *aisla de una manera completa vejiga y recto del útero* de modo que las pinzas de forcipresura, lo mismo que las ligaduras, se puedan colocar en la base del ligamento ancho sin el más mínimo temor de interesar á los órganos vecinos.

PARTE II.

CAPITULO CUARTO.

DE LA RASPA UTERINA POR ENDOMETRITIS FUNGOSA.

Pasando ahora al estudio crítico de las 30 operaciones vaginales que tuve ocasión de practicar en el curso del primer año de ejercer la especialidad en San Luis Potosí, diré de antemano que no pienso relatarlas en todos sus detalles en ésta segunda parte de mi trabajo, sino me referiré para más datos á la tercera parte que contendrá la historia completa de cada caso: aquí emitiré únicamente las reflexiones que me sugirió cada uno de ellos, y apuntaré las enseñanzas que me proporcionaron, para que otros puedan aprovecharse de mis resultados lo mismo que de mis errores.

Procediendo de ésta manera franca y leal, sin encubrir en nada los errores cometidos, espero que éste estudio insignificante podrá tener algún valor para los que especialmente se dedican á la ginecología, pues errores se cometen en todas partes, pero ya es ventaja considerable tenerlos señalados de antemano para poderlos evitar en caso dado, y "no hay peor enemigo—según dice el refrán—que el que no se conoce."

Para volver á las raspas del endometrio por degeneración fungosa de la mucosa, diré que he tenido ocasión de practicarlas 4 veces, obteniendo en todas las

enfermas un resultado terapéutico perfecto (observaciones I—IV).

Excuso entrar aquí en detalles respecto el modo de hacer la raspa, por tener ya consignadas mis respectivas ideas en un pequeño estudio que presenté en Junio de 1895 á la Academia de Medicina de México, (1) el que se encuentra reproducido en la "Gaceta Médica de México," número del 15 de Febrero de 1896. Me limitaré, pues, á tocar ciertos puntos de interés general que en aquél trabajo no fueron considerados.

Hablaré primero de la manera de dilatar la cavidad uterina, la que debe estar hasta cierto grado abierta para proceder á la raspa. A ese respecto hay dos campos entre los ginecólogos, unos que rechazan por completo la dilatación lenta por medio de esponjas y de laminarias, preconizando como única dilatación permitida aquella que se verifica violentamente por medio de dilatadores metálicos graduados, ó en caso dado por incisiones del cuello uterino;—y otros, que opinan por el contrario (y yo soy del parecer de ellos), que la dilatación lenta, por medio de laminarias ó gasa esterilizada es tan segura como la rápida y no presenta mayores riesgos. En tésis general, soy enemigo del absolutismo en ciencia, y no puedo admitir que haya procedimientos en sí absolutamente buenos ó malos, sino creo que un eclecticismo bien razonado es lo más conveniente: por consiguiente, no rechazo de ninguna manera el uso de los dilatadores mecánicos, sino los empleo lo mismo que las laminarias y la gasa cuando el caso me parece indicarlo [2].

Empezaré por decir, que hay úteros que de por sí están dilatados, y que por consiguiente no necesitan de una dilatación: generalmente se trata entonces de úteros métricos, engrosados en todos sus diámetros y con una cavidad ámpliamente abierta: las cucharillas

(1). De la raspa y sus aplicaciones en ginecología.

[2]. En cuanto á las antiguas esponjas dilatadoras, no recomiendo su uso por motivo á que no se pueden desinfectar con seguridad, y siendo la antisepsis más absoluta la condición esencial, creo que deben rechazarse.

penetran con facilidad á la cavidad uterina aun sin dilatación previa. Los extremos de esta dilatación patológica se observan en los casos de una destrucción del endometrio por procesos cancerosos ó sarcomatosos: los dilatadores más gruesos pasan con relativa facilidad, debido á la misma destrucción de las paredes cavitarias.

Hay otros úteros que, si no se pueden llamar dilatados, cuando menos son fácilmente dilatables, y se conocen en que desde un principio permiten la entrada de una sonda, v. g. de 5 milímetros de espesor: al retacar la cavidad uterina con gasa esterilizada empapada con glicerina durante 24 horas, se reblandecen de tal modo cuello y cuerpo de la matriz, que pasan fácilmente los dilatadores metálicos ó de goma dura (1).

Llego ahora á la tercera categoría de úteros, que están de tal manera contraídos sobre sí mismos que admiten apenas una sonda de 2 milímetros: son éstos los úteros virginales, con un cuello alargado y una estenosis del orificio externo. Para estos casos reservo el uso de las laminarias, y jamás he visto un contra-tiempo que pudiera achacarse á la laminaria en sí.

Desinfectadas que estén la vulva y vagina y colocada la enferma en posición ginecológica, aplico las dos hojas del espejo de Sims y afianzo con unas pinzas el cuello. Antes de introducir la laminaria se limpia primero perfectamente el cuello con un algodón empapado en alcohol, hecho lo cual se agarra con pinzas esterilizadas una laminaria de las más delgadas, la que después de haber sido revuelta en polvo de yodoformo se introduce con suavidad en la cavidad uterina, teniendo especial cuidado de no rozar en ninguna parte las paredes vaginales. Una vez introducida la laminaria se retaca la vagina con gasa esterilizada á guisa de tapón vaginal.

Ordeno que se acueste la enferma, y le aplico en caso de dolor agudo una inyección de morfina. Al día

[1]. Por varios médicos se ha observado que, mientras menos tiempo haya pasado de la menstruación, más dilatable es la matriz, y será conveniente proceder á la dilatación inmediatamente después de las reglas.

siguiente saco con pinzas esterilizadas gasa y laminaria, y en el espejo doble de Sims, procedo á lavar ampliamente la cavidad uterina con lisol, usando para ello la sonda dilatadora de Doléris (lámina 2 fig. 6,) que es inmejorable para el caso.

Después introduzco con las mismas precauciones minuciosas que la víspera, una segunda laminaria de un calibre mediano y vuelvo á retacar la vagina.

Generalmente bastan dos aplicaciones sucesivas de laminaria en 48 horas para dilatar la cavidad uterina hasta un diámetro de 6 á 7 milímetros aproximadamente, lo cual en casos ordinarios de raspa es más que suficiente. En mis 4 casos operados procedí 3 veces de ésta manera, siendo la consecuencia que ninguna de las enfermas tuvo calentura, ni durante la aplicación de la laminaria ni después de la operación. Todas fueron dadas de alta al cuarto día después de la raspa.

Una de las enfermas [observ. II], presentó ciertas circunstancias especialísimas que motivaron una dilatación más enérgica de la cavidad uterina, resultando como consecuencia una convalecencia más prolongada: siete días en vez de cuatro.

Se trataba de una señora de 47 años de edad, con antecedentes de cancer en su familia (el padre murió de un cancer estomacal), de un color paja amarillento, con hemorragias incesantes. Al examinar la cavidad uterina la encontré dilatada al grado que la sonda n^o 5 (es decir de 5 milímetros de diámetro) penetraba con suma facilidad.

En vista de éstos antecedentes sospeché una afección cancerosa del endometrio y me decidí á hacer la palpación directa. En dos días consecutivos introduje las laminarias n^o 5 y 7½, y proseguí la dilatación en el momento de la operación hasta el dilatador n^o 18, es decir hasta obtener una dilatación de 18 milímetros. El índice introducido en la cavidad uterina hasta tocar el fondo (1) no encontró por for-

(1). La maniobra en sí es muy sencilla con tal que esté bien dilatada y reblandecida la matriz. Dos fuertes pinzas afianzan el labio anterior y posterior del cuello y son entregadas á un

tuna ni tumores ni ulceraciones de la mucosa. En ésta inteligencia procedí á la raspa enérgica del endometrio fungoso con la cucharilla cortante, y efectivamente confirmó el exámen microscópico el diagnóstico hecho por el tacto. La enferma se recobró al cabo de siete días.

Recomiendo ésta palpación directa del endometrio de una manera especial, pues hay ciertos casos en donde el diagnóstico exacto únicamente así es posible [v. g. en restos placentarios y pólipos implantados en el fondo uterino].

Aprovecho de ésta oportunidad para defender á la laminaria contra ciertos cargos injustos que periódicamente se le hacen, y diré desde luego que en el sin número de aplicaciones de laminaria que tuve ocasión de observar como asistente del profesor Saenger de Leipzig, no recuerdo ni un sólo caso de infección.

En cambio era regla inquebrantable de la referida clínica el no considerar la aplicación de la laminaria como cosa baladí, que sin riesgo se pudiera encomendar á manos secundarias, sino que se le daba toda la importancia de una intervención delicada que exigía la observación minuciosa de las reglas de la antisépsia.

Las laminarias que empleo conforme á las prescripciones de la clínica de Leipzig se dividen según su grueso en 3 clases.

- | | | | |
|-----------------|---------------------------|---------|-------------|
| 1. ^a | de un grueso que varía de | 2 ½ á 4 | milímetros. |
| 2. ^a | „ „ „ „ „ „ | 4 ½ á 6 | „ |
| 3. ^a | „ „ „ „ „ „ | 6 ½ á 8 | „ |

Combinando las aplicaciones sucesivas de laminarias de distinto grueso, puede uno en dos ó tres días dilatar el útero hasta un diámetro que varía de 5 á 16 milímetros, tomando como base para el cálculo la circunstancia de que la laminaria suele hincharse en el curso de 24 horas al doble de su grueso primitivo. Caso que

asistente, quien las sostiene sin moverlas, atrayendo el útero lo más que se pueda hácia la vulva. El operador introduce entonces con movimientos rotatorios su índice á la cavidad uterina mientras que con la derecha sobre el abdomen empuja el útero sobre su dedo, copiando así los movimientos que se hacen al introducir los dedos en un guante.

fuera necesario dilatar todavía más, con el fin de introducir todo el dedo hasta tocar el fondo, se logrará fácilmente éste objeto introduciendo sucesivamente los dilatadores gruesos de goma dura de Hegar: por regla general creo que difícilmente habrá un índice que tenga más de 18 milímetros de diámetro, y eso aun en operadores alemanes, bien conocidos por el desarrollo de sus manos.

Con el fin de vulgarizar más el empleo tan útil de la laminaria, creo necesario dar los pormenores de la manera de prepararla, pues me canso de repetir que *únicamente laminarias perfectamente asépticas deben emplearse.*

La preparación se hace de la manera siguiente:

1º Después de haber ensartado las laminarias con un hilo grueso de seda (1), se echan cuatro ó cinco de ellas juntas en una solución hirviente de ácido fénico al 5 p 100 dejándolas en ella *sólo un minuto.*

2º Pasado éste tiempo, se sacan de la solución con pinzas esterilizadas, y envolviéndolas en un pedazo de gasa igualmente esterilizada, se les da la pequeña curva que es característica del útero normal.

3º Después se conservan durante un mes entero en una solución saturada de yodoformo en eter sulfúrico, teniendo especial cuidado de no usarlas antes de pasado éste tiempo.

Esta manera de preparar las laminarias es el resultado de muchos experimentos, y debe seguirse al pie de la letra si se quieren evitar fracasos: mientras que preparadas exactamente conforme á las prescripciones que anteceden, puedo garantizar la antisepticidad de ellas.

Casi me temo haber abusado de mis lectores al entrar en tantos pormenores, pero diré con sinceridad al que crea que pecho de minucioso, que en antisepsia y asepsia no puede uno ser lo suficientemente minucioso, y que al no serlo se expone uno á desengaños muy dolorosos. Por otra parte, creo que el mérito principal de este insignificante trabajo—ya que no trae

[1] Las laminarias del comercio tienen generalmente en una punta un agujero destinado á recibir el hilo de seda que después sirve de guía para sacarla del útero.

ideas nuevas — debe consistir en dar con toda exactitud los detalles más insignificantes en apariencia de las operaciones vaginales, pues los libros de texto suelen pasar sobre ellos con soberano desdén.

Para dar todavía más peso, si necesario fuera á mis recomendaciones y hacer más patentes los riesgos con que tropezamos á cada paso en la ginecología, aun tratándose de las intervenciones más pequeñas, referiré unos tres casos que no hace mucho pasaron en la clínica universitaria de Berlín, de la cual es director el profesor Olshausen de reputación universal [1].

“He tenido ocasion—dice Olshausen—de observar “en los últimos 7 años unos tres ó cuatro casos en los “cuales la dilatación uterina por medio de gasa yodo- “formada provocó una sepsis de las más graves.

“El primero de ellos que ocasionó la muerte no es- “tá del todo aclarado, dada la circunstancia de que “algunos fenómenos nos hacían pensar en una intoxi- “cación con yodoformo.

“El tercero y cuarto caso se presentaron muy últi- “mamente: ambas enfermas se salvaron. En un caso “se había necesitado de tres días para hacer completa “la dilatación, y se había taponado tres veces. Al su- “bir la temperatura á 38° se sacó la gasa y se irrigó “inmediatamente el útero con una solución de subli- “mado al ½ promille, sin embargo, siguió subiendo la “temperatura en las próximas doce horas, bajo esca- “losfríos repetidos, hasta 40. 7°. Al tercer calosfrío se “tomó en consideración la extirpación total del útero, la “cual sin embargo fué retardada en vista del estado sa- “tisfactorio del pulso que latía 108 veces por minuto. “En efecto bajó repentinamente la calentura y la en- “ferma sanó.

“En el último caso eran las circunstancias las mis- “mas, salvo que no se habían hecho más de 2 tapon- “amientos. Pocas horas después de haberla operado “[morcellement de una mioma], subió la calentura des- “pués de un escalofrío intenso á 40.6°. Es cierto que “volvió á bajar á 37.3, pero después de doce horas esta- “ba otra vez á 39.3. La impresión general era de una “sepsis. La enferma parecía perdida, á no ser que se

“salvára extirpándole la matriz. En efecto, hiee la histerectomía 26 horas después de la primera operación, hecho lo cual empezó la temperatura á bajar de una manera progresiva de 40.7 a 38° dentro de cuatro días. La enferma finalmente se salvó.”

CAPITULO QUINTO.

DE LA RASPA UTERINA POR RETENCION DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS.

Esta operación se practicó 3 veces (obs, V, VI, VII) con feliz resultado.

El síntoma predominante en las enfermas de ésta categoría, lo mismo que en aquellas afectadas de una degeneración fungosa del endometrio son: hemorragias y metrorragias, y el diagnóstico diferencial de éstas dos enfermedades está basado casi exclusivamente sobre el antecedente clínico de haberse verificado poco tiempo antes un aborto ó parto. Claro está que nadie pensará en diagnosticar restos placentarios retenidos en la cavidad uterina cuando la enferma no ha tenido ningun parto ó aborto en los últimos años: del otro lado es muy natural referirse á un aborto ó parto como causa de la enfermedad, cuando la mujer misma nos dice que de entonces acá han resultado las hemorragias. Sea cual fuere el diagnóstico que hiciera el ginecólogo, hay que confesar que jamás tendrá la seguridad absoluta de ello, á no ser que proceda á la exploración digital de la cavidad uterina.

Es verdad que á más de los antecedentes clínicos hay ciertas alteraciones locales del útero que nos autorizan á relacionar las hemorragias con un aborto ó parto: como el aumento de volumen del útero por falta de involución, cierto reblandecimiento del cuello y del cuerpo uterino, y ante todo una dilatación marcada de la cavidad uterina; pero repito que todos estos signos no deben considerarse como patagnomónicos de una retención de fragmentos placentarios, y que

por consiguiente, nunca pasa el diagnóstico de ser un diagnóstico de probabilidad.

Hechas éstas aclaraciones, no me avergüenzo al confesar que de mis tres enfermas con supuestos restos placentarios dos resultaron efectivamente con ellos, y la tercera no. En ésta última enferma noté al introducir el dedo en el útero un hecho que desde luego me hizo sospechar que tal vez no se trataba de retenciones placentarias, sino mas bien de hemorragias á consecuencia de la mala involución de un útero metrítico con su cavidad dilatada. A pesar de que había hecho tres aplicaciones de laminarias en tres días sucesivos, y que había dilatado en el momento mismo de la operación hasta llegar al número 18, no fué posible introducir el dedo hasta el fondo, debido á la *rigidez persistente del cuello*: consigno este hecho aislado, que tal vez sea un síntoma diferencial, y me propongo en lo futuro estar pendiente de él.

Con el fin de hacer resaltar la gran importancia que tiene tanto para el diagnóstico como especialmente para el tratamiento la exploración digital de la cavidad uterina, citaré un caso interesante que observé cuando fuí asistente en la clínica de Leipzig. Un día nos vino de Berlín una enferma que ya había sufrido tres raspas en manos de los ginecólogos más renombrados de aquella capital: sin embargo las hemorragias persistían después lo mismo que antes. Al hacer el profesor Saenger el examen digital de la cavidad uterina, tal como lo aconseja para éstos casos, encontró sin gran dificultad encajado en una de las esquinas laterales correspondiendo á la inserción de una trompa Falopiana, un resto placentario del tamaño de una cereza, y hay que suponer que las cucharillas habían pasado repetidas veces sobre él sin desalojarlo de su base, debido á su modo especial de implantación. Una vez averiguado con precisión el sitio del referido pólipo placentario, se extrajo del primer golpe por medio de unas pinzas adecuadas (lámina 2 fig 7.) *La enferma sanó gracias á la exploración digital.*

En mi ya mencionado trabajo insistí bastante sobre las precauciones que se necesita tomar al hacer la ras-

pa de úteros puérperos: aquí me limitaré á recordar que en estos casos se debe proscribir absolutamente el uso de la cucharilla cortante por los riesgos que hay de perforar las paredes reblandecidas del útero.

Después de la raspa, practicada con la cuchara embotada, hago un lavatorio intrauterino y retaco durante 24 horas la cavidad con gasa esterilizada, con el fin de provocar enérgicas contracciones las que evitarán las hemorragias postoperatorias, á la vez que ayudarán eficazmente á la involución uterina anteriormente inhibida por los restos que habían quedado. Igualmente suelo recetar al interior ergotina durante algunas semanas con el mismo objeto.

Las tres enfermas pasaron una convalecencia absolutamente afebril y fueron dadas de alta del cuarto al quinto día.

CAPITULO SEXTO.

DE LA RASPA UTERINA POR DÉGENERACION CANCEROSA DEL ENDOMETRIO.

Se operaron dos enfermas, de las cuales una se recobró de la operación, mientras que la otra sucumbió al quinto día.

Antes de ocuparme pormenorizadamente de las causas que tal vez originaron la muerte de la segunda enferma (*la única que sobre las 30 operadas haya perdido*) tengo que decir unas cuantas palabras sobre las razones que me impulsaron á operar aun á éstas enfermas.

La primera [obs. VIII.] era una mujer de 53 años de edad que de lejos había venido á San Luis en busca de alivio. Las hemorragias eran constantes, y al no lograr contenerlas se comprendía que en breves semanas tendría que perecer la enferma: en esta inteligencia estaba la misma paciente y por este motivo insistía con energía en que se le hiciera algo, ya que todo tratamiento medicamentoso había fracasado. Al practicar el tacto encontré en lugar del cuello un cra-

ter ulcerado que inmediatamente me hizo comprender la gravedad del caso; no pude tocar el cuerpo uterino por las dolencias que provocaba la palpación bimanual. Dejando, pues, á un lado lo que podía existir en el cuerpo formulé por lo pronto el diagnóstico: "ulceración cancerosa del cuello" y me propuse atacar el mal conforme á las prescripciones actuales, seguro de que en algo iba á beneficiar á mi enferma.

Después de una desinfección de lo más esmerada empecé á raspar el cuello con la cucharilla cortante de Volkmann, cuando inesperadamente caí en una cavidad llena de granulaciones deleznables: comprendí entonces que se trataba también de una degeneración cancerosa del cuerpo uterino. A partir de este momento manejé con sumo cuidado la cucharilla, procurando sin embargo limpiar hasta los límites de lo posible la cavidad degenerada. Al concluir la operación se sentía en lugar del útero un hueco de regulares dimensiones, limitada en todas partes por una cáscara formada de los restos del cuerpo uterino. La enferma se recobró de esta intervención enérgica, pero la mejoría no duró desgraciadamente más que cinco semanas, y pasado este tiempo volvieron á aparecer las hemorragias, cada día con más intensidad, hasta que sucumbió á los cinco meses después de operada.

En el segundo caso se trataba de una señorita soltera de 48 años de edad, de un color amarillento, pero en lo demás bien conservada (obs. IX.), quien padecía de años atrás de hemorragias constantes y abundantes. Al hacer el tacto vaginal noté una masa blanda y deleznable que salía del orificio externo del útero, el cual se encontraba entreabierto y con rebordes engrosados, recordando así involuntariamente al cuello de un útero abortando.

Tomando en consideración el estado general bien conservado, la falta absoluta de mal olor, el estado virginal de la enferma y la falta de datos anamnésicos específicos, me incliné á suponer una endometritis fungosa, y propuse la raspa del endometrio, como una intervención de poca importancia.

Al proceder á la dilatación uterina preparatoria puede introducir sin dificultad una laminaria gruesa de

seis milímetros de diámetro, lo cual es cosa notable tratándose de un útero virginal; al sacar al día siguiente la laminaria salió detrás de ella una regular cantidad de sangre ya coagulada, lo cual también me llamaba la atención, pues ambos fenómenos me indicaban que se trataba de una dilatación anómala de la cavidad uterina, como no son comunes en personas vírgenes. Una vez fijada mi atención en éstos dos síntomas inesperados, introduje con mucho cuidado el dedo al interior de la matriz y pude, por el tacto, confirmar mi sospecha de última hora: encontré el interior del útero destruido por ulceraciones confluentes y me convencí de que se trataba de un cáncer del cuerpo uterino.

Hice entonces con mucho cuidado la raspa uterina, removiendo el tejido neoplásico hasta donde me fué posible, y retaqué finalmente la cavidad uterina con gasa esterilizada. Los resultados de la operación en el primer día fueron satisfactorios, pero á partir del cuarto día cambió la escena: el pulso subió á 120 y más pulsaciones y sobrevinieron escalofríos, la basca continuó de una manera alarmante al grado de arrojar la enferma por la boca un líquido negruzco, la temperatura bajó á 35.°8 mientras que la respiración subía á 40 por minuto. En el curso del quinto día murió la operada. No se obtuvo el permiso de hacer la autopsia.

¿Cuál es la enseñanza que nos proporciona éste caso desgraciado?

En primer lugar es un argumento más en favor de la exploración digital de la cavidad uterina para los casos dudosos. Es verdad que no hice el diagnóstico exacto de degeneración maligna del endometrio (1.) hasta el momento preciso de tener mi dedo en la cavidad uterina, pero siempre lo hice antes de empezar la operación, y eso es lo esencial.

En cuanto á las causas que originaron la muerte de la enferma no se pueden designar con absoluta certeza por no haberse podido proceder á la necropsia, sin

(1.) El examen microscópico confirmó el diagnóstico de una degeneración cancerosa del *cuerpo uterino*.

embargo hay tres probabilidades que desde luego se presentan á nuestra mente:

- 1.º Una septicemia á consecuencia de una perforación uterina durante la operación.
- 2.º Una septicemia secundaria por contigüidad, á consecuencia del adelgazamiento de las paredes uterinas.
- 3.º Una peritonitis séptica á consecuencia de la perforación de alguna úlcera cancerosa del estómago ó del duodenum, provocada por la basca incesante.

Aplicando una crítica leal y sincera á estas tres hipótesis, diré con respecto á las dos primeras que no creo en ellas, porque en primer lugar hice la raspa con sumo cuidado y no percibí la sensación (que conozco por experiencia propia) de haber perforado el útero, y en segundo lugar no me explicaría los vómitos de sangre descompuesta por una sépsis. Al contrario, me adhiero á la tercera posibilidad, admitiendo que la muerte fué causada probablemente por la ruptura de alguna úlcera, sea del duodeno, sea del estómago, sobrevenida en la noche del tercero al cuarto día, pues únicamente así se explicarían los vómitos melánicos y el estado de colapso que repentinamente sobrevino en el cuarto y quinto día, con los pulsos de 130-140 y la temperatura de 37.º8 á 35.º8, y todo esto después de haber presentado la enferma en el tercer día un estado general tan satisfactorio que ya empezaba á sentarse en la cama, con un pulso de 80, respiración 22 y temperatura 37º4. Para mayor aclaración agregaré que la enferma había padecido durante largos años de cálculos hepáticos con crisis gastrálgicas, sin que en honor de la verdad — se hubieran observado vómitos de sangre.

Este caso de muerte ha sido el único que haya tenido en mis operaciones vaginales.

CAPITULO SEPTIMO.

DE LA RASPA DEL CUELLO UTERINO POR ULCERACIONES
Ó POR VEGETACIONES CANCEROSAS.

Las afecciones cancerosas del cuello uterino pueden, en tésis general, dividirse en dos categorías que tienen entre sí marcada diferencia tanto desde el punto de vista anatómico como clínico: el cáncer ulceroso de la cavidad cervical, y el cáncer vegetante de los labios cervicales; el primero pertenece generalmente á los cánceres cilíndricos, y el segundo al cáncer epitelial.

Reservándome para después entrar en más detalles respecto de los síntomas de las diversidades de cánceres uterinos, pasaré aquí una revista somera de los cuatro casos operados (obs. *X*, *XI*, *XII* y *XIII*).

La primera enferma presentó una particularidad muy interesante que hace su observación digna de estudio. Al ser llamado en consulta para verla, me explicó el médico de cabecera cómo existía un cáncer del cuello uterino perfectamente comprobado por el tacto vaginal, y me hizo notar á la vez la presencia de un tumor que existía en el vientre bajo, detrás de la sínfisis, cuyo tumor segun él debía referirse al cuerpo uterino. Al proceder al examen bimanual de la enferma pude desde luego confirmar la primera parte del diagnóstico, el cáncer ulcerado del cuello, y en cuanto á la segunda parte, degeneración cancerosa del cuerpo uterino, estaba muy inclinado á admitirla también, dado el caso de que efectivamente se palpaba en la línea media y detrás de la sínfisis un tumor ovoide que aparentemente estaba en relaciones íntimas con la ulceración cervical. Además, había incontinencia de la orina y un pujo vesical incesante. El tamaño del tumor correspondía aproximadamente al de un útero grávido en el cuarto mes.

A los ocho días volví á ver á la paciente: todos los síntomas subjetivos eran los mismos, el dolor agudo en el vientre, la incontinencia de la orina, y el pujo vesical constante, más había una novedad que me sorprendió en alto grado: el tumor ya mencionado había

aumentado de volumen de una manera para mí sorprendente, correspondiendo ahora su tamaño casi al de un útero grávido en el quinto mes. No pude hacer una palpación exacta que hubiera arrojado luces sobre éste fenómeno tan singular, y con este motivo propuse un examen minucioso bajo cloroformo que desde luego fué aceptado.

El resultado inesperado fué que *el supuesto tumor no era más que la vejiga enormemente dilatada, á pesar de la incontinencia*, y con sus paredes á tal grado hipertrofiadas que no bajaría su espesor de un centímetro. Se encontró toda la pared posterior vesical infiltrada por el neoplasma, sin que existiera alguna ulceración específica de la mucosa vesical, como se pudo comprobar por el tacto digital.

La segunda enferma ha sido para mí interesantísima (obs. XI) por ser ya antigua conocida mía. En 1885 la asistí en su primero y único parto, que fué bastante laborioso, debido tal vez á su edad ya madura, pues tenía entonces treinta años. Cinco años más tarde tuve oportunidad de atenderla durante algún tiempo por una endometritis cervical acompañada de una erosión del tamaño de una peseta. En lo sucesivo la perdí de vista y solo supe que seguía consultando á otros facultativos.

Cuando la volví á ver en 1895 ya tenía una ulceración profunda del cuello, de un aspecto evidentemente canceroso: tengo por consiguiente en éste caso la prueba palpable de que en el curso de los años *una simple erosión del cuello puede degenerar en una úlcera cancerosa*, cuando no está debidamente atendida. Respecto á la tercera enferma nada de particular tengo que decir, y me refiero para más pormenores á su historia que está consignada en la obs. XII.

Más interés presenta la cuarta enferma (obs. XIII,) tanto por los resultados terapéuticos como por la marcha que tomó la enfermedad después de la operación, que consistió en una raspa enérgica de las vegetaciones cancerosas, seguida de una cauterización profunda con el Paquelin calentado al rojo oscuro. *Las hemorragias desaparecieron completamente por el tiempo de un año*, y el aspecto que tenía la cicatriz durante los primeros dos meses ya nos hacía creer que se había

obtenido un alivio radical. Desgraciadamente no fué así, y ahora que han pasado unos 14 meses de la operación está la enferma lo mismo que antes: sin embargo creo haberle hecho un gran bien, proporcionándole un año entero de bienestar y tranquilidad moral, sin hablar del hecho de que un tanto se le prolongó la vida.

CAPITULO OCTAVO.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL CANCER UTERINO.

Resumiendo desde un punto de vista unitario las antecedentes seis observaciones y analizando las diferentes manifestaciones clínicas que presentaron, llegamos á las conclusiones siguientes:

La edad de estas enfermas variaba entre 34 y 54 años, con ésta particularidad, que la marcha de la enfermedad era mucho más rápida en individuos jóvenes que en aquellos de una edad mas avanzada. En concordancia con esta observación está el hecho del desarrollo lento de los cánceres epiteliales, v. g. de la cara, en los ancianos. que todo médico práctico sin duda habrá visto; y tal parece ser que los neoplasmas participan de la decadencia general en que se encuentra el organismo senil, quedándose largos años en un estado casi estacionario. [1.]

En cuanto á *hemorragias* hay que notar una diferencia marcada entre las ulceraciones del cuello de un lado, y las degeneraciones del endometrio y vegetaciones del cuello del otro lado. Las enfermas pertenecientes á la primera categoría no presentaban hemorragias en forma, sino más bien un desecho sanguinolento constante, siendo su queja principal los

[1.] Citaré en apoyo de ésta idea el caso de una anciana de 76 años de edad, que fué operada en esta ciudad el año pasado por el Sr. Dr. San Juan, por un cáncer vegetante del labio anterior del cuello. La excisión alta del labio fué practicada con habilidad y rapidez, y la enferma ha quedado sana hasta la fecha—14 meses después de la operación—lo que significa que la afección maligna estaba aún localizada en el labio anterior.

dolores agudos del vientre y muy particularmente de la vejiga [pujo, incontinencia, catarro]. El examen local reveló en ambos casos una infiltración cancerosa de la pared anterior vaginal hasta la uretra. Por el contrario presentaban las enfermas afectadas de un cáncer del cuerpo ó de una "coliflor" del cuello, como síntoma predominante, hemorragias y metrorragias abundantes y casi continuas. Tratándose de una vegetación cancerosa del cuello, fácil es de entenderse cómo generalmente causas mecánicas [coito, curaciones locales, el bitoque de la jeringa], son las que provocan las hemorragias. No sucede así en las enfermas afectadas del cáncer del endometrio. Estas nada tienen que ver con causas mecánicas, sino son más bien espontáneas, y ante todo *postulimatéricas*. Es, pues, un síntoma de grave pronóstico el que una enferma nos relate que después de una intermisión de más ó menos tiempo "le volvió á bajar el período" con abundancia pero con suma irregularidad, al grado de "alcanzarse un período con otro". Estos datos anamnésticos nos harán pensar desde luego en la posibilidad de una degeneración cancerosa del endometrio.

Con respecto á la *fetidez* característica del cáncer de la matriz que representa, según las ideas generales, un papel tan importante en la sintomatología de la enfermedad, confieso que mi experiencia me ha enseñado cosa muy distinta, y efectivamente observamos este síntoma llamado "patagnomónico" una única vez sobre seis casos (obs. X); por otra parte, ví últimamente una enferma con un olor fétido tan exagerado que no vacilaba en asentar, aun antes del examen local el diagnóstico de cáncer uterino, mayormente cuando los demás datos clínicos parecían apoyarlo: hemorragias abundantes y un color amarillento. El examen minucioso de la cavidad uterina reveló un estado normal del endometrio; pero en el fondo uterino existía un mioma submucoso del tamaño de una nuez de Castilla. (1) Es preciso, pues, modificar en este

(1.) Últimamente tuve necesidad de proceder á la histerectomía vaginal por haber empeorado notablemente esta enferma, á pesar de un tratamiento prolongado con ergotina á grandes dosis. No había signos de una afección cancerosa.

sentido la doctrina de que entre los síntomas más precisos para el diagnóstico de un cáncer uterino está el conocido olor fétido que exhala la vagina, pues ni lo considero un síntoma constante de estas afecciones cancerosas, ni les pertenece de una manera exclusiva (1.) como acabo de decirlo.

El diagnóstico de las afecciones cancerosas de la matriz es generalmente bastante fácil, á lo menos tratándose de ulceraciones ó vegetaciones del cuello uterino, pues basta en ambos casos introducir el dedo en la vagina para reconocerlos. Respecto de las vegetaciones malignas del cuello, señalaré una particularidad de ellas, que en una ocasión me facilitó el diagnóstico diferencial entre pólipo mucoso ó fibro-mucoso y neoplasma canceroso: *hablo de la excesiva friabilidad de estos últimos.* Se trataba de la enferma de la obs. XIII, la que me fué presentada por su médico, persona de una inteligencia muy clara, como afectada de un pólipo cervical fibromatoso. El índice introducido en la vagina se encontró un tumor de una superficie bastante lisa y de consistencia aparentemente fibrosa, y el aspecto blanquizco y exangüe parecía indicar más que todo el caracter fibroso del tumor. Sin embargo logré después de un pequeño esfuerzo encajar el dedo en el tumor perforándolo en todos sentidos ya sin dificultad: basándome sobre ésta friabilidad deseché el diagnóstico de pólipo benigno y lo sustituí con el de vegetación maligna.

Tratándose de una ulceración del cuello es casi imposible equivocarse, á lo menos en los casos avanza-

(1.) DOYEN dice á ese respecto lo siguiente: *nous ferons observer á propos du diagnostic du cancer du corps de l'utérus que, á part autres signes, le retour des métrorrhagies plusieurs années après la ménopause chez des femmes qui ne presentaient aucune lésion au toucher vaginal, s'est constamment montré lié á l'évolution du cancer; nous avons fait cette remarque non seulement dans les cas que nous avons opérés, mais aussi chez d'autres femmes, âgés de 60 ans et plus qui presentaient depuis quelques mois des métrorrhagies sans écoulement fétide. Nous avons vérifié notre diagnostic en faisant la dilatation et l'exploration de la cavité utérine. Cette absence de fétidité de la leucorrhée cancéreuse est digne d'être notée. En effet chez une autre femme âgée de 56 ans que nous croyions atteinte de cancer et qui n'avait pas*

dos (y para los casos dudosos hay que recurrir al microscopio), pues el dedo cae desde luego en un crater con rebordes duros cuyo fondo está tapizado con grumos cancerosos que se desprenden con facilidad de su base; los parametrios están comunmente infiltrados y muy á menudo se encuentran igualmente invadidas las paredes vaginales, especialmente la anterior.

En cambio, es bastante difícil el diagnóstico de la degeneración cancerosa del cuerpo uterino, lo cual es tanto más de sentirse cuanto que entre las diversas afecciones cancerosas de la matriz es la que presenta más probabilidades de una curación radical, por quedarse mucho tiempo localizada en la matriz misma. *A mas de las metrorragias postclimatéricas de que ya hice mención, hay otro síntoma clínico que en mi concepto no ha sido aun apreciado en su justo valor, y es el tamaño relativamente exagerado.* Siendo ésta degeneración maligna del endometrio una de las manifestaciones más tardías y más lentas del cáncer uterino, la observamos comunmente en mujeres de cierta edad, es decir, en una época en que por razones naturales y consecutivas al climaterio el útero debía encontrarse ya en un estado de regresión senil más ó menos marcado. Al encontrar, pues, en una mujer de edad avanzada, v. g. de unos 48 ó más años, un útero grande, con una longitud de diez y más centímetros y con un ancho de 5 centímetros, en vez del útero atrofiado que debía de existir, hay fundado temor de que se pueda tratar de un neoplasma en el interior del útero. Un examen local de la mucosa uterina por medio del dedo introducido en la cavidad, y en caso necesario el examen microscópico de pequeños fragmentos arrancados con la cucharilla embotada, bastará en la mayoría de los casos para hacer un diagnóstico oportuno, es decir antes de que la caquexia generalizada nos lo venga á imponer. En cuanto al flujo fétido que muchos autores consideran

cessé de perdre du sang presque constamment, avec exacerbation mensuelle, l'écoulement était fétide, y l'hysterectomie nous a démontré l'existence des fibromes multiples, sans trace de dégénération maligne. Congrès de Bruxelles pag. 422.

como un síntoma constante del cáncer uterino ya dije el poco valor que se le debe atribuir, y lo mismo diré de los *cólicos periódicos* que, según se pretende, se observarían muy comunmente en esta clase de afecciones: *creo que son un síntoma sin ningún valor clínico.*

En cuanto al *tratamiento* empleado en mis diversos casos me refiero á las observaciones respectivas para no alargar demasiado el tema. Diré únicamente, que creo que el uso enérgico del cauterio actual, precedido ó no de una raspa de las masas cancerosas, es el remedio que más confianza me inspira sobre cualquiera otro, no ya para curar radicalmente, sino tan solo para proporcionar un alivio temporal. Sin embargo, no quiero pasar en silencio la confesión de una eminencia, como lo es Olshausen, de Berlín, quien declara tener la convicción de haber visto *tres casos de cáncer uterino radicalmente curados por la aplicación enérgica del fierro rojo.* Reservando, pues, el uso del cauterio actual para los casos considerados desde luego como inoperables, recomiendo con toda convicción la extirpación total del útero, toda vez que se calcula que el mal está en sus principios, que la enferma todavía tiene resistencia suficiente, y que los parametrios y las glándulas retrocervicales están aún libres de la invasión cancerosa. Comprendo perfectamente lo difícil que es decidir en un caso dado si todavía está limitado el mal á la matriz ó nó, pero considero esta misma falta de datos seguros en cuanto á la invasión de los órganos vecinos, como una indicación formal para practicar la histerectomía. En otros términos, prefiero sacrificar inútilmente un útero, es decir sin resultado final que dejar de extirpar un útero que, extirpado, hubiera puesto á salvo la vida de la enferma.

Por lo demás, no deseo ser confundido con aquellos cirujanos que creen de su deber operar todos y cada uno de los casos de cáncer uterino, por no admitir que los hay inoperables. Estoy de acuerdo con ellos en que, desde este punto de vista, no hay nada inoperable en cirugía, pues es cuestión de tener el firme propósito de operar cuanto caso se presente; más suscribo en este particular las palabras algo duras,

pero bien merecidas, que les dirige en el Congreso de Bruselas el Dr. Félix: *Il convient que le chirurgien ne cesse jamais d'être médecin, afin de ne pas convertir les salles d'opérations en laboratoire de vivisection.* (1.)

CAPITULO NOVENO.

TAPONAMIENTO INTRAUTERINO POR HEMORRAGIAS GRAVES COMPLICANDO EL ABORTO.

Se ha practicado ésta operación en tres ocasiones, dos veces en enfermas de más de 40 años de edad, y una vez en una joven primeriza de 22 años. Los resultados fueron de los más satisfactorios, y todas las enfermas fueron dadas de alta en el curso de 8-10 días (obs *XIV, XV, XVI.*)

La operación en sí es bastante sencilla y rápida, y puede hacerse sin cloroformo y sin asistencia alguna. [2] Después de haber desinfectado perfectamente vulva y vagina, y aplicado que esté el espejo de Neugebauer (lámina 2 fig. 8) que tiene la gran ventaja de retenerse solo, se afianza con unas pinzas de Muzeux el labio posterior del cuello y se rellena por medio de un retacador toda la cavidad uterina "ad maximum" con una venda de gasa esterilizada de 3 centímetros de ancho; como acto final se taponan también la vagina con gasa yodotomada. Con esto queda concluida la pequeña intervención en los casos ordinarios, siendo generalmente la misma naturaleza la que se encarga del resto, es decir de concluir el aborto, aventando afuera del útero y á veces hasta afuera de la vagina taponos juntos con el feto y sus envolturas. El tiempo que se necesita para efectuar el referido taponamiento no pasa de 10 á 15 minutos.

(1.) Congrès internat. de Bruxelles pág. 158.

(2.) Tratándose de enfermas muy nerviosas ó miedosas suelo sin embargo emplear el cloroformo con el fin de trabajar con más tranquilidad.

En el mismo periodo á que se refiere esta revista crítica, tuve ocasión de asistir á otros tres abortos, (1.) en que no existía en mi concepto la indicación de intervenir, y todos se verificaron espontáneamente y con felicidad.

Se ve, pues, por lo expuesto que no soy partidario incondicional de una intervención local en todos y cada uno de los casos de aborto, sino creo mas bien que debe distinguirse entre aquellos que sin riesgo se pueden abandonar á la naturaleza, y otros en que la gravedad de la hemorragia nos obliga á prestar ayuda.

Toda vez que se trata de un aborto sin gran pérdida de sangre, con dolores expulsivos muy marcados y sostenidos—y esa suele ser la regla en personas jóvenes y robustas—mayormente estando aún intacto el óvulo, no veo motivo alguno para intervenir: estos son los casos que no necesitan del partero, y á ellos pertenece, como más abajo veremos, aproximadamente un 50 p 8 de todos los abortos.

Pero tratándose de mujeres ya de cierta edad, con un útero gastado y atrofiado, cuando la pérdida de sangre ya fué excesiva, cuando ya se haya reventado la bolsa amniótica, y especialmente cuando existe una atonía marcada del útero, soy convencido partidario del retacamiento intrauterino conforme á los preceptos del Profesor Duehrsen, [2.] antiguo partero de la clínica universitaria de Berlín.

Con respecto al taponamiento meramente vaginal, confieso que le voy perdiendo cada día más la fé, y siendo en los casos de hemorragia grave precisamente la inercia uterina la causa del mal, no veo como el tapón vaginal podría devolver al músculo uterino su contractilidad momentáneamente extinguida. Considero, pues, que al emplear con éxito el taponamiento vaginal en casos de hemorragia fulminante, el resul-

(1.) Ultimamente volví á asistir á la enferma de la obs. XVI por un nuevo aborto, y recordando la hemorragia fulminante que acompañaba el aborto anterior, no me atreví á confiar á sola la naturaleza la expulsión del feto, sino ocurri al taponamiento vaginal. Se concluyó todo satisfactoriamente.

[2.] A DUEHRSEN: *Ueber eine neue Methode d. Behandlg. d. unzeitigen Geburten. Sammlg. Klin. Vortrage Neue Folge*, N.º 131.

tado deberá atribuirse mas bien á otros factores, y no esencialmente al tapón, v. g. á las grandes dosis de ergotina que se suelen dar simultáneamente. Que estas ideas están de acuerdo con los hechos, lo prueban los casos en que la hemorragia sigue á pesar del taponamiento más exacto de la vagina, los que todo partero ocupado ya habrá observado alguna vez. (1.)

Por ser relativamente raros los casos de muerte por hemorragia interna, á pesar del taponamiento vaginal creo de interés publicar la historia de una enferma que, no muchos años ha, emocionó dolorosamente á la Sociedad Ginecológica de Dresden. [2.]

“Se trata de una mujer de 36 años de edad, que había tenido tres partos y tres abortos. Existía un embarazo de 13 semanas, y habían sobrevenido en las últimas cuatro semanas hemorragias de cuantía. Al repetirse ésta con mayor abundancia, y estando aun contraído el orificio externo del útero, se aplicó el taponamiento vaginal. Al día siguiente se encontró la enferma en estado de colapso, *sin que para afuera hubiera tenido lugar la hemorragia más insignificante:*

(1.) Me refiero en este particular á lo que dije en mi trabajo presentado á la Academia y publicado en el N^o 4 de la Gaceta Médica, en 15 de Febrero de 1896 página 83.

“Creo que no hay quien pretenda que el taponamiento [vaginal] obre de una manera directa sobre la hemorragia cegando las fuentes que dan sangre, por la sencilla razón de que la procedencia de la sangre es *intrauterina* y que el tapón está colocado *fuera del útero*: luego se debe concluir que el taponamiento obra de una manera indirecta, y digámoslo sin ambages, de una manera refleja. Al taponar una vagina se producen contracciones reflejas del útero, y estas contracciones son las que concluyen el aborto y con él la hemorragia, *siempre que el óvulo esté intacto*. En los casos en que intencionalmente [aborto óriginal] ó casualmente (sondeadas intempestivas) se encuentre la bolsa fetal rota de antemano, no suelen las contracciones uterinas arrojar al óvulo en su totalidad, sino únicamente al feto acompañado del líquido amniótico, mientras que los envoltorios embrionales se quedan en la cavidad uterina entreteniéndose la continuación de la hemorragia á la vez que impidiendo la contracción completa del útero. Vemos, pues, que el taponamiento (vaginal) es un remedio inseguro, cuya eficacia depende de circunstancias á veces imposibles de averiguar de antemano.”

[2.] CLOTZ, *Gefahr d. Blutungen in den uterus hinein bei fester Scheidentamponade* Centralbl. 1890 página 267.

“el útero había adquirido el volumen correspondiente al 8.º mes del embarazo. Inmediatamente se sacaron los tapones vaginales y se encontraron en la cavidad uterina distendida enormes cantidades de coágulos de sangre y un feto de tres meses recién muerto: todos los medios empleados para salvar á la enferma, fueron vanos. A la hora siguiente sucumbió la infeliz.”

Estas experiencias dolorosas, que afortunadamente son excepcionales, quedarán con seguridad evitadas al que usa en casos análogos el *taponamiento intrauterino*, el cual ciega directamente las fuentes que dan sangre, provocando una coagulación casi instantánea en el interior de la matriz, á la vez que contracciones uterinas muy enérgicas (pues obra como cuerpo extraño): desde que uso este procedimiento me creo al abrigo de toda hemorragia, externa ó interna, y ya no experimento aquel temor constante, de que en mi ausencia una repetición de la hemorragia pudiera llevarse á la enferma. Efectivamente, suele provocar el retacamiento intrauterino casi instantáneamente enérgicas contracciones uterinas al grado que en casos ordinarios, después de 24 á 36 horas se verifica la expulsión de todo el contenido uterino: tapón junto con el feto y sus membranas. Este suceso se anuncia clínicamente por dos síntomas muy marcados: *casi repentinamente cesan los cólicos uterinos una vez vaciada la cavidad, y vuelve á aparecer nuevamente algo de sangre roja*. Con el fin de aumentar todavía las contracciones provocadas por el taponamiento uterino suelo dar simultáneamente fuertes dosis de ergotina ó extracto de gossipio. Un lavatorio intrauterino con cualquier liquido antiséptico concluye la intervención activa tal como la estoy propalando.

Así suelen pasar las cosas en la mayoría de los casos: pero debo advertir que de vez en cuando—no estoy en posibilidad de definir con cifras la relación por ciento—puede suceder que las contracciones uterinas, aunque sean suficientes para corregir en el acto las temibles hemorragias, sin embargo no son tan enérgicas para provocar espontáneamente la expulsión del contenido uterino, y en estas circunstancias hay que

acudir al dedo ó á la cucharilla embotada para vaciar el útero de su contenido.

En mis tres operaciones fuí obligado dos veces á intervenir de esta manera, extrayendo con cucharilla y pinzas las membranas firmemente adheridas á las paredes uterinas (obs. *XV* y *XVI*): se trataba en ambos casos de un embarazo de 7 á 8 semanas. En el tercer caso (obs. *XIV*) se trataba de un aborto de 9 á 10 semanas, y fueron tales las contracciones utero-vaginales provocadas por el taponamiento intrauterino que á las 30 horas fueron expulsados hasta la vulva tapón, feto y envolturas. Teniendo, pues, en consideración que en las primeras siete ú ocho semanas, debido al poco desarrollo de la musculatura uterina de un lado, y del otro debido á las íntimas adherencias de toda la superficie del engendro con la pared uterina, muy á menudo no llega á verificarse el aborto por solo el retacamiento uterino; debe el partero proceder de la manera siguiente: 24 ó á lo sumo 36 horas después del taponamiento (1.) se quitan los tapones vaginales y uterinos, y al no encontrarse el engendro en la vagina detrás del tapón, se introduce inmediatamente el dedo en la cavidad uterina, procurando despegar las membranas embrionales ó cuando menos cerciorarse de su lugar de implantación para extraerlos con la cucharilla embotada ó con las pinzas de Saenger. (lámina 2 fig. 7) Una irrigación antiséptica intrauterina seguida de una inyección subcutánea de ergotina concluye definitivamente cada caso complicado de aborto. Es tan rápida también esta operación que hasta la fecha no tuve necesidad de ocurrir al cloroformo.

Como se desprende de lo anterior, una de las causas, y tal vez la principal, para la falta de energía de las contracciones uterinas es el tiempo poco avanzado del embarazo, y muy conducentes en este sentido son algunas observaciones del Dr. Duehrsen que relataré á continuación, presentándolas para mejor entendimiento en forma de tabla:

(1.) En una sola ocasión esperé 48 horas, y el resultado fué una ligera calentura durante 24 horas, debida tal vez á un principio de infección. (obs. *XVI*.)

Casos.	Tiempo del embarazo.	Duración del taponamiento.	RESULTADOS.
Nº 1	2 meses	24 horas	El óvulo se encuentra en parte <i>en la cavidad cervical</i> , en parte todavía adherido al útero.
„ 2	3½ „	20 „	El óvulo junto con el tapón se encuentra <i>en la cavidad cervical</i> .
„ 3	3½ „	24 „	El óvulo junto con el tapón se encuentra <i>en la vagina</i> . El útero está vacío.
„ 4	4 „	15 „	El óvulo junto con el tapón se encuentra <i>en la vagina</i> . El útero está vacío.
„ 5	3 „	—	El óvulo junto con el tapón se encuentra <i>en la vulva</i> .
„ 6	4 „	24 „	El óvulo junto con el tapón se encuentra <i>en la vulva</i> .
„ 7	6 „	12 „	El óvulo junto con el tapón se encuentra <i>en la vulva</i> .
„ 8	4½ „	18 „	Con excepción de la decidua se encuentra el contenido uterino <i>fuera de la vulva</i> .
„ 9	5 „	24 „	La placenta nace espontáneamente <i>fuera de la vulva</i> .
„ 10	6 „	18 „	Feto y tapón se encuentran <i>fuera de la vulva</i> .

Parece, pues, un hecho clínico bien averiguado que mientras más avanzada esté la preñez, más fuertes son las contracciones uterinas y más fácil el desprendimiento del engendro, y viceversa, mientras menos avanzada esté más fuertes son las adherencias intrauterinas y menos eficaces las contracciones musculares.

Al hablar de retacamientos uterinos, no deseo que se entienda que basta introducir una tira de gasa al cuello uterino, sino que insisto en que se introduzca hasta el fundo uterino, pasando el orificio interno y puncionando á la vez el óvulo, pues el taponamiento cervical es del todo insuficiente para el caso, y se puede en cierto grado poner en paralelo con el taponamiento meramente vaginal: *lo que se busca es retacar la cavidad uterina, en donde está implantado el óvulo llegando así directamente á la fuente de las hemorragias.*

Por ser el tratamiento de los abortos una cuestión aún controvertida en obstetricia, creo de justicia hacer referencia de algunos autores competentes que se han pronunciado en pro y en contra. El profesor Winckel de

la real clínica de Munic y su discípulo Stumpf (1.) son partidarios de la expectación y los resultados que obtuvieron en el curso de 5½ años en 184 casos son bastante satisfactorios:

En 84 p 0 no hubo complicación alguna.

„ 4,1 „ hubo hemorragias abundantes y graves.

„ 1,2 „ hubo síntomas de ergotismo.

„ 10.7 „ hubo ligera infección puerperal.

Además, pudieron observar que en el 50 p 0 de los casos se arrojaron los óvulos intactos, y que el 33 p 0 de los abortos correspondió al tercer mes de embarazo.

Del lado contrario están las clínicas de Martin (2.) y de la Charité (3.) ambas de Berlín, lo mismo que las de Lepzig, (4.) y muy particularmente satisfactorios han sido los resultados de ésta última, *pues sobre 500 casos no hubo uno solo de muerte ó infección grave.*

También la clínica holandesa de Amsterdam se inclina á favor de la intervención local en contra de la expectación médica. [5.]

Por último, no quiero dejar de señalar los magníficos resultados obtenidos por el Dr. húngaro Santos [6.] en 100 casos de aborto ó parto prematuro en que intervino localmente.

En 98 veces fué el resultado completo, es decir que no hubo calentura ni complicación alguna.

En 2 veces hubo calentura é infección: pero hay que advertir que en uno de los casos se tuvo que hacer la operación en el mismo cuarto en que estaba un niño de escarlatina. Resultó una fiebre puerperal grave, de la que finalmente se recobró la enferma.

(1.) STUMPF: *Centralbl. f. Gynaecol.* 1893 pg. 550.

(2.) DUEHRSEN: *Sammlg Klin. Vortr.* núm. 131.

(3.) ECKESTEIN: *Zur Behandlg. d. Fehlgeburt Centralbl.* 1892 pág. 1069.

(4.) DOEDERLEIN: *Die Behandlg. d. Blutungen b. Abort.* *Munch. Med. Wocheas* 1892 núm. 20,

[5.] EVERS: *Retentio placentae post abortum.* *Diss. inaug.* Leyden 1893.

(6.) SANTOS. *Az abortus Jeyógyászat* núm. 14.

CAPITULO DECIMO.

DISCISION BILATERAL DEL CUELLO POR ESTRECHEZ
CONGÉNITA.

Esta operación se ha practicado en tres enfermas, de las cuales dos quedaron completamente curadas (obs XVIII y XIX); más adelante veremos el por qué del resultado poco satisfactorio obtenido en la observación XVII.

En los tres casos se trataba de *mujeres jóvenes* casadas hace varios años y *estériles* que padecían de una amenorrea más ó menos pronunciada. El examen ginecológico revelaba en todas ellas casi el mismo estado patológico: la pared anterior de la vagina algo más corta que la normal, el cuello cónico y alargado, y con su eje casi paralelo al eje vaginal. En dos casos hubo una retroposición uterina bien marcada (1.) debida á una retracción de ambos ligamentos Douglásicos (lig. *uteri posteriores*), á consecuencia de un catarro cervical infeccioso. Para mejor explicación creo de utilidad reproducir aquí unas figuras que tomo de la obra magistral de B. Schultze [2.] sobre las desviaciones uterinas.

La figura núm. 9 [lám. 2] representa la inserción normal del cuello uterino en la bóveda vaginal: se ve cómo el canal cervical se encuentra casi en ángulo recto sobre el eje vaginal, por consiguiente existe un fondo de saco posterior bastante amplio y capaz de funcionar como *depósito del líquido espermático*. La figura núm. 10 representa la inserción viciosa del cuello uterino en la bóveda vaginal: el canal cervical está más

(1.) Bajo el nombre de retroposición del útero entiendo una dislocación uterina hacia atrás; por lo demás, puede el útero re-tropuesto estar en anteflexión:

(2.) B. SCHULTZE: Pathol. u. Therap. d. Lageveränderungen der Gebärmutter. 1881. pág. 114. 115.

ó menos paralelo con el eje vaginal, la pared anterior de la vagina se encuentra algo acortada en su longitud, y el fondo de saco posterior no tiene su amplitud fisiológica: no existiendo, pues, un receptáculo para el espermatozoide depositado en la vagina, sale este líquido inmediatamente después del coito y se disminuyen todavía más las probabilidades de una concepción.

Con respecto á la influencia que ejerce la retracción de ambos ligamentos retrauterinos sobre la anteflexión del útero, me refiero á la figura núm. 23 que gráficamente representa la situación. Se ve el útero en retroposición, es decir atraído hacia la excavación del sacro, y á la vez doblado sobre sí mismo, formando el eje del cuello con el del cuerpo un ángulo bastante agudo. Fácil es comprender cómo la presión intra-abdominal que gravita sobre la pared posterior uterina no hace más que aumentar la anteflexión patológica, resultando así, en el ángulo de la flexión, una obstrucción casi completa del canal uterino: *la llamada estenosis del orificio interno.*

No se adelanta, pues, gran cosa en los casos de estenosis del cuello alargado, complicados con anteflexión patológica del útero retropuesto, con hacer sola la discisión bilateral ó la amputación del cuello cónico, puesto que en nada se corregiría la estenosis interna en el ángulo de flexión, *sino se debe simultáneamente enderezar el útero por medio de un pesario intrauterino y extender por masaje los ligamentos retraídos.* Al no atender á la vez á todas estas complicaciones se obtendrán resultados poco satisfactorios como me sucedió en mi primer caso (obs. XVII.)

El primer paso que, en mi concepto, debe darse es extender y estirar por un masaje metódico los ligamentos retrouterinos, corrigiendo así la retroposición patológica del útero y con ella la causa mecánica de la anteflexión en ángulo agudo. Sin entrar en más detalles diré que para hacer en estos casos el masaje de los ligamentos Douglásicos introduzco el índice en el fondo de saco posterior y enclavo la otra mano por el abdomen, rumbo á la excavación del sacro, hasta que se encuentren los dedos de ambas manos teniendo en-

tre sí los ligamentos en cuestión (lám. 6 fig. 23): movimientos muy suaves de atrás hacia adelante, repetidos diariamente durante algunas semanas, suelen aflojar los ligamentos antes retraídos, al grado que á veces he podido poner la cara anterior del útero en contacto con la cara posterior de la sínfisis. Corregidas que estén así las causas que mantenían al útero en retroposición [1.] procedo á la discisión bilateral del cuello cónico.

Respecto al modo operatorio, he abandonado completamente aquellos procedimientos que consistían en una simple discisión con tijeras ó metrótomo sin suturas ulteriores, pues me he podido convencer de que el resultado final es casi siempre una reunión de los labios de la herida: así sucedía en la enferma de la observación XVII que, á pesar de haber sufrido unos cuantos meses antes por manos de otro cirujano la discisión doble, se presentaba nuevamente con una estrechez marcadísima del orificio externo.

Mejores son ya los resultados que da el procedimiento usado en la clínica de Martin, y que consiste en aplicar después de la discisión, entre los labios de la herida, taponcitos empapados con percloruro de hierro con el doble fin de evitar hemorragias á la vez que la reunión de las superficies cruentas adyacentes. Sin embargo, diré que creo hay mejores procedimientos.

La manera más sencilla para asegurar el éxito de la operación es la de suturar cada labio por sí, una vez hecha la discisión: así se contiene con seguridad la hemorragia y se mantiene abierta la incisión. A pesar de ser esta operación en sí bien sencilla, suele á veces ser muy trabajosa, por tratarse generalmente de cuellos minúsculos en que se dificulta bastante poner con exactitud las suturas. Por las aducidas razones acepté con regocijo una ingeniosa modificación de esta operación, inventada por el médico ruso Boryssowicz,

[1.] Ayudo al tratamiento por el masaje con baños de asiento é inyecciones calientes y taponamiento vaginal glicerinado.

(1.) la que pone en práctica el principio de la constricción permanente de los tejidos por separar. Procedo pues, del modo siguiente:

Después de haber dilatado previamente por medio de laminarias la cavidad cervical y uterina, hago una raspa del endometrio tanto corporal como ante todo cervical; en seguida afianzo con dos pinzas de Museux los labios anteriores y posteriores del cuello y paso transversalmente de cada lado una aguja curva armada con un hilo de seda gruesa, procurando obtener una distancia del reborde libre del cuello de un centímetro cuando menos. (véase lám. 3 fig. 12) Con unas tijeras rectas hago entonces una pequeña incisión bilateral, la que divide únicamente la mucosa vaginal, y cierro inmediatamente la asa de cada lado, de manera que los nudos caigan exactamente en el lugar de la incisión. Casi no hay sangre, y toda la operación inclusa la raspa se verifica dentro de unos 10-15 minutos. Los resultados son seguros y duraderos, pues, estirando cada asa de su lado y en sentido opuesto, resulta una fisura transversal de 3-4 milímetros que representa el nuevo orificio. (2.)

Pero con eso no doy por terminada la operación, sino que procuro atender también á la estenosis interior introduciendo á la cavidad uterina una cánula de vidrio ó de plata, perforada con múltiples agujeritos y de 5 milímetros de diámetro, [véase lám. 3 fig. 16] la que á guisa de pesario intrauterino endereza el útero y aplasta por la compresión continua el espolón que forma la pared uterina anterior en su ángulo de flexión forzada. Para evitar un estancamiento de líquidos infecciosos saco cada 24 horas la cánula y la vuelvo á colocar después de haber irrigado la cavidad uterina con alguna solución antiséptica. A los ocho días quito definitivamente la cánula y también los hilos, si es que no hayan caído ya espontáneamente.

Las dos enfermas operadas de esta manera quedaron perfectamente bien, con un orificio externo en forma de fisura transversal y de tres milímetros de ancho; la estrechez del orificio interno desapareció igualmen-

(1.) *Dilatatio ostii uteri externi* Centralbl 1894 pág. 62.

(2.) Véase lámina 3 fig. 11. 12. 13. 14. 15.

te, y el ángulo de flexión quedó mucho menos pronunciado. En la enferma de la observación XVII persiste aún el ángulo de flexión agudo lo mismo que la estrechez interior, sin duda por no haberle aplicado la cánula dilatadora á permanencia á raíz de la operación: me propongo subsanar esta falta en una próxima sesión y espero dejar buena á la enferma como á sus compañeras.

CAPITULO UNDECIMO.

COLPOPERINEORAFIAS Y AMPUTACIONES DEL CUELLO.

Habiendo ya tratado esta cuestión de una manera detallada en un trabajo extraordinario que tuve el honor de presentar á la Academia de Medicina de México en 11 de Enero de 1896, [1.] me concreto aquí á tocar someramente unos cuantos puntos que en aquella memoria no fueron considerados debidamente.

Para empezar con la llamada "hipertrofia del cuello" que tan seguido se observa en los prolapsus uterinos, diré que *esta supuesta hipertrofia no es en realidad sino un edema duro originado por los trastornos circulatorios á consecuencia de la dislocación uterina.* Se hace pues, en mi concepto, inútil la amputación del cuello, y para reducir á su tamaño fisiológico el órgano "hipertrofiado" basta reponer y mantenerlo en su lugar durante algún tiempo por medio de pesarios, ó mejor de tapones con glicerina. *En mi ya citado trabajo referí algunos casos en que, sin operación alguna, logré reducir en unos cuantos días de 3 á 4 y hasta 5 centímetros el útero "hipertrofiado," valiéndome tan solo del reposo y de tapones de glicerina.*

Con respecto á la *amputación del cuello en la metritis crónica*, que con bastante frecuencia se practica por algunos ginecólogos, diré igualmente que no soy partidario de ella por creer que no está bien definida

(1.) Algunas consideraciones sobre el origen de los prolapsus vagino-uterinos y su tratamiento quirúrgico. Gaceta médica XXXIII N° 18.

la relación causal entre una y otra, de un lado, y del otro porque he visto sobrevenir muy á menudo complicaciones tan molestas, que resultaron ilusorios los beneficios de la susodicha operación. En cuanto á la explicación corriente que suele darse con respecto á la influencia de la amputación sobre la metritis crónica, conforme á la cual la amplia depleción sanguínea durante la operación favorecería de una manera marcada la reducción del útero, diré con franqueza que no sé en qué preceptos fisiológicos se funda tal opinión; y aunque fuera así, no veo necesidad alguna para recurrir á una operación ad hoc, puesto que escarificaciones ó sangrías locales darían el mismo resultado.

Más aceptable es ya la hipótesis que relaciona la reducción del útero metritico después de la amputación del cuello con las *ligaduras involuntarias* que durante la operación se hayan hecho de las ramas principales de las arterias uterinas, pero aun en este caso rechazaría la amputación como intervención típica, pues podríamos obtener mucho mejores resultados ligando directamente ambas uterinas á través de los fondos de saco laterales, tal como se ha hecho por algunos autores alemanes [Gottschalk, Martin, etc.,] para la curación de pequeños miomas. Parece perfectamente lógico tal proceder y me propongo ponerlo en práctica luego que tenga la oportunidad. Al reprobar así de una manera general las amputaciones de ordenanza que sin distinción practican algunos ginecólogos en todo caso de metritis crónica, me baso en las apreciaciones teóricas que anteceden y en los hechos prácticos que paso á enumerar.

He tenido bastante ocasión para examinar mujeres en quienes se había hecho la amputación del cuello por metritis crónica, y debo confesar que los resultados raras veces correspondían á las esperanzas: encontré, efectivamente, el útero reducido en su longitud—y no podía ser de otro modo—pero no sucedía así en los demás diámetros, el antero-posterior y el trasversal: es decir, el ancho y grueso del cuerpo uterino no me parecieron reducidos de una manera apreciable; tampoco encontré, como regla general, que la hiperestesia especial del perimetrio, que á veces es la fuente de

indecibles sufrimientos para la enferma, hubiera sido modificada de una manera patente. Del otro lado, pude observar muy frecuentemente ciertas complicaciones periuterinas, que, á no dudarlo, eran causadas por la misma operación, desvirtuando así por completo los beneficios de ella: hablo de las inflamaciones peri-é-intra Douglásicas, que después de algunos meses suelen ser el resultado de las amputaciones.

Dadas las relaciones anatómicas tan íntimas del labio posterior con el repliegue peritoneal que se llama el infundíbulo de Douglas [lám. 4 fig. 17], se comprende con qué facilidad se propagan las infecciones de un órgano á otro, dando lugar á una exsudación en el Douglas ó á una parametritis posterior, es decir, á una infección del retículo linfático que acompaña los ligamentos retrouterinos. Efectivamente, al examinar á una enferma dos ó tres meses después de la amputación, encontramos muy á menudo *una retroposición uterina por infartos de los ligamentos Douglásicos, y una sensibilidad exagerada del fondo de saco posterior.* (1.)

Tomando en consideración estas desventajas positivas que pueden sobrevenir á consecuencia de la amputación del cuello, me he dedicado con especial esmero al tratamiento clínico de las metritis crónicas, rechazando como regla la mencionada operación: masaje metódico, inyecciones vaginales calientes, lavatorios antisépticos intrauterinos, tapones con glicerina, iodo ó ictiol, laxantes, baños de asiento prolongados, etc., me han dado resultados tan satisfactorios que no pienso abandonarlos: no pretendo decir que haya sanado á toda enferma afectada de metritis crónica, pero sí tengo la satisfacción de haber proporcionado casi á todas ellas un alivio notable sin dotarlas de nuevas in-

(1.) Con gusto he visto muy recientemente que también por otra parte se está haciendo oposición á la práctica perniciosa de ciertos ginecólogos que no pueden ver un cuello uterino sin proceder á su amputación. Gottschalk refiere en el *Deutsche Med. Wochens.* 1896. núm. 18, unos cinco casos de retroflexión, la que fué causada directamente por la amputación del cuello, privando así al útero de su sostén vaginal tan esencial para la mantención de su posición fisiológica.

flamaciones que antes no tenían. He visto casos en que la cavidad uterina ha disminuido de 2 á 2½ centímetros, reduciéndose en proporción también los demás diámetros.

Partidario como soy de la teoría que considera la metritis crónica como una inflamación secundaria del músculo uterino, originada y sostenida por una afección infecciosa del endometrio, creo que todo tratamiento racional debe basarse sobre la desinfección de la cavidad uterina (lavatorios, raspa); en segundo lugar, hay que facilitar la reabsorción de la linfa plástica depositada entre los intersticios musculares de la matriz, buscando una irrigación más activa del órgano inflamado: en este sentido no hay mejor medio que el masaje diario del útero, combinado con inyecciones calientes y tapones yodurados empapados con glicerina. [1.]

Empleando este plan terapéutico en los primeros meses de la metritis, hay fundadas esperanzas de conseguir alivio completo y duradero: pero cuando hayan pasado años sin que haya sido debidamente atendido el mal, llegan á ser de tal trascendencia las modificaciones patológicas en el músculo uterino, que resulta la metritis crónica ser una enfermedad incurable. (2.) Todo tratamiento suele ser infructuoso en cuanto á "restitutio ad integrum" y el único objeto del ginecólogo puede ser corregir el mal hasta donde sea posi-

[1.] El masaje obra en sentido análogo, facilitando la absorción de la linfa, como en casos de entorsis de una articulación v. g. de la tibio-tarsiana.

[2.] PICHEVIN Y PETIT (*Gazette Med. de Paris*, 1895. Núm. 48) que examinaron un útero extirpado por metritis crónica complicada con hemorragias continuas, encontraron las alteraciones patológicas siguientes:

"La mucosa uterina no estaba en degeneración fungosa; las paredes uterinas más gruesas que normalmente. Microscópicamente se comprobó una proliferación considerable de los vasos sanguíneos, y un aumento marcado tanto de sus paredes como de su calibre; igualmente aumentado estaba el tejido perivascular. Los capilares, lo mismo que los linfáticos, dilatados y henchidos. Encontrándose estas alteraciones patológicas diseminadas por todo el órgano, hay que decir que la parte más afectada resultó ser la parte media de la pared uterina: en este lugar habían disminuido notablemente las fibras musculares, las que estaban sustituidas por gruesos trabéculos de tejido fibroso."

ble y prevenir nuevas complicaciones. Si persiste, v. g., la ulceración del cuello á pesar de un tratamiento local bien dirigido, no vacilo en hacer su amputación, ya no como medio curativo de la metritis crónica, sino con solo el fin de evitar en lo sucesivo una degeneración cancerosa de los tejidos crónicamente irritados; y en *último caso, creo justificada la extirpación total de la matriz, cuando son tales los sufrimientos que amargan sin cesar la vida de la enferma*: esto no sería una mutilación del aparato sexual de la mujer, sino la ablación forzosa de un órgano ya degenerado é inepto para desempeñar sus funciones fisiológicas.

Después de esta larguísima digresión sobre las indicaciones y contraindicaciones de las amputaciones del cuello uterino, me referiré, en cuanto á mi proceder en las colpo- y perineorafias lo mismo que á los resultados obtenidos, á las cuatro observaciones de la XX á la XXIII que van consignados al final de esta memoria.

Nada tengo que agregar sobre este particular.

CAPITULO DUODECIMO.

EXTIRPACION DE UN POLIPO FIBROSO IMPLANTADO EN EL CUELLO UTERINO.

Esta operación se ha practicado una vez, y con feliz resultado, (obs. XXIV) siendo el procedimiento operatorio el siguiente:

Colocados que fueron los espejos de Sims se atrajo con pinzas de Museux el pólipo hasta fuera de la vulva, descubriéndose así su lugar de implantación en el labio posterior. En seguida se pasó á traves de su base un hilo doble de seda gruesa y se ligó el pedículo en dos partes. Un golpe de tijera seccionó el tumor á un centímetro de la ligadura, y con esto quedó concluida la operación.

En efecto, es tan sencillo este procedimiento que muchos de mis lectores se admirarán de que haya creído

necesario describirla en este lugar en vez de referirme someramente á la observación correspondiente, y paso ahora á explicar los motivos que me han impulsado á ello.

Precisamente por ser en sí tan sencilla esta operación cae ya bajo el dominio del médico práctico, y siendo el procedimiento que generalmente se usa otro distinto y no exento de riesgos, he creído útil describir el modo de proceder moderno para convencer á todo el mundo que para ponerlo en práctica no se necesita ni habilidad especial ni profundos conocimientos en ginecología. La regla fundamental que en toda operación vaginal hoy día tiene que observarse es: no hacer nada sin ver con perfecta claridad lo que se está haciendo, y por este motivo condeno el antiguo modo operatorio usado en los pólipos fibrosos que consistía en seccionarlos en su base por la asa constrictora, vulgarmente por el de Chassaignac. Pero no tan solo nos obliga el Chassaignac á trabajar á ciegas en la profundidad de la vagina sin podernos cerciorar por la vista de lo que se tiene comprendido en la asa constrictora, sino que su grave peligro consiste en atraer más y más tejidos á su esfera, exponiendo así de una manera directa los órganos vecinos. Que este temor no es meramente ilusorio lo prueba un caso desgraciado que tuve ocasión de ver operar en mi viaje á Europa: se trataba de un tumor fibro-miomatoso implantado con base ancha en el fondo del útero; el instrumento escogido fué el Chassaignac; la operación fué bastante rápida, pero desgraciadísima en sus resultados, pues dentro de las 36 horas murió la operada de una sépsis fulminante. La autopsia reveló en el fondo del útero una comunicación entre la cavidad uterina y la abdominal del tamaño de una peseta, la que indudablemente se debía á la acción especial del Chassaignac de atraer á la asa constrictora más tejidos de los comprendidos en ella en un principio.

En nuestro caso, en que se trataba de una implantación en el labio posterior, difícilmente pudiera haber peligro por más tejidos que sucesivamente se hubieran atraído; pero no siempre trabajamos en regiones relativamente tan seguras. Nada menos, hace unos cuan-

tos días, tuve la ocasión de extirpar un fibro-mioma del labio anterior del cuello, del tamaño de un puño de hombre. Para poder exponer á la vista su modo y lugar de implantación me ví obligado á hacer previamente el despedazamiento, hecho el cual me pude convencer de que todo el labio anterior estaba comprendido en el neoplasma formando parte íntima de él. Estaba, pues, indicada la amputación alta del labio anterior y la hice arriba de la inserción de la bóveda vaginal, después de haber despegado la vejiga de la cara anterior del útero. Tengo la evidencia de que, si en este caso se hubiera aplicado el Chassaignac, la asa hubiera resbalado por la configuración esférica del tumor hasta la inserción de la bóveda vaginal, y que á los primeros golpes del constrictor se hubiera abierto el fondo de saco anterior y probablemente también la vejiga, que precisamente en este lugar se encuentra estrechamente ligada al cuello uterino por los ligamentos vésico-uterinos.

Por las razones aducidas no puedo menos de protestar contra el empleo del constrictor de Chassaignac en estos casos, sin tomar en consideración que por lo demás es un instrumento muy complicado y difícil de limpiarse. Menos resgoso sería ya el uso del constrictor de alambre, el que atrae muy poco de los tejidos vecinos á su asa, pero tiene la desventaja de no prestar las mismas garantías contra las hemorragias. Respecto á la asa galvanocáustica hay que admitir que reúne en sí las ventajas del Chassaignac en cuanto á la falta absoluta de hemorragias, y del constrictor lineal, en cuanto á que su acción se limita á los tejidos agarrados desde un principio: pero aun para ella subsiste el reproche de que siempre se trabaja á oscuras: yo por mi parte prefiero el método quirúrgico, y ante todo *quiero ver lo que hago para hacerlo bien.*

CAPITULO DECIMOTERCERO.

DE LA VAGINOFIJACIÓN UTERINA.

Esta operación se hizo una vez por un prolapsus vaginal-uterino en una mujer de 50 años de edad, siendo completo el éxito. (observación XXV.)

El sinnúmero de tratamientos quirúrgicos recomendados contra esta afección, demuestran con claridad, que hasta la fecha no poseemos aún un procedimiento típico que diera uniformemente resultados satisfactorios: algunos son partidarios exclusivos de las colpo-perineorafias, otros prefieren la ventrifijación, y todavía otros usan un plan mixto combinando ambas operaciones.

Si en el caso presente me decidí á dar la preferencia á la vaginofijación del útero, lo hice verdaderamente con sola la idea de ponerla á prueba en cuanto á sus resultados definitivos, y tengo que decir que quedé completamente satisfecho. Por consiguiente, puedo recomendar en conciencia la vaginofijación uterina como un procedimiento muy eficaz para corregir los prolapsus vaginal-uterinos, especialmente cuando se usa en mujeres *que se encuentran en la menopausa*.

Hago esta restricción, por creer que sería una falta científica fijar en un lugar anómalo un útero en plena evolución sexual, privándolo así de la movilidad fisiológica tan necesaria para su desarrollo en la preñez: me refiero en este particular á las múltiples observaciones de distocia que últimamente se han publicado, debidas á que el útero, suturado como lo estaba á la pared anterior vaginal, era incapaz de expulsar el feto, resultando así las más graves complicaciones (1.) que motivaron en un caso hasta la operación cesarea de Porro.

(1.) *Monatsch. f. Geb Bd II* pág. 115, 355, 472.
Centralbl. f. Gynec. 1895, pág. 1172, 1302.
Centralbl. f. Gynec. 1896. pág. 25, 147.

Hecha esta salvedad, procedo á describir la operación tal como la practiqué en mi enferma.

Con una incisión trasversal, hecha á la altura de la inserción vaginal al cuello uterino, abrí el fondo de saco anterior, y despejando cuidadosamente con los dedos y tijeras la vejiga del útero, alcancé en el fondo de la herida el repliegue peritoneal vésico-uterino [lám. 4 fig 17], el cual se incindió ampliamente. Modificando en algo las prescripciones de los inventores de la operación, Duehrsen-Mackenrodt, afiancé inmediatamente con dos pinzas de Péan el colgajo peritoneal correspondiente á la vejiga, hecho lo cual invertí el útero por medio de un gancho á travez del ojal peritoneal. Entonces suturé el colgajo peritoneal vesical al uterino, dejando así *extraperitoneal* toda la cara anterior del útero, y pasando unos tres hilos de Silkworm á traves de los labios de la incisión vaginal lo mismo que del cuerpo uterino, suturé este organo á la pared vaginal anterior y detrás de la vejiga.

En la fig. 19 de la lámina 4 se vé el útero como queda después de hecha la vaginofijación, es decir en posición horizontal, mirando con su fondo hacia delante, rechazando la vejiga hacia la sínfisis y con su cuello mirando directamente á la excavación del sacro. A la simple vista se comprende por razones mecánicas cómo se hace imposible una reproducción del prolapso uterino todo el tiempo que el órgano queda suturado á la pared anterior de la vagina, pues para ello sería necesario elevar el útero y colocarlo en retroflexión, facilitando así — ayudando tanto el peso propio como la presión abdominal — el descenso sobre el plano inclinado formado por la pared vaginal posterior.

En el caso actual no creí prudente restaurar el perineo para observar mejor los resultados de la vaginofijación en sí, los que, aun con un perineo lacerado, han sido excelentes: sin embargo, no recomendaría mi proceder, sino al revés, estoy en sentido de agregar en casos de ruptura perineal cada vez la perineorafia, para *dar un sostén á la pared anterior vaginal*, la que en estas circunstancias tiene que cargar con el peso anómalo de todo el útero. En casos de una

hipertrofia marcada de la pared vaginal anterior, recomendando también la resección de ella, haciendo al efecto una incisión longitudinal en vez de la transversal que describí, como si se tratara de una mera colpofasia anterior.

CAPITULO DECIMO CUARTO.

DE LA RETROFIJACIÓN DEL CUELLO UTERINO A LA FASCIA RECTAL.

Esta operación practicada conforme á un procedimiento ideado por el que suscribe, se ha hecho una vez, con un resultado hasta ahora satisfactorio: sin embargo, hay que confesar que el tiempo de observación no ha sido suficiente (6 meses) para autorizarme á formar un juicio definitivo.

Considerando desde un punto de vista sinóptico todas las operaciones destinadas á corregir la retroflexión uterina, hay que dividir las en dos categorías, conforme al punto de partida que se elija para poner en anteversión el órgano retrofecto.

1.^a aquellas que tienden á imprimir al útero un movimiento de báscula hacia delante *por medios directos*.

2.^a aquellas que efectúan lo mismo *por medios indirectos*.

A la primera categoría pertenecen todas aquellas operaciones que, partiendo directamente del fondo uterino ó de las inserciones de los ligamentos redondos, lo acercan á la pared abdominal ó vaginal, como v. g. la hysteropéxia de Czerny, la operación de Alexander y la vaginofijación de Duehrsen-Mackenrodt

Todos estos procedimientos, si bien dan un resultado perfecto en cuanto á la mala posición que se trata de corregir, tienen del otro lado la gran desventaja de fijar de una manera definitiva el fondo uterino á un lugar anómalo, lo cual no deja de originar á veces grandes complicaciones en los casos de embarazo, como lo expuse en el capítulo anterior. Por este moti-

vo hay que reservar esta clase de operaciones, y muy particularmente la vaginofijación, para las mujeres de edad avanzada, en las cuales ya no hay posibilidad de una complicación ulterior por embarazo.

Con el objeto de no privar al útero de su movilidad fisiológica, tan esencial para su desarrollo normal en el curso de la preñez, se ha intentado por algunos autores (Werth de Kiel, y Mackenrodt de Berlín) suturar el fondo uterino al vértice de la vejiga, obstruyendo con este fin completamente el repliegue vésico-uterino: se logró efectivamente con ayuda de la presión intra-abdominal mantener durante algún tiempo el útero en anteversión. Sin embargo, esta llamada 'vesicopéxia' no pudo abrirse paso en la práctica, siendo así que una laparotomía hecha con solo el fin de corregir una retroflexión no se puede admitir por sus riesgos inherentes, que en nada son comparables con las molestias, relativamente insignificantes, ocasionadas por el mal que se trata de corregir.

Por estos motivos, ya tiempo ha se han empeñado los ginecólogos en buscar un método que á la vez pudiera mantener el útero en anteversión sin que fuera necesario fijarlo definitivamente con suturas, privándolo así de su movilidad fisiológica. El primero que eligió como punto de partida el cuello uterino fué el profesor alemán Frommel, quien acertó por medio de una laparotomía ambos ligamentos sacro-uterinos, acercando así el cuello á la excavación del sacro y haciendo bascular el fondo uterino hacia delante. Se lograba, pues, por *medios indirectos* una anteversión uterina sin que—y eso es lo esencial—el fondo hubiera sido suturado de una manera definitiva á un lugar anómalo. Adoptada que fué, en principio, la operación de Frommel, no encontró sin embargo muchos partidarios en la práctica, siendo otra vez el reproche principal el tener que recurrir á una operación preliminar en sí demasiado grave, como es la celiotomía abdominal. Haciendo, pues, á un lado la intervención por el abdómen, adoptaron otros autores el principio de la retrofijación del cuello como medio indirecto para obtener por apalancamiento la anteversión del cuerpo uterino, y trataron de efectuarla por la vía vaginal. Saenger de Leipsic

suturó á través de la vagina intacta el cuello á la excavación Douglásica; Boisleux de París, y Pryor de Nueva York abrieron sin temor el Douglas para provocar adherencias secundarias del tercio superior vaginal con el repliegue del mismo Douglas.

Inspirándome en estos procedimientos, en sí bastante primitivos, he imaginado la operación que dejo consignada en la observación XXVI, la que tal vez contribuirá en algo al adelanto de la difícil cuestión del tratamiento quirúrgico de las retroflexiones uterinas.

Después de haber abierto por una incisión vertical muy amplia el fondo de saco del Douglas, se sutura á través del mismo Douglas la pared vaginal al punto más alto de la pared anterior rectal que es dado alcanzar, elevando así de una manera indirecta el cuello uterino hácia arriba y atrás. Por consiguiente, se efectúa un movimiento de báscula que coloca el fondo uterino en anteversión más ó menos pronunciada, *quedando sin embargo expedita su facultad de elevarse periódicamente cuando se llena la vejiga, y temporalmente cuando se trata de un embarazo.*

Una simple comparación de los dibujos respectivos núm. 19 y núm. 22 [lámina 4 y 5], que ambos representan al útero en anteversión, el primero por fijación directa á la vagina, y el segundo por apalancamiento sin fijación del fondo, explicará mejor que las palabras las ventajas que tiene el segundo procedimiento sobre los de la primera categoría, y para que formen su juicio definitivo ruego á mis lectores se fijen con detención en los dibujos citados (1).

Comprendo demasiado que este único caso no autoriza á ningunas conclusiones: pero juzgo que el principio del apalancamiento del útero por medios indirectos es el más adecuado para obtener una curación ideal de las retroflexiones uterinas.

(1.) Véase lámina 5 N^o 20, 21, 22.

CAPITULO DECIMO QUINTO.

DE LA HISTERECTOMIA VAGINAL.

Esta operación se ha hecho cuatro veces con el más completo éxito, según se desprende de las observaciones relativas [núm. XXVII—XXX].

No creo de utilidad práctica describir en este lugar todos los detalles de una operación en sí ya suficientemente conocida, sino prefiero dedicarme á ciertos puntos inherentes á la misma operación que me parecen más dignos de estudio.

I. Lo primero y esencial, para efectuar con felicidad la histerectomía, es de prepararse el campo operatorio, de tal manera que toda manipulación se haga bajo la guía del ojo conforme á los preceptos que á ese respecto dejo consignados en el capítulo tercero de esta monografía. Entre las cuatro operadas dos presentaban dificultades tales, á consecuencia de la suma estrechez de su vagina, (1.) que me ví obligado á recurrir á las incisiones vagino-perineales, hecho lo cual pude introducir media mano en donde antes apenas cabía un espejo cilíndrico del más pequeño calibre. Los resultados ulteriores de estas incisiones preparatorias fueron nulos, pues cicatrizaron sin tropiezo alguno, á pesar de no haber sido suturadas por razones especiales (véanse las observaciones).

II. El segundo punto de importancia en las histerectomías vaginales es la mayor ó menor movilidad del útero: en otras palabras, si el útero puede atraerse casi hasta la vulva, toda la operación resulta ser bastante sencilla, pero cuando se encuentra adherido y muy alto por inflamaciones anteriores, pueden presentarse tantas dificultades que se hace á veces imposible, ó cuando menos peligrosa, la extirpación total del órgano: en los dos casos mencionados no me fué posible extirpar el útero en su totalidad, sino que preferí dejar en el

(1.) Se trataba de vírgenes de edad ya avanzada, de 50 y 64 años respectivamente; véanse las observaciones XXVII y XXIX.

abdomen² el fondo uterino, por temor de causar complicaciones fatales (rupturas ó fístulas intestinales) al empeñarme en atraer á todo trance la parte que faltaba. Del otro lado, no había inconveniente en proceder así, puesto que se trataba en el primer caso de la extirpación de un mioma implantado en el cuello uterino, de modo que, una vez extirpado el tumor, era de importancia relativamente secundaria extraer ó no también la parte restante del útero. En el segundo caso, se trataba de remover los dos anexos degenerados, y la histerectomía no era más que una operación auxiliar, en sí secundaria, así es que tampoco se perjudicaba la enferma con dejarle parte de la matriz.

Vuelvo á insistir en que ambas enfermas eran mujeres de edad ya bastante avanzada (50 y 64 años), de manera que es fácil de entenderse como pudo suceder que, tratándose de matrices en plena atrofia senil, las enérgicas tracciones ejercidas sobre el cuello llegaron á arrancar el cuerpo de su fondo, retenido muy alto por las inflamaciones precedentes. Considerando este incidente desde el punto de vista práctico, no tuvo mayores consecuencias para las enfermas: ambas sanaron después de una convalecencia más ó menos larga.

III. En cuanto á la cuestión que tan apasionadas discusiones ha provocado: pinzas ó ligaduras, diré que en mi humilde concepto ambos procedimientos tienen sus ventajas, y creo por consiguiente que sería un error el querer obligar al cirujano á elegir entre ellos y adoptar exclusivamente uno á costa del otro. Si me fuera permitido caracterizar la posición que guardo á ese respecto, lo haría del modo siguiente:

Preferiría las ligaduras con seda gruesa:

1.º toda vez que el útero fuera movable, pudiéndose por consiguiente atraer con facilidad hasta la vulva, pues así no presentaría dificultad alguna la ligadura directa.

2.º toda vez que el campo operatorio fuera relativamente reducido, pues hay que convenir en que 6-8 pinzas no dejan de estorbar las manipulaciones ulteriores.

3.º toda vez que la histerectomía fuera la operación accesoria, siendo la principal la extirpación de otros

tumores, pues hay fundados temores de que se pudieran aflojar unas que otras pinzas durante los esfuerzos para descortezar los tumores, lo que sería equivalente á la muerte de la operada en la mesa, como ya lo he presenciado.

Por el contrario preferiría el uso de las pinzas en los casos siguientes:

1.º cuando es menester hacer rápidamente la operación en una enferma agotada y exangüe, con el fin de reducir á su última expresión los riesgos del choque traumático y del cloroformo.

2.º cuando la histerectomía en sí es el objeto exclusivo, hecho lo cual ya no hay que manipular en la profundidad de la vagina; en estos casos poco importa que quede ó no obstruido el campo operatorio por 6-8 pinzas, ni tampoco hay riesgo de arrancar un par de ellas, pues con la extirpación quedó terminada la intervención quirúrgica.

3.º cuando la matriz está fija y muy alta, sin que se pueda acercar á la vulva, resultando una ligadura "in situ" muy dificultosa y á veces imposible.

IV. Llego ahora á otro punto igualmente muy controvertido, á saber, si por principio se debe clausurar el peritoneo después de hecha la histerectomía ó no; creo que aquí, igualmente, se encuentra la verdad en medio de los dos extremos. Tan falso sería obturar el peritoneo en todos y cada uno de los casos, como el empeñarse en dejarlo abierto como regla general. Cuando la operación ha sido muy rápida, sin mucho traumatismo y hecha en condiciones asépticas, creo que es conveniente suturar el peritoneo para evitar una infección secundaria de la cavidad abdominal.

Pero tratándose de una operación de mucha duración y por ende de mucho traumatismo, cuando se ha tenido que destruir múltiples adherencias peritoneales que en lo sucesivo tienen que secretar sangre en más ó menos abundancia; cuando existan colecciones purulentas periuterinas ó intratubarias, que reventándose ensucian el campo operatorio, creo que el drenaje del peritoneo en su punto más declive—que es la bóveda vaginal—es una garantía más para el buen éxito de la operación.

Aprovecho la oportunidad para hacer una aclaración respecto al modo de proceder para suturar la abertura peritoneal. Siendo la idea dominante en este procedimiento la de evitar la infección secundaria de la cavidad peritoneal, claro está que para realizarla deben de existir de antemano las condiciones que hacen excluir una infección durante la operación; en seguida se procurará establecer aquellas condiciones que en sí son adversas al desarrollo de gérmenes patógenos, caso que después de la operación llegasen á penetrar en la herida: quiero decir, que se habrá procurado la hemostasis más completa, pues no hay mejor medio de cultivo para los microbios, que la sangre retenida en alguna cavidad del organismo humano. Pero todavía no bastan estas dos condiciones profilácticas si no están acompañadas de una tercera muy importante: la fijación extraperitoneal de los muñones del lig. ancho. Demasiado sabido es que todo tejido privado de su irrigación fisiológica tiene que esfacelarse, presentando entonces las mejores condiciones para el desarrollo de los microbios, y es de capital importancia, al clausurar la cavidad peritoneal, *colocar en las esquinas laterales de la herida vaginal de tal manera los muñones ligados, que los tejidos destinados á la gangrena estén incomunicados con el abdomen.*

Tratándose de casos en que se han empleado las ligaduras es muy fácil lograr este objeto de una manera absoluta: menos perfecta resulta la incomunicación de la cavidad peritoneal cuando están colocadas las pinzas en la base del ligamento ancho; sin embargo, suelo suturar también en estos casos el centro de la abertura peritoneal [lám. 6 fig. 24], pues es un error creer que el empleo de las pinzas en sí es un impedimento para obtener el ojal peritoneal.

Las ventajas que resultan de la sutura peritoneal son la incomunicación de la vagina con la cavidad abdominal—completa en casos de ligadura, menos completa en casos de pinzas—y por consiguiente, una disminución de los riesgos tanto de infección secundaria, como de las adherencias intestinales con su séquito de miserere y fístulas estercorales.

V. En cuanto al tiempo que suelo dejar las pinzas,

he seguido siempre el consejo de Péan y de Segond, de dejar pasar á lo menos 36 horas, y en la práctica las he dejado 48 horas sin inconveniente alguno. Es cierto que provocan dolores bastante intensos, pero para eso hay la morfina, mientras que una hemorragia por remoción prematura de las pinzas es la muerte segura, como sucedió en un caso de Landau de Berlín al quitar las pinzas 20 horas después de la operación.

VI. Por último, quiero tocar un punto de importancia, que á mi entender no ha sido descrito con toda la precisión que era de desearse: (1.) hablo de los accesos de "Shok" (choque) que presentan muy á menudo las enfermas, ya sea inmediatamente después de una histerectomía, ya sea horas ó días enteros después. Si ya un simple golpe de mediana intensidad sobre el abdomen es capaz de producir síntomas reflejos sobre la respiración y el pulso, que á veces llegan á un síncope mortal, no hay que admirarse de que el traumatismo provocado por una histerectomía vaginal, ante todo cuando se han empleado pinzas, pueda originar por la misma via refleja fenómenos análogos. Inútiles resultan ser en estos accidentes los analépticos como cafenia, coñac, alcanfor, digitalis, eter, etc., y, al insistir en ellos más de lo conveniente, no se hace más que perder un tiempo precioso, mientras que el organismo se está agotando bajo la intensidad del dolor excesivo: el remedio infalible es, en estas circunstancias, una ó dos inyecciones de morfina, las que como por encanto cambian el cuadro alarmante. (2.)

Recuerdo demasiado bien las angustias que pasé últimamente con una de mis operadas de histerectomía: unas cinco horas después de la operación fui llamado violentamente á verla, y la encontré en un estado de lo más alarmante: la facies hipocrática, todo el cuerpo bañado de un sudor copioso y helado, extremidades

(1.) Ultimamente ha llamado el Dr. Willh. Rühl la atención, sobre el "Shok" postoperatorio, y recomiendo muy particularmente la lectura de su interesante publicación. *Centralbl.* 1896 pág. 501.

[2.] A esta categoría perteneció sin duda la enferma del Sr. Noriega, que sucumbió en el tercer día en el momento de una inyección vaginal. *Sesión de la Academia del 22 de Julio de 1896.*

frías, respiración anhelosa y pulso filiforme. Un examen rápido me hizo desechar la sospecha de una hemorragia interna ó externa y diagnosticué un síncope postoperatorio, con tendencia á una parálisis cardiaca: botellas y friegas calientes, inyecciones subcutáneas de eter con alcanfor, de coñac, fueron absolutamente vanas, y el estado general alarmante se agravaba por momentos. Acordándome entonces del precitado artículo del Dr. Rühl ocurri á una inyección de dos centigramos de morfina y asistí entonces á una verdadera resurrección: en el curso de dos minutos, á lo más, había desaparecido en lo absoluto todo síntoma alarmante y estaba salvada la enferma que, según la previsión humana, caminaba á pasos agigantados á la muerte.

*Este tratamiento del choque traumático por medio de la morfina ha sido para mí una novedad, y tal vez lo sea también para otros operadores: sea lo que fuere, no puedo recomendar lo suficiente el no perder demasiado tiempo con los excitantes cardíacos en casos análogos, sino tener siempre presente que el estado sincopal puede, en última instancia, ser causado por acción refleja del gran simpático, y no hay que olvidar que existen dolores que son capaces de matar al organismo en un tiempo relativamente corto. Inspirándome en estas reflexiones, recomiendo con convicción el uso prolijo de la morfina [2-5 centigramos en las 24 horas] en los primeros días consecutivos á la histérectomía, muy particularmente cuando se haya hecho uso de las pinzas: á partir del momento en que se quitan estas últimas, y con ellas la compresión permanente de tanto ramo nervioso intraabdominal, suelen desaparecer casi instantáneamente los dolores. Como curiosidad señalaré el hecho de que todas mis enfermas se han quejado en los dos primeros días de un dolor localizado *en el estómago*, y no en el vientre bajo, lo cual prueba una vez más la naturaleza refleja del síntoma; al quitar las pinzas desapareció dicho dolor.*

Hechas estas reflexiones generales, paso ahora á analizar en breves palabras la historia de las cuatro enfermas sometidas á la histérectomía vaginal.

La observación número XXVII es interesante desde varios puntos de vista. Es aquel caso de que ya va-

rias veces he hecho mención, y en el cual fuí obligado á recurrir á una incisión vaginoperineal amplia para poder efectuar la operación. Se trata de una anciana de 64 años de edad, virgen, con la vulva y vagina intactas, portadora de un mioma del tamaño de un puño, implantado en la pared anterior del cuello uterino. La falta casi absoluta de las hemorragias, combinada con una sensación bien marcada de fluctuación profunda, me condujo á cometer al principio un error de diagnóstico, pues creí que se trataba de una colección purulenta entre vejiga y útero [absceso pélvico ó quiste dermoide supurado]. Con el fin de evacuar el contenido del supuesto absceso hice una incisión en el fondo de saco anterior, y despegando la cara posterior de la vejiga de la anterior del útero, llegué á alcanzar el polo inferior del tumor, resultando entonces que se trataba de un mioma precervical, reblandecido en su centro. Debido á la suma estrechez de la vagina habían sido enormes las dificultades con que tropezaba, y me ví obligado á interrumpir la operación para proceder más tarde á la extirpación total. Dos meses después se verificó, previas las incisiones vaginoperineales, el "morcellement" del tumor y del útero en condiciones muy poco favorables, debido á que ya estaban cambiadas las relaciones anatómicas por la cicatrización de la primera herida. Resultó una pequeña desgarradura de la vejiga con su fistula consecutiva, la que espontáneamente cicatrizó en el curso de cinco semanas.

En la primera operación no se me había ocurrido desbridar ampliamente la vagina estrecha, ni tampoco estaba preparado para hacer, en caso ofrecido, la histerectomía total, ambas circunstancias que dieron por resultado una operación difícilísima é incompleta; en casos análogos no vacilaré en abrirme desde un principio un vasto campo y estaré prevenido contra toda emergencia.

Las pinzas se quitaron á las 36 horas y la convalecencia duró en totalidad 40 días. La enferma quedó buena hasta la fecha.

En el segundo caso [obs. XXVIII], se trataba de una mujer de 36 años de edad, afectada de un cáncer de la porción vaginal. La operación no presentó gran-

des dificultades y fué hecha en 1 hora 24 minutos. Las pinzas se quitaron á las 48 horas. La temperatura oscilaba entre 37.2 y 37.8, para ascender una sola vez á 38.8 el día en que se quitaron las pinzas. A los 8 días se sentó en su cama y se levantó á los 12 días.

En el tercer caso se trataba de una mujer de 50 años, virgen y soltera, afectada de tumores del tamaño de una manzana en ambos anexos, acompañados de abundantes hemorragias. La bilateralidad de los tumores, su forma irregular y consistencia medio blanda, me hicieron inclinar al diagnóstico de una piosalpingitis doble, más al practicar la histerectomía encontré una degeneración cancerosa de ambos ovarios, cuyo diagnóstico fué comprobado por el microscopio.

Las consecuencias inmediatas de la operación fueron de las más satisfactorias, el pulso oscilando entre 90 y 100, temperatura término medio 37°. En el curso de la segunda semana se desarrolló un exudado intraperitoneal en la fosa ilíaca derecha que hizo subir la calentura á 38.6 como temperatura máxima. A los 47 días de operada estaba la enferma perfectamente restablecida y desde entonces ha quedado libre de las hemorragias que en los últimos años la habían agobiado. Por desgracia, no hay esperanza de un alivio radical, dada la naturaleza cancerosa del mal, pero siempre me parece que es bastante lograr cuando se prolonga la vida de una enferma, corrigiendo las hemorragias incesantes que la estaban llevando á gran prisa al sepulcro.

La cuarta histerectomía (obs. XXX) se hizo en una enferma de 38 años, la que desde su primer parto había sufrido una infección puerperal que le originó una supuración de ambos anexos.

El diagnóstico se pudo hacer con gran exactitud pues se palpaban con absoluta claridad en ambos lados del útero unas bolsas fluctuantes de regular tamaño. (1) La operación fué sencilla y rápida y duró 45 minutos. Al descortezar los tumores de entre sus múltiples adherencias reventaron, dando salida á un líquido sero-

[1.] La preparación anatómica fué presentada á la Academia de Medicina en 22 de Julio de 1896 y se encuentra actualmente en el Museo de la Sociedad.

purulento que se derramó sobre el campo operatorio. Los resultados inmediatos fueron excelentes, no habiendo absolutamente elevación de temperatura hasta el sexto día, en que subió el termómetro á 38.2 por haberse formado un pequeño exudado intraperitoneal. Con una temperatura que oscilaba entre 36.8 y 37.8, y el pulso entre 90 y 100, se restableció la enferma en el curso de tres semanas, de manera que un mes y días después de operada pudo encaminarse á caballo para su pueblo, distante varios días de camino. Hasta la fecha (10 meses) se ha conservado en la más perfecta salud.



PARTE III.

RASPA POR ENDOMETRITIS.

Observacion I. Numero 9 del diario.

Señora F. de San Luis Potosí, de 21 años de edad, casada. Menstruación, antes, 4 días, poco abundantes. Un parto hace 6 años. Ultimamente se queja de dolores lumbares, de cólicos menstruales y de hemorragias.

Vulva y vagina normales, cuello algo endurecido, el ovario izquierdo en descenso y aumentado de volumen; cuerpo anteflecto, aumentado de volumen, tieso, cavidad 8 centímetros.

DIAGNOSTICO: Metritis crónica. Endometritis fungosa.

OPERACION: Raspa uterina bajo cloroformo.

3 de Mayo de 1895. Después de haber hecho en dos días sucesivos la dilatación con laminaria se practica la raspa del endometrio, seguida del retacamiento de la cavidad uterina.

No hay calentura. Estado general perfecto.

10 de Mayo de 1895. Alta. Ha quedado buena desde entonces.

Observacion II. Numero 12 del diario.

Señora R. D. de San Luis Potosí, de 47 años, viuda. Anemia muy pronunciada, color pajizo. Cinco partos, el último hace 15 años. Se queja de hemorragias casi continuas acompañadas de deposiciones frecuentes. Entre sus antecedentes hereditarios hay que notar que el padre murió de un cáncer del estómago.

Los labios menores alargados y flaccidos. Vagina muy profunda; cuello muy alto; cuerpo aumentado de volumen, cavidad 14 centímetros, duro y rígido.

DIAGNOSTICO: Metritis crónica, endometritis fungosa [¿Endometritis cancerosa?]

OPERACION: Raspa uterina bajo cloroformo.

22 de Mayo de 1895. Después de haber dilatado dos días consecutivos con laminarias gruesas se practica una dilatación rápida con los dilatadores de Hegar, hasta poder introducir el índice en la cavidad uterina. La mucosa resulta ser lisa y libre de ulceraciones. Se hace una enérgica raspa del endometrio, ante todo de las esquinas laterales. Lavatorio con agua fenicada seguido de la aplicación de una solución de creosota al 4% en glicerina. Retacamiento con gasa yodoformada. Hielo sobre el abdomen. No hubo calentura, ni malestar.

29 de Mayo. Inyección intrauterina de tint. de iodo al 20%.

1° de Julio. Menstruación normal.

25 de Octubre. Aparece un flujo sanguinolento que va en aumento y dura hasta el día 13 de Noviembre.

13 de Noviembre. Cuello abierto, cavidad 10 centímetros. Lavatorio con lisol y toques al endometrio con percloruro de fierro. De entonces acá ha quedado buena la enferma [18 meses.]

NOTA. Se hizo un examen microscópico de las fungosidades, el cual despertó algunas sospechas de que pudiera tratarse de un principio de degeneración maligna de la mucosa.

Observacion III. Numero 16 del diario.

Señora E. M. de San Luis Potosí, de 36 años de edad.

Hace 18 meses metrorragias. Dos partos, el último hace 7 años. Flujo amarillento, el labio anterior del cuello se encuentra hipertrofiado, cuerpo ante-lateroflecto hacia la derecha. El ovario izquierdo en prolapso y sensible.

DIAGNOSTICO: Latero-anteflexión, metritis cervical, endometritis fungosa, ovaritis izquierda.

OPERACION: Raspa uterina bajo clorofórmio.

15 de Mayo de 1895. La operación se hace de la manera típica.

16 " " " " 9 a. m. 36. 5

6 p. m. 37. 2

17 " " " " 9 a. m. 36. 5

6 p. m. 36. 8

18 " " " " Alta. Ha quedado buena desde entonces.

Observacion IV. Numero 24 del diario.

Señora J. D. de Zacatecas, 25 años, casada.

Partos 4, el último hace un año. Se queja de hemorragias diarias hace 3 meses.

Vulva de un color lívido, con manchas gonorreicas. Cuello cubierto con erosiones, cuerpo en retroversión. El ovario izquierdo engrosado y sensible.

DIAGNOSTICO: Endometritis fungosa. Ovaritis izquierda.

OPERACION: Raspa uterina. bajo clorofórmio.

24 de Agosto de 1896. 7 a. m. 36. 5—24—75

25 " " " " 9 a. m. 36. 5—22—70

26 " " " " 9 a. m. 36. 6—24—72

28 " " " " Alta. Ha quedado buena desde entonces.

RASPA POR RESTOS PLACENTARIOS.

Observacion V. Numero 15 del diario.

Señora R. R. de San Luis Potosí, 25 años, casada.

Partos 3, el último hace 2 meses: á los 15 días hemorragias con carnosidades.

Vulva normal; cuello ampliamente abierto. Cavidad del cuerpo amplia; al introducir la sonda se sienten rugosidades, y viene una hemorragia.

DIAGNOSTICO: Retención de fragmentos placentarios.

OPERACION: Raspa uterina y extracción de restos placentarios bajo cloroformo.

Dilatación con laminaria en los dos días anteriores. Después dilatación rápida hasta el dilatador Hegar 16. Se introduce el índice á la cavidad, y se sienten en distintas partes fragmentos adherentes. Utero todavía muy reblandecido. Raspa suave con cucharilla embotada. Lavatorio con sublimado y retacamiento.

- 5 de Junio de 1896 6 p. m. 37. 2—84
 6 " " " " 9 a. m. 37. 0—80
 6 p. m. 36. 8—74 se quita la gasa.
 8 " " " " Alta. Pil. de ergotina y tanino.
 De entonces acá ha quedado buena la enferma.

Observacion VI. Numero 25 del diario.

Señora E. C. de San Luis Potosí, 20 años, casada.

Aborto uno, hace 4 meses, y otro hace 3 días. Hemorragias abundantes y continuas.

DIAGNOSTICO: Retención placentaria después de un aborto.

OPERACION: Extracción de restos placentarios bajo cloroformo.

4 de Julio de 1896. Inyección intrauterina. Retacamiento de la cavidad uterina y vaginal.

5 de Julio de 1896. Extracción de los restos placentarios con las pinzas de Saenger y la cucharilla embotada después de haber palpado la cavidad uterina. Retacamiento intrauterino.

- 6 de Julio de 1896. 9 a. m. 36. 8
 7 " " " " 9 a. m. 37. 0
 8 " " " " 9 a. m. 36. 6. Lavatorio intrauterino.
 9 " " " " Alta. Ergotina y Extr. fluid Hydrastis.

Observacion VII. Numero 26 del diario.

Señora M. C. de San Luis Potosí, 22 años, casada.

DIAGNOSTICO: Retención placentaria después de un aborto. Raspa uterina.

OPERACION: Después de haber dilatado durante 3 días con gasa la cavidad uterina, se dilata bajo cloroformo rápidamente hasta Hegar 18: sin embargo, no puede el dedo penetrar hasta el fondo á consecuencia de la rigidez del cuello. Se hace una raspa con la cucharilla embotada, y después con sumo cuidado con la cortante. Lavatorio con lisol y retacamiento.

No sale nada de restos fetales ó placentarios y tal parece que las hemorragias estaban originadas más bien por la degeneración de la mucosa y la dilatación concéntrica de la matriz, que por residuos placentarios.

- 16 de Octubre de 1895. 3 p. m. 36. 8—55 Inyección subcutánea de cafeína.
 8 p. m. 37. 0—80
 17 " " " " 9 a. m. 37. 0—90
 6 p. m. 37. 2—84

18 de Octubre de 1895. 9 a. m. 36. 5—70 Inyección intrauterina con tint. Iod. Alta. Ha quedado buena la enferma.

RASPA POR CANCER UTERINO.

Observacion VIII. Numero 18 del diario.

Señora Q. R. 53 años, viuda, de Tula, Tamaulipas.

Color caquético, miseria fisiológica. Menstruación suspensa hace 4 años. Hace un año hemorragias irregulares Partos 7, el último hace 16 años. Dolor de vientre irradiando á las piernas. Sensación de peso en el recto.

En el cuello existe una exulceración que sangra con suma facilidad y con bordes infiltrados, ante todo hacia la pared anterior vaginal.

DIAGNOSTICO: [antes de la operación] Cáncer ulcerado del cuello.

DIAGNOSTICO [después de la operación:] Cáncer ulcerado del cuerpo y del cuello uterino.

OPERACION. Raspa de las vegetaciones cancerosas seguida de la aplicación del termocauterio. Cloroformo.

Después de vaciar la vejiga y lavar la vagina se introduce la cucharilla cortante de Volkman hasta el fondo del crater cervical, la cual cae desde luego inopinadamente en una gran cavidad llena de granulaciones cancerosas. Con sumo cuidado se hace la raspa, y sin embargo se llega á arrancar un pedazito de la pared posterior uterina, de modo que en este lugar no queda más que el forro peritoneal. La masa uterina ha desaparecido y queda sustituida por un gran hueco, alrededor del cual no existe mas que una corteza de sustancia muscular de apenas $\frac{1}{2}$ centímetro de espesor. Se cauteriza con el Paquelin la entrada de la cavidad, pero no ésta última por temor á una perforación. Retacamiento. Sonda vesical á permanencia, hielo sobre el abdomen.

19 de Junio de 1895.	6 p. m. 37. 2—90—24	
20 " " " "	8 a. m. 36. 8—90—24	
	6 p. m. 37. 2—90—24	se quitan la sonda y el hielo.
21 " " " "	8 a. m. 36. 8—90—22	se quitan la gasa y tapones.
	6 p. m. 37. 0—90—20	
22 " " " "	10 a. m. 36. 6—88—24	Alta.

Un mes después de operada volvieron las hemorragias siguiendo en aumento, hasta la muerte [en Noviembre de 1895].

Observacion IX. Numero 30 del diario.

Señorita F. J. de San Luis Potosí, 48 años, soltera.

Color pajizo, sin embargo está la enferma bastante gruesa. Hace 20 años menopause, hace 7 años se vinieron anunciando hemorragias.

Del orificio externo del cuello sale una masa blanda, deleznable, como pólipo cervical. Orificio abierto y circular como en principios del aborto. Cuerpo retrofecto, el tamaño normal.

En años anteriores había padecido la enferma mucho tiempo de cólicos biliares acompañados de accesos de gastralgias.

DIAGNOSTICO antes de la operación: Endometritis fungosa.

DIAGNOSTICO después de la operación: Degeneración maligna del endometrio.

OPERACION: Raspa uterina. Cloroformo 24 gramos. Narcosis $1\frac{1}{4}$ de hora.

El día anterior se había introducido sin dificultad una lamina-ria gruesa, resultando así que el orificio externo estaba anormalmente dilatado, tratándose de una nulípara. Al sacar la lamina-ria al día siguiente vino mucha sangre, en parte fresca, en parte ya coagulada. Con Hegar se dilata hasta poder introducir el dedo á la cavidad uterina, y se encuentra la mucosa ulcerada en su superficie. A partir de este momento se modificó el diagnós-tico, admitiendo ahora, en vez de la degeneración simplemente fungosa, una de carácter maligno. Con suma suavidad se arran-can con la cucharilla grandes cantidades de masas degeneradas (casi un pozuelo chico). Al final de la operación se siente en al-gunas partes la resistencia particular del músculo uterino. En el fondo se dejan todavía masas degeneradas por temor á una per-foración. Hubo bastante sangre. El cuello uterino reblandeci-do, de modo que arrancaron las pinzas de Museux la parte aga-rada. Lavatorio intrauterino, retacamiento con gasa yodoformada, taponamiento vaginal, inyección subcutánea de ergotina.

30 de Enero de 1896. 8 p. m. 37. 8—96—24

31 " " " " 12 a. m. 37. 3—80—22 mucha basca.

8 p. m. 38. 4—90—28

1^o de Febrero de 1896. 11 a. m. 38. 2—94—26 ligero escalofrío; se quitan los tapon-es intrauterinos y se hace un lava-torio de la cavidad seguido de un to-que con glicerina creosotada al 4%.

2 " " " " 5 p. m. 38. 1—100—24 basca incesante.
3 " " " " 11 a. m. 37. 4—80—22 Estado general bueno. Pasó bien la noche. Quiere sentarse en la ca-ma.

4 " " " " 4 p. m. 37. 8—130—28 Muchísima agita-ción durante la no-che anterior; vó-mitos negros.

5 p. m. 37. 8—140—40 Estado alarman-te. Extremidades frías. Sigue vomitan-do sangre ne-

4 de Febrero de 1896.	11 p. m.	36. 8—120—28	gra. Mismo estado.
5	10 a. m.	35. 8—110—40	Frialdad general. Facies hipocrática, pulso filiforme.
7	1 p. m.		Exitus letalis.

Observacion X. Numero 3 del diario.

Señora J. V. de Tampico, 52 años, viuda. Tuvo 11 partos.

Dolor en el vientre y sangre después del coito. Incontinencia constante de la orina. Toda la parte anterior de la vagina hasta el bulbo uretral dura é infiltrada. El cuello destruido por una enorme ulceración. Parametrios igualmente infiltrados. Detrás de la sínfisis un tumor duro, del tamaño de un útero de 3 meses de embarazo. A los 8 días se nota un notable aumento del tumor: sin embargo faltan hemorragias y mal olor. Lo que más agobia á la enferma es la incontinencia unida á un pujo vesical constante. Bajo el cloroformo resulta el supuesto tumor ser la vejiga crónicamente hipertrofiada y destendida; á pesar de la incontinencia está llena de orina.

DIAGNOSTICO: Ulceración cancerosa del cuello con infiltración de la pared vésico-vaginal.

OPERACION. Al sondear la vejiga sale casi $\frac{1}{2}$ litro de orina. Se dilata la uretra hasta Hegar 16 tanto para palpar el interior de la vejiga, como para beneficiar el pujo vesical. Las paredes vesicales se sienten notablemente hipertrofiadas [aproximadamente un centímetro]. Para poder dilatar la uretra ad maximum se habían hecho sucesivamente pequeñas incisiones, las que se cierran con 4 suturas. La pared posterior de la vejiga infiltrada; la cavidad vesical subsiste aún después de haber vaciado su contenido por falta de contractibilidad del músculo vesical. Se hace una raspa muy superficial del cuello ulcerado.

Al mes siguiente sucumbe la enferma.

Observacion XI. Numero 20 del diario.

Señora M. O. de San Luis Potosí, 41 años, casada.

Color amarillento y enflaquecimiento progresivo. La pared vésico-vaginal infiltrada, el cuello destruido por una ulceración cancerosa. Los parametrios igualmente infiltrados.

En 1886 asistí á la enferma de su primero y único parto.

En 1890 la estuve curando durante algunos meses por una endometritis con una gran erosión en el cuello.

En 1893 la vió otro compañero y dió el diagnóstico de "chanero en el cuello."

DIAGNOSTICO: Ulceración cancerosa del cuello.

OPERACION: Raspa de las masas cancerosas y aplicación del termocauterio, cloroformo.

26 de Junio de 1895. Bajo cloroformo se hace un examen minucioso y se encuentran los parametrios, ante todo del lado de-

hecho completamente infiltrados, igualmente infiltrada la pared vésico-vaginal. El cuello está completamente ulcerado. La cuchara arranca con facilidad pedazos grandes del tejido degenerado y se maneja con sumo cuidado por temor á una perforación de la vejiga. Por el mismo temor se usa el Paquelin con cierta reserva.

15 de Diciembre de 1895. La ulceración del cuello casi cicatrizada. No hay hemorragias, pero ambos parametrios en toda su extensión infiltrados.

Marzo de 1896. Exitus letalis.

Observacion XII. Numero 2 del diario.

Señora J. A. del Valle de San Francisco 34 años, viuda.

Tres partos, el último hace 12 años: se sangra al coito; abundantes hemorragias. Olor fétido canceroso, flujo semipurulento. La vagina está rellena por un tumor fungoso que parte del cuello y que sangra al tacto. Cuerpo pequeño, anteflecto. En el fondo de saco posterior se palpan tres glándulas infartadas.

DIAGNÓSTICO: Proliferación cancerosa del cuello.

OPERACION: Raspa de la fungosidad cancerosa seguida de la aplicación enérgica del termocauterio, cloroformo.

Después de haber desinfectado durante 8 días la vagina con inyecciones de permanganato é insuflaciones de una mezcla de tanino—iodoformo—carbón vegetal en partes iguales se procede á la operación.

10 de Marzo de 1896. Bajo cloroformo se destruye con la cuchara de Volkman la fungosidad maligna, y se cauteriza profundamente el crater que resulta. Antes de concluir completamente se descompuso el Paquelin, por cuyo motivo no se acabó la cauterización del lado derecho.

21 de Marzo de 1896. Varias escaras superficiales en la vulva y el bulbo. Toda la herida está limpia. No hay mal olor. Taponcitos mojados con cloruro de zinc al 66 p 100 se aplican sobre la herida para seguir destruyendo los gérmenes infecciosos.

8 de Abril de 1895. La herida presenta un magnífico aspecto, salvo una infiltración nueva que se nota en el lado derecho. Segunda aplicación del Cloruro de Zinc.

17 de Abril de 1895. Bajo cloroformo se aplica con el Paquelin una enérgica cauterización sobre el lugar infiltrado.

1º de Julio de 1895. Después de 3½ meses de suspensión, vuelven las hemorragias, siguen las dolencias, y finalmente sucumbe la enferma en Septiembre de 1895.

Observacion XIII. Numero 7 del diario.

Señora R. C. de Lagos, 54 años, viuda.

Color caquético y amarillo. Hace 6 años menopause. Partos 10, el último hace 14 años. Hace 1½ años se sangra en el coito, y hace un año sobrevienen hemorragias espontáneas. Últimamente enflaquecimiento notable. En las últimas semanas hemorragias graves y alarmantes. Al entreabrir la vulva se ve un tu-

mor exangüe, de una superficie granulosa; blanda y deleznable. El cuello no se puede distinguir y parece ser que el tumor es la continuación de él.

DIAGNOSTICO: Proliferación cancerosa del cuello uterino.

OPERACION: Raspa del cuello canceroso.

3 de Abril de 1895. Bajo cloroformo se desprende con el dedo la mayor parte del tumor y el resto se destruye con la cuchara de Volkman. Hemorragia muy moderada la que se detiene con una inyección de agua fría. Con el termocauterio se cauteriza enérgicamente el crater sangriento. En el centro de la herida se nota una abertura correspondiente á la cavidad uterina.

17 de Abril de 1895. La herida tiene un aspecto limpio, al grado que no se hizo la aplicación de taponcitos empapados con cloruro de zinc que se tenía pensado.

14 de Mayo de 1895. Examen en mi consultorio en presencia de los Sres Dres. I. Alvarado y Man. Silva: Ligero flujo amarillento, en el fondo de la vagina se ve el útero, como si se le hubiera hecho la amputación alta del cuello. En el labio anterior una pequeña erosión. La entrada á la cavidad uterina forma un rosetón de granulaciones por eversión de la mucosa. Cavidad 7 centímetros. Al tacto no se perciben durezas sospechosas, sino únicamente las resistencias fibrosas correspondientes á la cicatriz. Utero movable, parametrios libres. Estado general de lo más satisfactorio.

20 de Junio. Estado general notablemente mejorado. No ha habido hemorragias. La cicatriz se siente infiltrada, y la pequeña erosión sangra con facilidad, igualmente la cavidad uterina. Parece que la infección va caminando rumbo al fondo uterino. Se aplican taponcitos con cloruro de zinc al 66 p₁₀₀.

5 de Julio. Estado general bueno, la enferma ha engordado. La úlcera del cuello cicatrizada, la infiltración limitada todavía al útero sin llegar á la vagina. Utero movable.

1º de Agosto. Labio anterior del cuello engrosado, cuerpo chico, parametrios libres. En el labio anterior una dureza sospechosa y erosiones que sangran con facilidad.

20 de Noviembre. El tacto revela una infiltración que ha ido invadiendo la base del ligamento ancho y la inserción vaginal. No hay dolores ni hemorragias.

7 de Enero de 1896. Dolores empiezan; hemorragias todavía no existen. Pared anterior vaginal infiltrada. Del útero ha salido una excrescencia del tamaño de un huevo, la que simula un labio anterior. El tumor sangra al tacto. Principios de pujo vesical. De entonces acá no he vuelto á ver á la enferma, pero he sabido que se encuentra en el último período de la caquexia cancerosa. (18 meses después de la operación).

TAPONAMIENTO INTRAUTERINO POR HEMORRAGIAS GRAVES COMPLICANDO EL ABORTO.

Observacion XIV. Numero 31 del diario.

Señora J. A. de Santa María del Río, 36 años, casada.

Ha tenido ya varios abortos, presentándose el último con una hemorragia tan grave que se vió en peligro de morir. Hace 2 días hemorragias después de una suspensión menstrual de 2 meses.

DIAGNOSTICO: Aborto inminente del tercer mes.

OPERACION: Retacamiento de la cavidad uterina sin cloriformo.

29 de Enero de 1896. Para contener la hemorragia que ya tomaba un carácter alarmante, se taponó la vagina entretanto se hacen los preparativos necesarios. Al quitar el tapón vaginal sale tras de él un coágulo grueso de sangre.

El orificio externo completamente reblandecido y abierto, y se siente á través de él el óvulo. Inyección vaginal y retacamiento de la cavidad uterina con gasa esterilizada, seguida de un taponamiento vaginal. A las dos horas una inyección subcutánea de un gramo de ergotina. La hemorragia se contiene instantáneamente.

30 de Enero. A las 30 horas cesan repentinamente las dolencias que habían sido muy enérgicas. A partir de este momento vuelve á salir algo de sangre deslavada á través de la gasa.

31 de Enero 48 horas después de la operación se quita la gasa vaginal y se encuentra en la vagina el óvulo junto con la gasa intrauterina, ambos fuera del útero. Orificio externo contraído. No hay sangre ni calentura.

1º de Febrero. Estado excelente. No hay sangre ni dolor ni elevación de temperatura. Alta.

Observacion XV. Numero 35 del diario.

Señora E. R. de Alemania, 38 años, casada.

Tuvo un parto hace 18 meses. Después de haber sido atendida por una endometritis postpuerperal, concibió á fines de Enero de 1896, encontrándose el útero en retroflexión. Sin motivo conocido sobrevino un aborto en la octava ó novena semana del embarazo.

DIAGNOSTICO: Aborto inminente del tercer mes.

26 de Marzo de 1896. Lavativas con láudano, al interior bromuro y Viburnum prunifol. Reposo absoluto.

27 de Marzo. A las 6 p. m. sale el líquido amniótico y poco después una hemorragia fulminante, siendo lo notable que los cólicos uterinos faltan absolutamente. Sineope prolongado. Al introducir el dedo en la vagina se siente¹ que está enormemente distendida y llena de coágulos de sangre.

OPERACION: Retacamiento de la cavidad uterina, sin cloriformo.

Después de una inyección antiséptica se retaca la cavidad tanto uterina como vaginal con gasa esterilizada. La hemorragia se contuvo inmediatamente, y poco á poco volvió la enferma en sí: pulso muy débil, extremidades fría, zumbido de oídos y dificultad para ver. Pasaron dos horas sin que hubieran venido contracciones: al interior 15 gotas Ergotina Dusart y á las 4 horas otras 15 gotas.

28 de Marzo. Pasa todo el día sin contracciones uterinas apreciables, muy poco desecho sanguinolento. Una lavativa purgante. Durante la noche otras dos tomas de ergotina. A la madrugada [36 horas después del retacamiento] contracciones uterinas muy enérgicas que expulsan el tapón vaginal y parte del tapón uterino fuera de la vulva. Baja algo de sangre roja "como si fuera un período fuerte".

29 de Marzo. Lavatorio de la vulva con lisol. En la vagina se encuentra un coágulo grande. La cavidad del cuello, enormemente distendida en forma de balón, contiene el óvulo, que á través del orificio interno, á medias contraído, está todavía adherente á la parte uterina. Todavía hay en la cavidad del cuerpo un pedazo de gasa, que se quita y con la cucharilla embotada se despega con facilidad el óvulo de la pared uterina. No hubo nada de sangre. Inyección vaginal é intrauterina con lisol. Ergotina al interior.

30 de Marzo. Nada de calentura. Estado general perfecto. A los ocho días alta.

Observacion XVI. Numero 36 del diario.

Señora J. C. de Texas, 26 años, casada.

En 10 de Abril de 1896 fuí llamado á ver á la enferma por una hemorragia que sin causa conocida se le había declarado. El período se había suspendido hacía 9 semanas. Utero en retroflexión, cuello borrado con reborde filoso, abierto, todo el útero tiene la forma de un balón y se siente duro.

DIAGNOSTICO: Aborto inminente del segundo mes.

OPERACION. Retacamiento del útero preñado, sin cloriformo.

10 de Abril de 1896. Después de haber lavado la vulva y vagina con una solución de lisol se retaca la cavidad uterina y vaginal con gasa esterilizada. Inyección subcutánea de ergotina.

11 de Abril. Todo el día contracciones uterinas que fueron sostenidas con gotas de ergotina y Extr. Gossypi. A partir del retacamiento cesó la hemorragia y siguió saliendo en pequenísima cantidad una agua sanguinolenta.

12 de Abril. A las 48 horas después de la operación se encuentra el tapón vaginal en la vulva. El cuello uterino dilatado como un balón, el orificio interno permite la entrada al índice, y se sienten las envolturas fetales adheridas al fondo uterino. Con el dedo y la cucharilla embotada se extrae con facilidad todo el contenido uterino. No hubo sangre. Inyecciones intrauterinas y vaginales. Se retacan nuevamente vagina y útero. Una purga de Ricino. Ergotina.

14 de Abril. 11 a. m. 39°—120. Durante la noche hubo un acceso de cólico nefrítico. Lavatorio vaginal.

7 p. m. 38—100. Sudor general, lengua húmeda.

14 de Abril. 11. a. m. 37.8 -96. Estado general mejor. Dolor en el colon descendente.

15 de Abril. 11 a. m. 37 —72. Estado general bueno. No hay dolor ninguno.

DISCISION DEL CUELLO UTERINO.

Observacion XVII. Numero 10 del diario.

Señora G. V. de San Luis, 26 años, casada.

Cuello alargado y cónico, orificio externo estrecho, cuerpo uterino poco desarrollado, en anteflexión patológica. Orificio interno impermeable para la sonda.

DIAGNOSTICO: Cuello tapiroide, estrechez de ambos orificios, anteflexión uterina. [1.]

OPERACION: Discisión doble del cuello, sin cloroformo.

2 de Marzo de 1895. Después de haber dilatado previamente la cavidad uterina con laminaria, se hace la discisión doble, suturando después separadamente cada labio de la herida, para evitar la reunión de ellas.

No hay calentura. Estado general excelente.

8 de Marzo. Alta. Los labios ampliamente abiertos.

11 de Abril de 1896. El orificio externo muy abierto, pero hay una estrechez del canal uterino á la altura del ángulo de flexión del útero.

Observacion XVIII. Numero 34 del diario.

Señora C. C. de Cerritos, 24 años; casada.

DIAGNOSTICO: Cuello cónico y alargado, cuerpo chico, anteflecto en un ángulo agudo. Estrechez de ambos orificios. Endometritis catarral. Parametritis infecciosa doble posterior.

Después de haber hecho en 10 sesiones el masaje metódico de

[1.] Hace 8 meses se le había practicado en Guanajuato la discisión doble, pero los labios de la herida se habían vuelto á reunir, resultando nuevamente una estrechez del orificio externo.

los ligamentos retrouterinos infiltrados lo mismo que el enderezamiento forzado del útero anteflecto se practica la operación.

OPERACION: Raspa uterina. Discisión bilateral. Cloroformo 12 gramos. Operación 30 minutos.

11 de Marzo de 1895. Después de haber dilatado la cavidad uterina sucesivamente con sondas metálicas, se introduce una laminaria de 5 milímetros de grueso. Se hace la raspa uterina. Discisión bilateral de Boryssowicz, pasando bilateralmente unos hilos, é incidiendo el cuello de manera que los nudos vienen á colocarse entre los labios de la discisión. Finalmente se introduce la cánula intrauterina de Saenger.

12 de Marzo. No hay calentura. Estado general muy bueno.

13 „ „ Se quita la cánula intrauterina. Lavatorio intrauterino.

14 „ „ Estado general excelente.

19 „ „ Se quitan los hilos y se aplica el dilatador intrauterino de Outerbridge.

6 de Abril. El dilatador se encuentra en la vagina. Utero anteflecto. Orificio externo bien abierto, lo mismo que el interno: dilatador de 5½ milímetros pasa con facilidad. Alta.

Observacion XIX. Numero 37 del diario.

Señora J. B. 28 años, de Texas, casada hace 6 años sin hijos.

DIAGNOSTICO: Cuello alargado y cónico, orificio externo muy estrecho, cuerpo chico, anteflecto en un ángulo agudo y retropuesto.

OPERACION: Dilatación uterina y discisión bilateral.

12 de Diciembre de 1895. Después de haber dilatado el útero dos días consecutivos con laminaria se hace bajo cloroformo la discisión del mismo modo que en el caso anterior, siendo el resultado un orificio externo muy amplio. Según noticias ulteriores ha concebido la enferma y se encuentra perfectamente bien.

COLPOPERINEORAFIA Y AMPUTACION DEL CUELLO.

Observacion XX. Numero 4 del diario.

Señora R. F. de San Luis, 45 años, casada.

Perineo, á pesar de los 7 partos, normal pero muy relajado. La pared posterior de la vagina en prolapso. El cuello uterino se encuentra fuera de la vulva, hipertrofiado al grado que en su diámetro mide 7 centímetros. Orificio externo ectropionado á consecuencia de una ruptura. La cavidad uterina mide 14 centímetros. El cuerpo aumentado de volumen y duro. De la cavidad sale un flujo viscoso y trasparente.

DIAGNOSTICO: Metritis crónica y endometritis. Elongación del cuello hipertrófico. Descenso total del útero y prolapsus de la pared posterior vaginal.

OPERACION: Amputación alta del cuello. Colpo-perineorafía.

22 de Marzo de 1896. Al principio sin cloroformo. Raspa y lavado del endometrio. Circuncisión del cuello á una distancia de 6 centímetros de su reborde, y amputación circular después de la discisión bilateral. Hemorragia bastante regular. Dos pinzas de forcipresión á la base del lig. ancho entretanto se sutura la herida.

Cloroformo. Perineo y colporafia con excisión de un colgajo á 5 esquinas. Dermatol-colodión sobre la herida.

23 de Marzo de 1896. 9 a. m. 37.2—84

6 p. m. 37.0—70

24 „ „ „ „ 9 a. m. 36.9—68

6 p. m. 37.3—66

25 „ „ „ „ 9 a. m. 36.8—70

26 „ „ „ „ 6 a. m. 36.6—68

27 „ „ „ „ 9 a. m. 37. —74 se quita el tapón vaginal.

28 „ „ „ „ 9 a. m. 36.8—70 purga con Ricino.

Al décimo día se quitan algunas suturas vulvares y las perineales. Cicatrización por primera intención. Al décimo día se sienta la enferma en la cama. Al décimo-séptimo día sale la enferma, con las suturas del cuello todavía puestas.

10 de Marzo de 1896. Se quitan las suturas del cuello. Utero muy alto. La pared vaginal nuevamente con un principio de prolapso. Inyecciones adstringentes.

NOTA. En este caso se había limitado la colporafia al tercio inferior de la vagina. La enferma volvió más tarde á presentarse nuevamente con un pequeño prolapso de la pared vaginal posterior. El útero no había vuelto á salir de la vulva, aunque ya no se encontraba tan alto como inmediatamente después de la operación.

Observacion XXI. Numero 5 del diario.

Señora E. A. de San Luis Potosí, 65 años, viuda.

Menopause hace 8 años. Tuvo 7 partos, el último hace 11 años. Hace 6 años que empezó á notar un descenso de la matriz.

Ruptura del perineo en segundo grado. En la vulva entreabierta aparece el cuello uterino. El orificio uretral dilatado é inyectado. Cuerpo alargado, mide 9 centímetros en su cavidad. Prolapsus total de la pared anterior vaginal al grado de ya no existir un fondo de saco anterior.

DIAGNOSTICO: Prolapso total del útero, cistocele y principios de rectocele. Ruptura perineal en segundo grado.

OPERACION: Amputación alta del cuello. Colpo-perineorafía.

Se empieza la operación sin cloroformo, haciendo una incisión circular en el reborde del cuello y despegando la mucosa vaginal y la vejiga del cuello hasta poderlo amputar unos 5 centímetros más alto.

Cloroformo. Perineorafía conforme el procedimiento de Fritsch. Tapón en el ano. Incisión de la cicatriz perineal en una línea cóncava y sobre el índice introducido en el recto, desdoblamiento directo y vagina. En el centro de los dos labios de la incisión se pasan dos hilos, los que, al estirarlos, dan una forma romboidal á la herida. Suturas perdidas de Catgut para emparejar el fondo, y finalmente suturas de seda en la vagina y de plata al perineo.

23 de Marzo de 1896.	9 a. m.	37.2—84	Dermatol.
	6 p. m.	37.0—70	
24 " " " "	9 a. m.	36.9—68	
	6 p. m.	37.3—66	
25 " " " "	9 a. m.	36.8—70	
	6 p. m.	36.9—58	
26 " " " "	9 a. m.	36.6—68	se quitan los tapones vaginales.
27 " " " "	9 a. m.	37.0—72	Purga con aceite Ricino.
28 " " " "	9 a. m.	36.8—70	Cicatrización por primera intención.

Al décimo día se quitan los hilos perineales.

Al duodécimo día se sienta la enferma.

Al décimo-séptimo día, alta, con las suturas en el cuello.

NOTAS. Inmediatamente después de la operación volvió la enferma á hacer sus trabajos fuertes, de modo que la cicatriz se fué relajando paulatinamente. La colporafia no se extendía más alto que al tercio inferior de la vagina, y tal vez debido á su poca extensión volvió el prolapso á reproducirse en el curso de un año, aunque en mucho menor grado que antes de la operación.

Observacion XXII. Numero 6. del diario.

Señora L. R. de Tamaulipas, 26 años, casada.

A consecuencia de un parto muy laborioso que hubo que terminarse con la aplicación del forceps, resultó una ruptura total del perineo que llegó á interesar el recto en una extensión de 4 ó 5 centímetros. La enferma pasa vientos y excrementos sin poderlos retener.

DIAGNOSTICO: Ruptura completa perineal hasta el recto. Incontinencia del vientre.

OPERACION: Colpo-perinerafia; 4 onz. cloroformo; duración 3 horas.

Con cinco pinzas de Museux se fija el perímetro del colgajo poligonal que se pretende escindir: dos pinzas en las dos extremidades rotas del esfínter anal, dos otras en la unión de los labios menores á los grandes labios, y la quinta pinza en la línea media de la pared vaginal posterior, á 7 centímetros de distancia de la ruptura rectal. Sobre el dedo introducido en el recto se divide la pared vaginal hasta la pinza número 5, y se despega la vagina hasta llegar á las pinzas laterales y se recortan con tijeras los colgajos desprendidos de su base. El resto del polígono comprendido entre las pinzas se despega igualmente y se reseca. La herida rectal se sutura aparte con cinco hilos de

Silkworm que se anudau en la cavidad rectal. Con suturas perdidas de Catgut se cubre el recto con los músculos transversos perineales lacerados, y finalmente se afrontan el perineo y la vagina con suturas profundas alternadas con superficiales. Colodión yodoformado.

27 de Marzo de 1896.	6 p. m.	36.6—80	
28 " " " "	9 a. m.	36.6—80	
	6 p. m.	36.8—82	
29 " " " "	9 a. m.	36.4—80	
	6 p. m.	36.4—82	
30 " " " "	9 a. m.	36.2—90	Primera intención.

Al 5º día se quita el tapón rectal. Ol. Ricino.

Al 7º día se quitan las suturas perineales y vaginales.

Al 8º día le viene el período sin novedad.

Al 11º día se levanta la enferma. Algunos hilos rectales caen espontáneamente al regir del cuerpo.

Al 20º día. Alta: La enferma está perfectísimamente. El esfínter anal funciona admirablemente. El nuevo perineo tiene un espesor de 4 centímetros.

Observacion XXIII. Numero 8 del diario.

Señora P. R. de Zacatecas, 21 años, casada.

En su primer parto que fué bastante difícil, se verificó una ruptura perineal en segundo grado. La pared anterior vaginal despegada de su base. El cuerpo uterino en retroflexión.

DIAGNOSTICO: Ruptura del perineo, principios de un prolapso de la pared vaginal anterior.

OPERACION. Colpoperineorafía. Cloroformo.

Circuncisión semilunar de la cicatriz después de haberse fijado con dos pinzas la extensión de la incisión. Sobre el dedo en el ano se hace la incisión media de la pared vaginal posterior y se despegan los dos colgajos vaginales de su base. Después de haber resecaado los colgachos resulta una figura romboidea. Suturas profundas con seda y perineales con silkworm.

27 de Abril de 1895.	7 p. m.	37.2—74	
28 " " " "	9 a. m.	37.3—100	
	7 p. m.	37.3—86	
29 " " " "	9 a. m.	37.2—80	
	7 p. m.	36.8—74	
30 " " " "	9 a. m.	36.9—74	Purga con Ol. Ricini.

Al décimo día se examina la herida y se encuentran todos los puntos de sutura supurados. Las causas de este fracaso completo fueron probablemente las siguientes:

1º La gasa con que se limpiaba durante la operación no había sido esterilizada, debido á una inadvertencia mía.

2º No se había hecho la desinfección prévia de la cavidad uterina, y se encontró después que de ella estaba destilando un líquido amarillento [endometritis purulenta.]

3º No se había protegido la herida con Colodión antiséptico.

EXTIRPACION DE UN POLIPO CERVICAL.

Observacion XXIV. Numero 28 del diario.

Señorita A. G. del Venado, 45 años, soltera.

Hace tres años hemorragias uterinas casi constantes. El introitus vaginal muy angosto y dando salida á un tumor fibroso que mide tres centímetros de ancho sobre dos de grueso y seis de largo. El pedículo se ve insertado en la cavidad cervical, á través del orificio externo dilatado.

DIAGNOSTICO: Pólipo fibroso implantado en la pared posterior del útero, arriba del orificio interno.

OPERACION: Extirpación del pólipo cervical.

Bajo cloroformo se atrae el pólipo con dos Museux fuera de la vulva y se liga el pedículo en su base atravesándolo con un hilo doble. Después de haber cortado el pedículo con unas tijeras se hace por precaución una cauterización con el termocauterio calentado al rojo oscuro.

La convalecencia se efectuó sin novedad, en el curso de 10 días. Los hilos cayeron después de seis semanas. Las hemorragias quedaron radicalmente suprimidas.

VAGINOFIJACION UTERINA.

Observacion XXV. Numero 14 del diario.

Señora F. V. de San Luis Potosí, 50 años, viuda.

Tuvo 9 partos, el último hace 13 años. Hace 5 años tiene "el seno caído." Existe una ruptura perineal en segundo grado. De la vulva sale un tumor del tamaño de un aguacate, formado por la pared vaginal anterior y el cuello uterino. Este último está muy edematoso y tiene una ulceración alrededor del orificio externo. Cuerpo en retroflexión móvil, cavidad uterina mide 9 centímetros.

Después de haber repuesto el útero en su lugar deteniéndolo con tapones de glicerina y tanino, se redujo tanto el edema del cuello como la cavidad uterina al grado de no medir ésta más que siete centímetros en vez de nueve.

DIAGNOSTICO: Prolapsus vaginal-uterino con cistocele.

OPERACION: Vaginofijación uterina.

El día anterior se hace una desinfección vaginal preventiva seguida de un retacamiento con gasa yodoformada húmeda. Al siguiente día se principia la operación con una raspa del endo-

metrio para desinfectar la cavidad uterina. Después se abre por una incisión transversal el fondo de saco vaginal anterior y se despega la vejiga del útero hasta llegar al repliegue peritoneal vesíco-uterino. Con pinzas se abate á través del ojal peritoneal el cuerpo uterino, y con catgut se sutura el colgajo vesical del peritoneo al fondo uterino quedando así obturada la cavidad peritoneal. Finalmente se pasan en sentido transversal dos hilos de silkworm á través de los labios de la incisión vaginal y del cuerpo uterino que lo fijan en la pared vaginal. El resto se sutura con catgut, resultandó así una reunión vertical de la incisión que fué hecha en sentido transversal. Sonda vesical á permanencia. Hielo sobre el abdómen.

Junio 1^o de 1895. 9 a. m. 37. —65. Orina en corriente.

" 2 " " 9 a. m. 37.2 —80. Ventosidades. Se quita el hielo y la sonda vesical.

9 p. m. 37.2—80. Orinó espontáneamente.

" 3 " " 9 a. m. 37.0—80. Estado general excelente.

" 4 " " 9 a. m. 36.8—80

" 5 " " Se quitan los taponos vaginales y se encuentra la herida vaginal cicatrizada por primera intención.

Junio 8 de 1895. Alta. Se quedan las suturas de Silkworm las que se quitan á las seis semanas.

Abril 13 de 1896. Utero en perfecta anteversión. El prolapso radicalmente curado. La enferma no experimenta molestia alguna ni al orinar ni al defecar.

RETROFIJACION UTERINA.

Observacion XXVI. Numero 29 del diario.

Señora A. A. de San Luis Potosí, 33 años, viuda.

Dos partos, el último hace 7 años. Se queja de dolor del vientre y hemorragias. El perineo y hasta el frenillo intactos. La pared posterior de vagina en su tercio inferior desprendida de su base. El cuerpo uterino en retroflexión móvil.

DIAGNOSTICO: Principios de un prolapso de la pared vaginal posterior. Retroflexión móvil del útero.

OPERACION: Retrofijación del cuello uterino.

Cloroformo 16 gramos. Narcosis $1\frac{1}{4}$ hora, operación 1 hora. Después de la desinfección de costumbre se hace una raspa del endometrio. En seguida se abre el fondo de saco posterior con una incisión vertical de 5 centímetros de largo y se profundiza hasta abrir el Douglas. Sobre el dedo, introducido lo más alto posible en el recto, se colocan sucesivamente 6 suturas de silkworm que fijan el fondo de saco vaginal á la fascia anterior rectal tan alto como es posible hacerlo, dejando en el punto más declive de la incisión una pequeña abertura por la cual se pasa una tira de gasa esterilizada para canalizar el Douglas. Finalmente se reta-

ca el fondo de saco posterior de manera que mecánicamente se mantiene el útero en anteflexión entretanto se reúnen en cicatriz sólida vagina y recto.

Durante la operación prolabió un pedazo del redañó, el cual se repuso inmediatamente.

Enero 18 de 1896.	6 p. m.	38.0—28—95	
" 19 " "	9 a. m.	37.2—24—84,	ventosidades.
	6 p. m.	37.6—22—90	
" 20 " "	9 a. m.	37.0—20—88	
	6 p. m.	37.1—22—90	
" 24 " "	Alta.	Se quita la gasa y se coloca un pesario	

Thomas N° 6 para sostener el útero en anteflexión interinamente tenga la nueva cicatriz la fuerza suficiente para mantener al útero en anteflexión. A las seis semanas se quitan las suturas.

Septiembre 1° de 1896. El útero se encuentra en completa anteflexión sin pesario.

EXTIRPACION DEL UTERO Y DE AMBOS ANEXOS.

Observacion XXVII. Numero 1 del diario.

Señorita J. G. del Cedral, soltera, 64 años.

En años anteriores tuvo repetidas veces metrorragias, las que han cesado últimamente. Sus quejas se reducen á dolores insufribles que padece hace 8 meses. Al hacer el examen local se encuentra la vulva embarrada con pus mal ligado. La entrada á la vagina tan angosta que apenas penetra el dedo. En el fondo de saco anterior una dureza resistente, la que corresponde al polo inferior de un tumor colocado entre vejiga y útero. El cuello uterino muy alto y rechazado hacia arriba y atrás por el mismo tumor. El cuerpo en retroposición y pegado al recto. Con el fin de formular un diagnóstico exacto se procede á un examen bajo cloroformo con los resultados siguientes: con la palpación bimanual se siente un tumor liso y esférico del tamaño de una naranja [5 centímetros de diámetro] enclavado entre la vejiga y el útero. Este último rechazado hácia atrás y arriba. En la pared lateral de la vagina una fistula que da salida á un pus espeso [de aspecto de "sesos" como dice gráficamente la enferma]. El tamaño del tumor varía conforme á la cantidad de pus arrojado por la fistula.

DIAGNOSTICO: Tumor supurado colocado entre útero y vejiga, probablemente un dermoide del ovario.

Con el fin de dilatar paulatinamente la vagina estrecha se aplican diariamente durante 1 y 2 horas dilatadores de diversas clases, colpeurinter, etc., combinados con inyecciones calientes para reblandecer los tejidos. Pero en vista de las insufribles dolen-

eías ocasionadas por este procedimiento, las que una ocasión provocaron hasta un síncope, llegó la enferma á negarse de una manera absoluta á seguir con él.

1ª OPERACION: Punción y apertura del foco purulento.

Ningún espejo entra. Después de muchas dificultades se agarra el cuello minúsculo que se encontraba muy alto, y con tracciones se atrae hasta la vulva. Incisión trasversal en la inserción de la vejiga, y despegamiento de la vejiga de la cara anterior uterina hasta llegar al tumor. Punción con un trócar grueso que da salida á unas gotas de pus. Incisión del tumor bajo la guía del dedo. El índice introducido en el tumor cae en una cavidad de superficie irregular, "trufada" con pequeños nódulos [miomas] y llena de un líquido espeso, que en parte es pus, en parte detritus de tejidos. Raspa enérgica de la cavidad, la que enuclea dos ó tres pequeños miomas del tamaño de una cereza al de una papa. Irrigación y drenaje de la cavidad con dos gruesos tubos atravesados por un tercero en forma de T.

Duración 1½ horas. Cloroformo 3 onzas. Narcósis 2 horas. Hielo sobre el vientre. Dieta absoluta. Sonda vesical.

Febrero 23 de 1895. 7 p. m. 38. —124—28, basca frecuente.

" 24 " " 9 a. m. 37.3—100—24

6 p. m. 37.2—100—24

" 25 " " 9 a. m. 36.8— 96—22 se quita hielo y sonda.

6 p. m. 36.9—100—24 lavatorio vaginal.

" 26 " " 9 a. m. 36.7—100—24 dolor de vientre. hielo

6 p. m. 36.9—100—24 incontinencia vesical.

" 27 " " 9 a. m. 36.5— 84—24 Purga. Incontinencia mejorada.

6 p. m. 37.2— 95—26

" 28 " " 9 a. m. 36.8— 94—24 lengua saburral.

Marzo 1º de 1896. 9 a. m. 36.7— 76— 24

" 2 " " 9 a. m. 36.9— 80—26

" 5 " " Se salen los tubos de drenaje. Se lava diariamente la cavidad del tumor con la sonda doble.

" 12 " " Vuelven los dolores, y siguen aumentando de tal modo que la enferma pide una segunda operación. Parece que la abertura del tumor se cerró completamente, no permitiendo ya la salida del pus en mayor cantidad.

2ª OPERACION: Morcellement vaginal.

Se empieza la operación con dos incisiones bilaterales que parten de los fondos de saco vaginales y se extienden hasta la vulva. La intención era hacer la extirpación total del útero, pero encontrándose éste muy alto y con su fondo retenido y enclavado entre los demás órganos de la pequeña pelvis, me limito á hacer la extirpación del tumor y de la parte correspondiente del útero, dejando el fondo uterino en sus adherencias.

Guiándome sobre la antigua cicatriz llego al tumor miomatoso y haciendo un morcellement muy laborioso pude arrancar 5 y 6 tumores del tamaño de una papa. Debido á las incisiones

vulvo-vaginales penetra media mano sin dificultad á la vagina. No logré extirpar la totalidad de la cápsula del mioma debido al estado de colapso alarmante en que se puso la enferma. Dos pinzas agarran la base del ligamento ancho. Al sondear la vejiga después de la operación *no sale ni una gota de orina*. Hielo sobre el abdómen.

- Mayo 25 de 1895. Operación. Cloroformo 3 onzas. Narcosis 2½ horas
- ” ” ” ” 5 p. m. 37.2—100 la sonda vesical no da orina.
- ” 26 ” ” 9 a. m. 37.0—110 Pujo vesical muy fuerte; orinó dos veces unas gotas de orina clara. Ventosidades, pulso débil.
- ” 27 ” ” 11 p. m. 37.0—120 se quitan las pinzas [36 h.]
- ” 27 ” ” 9 a. m. 37.2—116. Orina algo aumentada sale con pujo por la uretra.
- ” 28 ” ” 6 p. m. 37.0—116
- ” 28 ” ” 12 a. m. 36.8— 98 Se quita el tapón vaginal, que sale muy impregnado de un olor urinoso.
- ” 29 ” ” 7 p. m. 37.0—100 Ventosidades y excremento. La enferma se moja constantemente.
- ” 29 ” ” 11 a. m. 37.— 98 Incontinencia completa. Las dos incisiones tienen un aspecto blanquisco, como cauterizadas con nitrato de plata.
- ” 30 ” ” No hay calentura. La orina empieza á detenerse algo. Estado general bueno. Se recoge algo de orina apestosa que salió por la uretra.
- Junio 1º de 1895. Las heridas vaginales esfaceladas en toda su longitud; olor gangrenoso. Orina amoniacal.
- ” 2 ” ” Catarro vesical purulento. Algo de subdelirios.
- ” 6 ” ” La enferma sigue mojándose constantemente. Los pedazos gangrenados correspondientes á la incisión vulvo-vaginal se eliminan. Pujo vesical mejorado.
- ” 15 ” ” La enferma se levanta. Orina absolutamente suelta. ¿Fistula vesical?
- ” 30 ” ” La orina empieza á detenerse de día.
- Julio 5 de 1895. La orina se detiene también de noche y la enferma se marcha á su tierra, completamente buena. Según noticias ulteriores había seguido bien, recuperando su salud.

Observacion XXVIII. Numero 11 del diario.

Señora J. R. de San Luis Potosí, soltera, 36 años.

Hace 16 años tuvo un parto muy laborioso [presentación pélvica]. Hace 1½ año sangra al coito. Hará unos meses que tiene hemorragias muy repetidas.

El examen local revela que el cuello está hipertrofiado y con-

vertido en una superficie granulosa, que sangra con la mayor facilidad. Del lado derecho se nota una cicatriz infiltrada que parte del cuello para llegar hasta el parametrio. El cuerpo grande y retrofleto.

DIAGNOSTICO: Cáncer del cuello en sus principios, originado probablemente por una ruptura del cuello desatendida.

OPERACION: Extirpación total del útero y de los anexos.

Narcosis 1 hora 40 minutos. Cloroformo 3 onzas. Operación 1 h. 24. Después de haber desinfectado la vagina, se cauteriza la superficie cancerosa con el Paquelín con el fin de evitar una inoculación durante la operación. La incisión del fondo de saco posterior no llega á abrir el Douglas por encontrarse éste obliterado y por estar el útero adherente á la pared rectal á consecuencia de una antigua perimetritis. Con muchas dificultades se despega el útero del recto, y se coloca un espejo de Péan á la cavidad peritoneal introduciendo á la vez como obturador una tira gruesa de gasa yodoformada. La incisión anterior se hace entonces, y resulta ser el despegamiento de la vejiga del útero bastante difícil ante todo del lado derecho en donde se encuentra ya la infiltración en la base del lig. ancho. Al abrirse el pliegue vésico-uterino se fija el peritoneo con una sutura. Espejo de Péan para proteger á la vejiga y levantarla á la vez.

Del lado izquierdo se colocan tres ligaduras de seda gruesa, igual cosa del lado derecho, las que aseguran la base del lig. ancho. Se colocan 4 pinzas del lado izquierdo en el ligamento ancho y se procura hacer bascular el útero después de haber seccionado el ligamento en toda su extensión. No logrando esto tal vez por el tamaño del útero (14 centímetros) se incide la pared anterior en la línea media, hecho lo cual se hace fácilmente la eversión del útero. Se coloca una ligadura en la inserción de la trompa izquierda y otra en la trompa derecha. Finalmente se afianza el lig. ancho derecho y se corta entre tres pinzas de arriba hácia abajo, y se extrae el útero. Por medio de las ligaduras colocadas en las trompas se atraen éstas con facilidad y se extirpan ambos tubos Fallopianos con los ovarios ligándolos á su base. Durante la operación sale un pedazo del redano y se repone inmediatamente. No se sutura el peritoneo, ni se liga ninguna arteria vaginal. Entre las 7 pinzas *á demeure* se coloca un tapón central de gasa esterilizada que obtura el agujero peritoneal. En la vagina y alrededor de las pinzas otro tapón de gasa. Sonda vesical á permanencia. Hielo sobre el abdomen. Morfina en inyecciones subcutáneas. Durante la operación se perdió muy poca sangre.

Marzo 12 de 1895. 9 a. m. 37.0—74. Dolores fuertes. Nada de sangre. 3 veces morfina.

7 p. m. 37.8—80. Orina limpia. Se quita el tapón vaginal [á las 36 horas]

„ 13 „ „ 9 a. m. 37.2—94. Dolores disminuyendo. Morfina; se quita el hielo del vientre.

- Marzo 13 de 1895. 7. p. m. 38.8—100. Se quitan las pinzas lo mismo que el tapón central [á las 48 horas] y se aplica una lavativa purgante.
- „ 14 „ „ 9 a. m. 37.2—100. Dolores desaparecidos. Hubo cuatro deposiciones.
- „ „ „ „ 7 p. m. 37.8—100. Inyecciones vaginales con agua hervida todos los días.
- „ 15 „ „ 9 a. m. 37.3—100.
- „ 16 „ „ 9 a. m. 37.3—100.
- „ 17 „ „ 9 a. m. 36.9— 90.
- „ 20 „ „ Se levanta. Se encuentra bien.

Junio 1º de 1895. Se presenta á la consulta. Todo perfectamente cicatrizado. Aún están los hilos de ligadura fijos en los parametrios, pero caen á las seis semanas.

Enero 31 de 1896. Los bordes de la cicatriz infiltrados. Estado general excelente; la enferma ha engordado notablemente.

Abril 13. Cicatriz con erosiones sospechosas. Estado general aun bueno.

Octubre 1º Estado general desmejorado. Reproducción del cáncer en toda la extensión de la cicatriz (18 meses después de la operación).

Observacion XIX. Numero 23 del diario.

Señorita F. N. de San Luis Potosí, de 50 años de edad, soltera. Hace 9 años suspensión de la menstruación. En los dos últimos años hemorragias abundante é irregulares.

La entrada á la vagina tan estrecha que apenas cabe el índice. El cuello muy chico y alto. En ambos parametrios tumores del tamaño de unas limas, pegados al útero. Este último del tamaño normal, anteflecto.

DIAGNOSTICO: ¿Degeneración tuberculosa de ambos ovarios?
 „ „ „ cancerosa „ „ „ „ ?
 ¿Piosalpingitis doble?

Entre los antecedentes hereditarios hay que notar que una hermana² murió de cáncer uterino, y unos sobrinos de una afección tuberculosa de los pulmones.

DIAGNOSTICO MICROSCOPICO: Degeneración cancerosa de los ovarios.

OPERACION: Extirpación total del útero y de ambos anexos.

Se empieza la operación con una incisión vagino perineal mediana, la que permite la introducción del espejo ancho de Fritsch. Al hacer la raspa del endometrio se nota que la cavidad uterina está dilatada y salen unos pedacitos de un aspecto sospechoso. Por desgracia no se tuvo cuidado de alzarlos para determinar después si se trataba también de una degeneración cancerosa del endometrio. Al despegar la vejiga del útero se tropieza con muchas dificultades, tanto por lo alto que se encuentra el útero, como por la atrofia senil de éste órgano, y finalmente no se logra llegar hasta el pliegue vésico-peritoneal. Se abre entonces el Douglas

y por él se llegan á palpar ambos tumores que presentan una consistencia muy blanda, arrancándose sin dificultad pedazos de un aspecto blanco y empapados de un líquido viscoso, que recuerda al carcinoma coloide ovárico. Al querer hacer la extirpación total del útero, se desgarran por repetidas veces el cuello atrófico, y finalmente, después de haber extirpado más de la mitad de la masa uterina, se deja el fondo uterino entre sus adherencias. Un pedazo del epiplón llega á hacer salida, y se reseca después de ligado. No se coloca ninguna pinza. Al principio hubo una hemorragia bastante abundante de las arterias vaginales superiores, que se corrigió con una aplicación pasajera de pinzas de Péan. Lavatorio con lisol. Retacamiento del Douglas y de la vagina con gasa esterilizada. Sonda vesical permanente.

Septiembre 28 de 95.	6 p. m.	36.5—30—90	Shok postoperatorio. Pulso filiforme. Orina en corriente.
"	29 " "	9 a. m. 36.8—32—100	Hipo, basca, pulso regular.
	7 p. m.	36.8—32—100	Dolor de vientre, meteorismo, lengua seca, sed.
"	30 " "	9 a. m. 36.6—32—100	Estado lo mismo; lavativa.
	7 p. m.	36.5—24—100	2 deposiciones, vientre blando.
Octubre 1º de 95.	9 a. m.	36.8—26—100	Basca, calomel, vientre blando.
	7 p. m.	36.5—30—100	Cesó la basca. Pulso mejor.
"	2 " "	9 a. m. 36.6—30—100	Se quitan los tapones y la sonda.
	7 p. m.	36.6—28—100	Pulso bueno, estado general bueno.
"	3 " "	9 a. m. 37.0—26—90	
"	4 " "	9 a. m. 37.5—24—80	
"	5 " "	10 a. m. 37.0—22—90	Lengua algo seca.
"	6 " "	11 a. m. 37.6—24—86	Dolor en la fosa iliaca derecha.
"	7 " "	11 a. m. 37.5—24—90	Lengua seca, exudado intraperitoneal.
"	8 " "	11 a. m. 37.5—22—86	Dolor y exudado aumentando.
"	10 " "	11 a. m. 38.6—22—96	El exudado en aumento.
"	12 " "	11 a. m. 37.8—26—90	Anorexia, lengua seca, algunos escalofríos; las incisiones vaginales de buen aspecto y de color de rosa.
"	15 " "	11 a. m. 37.8—22—86	El exudado ocupando toda la fosa iliaca derecha y llegando casi al ombligo. Dolor algo disminuido.

- „ 19 „ „ En la pierna y ante todo en el pié izquierdo principio de un edema.
 „ 23 „ „ El edema en aumento. El exudado lo mismo de duro y del tamaño de la cabeza de un feto.
 „ 25 „ „ El exudado empieza á disminuir de volumen, resistencia y sensibilidad.
 „ 29 „ „ Edema igualmente reduciéndose.

Noviembre 5 de 1895. Edema casi desaparecido. El exudado sigue reduciéndose y tiene el tamaño de una lima. Heridas vaginales procedentes de la incisión cicatrizándose.

Noviembre 22. Edema reducido al pié izquierdo. Heridas vaginales perfectamente cicatrizadas. En el parametrio izquierdo no hay restos de los tumores ováricos, en la fosa iliaca derecha un resto del exudado del tamaño de un huevo de pavo. Resto del útero desviado á la izquierda. No hay hemorragias. Estado general excelente. La enferma engordando.

Septiembre de 1896. Se ha vuelto á presentar algo de hemorragia del resto uterino. En ambos parametrios han vuelto á retoñar los tumores cancerosos. Estado general desmejorado. la enferma empieza á enflaquecer. (12 meses después de la operación).

Observacion XXX. Numero 27 del diario.

Señora D. H. J. de Axtla, Huasteca potosina, 38 años

Hace 20 años tuvo un único parto, en el cual se verificó una infección puerperal. De entonces acá ha padecido la enferma dolores incesantes en el vientre que en cada período se exacerbaban, al grado que la vida no era más que un martirio continuo

A ambos lados del útero que está aumentado de volumen, se encuentran tumores netamente fluctuantes. El tumor derecho tiene el tamaño de una lima, el izquierdo algo más chico, en forma de un salchichón y muy sensible.

OPERACION: Extirpación total del útero y de sus anexos.

Cloroformo con éter 3 onzas. Narcosis 2 horas. Operación $\frac{3}{4}$ de hora.

Primero se abre el Douglas y se aplica en la abertura un pedazo de gasa esterilizada para no emplear los retractores de Péan. Dos pinzas en la base del ligamento ancho y se secciona la parte correspondiente de cada lado. Con facilidad se hace la eversión del útero por el ojal peritoneal anterior. Una vez eventrado el útero se ligan ambas trompas, dejando los hilos largos á guisa de una guía, y se afianza todo el ligamento ancho de arriba hácia abajo por una pinza de cada lado, asegurando nuevamente su base con otras dos pinzas más, y se extirpa de éste modo la matriz entre seis pinzas. Usando las ligaduras como guías se atrae primero la trompa derecha degenerada, que revienta dando salida á un líquido amarillento y se extirpa la bolsa entera, ligándola en su base.

Del mismo modo se extirpa la bolsa del lado izquierdo, la que igualmente se revienta. Con gasa esterilizada se limpia el fondo de la herida, se hace en seguida con muy baja presión una inyección vaginal con lisol y se coloca entre las pinzas un tapón cen-

tral, y al rededor de ellas otro vaginal. No se sutura el agujero peritoneal, ni los labios de la incisión vaginal. De la bolsa derecha salieron cerca de 200 gramos de pus, de la izquierda unos 150 gramos. Sonda vesical permanente.

- Diciembre 11 de 95. 6 p. m. 36.4—84—Pulso débil, orina en corriente.
 10 p. m. 36.4—98—24 Hielo sobre el vientre. Algo recobrada.
 2 a. m. 37.2—90—24 Basca constante. Morfina.
 „ 12 „ „ 7 a. m. 37.0—88—28 Dolor de vientre, hielo sobre el abdomen. Morfina. Sed.
 10 a. m. 37.0—120—22 Intermitencia del pulso. Basca.
 7 p. m. 37.5—120—28 Cesó la basca. Estado general bueno.
 „ 13 „ „ 9 a. m. 37.0—110—24 Ventosidades, lengua húmeda. Se quitan las pinzas y los tapones
 7 p. m. 37. —120—22 Pulso todavía débil, nauseas.
 „ 14 „ „ 9 a. m. 36.9— 96—24 Durmió muy bien. Inyección vaginal, la que provoca dolor agudísimo del vientre. Hielo sobre el abdomen. Morfina.
 12 p. m. 37.2—100—24 Una deposición. Vientre blando. Estado general excelente.
 „ 15 „ „ 12 p. m. 37.0—100—26 Nauseas cesaron.
 7 p. m. 37. —108—24 Estado muy bueno.
 „ 16 „ „ 12 p. m. 37.0—120—24 Pulso otra vez comprensible.
 5 p. m. 38.2—104—28 Pulso frecuente, bochornos, dolor en la fosa iliaca derecha.
 7 p. m. 38.4—120—26 Mal olor vaginal, inyección, hielo sobre el vientre
 „ 17 „ „ 11 a. m. 37.2—96—24 Pulso débil, derrame intraperitoneal del tamaño de un huevo, hielo, mercurio.
 7 p. m. 37.0—104—22 Pulso algo intermitente.
 „ 18 „ „ 12 p. m. 37.0—100—24 Por la vagina sale algo como “carnosidad.” Inyección vaginal.
 8 p. m. 37.8—106—26
 „ 19 „ „ 12 p. m. 37.0—100—24
 „ 20 „ „ 10 a. m. 36.2— 94—22 Derrame existe aún.

..	21	..	..	11 a. m. 37.7—100—24	Inyección vaginal.
..	22	..	..	11 a. m. 37.6—100—26	.. ..
..	23	..	..	11 a. m. 37.8— 96—24	.. ..
..	24	..	..	11 a. m. 37.2— 96—24	.. ..
..	25	..	..	11 a. m. 38. —106—26	
..	26	..	..	11 a. m. 38.4—100—26	Por venir la enferma de una región palúdica se administró quinina.
..	27	..	..	11 a. m. 37.4 —96—24	
Enero 1º	de 1895.	11 a. m.	36.8—82—22	Derrame desaparecido.	
..	14	..	..	Los hilos de los parametrios han caído. El fondo de saco cicatrizado en una línea trasversal. El exudado intraperitoneal completamente desaparecido. Estado general perfecto. La enferma se pone en marcha para su pueblo que dista unos 4 días de esta capital, y aguantó sin novedad el viaje á caballo. Según noticias ulteriores ha seguido perfectamente bien.	

Al concluir este insignificante folleto me complazco en dar un voto público de gracias á mi apreciable compañero y distinguido amigo el Dr. Antonio F. López por la eficaz ayuda que me ha prestado al revisar y corregir el presente trabajo.

San Luis Potosí, Noviembre de 1896.

Dr. Pagenstecher.

INDICE.

PARTE PRIMERA.

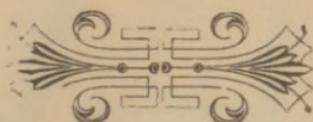
	Pág.
Capítulo 1º—Introducción	7
Capítulo 2º—De la desinfección de la vulva y vagina	9
Capítulo 3º—De la manera de hacer visible la vagina en todas sus partes.	15

PARTE SEGUNDA.

Capítulo 4º—De la raspa uterina por endometritis fungosa.	22
Capítulo 5º—De la raspa uterina por retención de fragmentos placentarios	29
Capítulo 6º—De la raspa uterina por degeneración cancerosa del endometrio.	31
Capítulo 7º—De la raspa del cuello uterino por ulceraciones ó por vegetaciones cancerosas.	35
Capítulo 8º—Consideraciones generales sobre el cáncer uterino.	37
Capítulo 9º—Taponamiento intrauterino por hemorragias complicando el aborto	42
Capítulo 10º—Discisión bilateral del cuello por estrechez congénita	49
Capítulo 11º—Colpoperineorafias y amputaciones del cuello.	53
Capítulo 12º—Extirpación de un pólipo fibroso implantado en el cuello uterino	57
Capítulo 13º—De la vaginofijación uterina	60
Capítulo 14º—De la retrofijación del cuello uterino á la fascia rectal	62
Capítulo 15º—De la Histerectomía vaginal	65

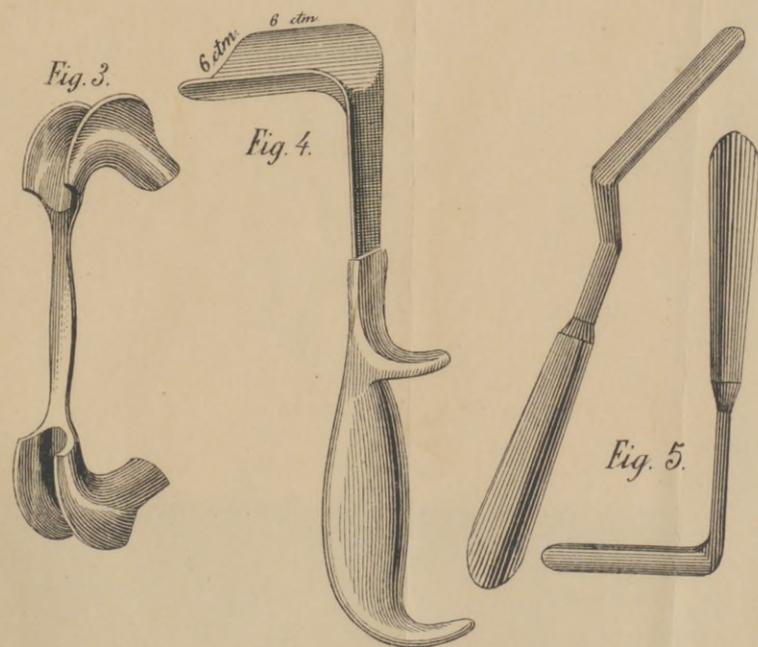
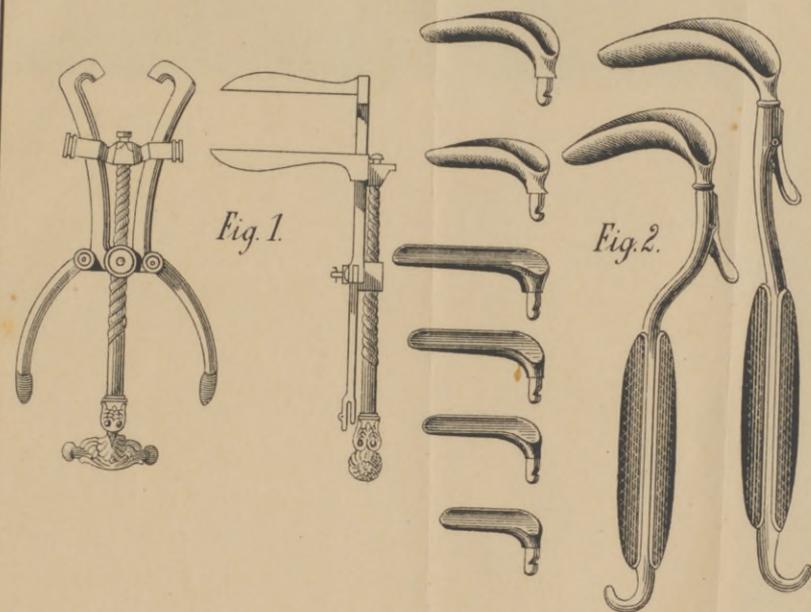
PARTE TERCERA.

OBSERVACIONES CLINICAS.



Explicación de las figuras correspondientes á la lám. I.

- Fig. 1. El espejo llamado el "pompeyano" por haber sido encontrado por debajo de las lavas de Pompeya (Billroth, Handb. d. Fauenk. Bd I pág. 75.)
- Fig. 2. Espejos vaginales de Sims, angostos y largos.
- Fig. 3. Espejo de Fritsch para la extirpación vaginal del útero: ancho y corto.
- Fig. 4. Espejo de Doyen para el mismo objeto: ancho y corto.
- Fig. 5. Separadores vaginales de Péan: el rectangular y el de forma de bayoneta.



Explicación de las figuras correspondientes á la lám. II.

- Fig. 6. Sonda dilatadora de Doléris para lavar la cavidad uterina.
- Fig. 7. Pinza de Saenger para extracción de restos placentarios ó fragmentos de aborto incompleto
- Fig. 8. Espejo bivalvo de Neugebauer.
- Fig. 9. Inserción normal del cuello uterino á la bóveda vaginal (B. Schultze.)
- Fig. 10. Inserción viciosa del cuello uterino á la bóveda vaginal [B. Schultze.]

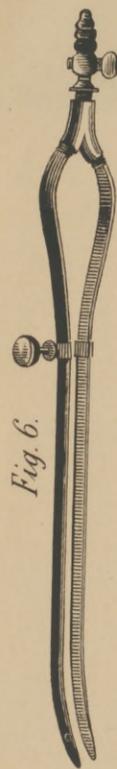


Fig. 6.

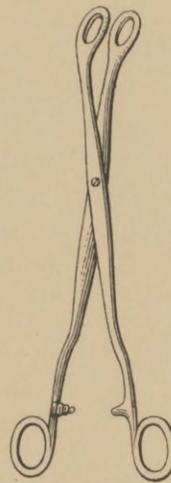


Fig. 7.

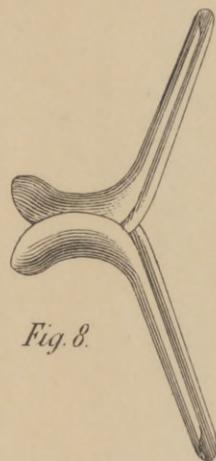
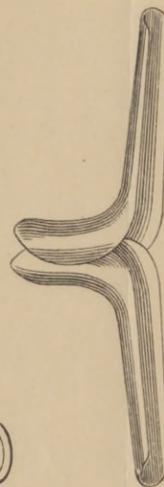


Fig. 8.

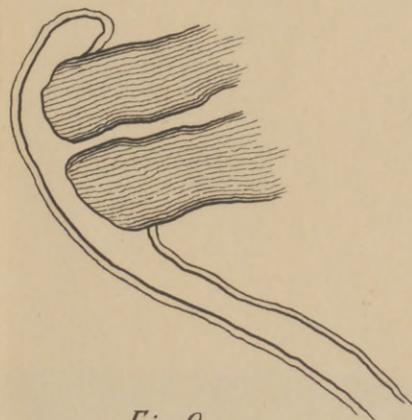


Fig. 9.

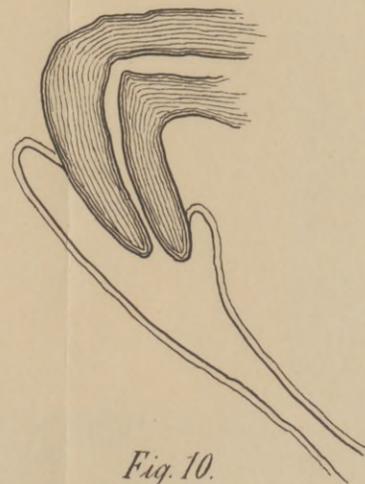


Fig. 10.

Explicación de las figuras correspondientes á la lam. III.

Fig. 11.—15 Discisión bilateral del cuello según el método del Dr. Boryssowicz.
 Fig. 16. Tubo de drenaje de Saenger para la cavidad uterina.

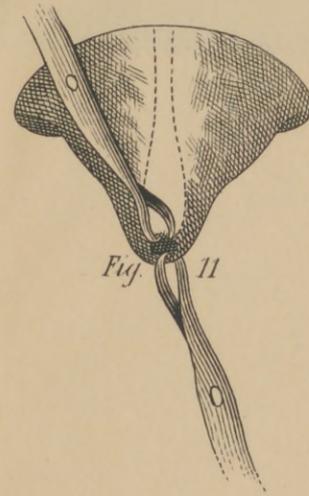


Fig. 11



Fig. 12

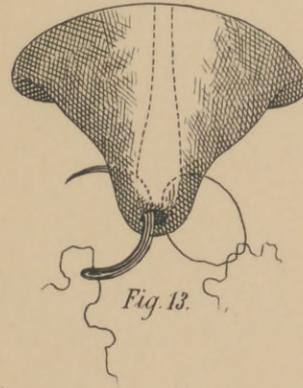


Fig. 13

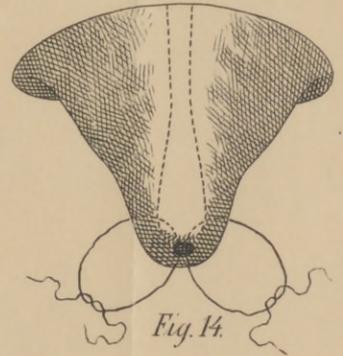


Fig. 14

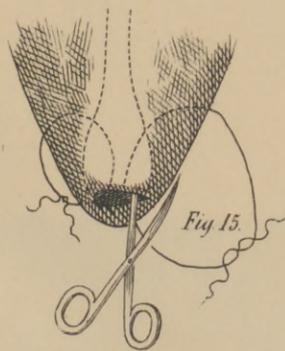


Fig. 15

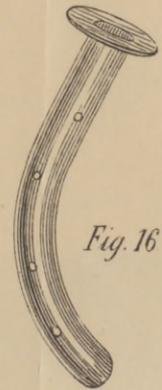


Fig. 16

Explicación de las figuras correspondientes á la lám. IV.

- Fig. 17. Utero, vagina y vejiga en sus relaciones fisiológicas.
- Fig. 18. Colpotomía anterior, es decir la incisión del pliegue vesico-peritoneal después de haber despegado la vejiga del útero.
- Fig. 19. Vaginofijación del útero, es decir la sutura de la pared anterior uterina directamente á la pared anterior de la vagina.

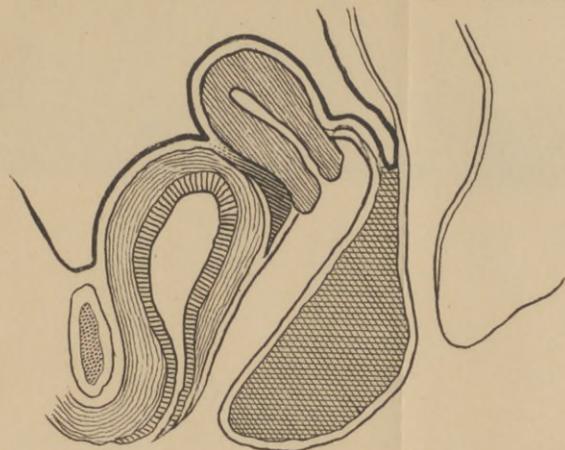


Fig. 17.

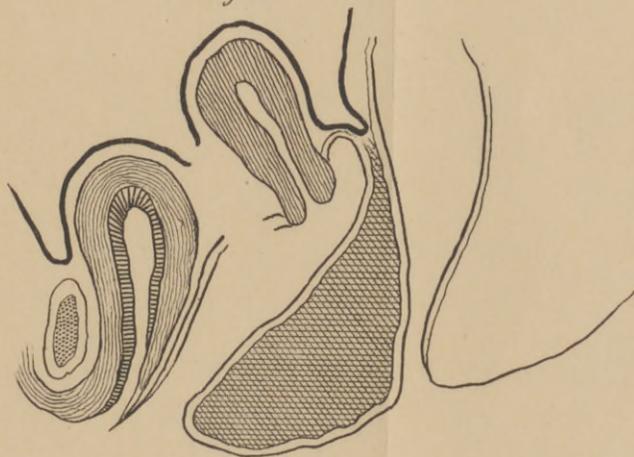


Fig. 18.

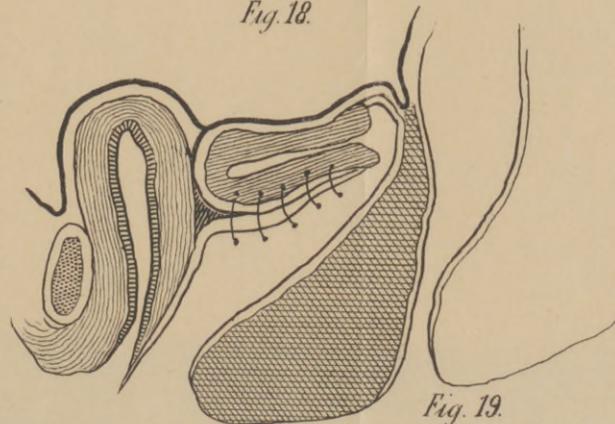


Fig. 19.

Explicación de las figuras correspondientes á la lám. V.

- Fig. 20. Relaciones anatómicas de un útero retroflecto.
- Fig. 21. Colpotomía posterior, es decir la incisión del Douglas.
- Fig. 22. Retrofijación uterina, es decir la sutura del fondo de saco vaginal posterior á la fascia rectal con obliteración del infundíbulo Douglasico.

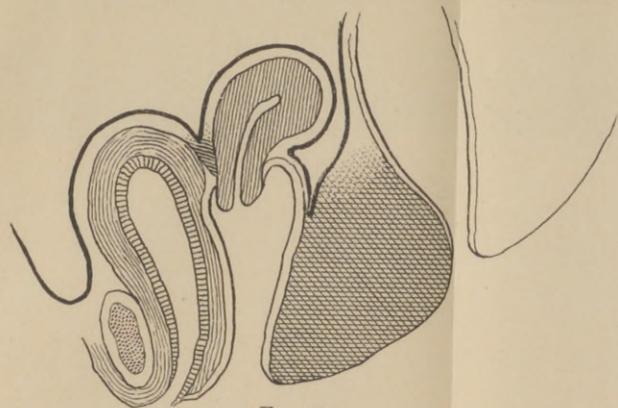


Fig. 20.

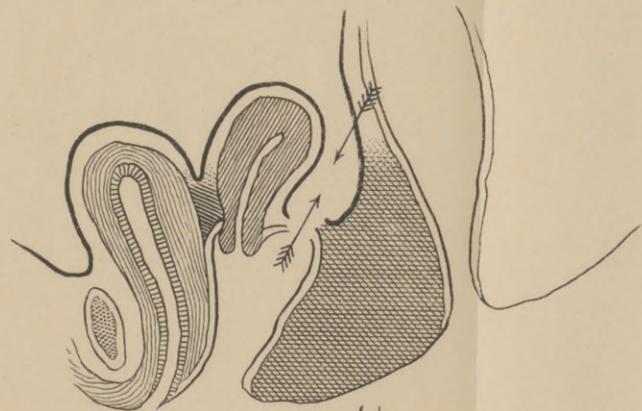


Fig. 21.

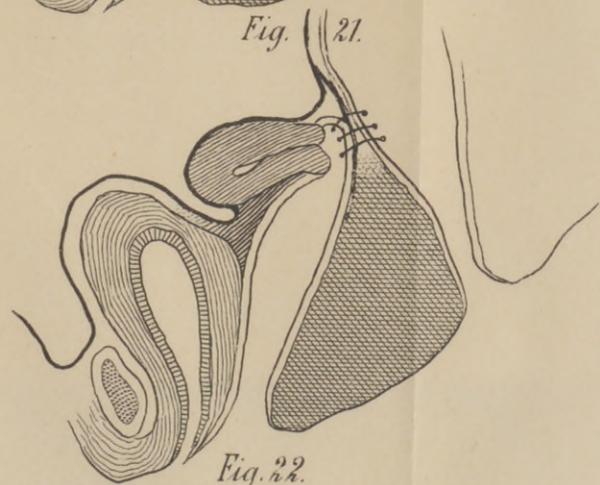


Fig. 22.

Explicación de las figuras correspondientes lá a lám. VI.

Fig. 23. Masaje de los ligamentos sacro-uterinos en la parametritis posterior.

Fig. 24. La oclusión de la vagina y del peritoneo en casos de extirpación total del útero, á pesar de la existencia de las pinzas á permanencia á la base del ligamento ancho.

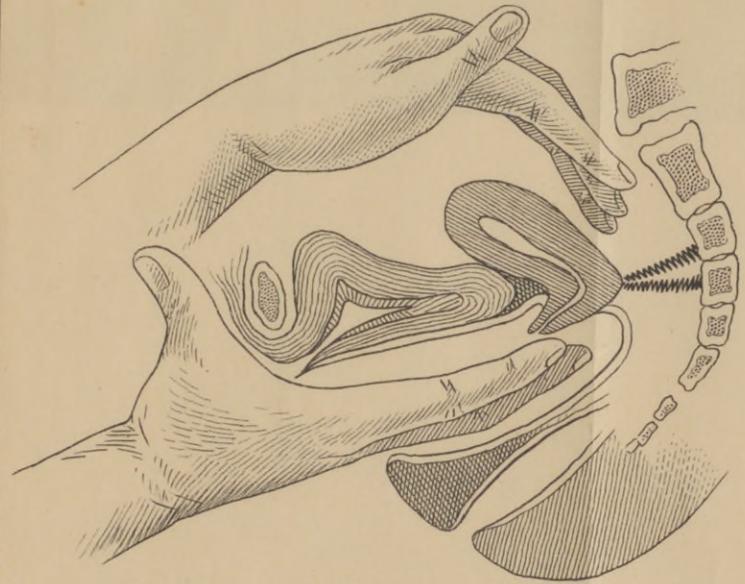


Fig. 23

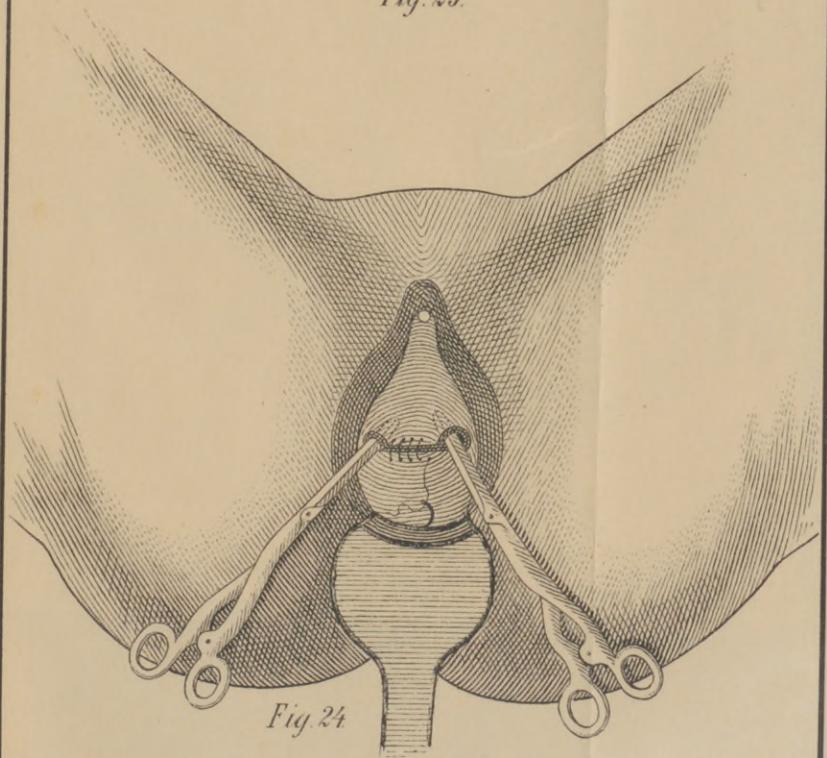


Fig. 24

Fig. 24. Aplicación de las teorías correspondientes a la Tab. VI.

Fig. 23. Muestre de los fragmentos sero-
 nos en la parmenitis posterior.
 Fig. 24. La oclusión de la vagina y del pinto-
 no en casos de extirpación total del
 útero, a pesar de la existencia de las
 gónadas y persistencia de la base del
 germen ancho.



FEB 20 1946

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE



NLM 00554655 0