

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

**Del tratamiento de los procesos inflamatorios pelvi-
metro-anexiales**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Ricardo Becerro Antolin

Madrid, 2015

DEL TRATAMIENTO

de los

PROCESOS INFLAMATORIOS PELVI-METRO-ANEXIALES.

--:--:--



TESIS DEL DOCTORADO

por

RICARDO BECERRO Y ANTOLIN.

--: 1906 :--

A M I M A E S T R O

el Doctor

Don Sebastián Recasens y Girol

Señores Catedráticos:



Habiendome hecho médico durante la práctica de alumno interno de la clinica de Ginecologia de mi querido maestro el Doctor Recasens, creo un deber en mí al aspirar á la botla de doctorado, dar cuenta en esta Memoria, de las enseñanzas quirúrgico-ginecologicas que he recibido, haciendo mi profesion de fé en lo que constituyen entre mis escasos conocimientos mis más ardientes aficiones.

Mi trabajo no es otro que el de un aprendiz, que ha estado al lado un excelente maestro, del que recibió, recibe y Dios quiera que reciba muchos años, sus sazonadas enseñanzas, prodigadas con verdaero amor patern con el interés del maestro amigo, que tiene en su discipulo la esperanza de ver recogido con veneracion, el fruto de años y años de trabajo y que generosamente comunica en lecciones diarias, dadas en la cátedra, en la

clínica y hasta en el propio hogar.

De mi ilustre maestro he aprendido la Ginecología teórica, escuchando sus frutíferas explicaciones, sobre problemas de la etiología y patogenia; de él he aprendido la Ginecología práctica: la exploración clínica con sus personales detalles; la operatoria moderna, con sus deslumbradoras técnicas, modificadas y hasta creadas en muchos puntos por las habilidades y talentos del maestro.

También de él, trato de aprender la serenidad en los juicios diagnósticos que conduce a la libertad de criterio, de él he aprendido a mirar con frialdad lo importado a la Ciencia por sus esclarecidos obreros, que llevan al desapasionamiento en la crítica y a admitir como bueno o como malo lo que en nuestras pecadoras manos dió tal o cual resultado, porque nosotros hemos de conducirnos con nuestras fuerzas y bajo sus energías tenemos que apreciar las bondades o las ineficacias de los medios propuestos por los demás.

Gracias á todas las enseñanzas de Recasens, acabo la carrera iniciada en el camino de tan simpática especialidad como es la Ginecología, habiendome sido iluminado por la verdad del maestro sincero, los senderos que conducen al lugar de las concepciones clínicas y á las conquistas de las particularidades de la exploratoria é intervencion.

Mi maestro me ha seleccionado libros, me ha llevado la mano en los primeros reconocimientos y en las primeras intervenciones, dejandome despues paso á paso, como á niño que se enseña á andar, primero con andadores luego asido de la mano y por fin vigilando cuidadosamente la marcha para evitar y disculpar las primeras caídas.

Habiendo leído sus numerosas publicaciones, habiendole ayudado en la clínica y asistiendo continuamente á su consulta, nada tiene de particular que haya terminado por identificarme con él y que sus ideas y las mías, se confunda y las llame nuestras, que su clínica, la llame mía y que en fin, me considere como algo suyo, unido íntimamente á él por inmenso cariño y

por sincero agradecimiento.

Aficionado por haber tenido á mi disposicion tan exuberante materia como he tenido, y guiado por tal maestro, resultaria extraño, que al terminar mi carrera no lo hiciera con él decidido proposito de dedicarme á los estudios de la Ginecologia, que de no ser asi, hasta pecaria de desagradecido, ya que la Ginecologia comenzó á darme inmerecido fruto, apenas alcancé hace un año el titulo de licenciado. Comprendo los inconvenientes de la especializacion prematura, pero ¡qué lo hemos de hacer!; dados los vastisimos y luminosos campos de la medicina moderna, me considero incapaz hasta de ser contemplador de tan prodigioso conjunto y prefiero ser regular aprendiz de algo á, como seria, malisimo entendedor de todo.

En mis aficiones por los estudios ginecologicos, han influido haciendo selecciones parcelarias cada vez más especiales, las lecciones de mi ilustre maestro el Dr. Oloriz, que despertó en mi el amor á los estudios anatómicos y embriológicos; la practica de diseccion dirigida por Don Pe

dro Vallcorba y que ejecuté tres años, durante los que fui interno disector a las ordenes de los insignes anatómicos Calleja y Oloriz. Ultimamente con el Doctor Jimenez observé la precision y metodismo operatorio que constituye un precioso tesoro de este habilisimo operador y por fin en los tres cursos que he sido discipulo de Don José Ribera, he llegado al entusiasmo por el arte quirurgico, al comprender las decisiones, la valentia, el modo de entretejer indicaciones operatorias, la seguridad de mano y la estética fina de las arriesgadas intervenciones de este cirujano de fama universal.

No vea nadie, en todo lo dicho, deseo de alagar á mis maestros, vea nada más el que quiera, la personificacion de mi amor y respeto hacia el Colegio de San Carlos, al que siempre conceptué como mi casa, en el que me he hecho hombre y médico á un tiempo, creciendo entre sus muros mi cuerpo y ensanchandose en sus aulas y clinias mis aficiones.

El asunto de esta Memoria, le he elegido entre otros, por considerar de una importancia practica de primer orden, dada la frecuencia superior a los demás afectos ginecologicos, que tienen los procesos inflamatorios que en conjunto podemos denominar procesos pelvó-metro-anexiticos.

Es verdaderamente curiosa la monotonia con que se repite en los libros-registros de los consultorios de Ginecologia, los diagnosticos de "perimetrometro-anexitis" y más bien parece prejuicio diagnostico que entidad clinica que abunde tanto. Dentro de este nombre genérico de "perimetro-anexitis" entran un variadisimo número de lesiones distintas, unas diagnosticables previamente y otras confundidas hasta el momento operatorio. En el grupo procesal, entran todas las alteraciones inflamatorias y parainflamatorias de los ovarios, trompos, útero, peritonéo pálvico, etc. etc. y en él merecen colocarse, desde la congestion dolorosa y permanente del peritoneo v

ceral pelviano, hasta la perimetro-anexitis gravísima, con colecciones quísticas serosas y supuradas, con adherencias y perforaciones viscerales etc. etc.

Este grupo lesional, antes no tenía ^{la} personalidad clínica que tiene ahora y con él ^{se} confundían lesiones bajo diagnósticos erróneos de metritis dolorosas, infartos uterinos, etc. etc. Hoy gracias al empuje de la operatoria ginecológica, dado por la legión de los Kelly, Doyen, Richelot, Fauveit, Bumm, Pfannenstiel, Kustner, Fargas, Cardenal, Galvez, Gutierrez, Recasens, Chacon, etc. han cambiado mucho las cosas y las perimetro-anexitis variadísimas, forman entidades lesionales diagnosticables diferencialmente de otros tipos clínicos que las confundían, confusión que resonaba en la terapéutica, que por gran recurso contaba con el uso y abuso del legrado puesto ya en su lugar y afrontado como responsable de múltiples fechorías, siendo unas veces énficaz y otras contraproducente por ser empleado en ligeras perimetro-anexitis, que tras los rasguños de la cucharilla

convertian en conjuntos de lesiones graves que hoy se tratan por la castracion total.

Estos procesos tienen un sintoma común, base de indicaciones terapéuticas; ese sintoma es el dolor que atormenta continuamente á la mujer, que la aniquila y anula como hembra. El dolor de los procesos inflamatorios crónicos pelvi-metro-anexiales, reclama continuamente remedio con el grito y con la mueca de sufrimiento y hay que atenderle con los medios higiénicos, con los médicos, y desgraciadamente para las enfermas y para la especie con los medios quirúrgicos mas radicales, que son casi siempre la única garantía para la supresion del dolor. Muy triste es tener que recurrir á los medios mutiladores, pero desgraciadamente, reasumen la impotencia de los otros medios. Por eso como es tan seria la resolucion que hay que tomar en el tratamiento de estos procesos, debe con todo cuidado pesarse la indicacion, apurar bien los recursos medicos y si proporcionan el más ligero alivio, continuar en su uso, consolar á la enferma y esperanzarla, y

Solo cuando la misma mujer se halle cansada de sufrir y su estado social lo aconseje, debe decidirse valientemente á intervenir y si se abre el vientre, tener por único pensamiento, que la enferma, después de operada siga sufriendo dolores, que es el resultado, la continuidad del dolor, de operaciones incompletas, mal llamadas conservadoras, porque en verdad, es ser más conservador, abrir á su tiempo debido el abdomen y extirpar todo enfermo, que abrir una vez, hacer un remiendo, y tener que abrir, luego otra vez, y después otra, colocando cada una á la enferma en el grave riesgo de la laparotomía.

En esta Memoria tratad de explicar asunto tan interesante como es este problema terapeutico; para su desarrollo me he valido del material de la clinica de mi maestro, de la que fui Interno. En este laboratorio de cirugía ginecologica se ha puesto en practica, cuanto se ha creído oportuno para curar á las enfermas, en él sen experimentado los consejos de los de fuera y de los de dentro, pero todo ha pasado por el tamiz desapasionado

de las manos de mi maestro y de mis ojos. A ello pues, me refiero.

C A P I T U L O I . .

=====

CONSIDERACIONES ANATOMOPATOLOGICAS.

Los procesos inflamatorios periuterinos y anexiales reclaman
diagnósticos terapéuticos de muy diferente índole según el período en que las
afecciones se encuentren. Atendidos cuando se hallan en agudización, los
datos médicos suelen ser suficientes y así tenemos como en la mayor parte
de casos ceden gravísimas periviperitonitis con la aplicación de hielo a
bajo vientre, reposo absoluto, dieta láctea y medicación opiaca; pero cu
do pasados los tumultuosos accidentes agudos que pueden poner en serio

9

sigro la vida de la enferma, queda el proceso en su forma crónica, determinando como único síntoma los dolores localizados en las regiones lumbosaca, iliacas, hipogástrica, perineal etc. entonces con poco resultado los medios farmacológicos y aun cuando el ictio, las irrigaciones calientes, la revulsión punteada etc. producen en ocasiones positivas mejorías, no suelen ser estas muy duraderas y no se hace esperar mucho la aparición de una nueva crisis de agudización ya pelviperitónica ó ya salpingítica, con cuyos secusados a organizarse, toman las lesiones cada vez mas complicada arquitectura constuyendo adherencias fibrosas que á cada nueva formación alteran más los órganos, pudiendo llegar á convertir los genitales internos en bloques que aprisionan las delicadas estructuras del aparato transformándose después de

extinguir su capacidad fisiológica en una masa informe de tejido esclero-
so fuente de esterilidad y de dolores. Sufren las mujeres la esterilidad
con mayor ó menor resignación pero con resignación al fin, más los dol-
res, al imposibilitarlas la vida doméstica primero y la de relación so-
cial despues, es el motivo por el que se deciden las enfermas á buscar la
curación aun cuando sean corriendo los riesgos de la terapéutica radical.
Estos dolores se irradian desde la profundidad pelviana hacia las caderas
bajo vientre y riñones; primero no aparecen mas que tras de ejercicios ven-
turosos ó continuados, con motivo de las relaciones sexuales ó durante el
estado congestivo precatamenial, catamenial y postcatamenial, y mas tar-
de la sensación dolorosa se vá haciendo cada vez más independiente de los
estímulos mecánicos, llegando á ser el dolor espontáneo y continuo con

11

exasperaciones violentísimas que hacen adoptar á la enferma las más extrañas posiciones de encorvamiento y sellando en el rostro el gesto de la expresiva dolorosa continuando inaplacable.

Los dolores se propagan también á las regiones medias y superiores del abdomen, con tirantezas hacia el ombligo, peso al epigastrio y colorimiento general del vientre. De todos estos dolores son responsables las adherencias que sujetan los intestinos á los órganos pelvianos así como también las que fijan, como en muchos casos he visto, en epiploon mayor yaaal mis aparato genital ó ya al peritoneo parietal inferior siendo todo producto de las agudizaciones pelviperitoníticas sufridas por la enferma. Los dolores aumentan grandemente cuando por cualquiera motivo hay alteraciones digestivas estomacales ó intestinales produciéndose típicamente colorido

os y hasta pueden llegarse á producir llenúinámicos ó mecánicos. Solicita
 o el intestino por *la* tensión *de* las adherencias y algunas veces el estóma
 o, ceden por distensión de los medios peritoneales de fijación y se determi
 an ptosis intestinales y *gástricas*. En un caso operado por mi maestro el Do
 or Recasens, en cuya operación intervine ayudándole, al hacer la incisión
 del peritoneo infrumbilical apreciarnos que el estómago había descendido
 bastantes centímetros por debajo del ombligo; el epiploon mayor, sumamente
 engrosado y retraído se fijaba por su borde libre en los órganos perivianos
 inflamados.

Son causa los procesos inflamatorios de los genitales internos, os

6
peritonitis parciales de forma aguda y crónica que tomando luego la mor-
/bilidad esclerosante fruden los órganos abdominal y ocasionan trastor-
nos funcionales de gran importancia. Los trastornos del fisiologismo
junto con el color constabuyen el resultado de estas peritonitis cróni-
cas cuya gran importancia ya fue puesta de relieve por Virchow en 1853-
(Virchow Archiv O. V. pag. 381) Las funciones rectales así como las de la
Sillaca son las más directamente modificadas por las placas y *bridas* pe-
ritoníticas y á ello es debido la constipación pertinaz de las enfermas
que sufren afectos *flogósicos* pelvianos.

Las comprensiones lentas así como las fijaciones patológicas del
intestino tienen como factor etiológico de gran importancia á estos pro-

4

ceses inflamatorios pelvianos ocasionando dilataciones, estrecheces, adyacuras, sinfisis etc. que acarrean la dificultad cinámica funcional.

Nosotros durante el curso de muchas laparotomias hemos podido observar los mas variados grados de adhesión intervisceral. Tanto el cólon ascendente, como el transversal asi como tambien el descendente, los hemos visto pegado á los órganos pelvicos, mediante bridas de tan firme consistencia que dificultaba muchísimo la disección; desgarrándose en ocasiones antes que la adherencia la pared intestinal. El intestino pegado le hemos hallado en muchas ocasiones conglutinado una

caras a otras tomado el conjunto un aspecto como el de las ciram
-
luciones cerebrales.

Las alteraciones sufridas por parte del epipion mayor las he-
mos observado tambien en tipos muy notables. El engrosamiento, la di-
latación vascular, el arrebujaamiento y la adherencia ya á la pared ó
ya á los órganos pélvicos es cosa corriente y que bien claramente da
explicación de los trastornos abdominales sufridos por los enfermos.

El estreñimiento, meteorismo, vómitos pertinaces, malas diges-
tiones, inapetencia etc. y todo ello sobre un fondo de dolorimiento
del vientre en general, son sufrimientos corrientes en las mujeres que
padecen procesos inflamatorios crónicos de los órganos pélvicos y que

9

cada la falta de medios para combatirlos pronto llevan á las enfer-
mas á un estado de verdadera caquexia.

Si además se suma el que las lesiones sean supuradas claro está
que tales trastornos toman mas grave incremento y el estado general
pronto cae en un valetudinario modo de vivir.

cuando las cosas llegan á este grado, los órganos y funciones ge-
nitoriales ya hace mucho tiempo que han sufrido alteraciones irremediabi-
la esterilidad es completa tanto por el ahogamiento de los elementos no-
bles del ovario como de por la obstrucción doble de la trompa, por los
cambios en la direccion y posición del útero y por las profundas modi-
ficaciones de la mucosa. Los profundos trastornos congestivos son ca-

10

sa de metrorragias copiosas y pertinaces que junto con la apreciación de la masa tumoral dura en que los genitales internos se hallan convertidos, hace que el diagnóstico pueda llegar á hacerse dudoso con el de el fibromioma. Estas hemorragias primero son en forma menor- gicas y despues son metrorragias independiente. Mas tarde sucede á es- tas metrorragias largos periodos de amenorrea, acusadores de la precar- ria vida esclerósica en que se truecan las actividades genitales ordi- narias al ser invadidos los órganos por el jugo fibroso que cada vez mas y mas aprieta y exprime la ultima ^{manifestación} expresión de la energía funcio- nal. Solamente el menstru orgánico y el dolor es lo que queda, ha- gando á resentirse todos los aparatos ante la muerte parcial que tie-

11

ne lugar en las entrañas de la pelvis; claro está que se resienten más los más cercanos como el aparato urinario que sufre la compresión de los ureteres lo que puede llegar á constituir causa de seronefrosis y hasta de seropionefrosis; pielitis y pionefrosis teniendo lugar esto último por darse entonces en el organismo femenino por la compresión uretérica y existencia de focos supurados condiciones idénticas á las dadas en los experimentos que Rebiano hizo ligando incompletamente el ureter en conejos e inyectándoles cultivos estafilocóccicos en la vena auricular.

Cada órgano del aparato genital interno, sufre por efecto de la pelviperitonitis una serie de modificaciones que en diferente grado

12

con distinta categoria integran el conjunto del resultado lesional cronico de la flogosis peritoneal pelvica constituyéndo la anatomia patologica de la entidad clinica perimetro-aneuritis.

Todos los componentes de cada órgano quedan alterados y desde la cubierta serosa hasta el tapiz mucoso en las visceras huecas y desde la capa generatriz hasta lo mas profundo del estroma en el ovario, sufren una modificacion que ó bien es de tan escasa cuantia que se restituye á integridad con los métodos higienicos e farmacologicos mas sencillos ó reclaman la exeresis por que los sintomas son tan molestos que el sufrimiento no equipara el escasisimo beneficio que pueda recibir la Económica con el mediano funcionar de órganos degenerados.

Las alteraciones que el útero sufre en la perimetreo-anexitis alcanzan á todas las partes que le integran y desde el peritoneo que envuelve hasta la mucosa que por dentro le forra todo se halla en estado patológico quedando así convertido en un órgano de mucosa ulcerada en tanto que es motivo de fenómenos tan molestos como la leucorrea y las metrorragias abundantes y pertinaces junto con los dolores insportables.

El peritoneo que sirve de envoltura á la matriz en vez de presentar la liscura y pulimento que presenta cuando se halla sano, se encuentra deslustrado, sembrado de placas gruesas de superficie desigual aspera y punteada de focos hemorrágicos (paquiperimetritis de Küstner)

La inyección vascular del peritoneo se ve con muchísima frecuencia y en algunos casos es tan exagerada que al separar las adherencias se determinan hemorragias tan importantes que pueden por sí solas indicar la histerectomía como en un caso operado por mi maestro. Las citaciones vasculares pueden afectar la forma varicosa y el ícide tan complicadas en algunas ocasiones que el útero parece como envuelto por una toquilla de gruesos hilos vasculares. Los focos hemorrágicos también se ven frecuentemente y en los casos que yo he observado lo mismo que Kustner dice, generalmente se encontraban en la cara posterior del útero. El grado del perimetrio se halla también muy modificado estando por lo general engrosado.

Las principales modificaciones estructurales radican en la capa dérmica o conjuntiva, en la que por haberse verificado la infiltración embionaria flogística, seguida de la transformación fibrosa, han sufrido cambios los finos elementos colágenos dispuestos en haces entrecruzados en todos sentidos y bañados por materia amorfa y semisólida por un tejido escleroso e hinchado que privando a la serosa de sus condiciones de flexibilidad la truecan en una envoltura dura, áspera y poco apropiada para el suave deslizamiento que requiere el funcionamiento visceral.

La capa endotelial de cubierta sufre la degeneración de sus elementos celulares, cuyo protoplasma se hace turbio granuloso e infiltrado

16

25

por gotas que parecen de grasa y despues que el núcleo ^{ha} perdido su p
uer ~~repentino~~ ^{retentivo} de coloracion, las celulas se caen y quedando el dermis
en vivo, contrae adherencias con las superficies con que se pone en
contacto determinando asi las bridas y sugeriones a que hemos hecho
mencion. Estas adherencias formadas primero por contiguidad y luego por
contiguidad de materia, pueden llegar á ser tan firmisimas que al tra-
tar de separarlas es causa muchas veces de lesiones traumaticas gra-
ves en los organos adheridos (rasgaduras de intestino).

Forman tambien parte integrante de la anatomia patologica del
perimetreo los depositos fibrinosos que sobre el se forman y que son

11

29

efecto de la organizacion de exudatos densos. En varios casos operados en la clinica en que he sido interno, he visto, estas envolturas fibrosas formaban una densa capa que á modo de espesísimo barniz borraba los perfiles de los órganos determinando un conjunto como de efusion del aparato.

Estas falsas membranas de origen inflamatorio tienen distinta consistencia segun la edad que tengan y así las he visto desde semi-sólidas hasta duras y fibrosas como fascias aponeuroticas. Las falsas membranas engendran orificios de adherencia que lo mismo pueden ser lacasas que verdaderamente ligamentosas; se hallan extendidas hacia los órganos cercanos aproximándolos al retraerse y con ello determinando alteraciones funcionales.

48

nales. El intestino recto y el apéndice suelen muy frecuentemente encontrarse aprisionados y el último de un modo principal, al estar sujetos suelen sufrir graves alteraciones capaces de manifestarse por fenómenos apendiculares de dudosa interpretación clínica. al útero,

El útero, por efecto de los procesos de que hablamos, experimenta cambio tanto en su volumen como en su dirección y posición.

Dos modalidades se ven en los úteros de las mujeres que padecen perimetritis: En las muy antiguas y de forma esclerótica, la matriz es pequeña, dura y de color grisáceo de cuya superficie parten las bridas de adherencia. Estos úteros viejos ó mejor dicho envejecidos por la esclerosis suelen ser inamovibles y parecen exangues al seccionarlos, crujen como el Fibromioma y la superficie de sección es áspera.

ra y seca; el peritoneo en ellos es grueso y duro separándose muy difícilmente por la disección aun cuando hayan sido cocidos previamente en agua con potasa. La otra variedad se refiere a los casos en que el proceso no se halla tan avanzado; en estos el útero suele ser grande, como congestivo, de peritoneo inyectado y fácilmente despegado; sufra al menor traumatismo y al aprisionar tales úteros con los garfios una pinza el tegido se desgarró ocurriendo lo mismo al tratar de hacer sutura de la herida. Estos úteros pesados y grandes tiene adherencias lacseas debido á la corta edad del proceso. He observado úteros de esta categoría que pesaban sesenta setenta y hasta ochenta gramos.

La posición y dirección del eje del órgano se encuentra cambiado

la mayor parte de las veces. Las retrodesviaciones es lo mas frecuente, siendo las laterodesviaciones mas raras y motivadas generalmente por la existencia de salpingitis de forma tumoral. Cuando la perimetritis anexitis es resultado de la metroperitonitis puerperal ó de la neuperitonitis hemorrágica suele producirse la desviacion posterior. Si el origen es puerperal por las condiciones en que el útero se halla durante el puerperio, se determina al mismo tiempo que la version, la flexion posterior incurvándose hacia atrás y abajo del eje uterino. Como resultado de la peritonitis gonocócica el útero duro todo él, cambia en posicion no cambiando generalmente la direccion del eje.

Las retrodesviaciones debidas á la perimetrio-anexitis suelen ser mas ó menos fijas y el mecanismo de produccion se halla represen-

tao por las adherencias peritoneales. Muchas de las retrodesviaciones que Gustavo Fichet llama retroversiones primitivas (traitement des retrocerviations uterines) La Gynecologie - Juin 1906) obedecen á la causa que estudiamos, estando en ella el útero sujeta hácia atrás por sinfisis peritoneales de origen inflamatorio séptico. Las peritonitis de orden puramente mecánico y de carácter adhesivo, debidas al roce visceral son un tanto raras puesto que á continuo rozamiento tan blandos los órganos revestidos por serosa sin que se determine adherencia entre unos y otros. Los que son motivados por trastornos circulatorios como dice Fritsch no hay que comentarlos por que éi mismo se hace la crítica al decir en su Traité des maladies des femmes

pag. 378. "quizá no sea muy modernista creer cosas parecidas.....".

Las derivaciones por perimetro- anéxitis pueden presentar los grados mas variados, y cuando las activó bridas retráctiles implantado en lo fondo del fondo de Saco de Douglas, puede el útero encontrarse verdaderamente incarcerated y como caído de cabeza en el mencionado fondo peritoneal. En un caso histerectomizado por mi maestro, el útero se encontraba completamente volcado en el fondo de Douglas y para poder hacer la histerectomía fue necesario comenzar cogiendo con las pinzas americanas el relieve que tras de la vejiga hacia el cual del útero seccionando el fondo vaginal anterior y siguiendo despues los laterales para terminar abriendo el posterior y poder arrisicnar

entonces el fondo uterino (Historias clínicas de ginecología-- curso de 1905 a 1906 pagina 105. historia XXXVII) casos tambien muy interesantes de retrodesviaciones por perimetritis son las observadas por A. Martin, cuyas imagenes grabadas figuran en su libro, pagina 508 y 510 (traduccion francesa de Varnier y Weis- Paris 1889). Por la exageracion de la incarceration en el fondo de saco de Douglas se parece al caso observado por nuestro maestro y por nosotros el que en la citada obra de Martin se señala con el nombre de Winckel figura 203.

Las retrodesviaciones por perimetritis son frequentísimas y en terminos generales hemos de decir que toda retrodesviacion que determina dolor al pertener movilizarla es de causa perimetritica, siendo

24

en tales casos la perimetritis y no la retrorosiion la causa de los dolores que á la enferma determinan para buscar al médico. Claro está que si en las mencionadas circunstancias, pudiéramos curar definitivamente la retrorosiion, la enferma quedaría aliviada pero las superficies cruentas, por la rotura de bridas peritoneales pronto serian causa y sitio de implantacion de nuevas adherencias que determinarían la reciva lesional. No es pues exagerado ni mucho menos dar á la perimetritis rango de primera clase en la etiología de las retrorosiiones y con sobrada razon así le dice Küstner, en oposicion a la idea de la frecuencia de la parametritis sustentada por Schultze.

Las alteraciones que como resultado de lo dicho, efecto todo de

perimetritis, acontecen en el parenquima y mucosa del útero pueden ser

de un más variado cariz, dependiendo de un modo principal de las malas condiciones en que la circulación uterina se verifica. El estado de congestión del perimetro congestión activa unas veces y pasiva cuando las alteraciones perivasculares han tenido lugar, es motivo de un encharcamiento y ectasia de las masas capilares de Keiffer (de Kruseias) que entretiene un continuo edema del parenquima del útero, sufriendo por graves contratiempos tanto la fibra muscular como su atmósfera conectiva. La degeneración de la fibrocelulas lleva anexa la pérdida de su facultad periódica de hipertrofia tan interesante para la gestación. Esta degeneración de la fibra muscular es de naturaleza albuminosa, cuando hay tal degeneración el plectonasma se ve invadido por multitud de

granulaciones grisáceas y de escasa refringencia, llegando en ocasiones a ser tan abundante la infiltración que es dificultosísima o imposible la percepción del núcleo. Esta infiltración proteica se distingue de la grasa en que el ácido acético disuelve prontamente los granulos luminosos restituyendo así a la fibra su normal transparencia; el etanol las esencias y el cloroformo los disuelven los granulos proteicos; tampoco se pueden teñir por el carmin y los álcalis los destruyen rápidamente (Cajal- manual de Anatomia Patologica- pagina 39- edición de 1909)

El tejido conjuntivo del útero sufre por efecto del edema modificaciones tanto celulares como fasciculares, infiltración leucocitaria que "sirve de base para el desarrollo de un estado hiperplásico crónico"

nico que corresponde al cuadro anatómico de las metritis crónicas" (Enciclopedia de Veit. T. Iº- artículo de Kustner- Anomalías de posición y movimientos del útero pag. 137). Con este estado edematoso del parénquima y con las lesiones de la mucosa que ligeramente describiremos se comprende que las infecciones teneoan hospitalario albergue y determinarán la inflamación parenquimatosa que comenzada por la infiltración embriónica concluye con la esclerose conjuntiva que anega los elementos musculares uterinos.

El sistema vascular y nervioso del útero también sufren modificaciones que comprometen sus funcionalismos. Los vasos son aprisionados y comprimidos por la infiltración perivascular y efecto de ello

el endotelio hinchado primero y desprendido despues, ciega la luz del conducto verificandose la trombosis. El estado precario en que la circulacion se verifica en tales circunstancias viene asomarse á las causas ya suficientes para determinar la esclerosis del órgano. Los nervios son tambien comprimidos por la infiltracion y siguiente fibrosis, siendo el proceso el de una verdadera neuritis intersticial en la que los espacios colectivos del endoneuro se llenan de un liquido rico en células, pudiendo asi llegar los tubos nerviosos a degenerar y cesar por tras la neuritis parenquimatosa en la que primero se disocian los axones por disolucion del cemento y mas tarde degeneran las fibras de Nissl haciendose turbio su escaso protoplasma y borrándose sus nucleos

Las células neuróglías que con sus expansiones espinosas se encuentran entre los haces que forman estos nervios de la vida orgánica, acaban por degenerar.

Tienen capital importancia en la anatomía patológica que ligera estacionamos, las alteraciones que presenta la mucosa uterina en los casos de perimetritis. Estas alteraciones son causa y efecto de cuanto llevamos dicho y de lo que citamos á propósito de las modificaciones de las trompas y ovarios. Comenzando el proceso perimetritis generalmente por una endometritis séptica que por los escasos fenómenos subjetivos que produce y por lo pronto que curó es de difícil hallazgo en la historia de cada enfermo, encontrándose desde el principio alteraciones mucosas

teniendo primero el sencillo tipo de las granuladas acaba por ser más complicado, cuando sigue el curso lesional invadiendo las estructuras de los órganos.

Mucho más notables y graves son en la mayor parte de casos las endometritis secundarias que las determinantes del proceso por que en las primeras queda cerrado un círculo vicioso lesional en el que las alteraciones del parenquima uterino, de los vasos, nervios, envoltura serosa etc. se hacen causa de endometritis que á su vez agrava las lesiones que la promovieron, gravedad que nuevamente representa sobre el endometrio lesionándose más y más é impeditando la curación aún cuando pongan medios para ello (caso registrado 17 veces Gottschalk en tres años

31

En muchos casos vistos por mí, operados por mi maestro, he observado que el aspecto macroscópico de las mucosas es muy variado pero que pueden tales variedades sujetarse á dos grandes grupos ó localidades diferentes: Un grupo, en el que el endometrio está abultado, verdaderamente hipertrofiado y hasta hiperplásia teniendo el aspecto tumoral y que por dar en ocasiones perfectamente limitada la porción hipertrófica podría bien creerse ante la presencia de un tumor adenomatoso ó sarcomatoso.

La superficie de la mucosa puede ser en tal variedad ó lisa y lustrosa ó erizada de fimbrias ó de sangrantes. Se ven también en tales cosas focos hemorrágicos que pueden ser ó finamente punteados ó va-

32

caederos y voluminosos hematomas. La otra variedad está constituida por
mucosas secas anergaminadas retráctas hasta el micmetro formando surcos
longitudinales de diferente profundidad y más abundantes en la cara
posterior del endometrio que en la anterior.

Microscópicamente el tipo más frecuente de estas metritis es el
alado, claro está que con predominio unas veces glandular hasta simular
adenomas y otras predominando la lesión intersticial. En el glandular
existen con frecuencia invaginaciones de tubos glandulares, habiendo
yo visto un caso de invaginación múltiple como los que Sargasson presenta
en su figura 38 del tomo 3º, fascículo primero página 55 (Ginecología).

Todas estas lesiones de la mucosa con sus correspondientes manifestaciones clínicas, son motivo de que en demasiadas ocasiones se cr justificado el raspado. Las abundantes menorragias y las metrorragias que suelen presentarse, parecen indicar al examen superficial la necesidad de una operación y justo es decir que el raspado en tales casos no solo no cura sino que puede agravar el estado de las lesiones. Yo raspé el útero de una enferma que sin duda tenía perimetritis y no tardó muchos días en presentarse una colección tubaria del tamaño de una manzana.

El diagnóstico de la perimetritis lleva consigo la contraindicación del raspado pero hay que tener en cuenta que tal diagnóstico

34

40

nóstico hay que hacerle sin dejarse sugestionar únicamente por los fenómenos neutríticos que la enferma presente.

Con mucha frecuencia encontramos mujeres que tienen úteros grandes, dolorosos, productores de menorragias y metrorragias pero que al intentarlos movilizar determinan dolores que casto el fondo pelviano irradian a las regiones lumbosacra. Estos uteros suelen estar en re-
tension y suelen ser difícilmente movilizables. Los anexos están algo dolorosos y todo esto es suficiente para contraindicar de un modo formal el legrado. Se trata en tales enfermas de perimetro-anexiticas las que la extirpacion de la mucosa no produce ninguna ventaja.

El raspado de la mucosa en estos casos no puede dar resultados

cos por que la regeneracion de esta membrana no se verifica en buenas condiciones. Sabemos desde los curiosos estudios de Werth la importante funcion que en el proceso regenerativo de la mucosa tras los rasgos tiene el tejido conjuntivo del corion, siendo su proliferacion un poderoso agente mecánico para la aproximacion y avance hacia la superficie endo uterina de los restos de tubos glandulares. En la reproduccion de los elementos de la mucosa lo que primeramente se regenera es el tejido conectivo fibrilar en cuyo seno se desarrollan los restos glandulares, cuyas celulas han de proliferar formando el tapiz mucoso; el tejido fibrilar es sumamente delicado y se altera con rapidez en cuando los tejidos subyacentes no presentan condiciones normales de nutrici

por eso en los úteros inflamados, eczematosos o esclerósicos, sufre la regeneración mucosa un entorpecimiento que puede llegar a ser causa de formación de tejido cicatricial en vez de producirse la restitución normal. Puede también ocurrir que se formen mancheras conectivos que pronto se hacen fungosas y que no tardan en reproducirse en cuadro clínico de metritis hemorrágica. La soltura parcial o total de la cavidad uterina después del raspado es cosa que se da generalmente en úteros fibrosos y con eeena a juzgar por la anatomía patológica descrita en los casos prácticos por Wertheim Kustner veit Fritsch etc. El estado de blancura que en tales casos puede tener el útero puede ser motivo de que con la cucharilla se arranque algo más que la mucosa y en tales sitios haciéndose imposible la reparación del revestimiento mucoso o la formación cicatricial o

se corresponden dos superficies igualmente demarcadas la situación de las paredes.

Por todo esto es por lo que la curación que ordinariamente sucede después de los raspados bien indicados, no tiene lugar cuando se raspa encefálica en perimetrocervicitis y en nueva de ello tenemos el ya mencionado caso de Gottschalk y uno nuestro que yo raspé dos veces el Doctor Parache otra vez y que por fin tuvo que hysterectomizar nuestro maestro Decasens.

Aparte de los inconvenientes que implican las alteraciones de la mucosa existen otros representados por la infección que es mucho más peligrosa cuando los órganos se hallan como lo están en la perimetrocervicitis. Bien es verdad que en tales casos el peritoneo

38

está en mejores condiciones de defensa por hallarse inflamado crónicamente pero esto que representaría una ventaja si se tienen en cuenta los efectos que pudieran ser mortales de una infección, no lo son si únicamente consideramos los efectos que sobre las lesiones ya constituidas podrían traer consigo los accidentes sépticos. El encharcamiento del útero así como el de las trompas el estado del peritoneo y la existencia de depósitos líquidos enquistados alrededor de los órganos constituye un excelente terreno para que la infección tome exagerado incremento. La formación de piosalpingitis, de ooforitis y el estallido de pelvioperitonitis pueden ser frecuentes complicaciones de los raspados en los casos que analizamos, siendo tal operación la causa de la complicada lesión

nal determinando doble salpingitis supuradas y ulteriores formaciones de membranas y adherencias.

Pocas enfermedades llegan a manos del ginecólogo para histerectomizarlas por perimetritis-amebiasis, que no hallan sufrido uno o varios ataques más o menos auténticos pero responsables de la agravación de lesiones y así vemos en la historia de muchas mujeres que sufren lesiones inflamatorias, gomas de los órganos pélvicos, que pueden contar como factor etiológico a cirujanos acaudados de cucarilla que legan maices y determinan piodalminia y metrorredionitis.

Tiene el caso claras y terminantes indicaciones que conviene extirparlas con imparcialidad no dejándose arrastrar por el mal llamado síndrome uterino indicado ~~por~~ ~~los~~ ~~después~~ aun cuando se present

abundantes menorragias, metrorragias y leucorreas, hay que analizar ju-
 cios á que proceso son debidos, explorando con cuidado el es-
 tado de los anejos y mediante la movilizacion del utero, el que la cu-
 bierta serosa. Al color al mover el utero y el examen del co al compo-
 nir cuidadosamente las trompas y ovarios nos anunciará la existencia de la
 perimetritis contraindicadora del aborto. Proceder de otro modo
 seria cometer una falta terapéutica motivada por ignorancia diagnóstica.

Es necesario tener presente que la perimetritis es mu-
 chas veces más frecuente que la metritis aislada que pueda requerir el uso de
 la clorofila. Por nuestra parte diré que en la clinica de mi maestr
 en la que cada curso se operan mas de doscientas enfermas, escasament
 se hacen mas de diez cesáreas. En mi consulta ginecológica de La Cruz

Boja he visto en dos años varios cientos de enfermas y quizá no llegue á un par de docenas de mujeres en las que habré hallado indicaciones serias de legado uterino.

Las lesiones que en la perimetritis, pueden afectar al trompa y el ovario son de lo más variado y desde la simple ingurgitación de la serosa tubaria é inyección ovárica, hasta el mesosarrio de forma hipertrofica, clavado en la pelvis y anclado por firmes adherencias con ovarios escleróticos o atrofiados y subrotos en algunas ocasiones; toda una gama extensísima lesional puede encontrarse y que en sí y es el motivo de un torbellino de medios terapéuticos conservadores y radicales otros, todos ellos constitutivos de la actual brillante cirugía ginecológica.

42

Las lesiones tubarias acaecen en todas las estructuras y convierten el órgano en un saco de exaltación de virulencia microbiana dejando inútil por completo para su función transportadora del óvulo. La oclusión del pabellón por efecto de la soldadura de las franjas así como por la peritonitis circundante cierran un extremo tubario y la obstrucción del ostium uterino es consecuencia de la descamación epitelial seguida de la soldadura conectiva cerrándose con ello la comunicación al útero y aislándose así una cabida adecuada cultura de gérmenes parecidos a los sacos colodiales del laboratorio. El resto del endometrio sufre modificaciones que se extienden no solo a la capa mucosa sino también a la muscular y peritoneal. La infiltración émborionaria del perimetrio

48

5

cada franja, abulta y engruesa su arazon borrando los detalles de su arquitectura macroscopica. Pueden verse tan crecidas las franjas tubarias que algunas veces rellenan la luz de la trompa y al comprimirse tapan a otras y acenas por efecto de la regeneracion y caida del epitelio pueden llegar a colgarse subdividiendose asi la trompa o acobando por hacerse casi continuamente maciza. Los elementos celulares del epitelio sufren primero la perdida de sus pestañas y despues haciendose grueso el protoplasma se arruga el cuerpo celular cayendo por descañacion; estos restos quedan retenidos en la cavidad tubaria y junto con los leucocitos y algunos nematios constituyen los elementos figurados del contenido tubario. Con el material de la clinica de mi maestro, hizo el Doctor Larrañera Xatrucha una magnifica coleccion de preparaciones en las que estu-

49

56

dió las alteraciones histológicas de los conductos y le sirvió de base para su excelente memoria de Doctorado. En esta memoria (1905) concluye el doctor Barberá confirmando los modernos estudios de Nicolle Landi Margaruci y analiza concisamente la anatomía patológica de las lesiones inflamatorias de la tuba. Yo que estudié también sus preciosas preparaciones he podido hacerme cargo de lo inservible que queda la troma en el proceso inflamatorio. La infiltración conectiva terminando por la síncisis ancha a los elementos musculares de las dos capas que llegan en algunos casos casi a desaparecer siendo esto debido a las alteraciones vasculares que sufren las modificaciones obliterantes que disminuimos al hablar del útero. El tejido conectivo puede llegar a tomar

incremento que la trompa parezca llegar a hacerse verdaderamente tumo

La perisarningitis recubre al órgano de un tejido desgarrabi
inyectado y sangrante, puede como algunos dicen ser causa de microsar
pins y formar además bolsas de enquistamiento y con inserción a aone
rencias.

Diremos de los ovarios que pueden estar aumentados de volumen
sensados de microquistes o encontrarse atróficos grisáceos y delez-
nables. La esclerosis invade los territorios de la ovogénesis antris
nando la vesículas nacientes degenerar y en cuyo interior sufre e
nuevo fenómenos cromatólipicos que le quedan reducido a un gramo al
suministro que no tarda en cesar. Puede también el ovario en-
contrarse focrado por membranas de nueva formación que incarceration

C A P I T U L O I I . -

=====

CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS.

Tan variado puede ser el grado lesional del proceso que es difícil establecer reglas generales en lo que á la indicación terapéutica se refiere. Únicamente el atento examen de cada caso particular puede guiarnos en el establecimiento del plan terapéutico que hemos de seguir.

Sin embargo los dos períodos de agudización y crónico en que notemos

, contrar el proceso tiene diferente tratamiento marcado cada uno por indicaciones especiales que cumplir, por el estado de los órganos, o que curso y hasta por el estado general en que la enferma se halla.

La expresión aguda y generalmente de comienzo de la metritis anexitis denominada pelviperitonitis aparece bruscamente trat de escalfíos, dolor de cabeza y náuseas no turbando el termómetro en bajar 40 y hasta cuarenta y un grado mientras corren las ciento diez ciento veinte y ciento treinta pulsaciones por minuto; la lengua está seca y húmeda y el timpanismo del vientre abulta su pared distendiéndose como la percusión clara sonido de tambor. La palpación del bajo vientre está manamente dolorosa e impide todo reconocimiento profundo. Por el tacto vaginal se siente una elevadísima temperatura que en ocasiones al estar

cender a los cuarenta y dos grados; si tratamos movilizar el útero o
 comprimir los fondos vaginales, el color determinado suele ser irresi-
 tible. Hay en tales casos anorexia, sea intensa estreñimiento y el es-
 tado general es estuporoso encontrándose la enferma postrada en abun-
 dancia. Estos estados de infección peritonica que he visto en abun-
 dancia, si se asisten prontamente ceden con rapidez al menos los fenomenos
 ves que los caracterizan. El tratamiento es bastante sencillo y en la in-
 sa mayoría de los casos de positivo resultado. Debe prescribirse la dieta
 lactea y la dieta podrá ampliarse con agua hervida aromatizada con ron co-
 gnac etc.

Ademas para determinar la quietud del intestino se administraran y

55

62

uras de extracto de baico de a centigramo, una cada cinco horas. Se ministraran lavativas de agua hervida y se labara la boca con agua calina. Si la temperatura es muy alta las locuciones generales con alcoholizada despues de producir una abundantisima sudacion cetermin su descenso hasta en mas de dos grados.

Pero la parte sin duda alguna de mas eficacia en el tratamiento está representada por la aplicacion de hielo en el bajo vientre. Esta aplicacion ha de ser continua y no suprimida hasta que claramente no se vea que han desaparecido los fenomenos peritoneales. No es inconveniente en que el hielo esté colocado mucho tiempo; yo he tenido en alguna enferma puesta la bolsa refrigerante cinco ó seis dias.

56

co en el bajo vientre un paño fino y sobre el el depósito de hielo granulado el contenido en cuanto llega a fundirse.

Los resultados son rápidos pues a las veinte y cuatro horas de la aplicación puede ya comprimirse el bajo vientre sin producir dolor. Nunca voy en estos casos las irrigaciones calientes o las lavativas calientes que suelen usarse pues en muchos de los enfermos por tratados han determinado aumento de los dolores. Unicamente el hielo determina la pronta curación. El mecanismo no está del todo esclarecido. Los experimentos de Lauer-Bruton ejecutados en conejo a los que enfrió la piel del vientre observó que la temperatura intrabdominal ascendía y no aclaran la explicación. La esquinia podría explicar algo sino

57

64

tiera la experiencia de Flesnel.

En ningún caso en que se aplicase el hielo se a determinado o
lecciones líquidas en el fondo de Douglas, todo lo contrario de lo que
aconece cuando se aplican compresas húmedas y calientes e irrigaciones
vaginales. Un caso que tuve y que animado por lecturas traté mediante
fomentos calientes y las irrigaciones fué seguido de una generalización
de la peritonitis que costó la vida á la enferma; sería esto debido á
que fuese pero mi antipatia al tratamiento por medio de calorismo na
ten de este y parecidos casos que vi en la clinica de que he sido int
no.

Los resultados lejanos son tambien muy buenos los órganos conse

van su movilidad y generalmente no se produce dolor al movilizarlos. La
reversión negra en los fondos de saco por medio de la tinctura de iodo
y el uso del ictiol complementan la curación como tratamiento ulterior.

Claro está que si se han determinado colección, la apertura y el
saque por el sitio más próximo debe practicarse en cuanto se diagnostica
que su existencia.

Si tras el período agudo viene el crónico que en algunas ocasiones
suele tener comienzos levemente difusos y difícilmente determinables.
La terapéutica médica o mejor dicho el no operatoria tiene muy poco que
ofrecer y la quirúrgica puede establecerse difícilmente en muchas ocasiones
por lo difuminados que los síntomas se hallan y además por la dificultad

con que en muchos casos nos encontramos para diagnosticar el tanto
sional de los órganos. Es pues algunas veces comprometido el estado
cimiento de la oportunidad operatoria por lo que hemos de ser sumam
parcos y serenos, pues la inocuidad de la laparotomía no es de ta
guo grado y además racionando siempre en perjuicio de la enferma, te
necna la abertura del vientre y cuidar lo que se ha de hacer ante u
aparato genital que no está lo suficientemente enfermo para hacer
nistero-astracción y que sin embargo las lesiones inflamatorias que
tan contraindican toda clase de cirugía conservadora. En los casos
uosos conviene aguardar empiezo el tratamiento méuico persistien
en él si se observa la mas ligera mejoría.

60

El ictiol en cápsulas, supositorios y pomadas, las irrigaciones á 50 y 55°, la revulsión en los fondos vaginales y la necha á través de las paredes abdominales en el punteado igneo forman el conjunto de medios de que mas ó menos variados, disponemos para aliviar á los enfermos de indicación quirúrgica aguda, constituyendo la diaria terapéutica de cualquiera constitutivo de Ginecología.

El ictiol á dosis diaria de 50 centigramos al interior junto con los supositorios parece que determina cierta mejoría gracias á su acción vaso dilatadora con la que quecan barridos muchos parages de estancamiento de detritus celulares, además tiene una acción analgésica que bien queda aprovechada.

61

bien queda aprovechada.

Las irrigaciones vaginales han de darse bien calientes y deben ser abundantes; las canulas de cobre corriente cumplen bien su objeto teniendo en muestra pues las del Doctor Suarez de Menozza o las que hay en los mercados; la metalica y la de cristal con cámara de vacío protectora.

La revulsión hecha en los fondos vaginales mediante la tinción de yodo y en el bajo vientre con los puntos de fuego, da excelentes resultados en algunos casos, no valiendo el mecanismo á que esto es debido aun cuando entraran por mucho los efectos circulatorios tan ingeniosamente experimentados por Francisco Franck (Etiol.

62

ues principaux, effec. circ. 100. = Gar. heb. 1893 -pag.485). Los efectos
antitoxicos y depuradores que Langerer, Grasset y Solles han atribuido
a la revulsion, considerando a las soluciones de continuation
producidas por la revulsion como fonicos de eliminacion toxica (Infection
caseique dans la tuberculose..... Bull. Soc. Anat. Burdeos 1893)
no pasan de ser exageraciones de escaso fundamento.

Otro tratamiento no operatorio que modernamente se ha puesto
en practica para ciertas ginecopatias y entre ellas las inflamatorias
uterinas y anexiales es el metodo de Bier. Este metodo se usa mediante
la aspiracion neega en el cuello del útero mediante una serie de aparatos
distintos segun quien los a empleado. Bauer hace la aspiracion por in-
termedio de un especulum cerrado por su extremo vulvar con un cristal

que ajusta hermeticamente y que sirve para poder examinar lo que ocurre
 mientras se hace la aspiración la que se efectúa a través de una esnita
 que lleva este extremo vulvar del especulum en uno de sus lados; en el
 otro lado existe otra llave que comunica con el tubo de un manómetro
 el que se señala el enrarecimiento del aire de dentro del especulum.
 aparato se coloca después de desinfectado en la vagina, acantándose al
 cuello del útero. (Turan Wechsberg, Levita, Eversmann, Gattorno etc, e
 emplean aparatos por el estilo yo uso uno mucho más simplificado : consi-
 ste en un embudo de cristal de tamaño apropiado que se adapta por su ex-
 tremo ancho al cuello uterino y que por su extremotubular comunica con
 una goma mediante la cual se hace la aspiración con una geringa de goma

Todos estos aparatos tienen por objeto hacer el oficio de ven-

tosa en el cuello de tenca y con ello producir una hiperemia artificial
extasis. A esta acción hiperemiante del segmento inferior del útero
se han achacado virtudes terapéuticas para las lesiones inflamatorias.
Dicen que regula los fenómenos circulatorios, que ayuda a la reabsorción
de los secretos intestinales y que disminuye el aflujo de los elementos
embrionarios. Esta aspiración otros la han ejecutado en el interior
del útero mismo mediante un histerómetro hueco y fenestrado en la parte
superior se introduce en la cavidad uterina; este histerómetro en su extremo
superior lleva un tubo de cautchouc al que se puede adaptar la geringa
aspiradora y otro tubo lateral que comunica con el manómetro. De estos
aparatatos se han servido Turan y Kroemer. Esta aspiración intrauterina n

68 (1)
tros la mano hacia en unos casos con el tubo central de una sonda intrauterina de Dozeman y otras mediante un tubo de Kuestner.

El resultado de este tratamiento es muy diferente segun las publicaciones de los ginecólogos que lo han empleado Turan (de Franzensbad) dice que el método de Lier es un tratamiento inodoro y exento de peligro sumamente cómodo y que proporciona gran alivio a las enfermas que padecen dolores por lesiones periuterinas; encuentra pues el método de Lier una acción analgésica inaudable (Centralblatt für Gynäkologie 1906 p. 100). Krcmer (de Giessen) dice que el método de Lier puede ser aplicado en casos de inflamación aguda del tactus genital produciendo beneficiosos resultados por producir una hiperemia en la pelvis menor haciendo des-

64

73

recer los tumores intersticiales (Centralblatt für Gynäkologie, 37 Enero 1906 n° 4).

Lauer (Wiener klin Wochenschrift 1905 n° 47) aun cuando reconoce que el metodo de Lier puede determinar algunas mejorias dice que es un tratamiento doloroso; que las mejorias son de corta duracion y que es un todo que debe reservarse para ciertos casos bien determinados.

Levita (de Viena) dice que bajo la influencia de la aspiracion ejercida en el cuello del utero las enfermas sienten un dolor muy vivo que debe atribuirse no solo a la succion sino tambien a la flujo sanguineo y a la tirantez en que el organo se halla durante la aspiracion. Respe a sus efectos curativos se expresa diciendo que disminuyen los empujones

perituterinos.

Larozzi que es el que ha hecho el análisis de los trabajos de este ginecólogos en Gynecologie se expresa de este modo "On peut affirmer sans crainte de se tromper que la methode de Lier (stase artificielle sive) ne compte guere de partisans en France; quant a son adaptation au cure de certaines maladies uterines il y a neutraire dans notre pays quelques *chirurgiens* chirurgienes qui en ont vaguement entendu parler."

Se conoce que en Francia no ha dado el metodo de Lier tan excelentes resultados como los alemanes y austriacos dicen. Los resultados que yo he obtenido me hacen creer que en esta ocasion han sido mas honrados

franceses que los germanos.

Siempre que se usaco la aspiracion las mujeres se han quejado de fuertes dolores en las regiones lumbosacra, hipogastrica y fosas iliacas; este dolor en algunas ha sido motivo de tener que quitar el aparato a los dos o tres minutos de haberlo colocado. Se le decir que se sonora mejor la aspiracion intrauterina que la peri-cervical pero de ningun modo resulta inodoro el metodo y mucho menos analgesico como dicen. Los efectos que se pueden observar aparte del dolor son enrojecimiento del mucoso de tenca que alguna vez llega a tomar tintes lividos, aumento de la secrecion endocervical que puede llegar a salir manchada de sangre y hasta constituir verdadera hemorragia, edema del cuello y roptura

de los quistecillos del cuello si es que existen (nuevos de Navot). Por parte del cuello del utero, diremos que queda colorido y que es imposible movilizarle y comprimirle despues de la aspiracion sin producir á la enferma grandes dolores. Los anexos tambien quedan muy colorosos.

Los efectos terapeuticos no los hemos conservado, las enfermas han seguido con tantos o mas dolores que antes de emplear el método.

Estos resultados que hemos obtenido en las enfermas de mi consultorio publico de la Cruz Roja, quizá puedan tener de defecto de técnica pero nosotros que principiamos a usar el método de Lier con grandes esperanzas hemos procurado aplicarle siguiendo las instrucciones dadas por

Turan Kremer Lauer etc, etc,.

Hemos principiado sometiendo a las enfermas a sesiones muy cortas y haciendo debiles aspiraciones las que no producen adhesion del embudo al cuello del utero hasta que no determinan dolor.

No creemos que la diferencia del instrumental pueda ser motivo de los malos resultados que yo he obtenido por que el embudo se puede usar muy bien y las aspiraciones puede regularse mediante la geringa, cerrando el tubo de goma intermitic con una pinza hemostática cuando el embudo está sugeto .

Lo que si sienten las enfermas es un marcado bienestar cuando se dá entrada al aire en el interior del embudo aspirador.

Estos resultados ya los he publicado yo en el periodico zarago

zando clínica y laboratorio (Unas palabras acerca del método de Bier aplicado en Ginecopatía) Octubre 1906).

Otro procedimiento de determinar fenómenos congestivos en las entrañas pélvicas con el objeto de curar sus lesiones inflamatorias denominado de termo-aeroterapia al que puede unirse la foto-terapia. También son diferentes los resultados obtenidos con estos métodos por que lo ha usado fuera de España y por los que lo hemos usado en nuestro país.

Fraun (Stauung hypernemie = en ginecología == Monats. fur Gynaekologie 1906 t. XXXIV pag. 351). Hace un verdadero elogio de este método diciendo que tiene una gran eficacia en el tratamiento de

67

79

Los senecados crónicos de la pelvis y que en Alemania a conquistado un gran uso en la inmensa mayoría de los ginecólogos.

Jung (de Greifswald,) en su comunicación al Congreso de naturalistas y médicos alemanes celebrado en Múnich (Septiembre 1905) expresa que este método produce excelentes resultados en las lesiones cuya terapéutica estudiamos y que siguiendo la técnica de Polano se trataron ciento veinte mujeres enfermas de lesiones pelvianas variadas (34 casos de salpingitis crónicas con adherencias ; 23 de pelviperitonitis con exudados apreciables por la palpación manual, 15 de parametritis crónicas que no habían sido curadas por colpotomía y 34 que sufrían exudados peritoníticos postoperatorios (qtrumpf-exsudat). Los resultados por e. c.

670 80
nido dice que han sido magníficos obteniendo la curación en gran número de las enfermedades tratadas.

Orlov cree más en la acción fotoperativa que en la aereo-termoterapia y según él la luz eléctrica fría blanca ejerce una acción serantipien neta; dice que produce rápidamente la reabsorción de los exudados serosos o las colecciones purulentas; produce efectos analgésicos y hace desaparecer los dolores que acompañan a las reconstrucciones y las ovaritis. El ginecólogo ha usado luz de diferente intensidad (de 5 a 16 bujías) aplicadas en sesiones de 10 a 40 minutos. La curación o tratamiento aconseja que sea de 8 a 40 días según la intensidad de los

68

91

procesos.

Nuestro maestro en su consulta de esta facultad y nosotros en la nuestra de la Cruz Roja hemos empleado este tratamiento foto-aeroterápico y los resultados obtenidos cifieren bastante de los enunciados. Tanto el Doctor Tecasens como yo hemos usado unas cámaras foto-terápicas que yo he mandado construir en las que mediante chasis de diversos colores pueden emplearse la luz roja, la azul, la violeta y la blanca y que con un chasis de doble fondo para el paso de agua corriente puede a voluntad usarse o no el calor producido por una batería de lámparas incandescentes. Este aparato que está montado en un tunnel de hierro como el de los emparrados, de un tamaño apropiado para abarcar la altura de caueras de las enfermas. Esta armadura va recubierta de una tela

68 10

82

de taxi forrada de franela impermeable a la luz y al calor.

Con este aparato puede usarse luz fria y luz caliente blanca o color.

Tan o nuestros resultados como los de nuestro maestro son identicos y podemos expresarlos del siguiente modo:

Primero: la luz fria no produce ninguna modificacion ni de las lesiones ni de los sintomas colorosos de las perimetrio-anexitis. Estos resultados negativos los hemos obtenido tanto con la luz blanca como con la y azul.

Segundo: la luz caliente determina aumento en los colores que surgen en las enfermas sea ~~el~~ que sea ~~el color~~ que se emplee.

69

83

Con el calor hemos llegado al ~~temperatura~~ piel del vientre de las enfermas a temperaturas de 40, 50 60 y 70°. A mas de 50° el calor es intolerable, las mujeres se sienten verdaderamente tostadas. Un copioso sudor punteado humedece el vientre y la piel se pone de un color rojo subido.

Estos son ciertos con toda franqueza los resultados que hemos obtenido con los dos tratamientos que ahora están en moda. Quizá los autores que de ellos se han ocupado exageren sus virtudes anasíonales por la vezada. Muy raro es que nosotros no hayamos acertado a conseguir lo que ellos pero nuestras técnicas se han inspirado en los consejos de Orlov, Fraune, Jung, Turan Eucorpa, Frankl Eversmann, Bauer etc, etc,.

Positivamente el tratamiento médico dá algunos resultados terminando la curacion del proceso en algunas ocasiones y mejorando el estado de la enferma en otras. Hay enfermas que no consenten de ningun modo en operarse y se resignan á sufrir lentamente y disfrutar los temporales alivios que proporcionan el régimen y la terapeutica no operatoria. He visto enfermas que estoy tratándolas hace mas de tres años que sin operarse marchan bastante bien, sufriendo de cuando en cuando las crisis colorosas. En algunas de ellas he observado la mayor facilidad en la movilizacion de los órganos, la disminucion del volumen de las trompas y sobre todo la desaparicion absoluta de los coágulos durante periodos de mas de cinco ó seis meses; durante todo este tiempo las f

64

8

ciones menstruales se verificaban con regularidad y la leucorrea desahucio casi del todo. Pero como estas mujeres por mi observadas, pertenecen en su inmensa mayoría á la clase obrera cuyas obligaciones las impiden de proporcionarse el necesario reposo y además como ó son esposas de un enfermo hemorrágico crónico ó viven del sexo, se comprende con que facilidad han de sufrir crisis recidivantes del proceso que quizá hubiera alcanzado su curación si se hubieran cumplido estrictamente las prescripciones terapéuticas.

Por esto se ha de hacer constar la importancia que el estado social de las enfermas, tiene en el establecimiento del plan terapéutico y los remedios más radicales que hemos de ser cuando se trata de las mujeres pobres que asisten á las consultas públicas. Muchas de ellas las es imposible hacer

65

85

comprar el irrigador tan necesario en la terapeutica no operatoria
estos procesos y claro es que estas designadas ganan mucho con ser
operadas pronto y radicalmente para poderse dedicar a sus quehacere

Muy diferentes son los medios que podemos poner en practica
Los enfermos de clase acomodada, puede en ellas instituirse el
médico con todo detalle, salvo lo representado por los accidentes
la vida matrimonial, alcanzando la mejoría y hasta la curacion de
la dolencia.

Pero de todos modos hay que tener en cuenta que el proceso
cura cuando las lesiones no han pasado de cierto limite, es decir:
cuando no pasan los trastornos de ser congestivos y la infiltra-

64

cion post-inflamatoria no ha llegado á la fibrosis. En tales casos to
el mérito del médico consiste en procurar que no se empleen tratamien
tos inoportunos que agraven el estado de las lesiones; principalmente
me refiero al uso y abuso de los toques intrauterinos á los que tan a
cionados son por desgracia, mas de los que deberian serlo. El toque i
trauterino se hará estrictamente cuando esté indicado y jamás hay que
cerlo por hacer algo o por no hacer nada. El cloruro de zinc y el ve
cloruro de hierro son necrosantes determinando la produccion de escas
con infeccion uterina, la creosota la glicerina no sirve para nada y
yodo en el interior del útero, unicamente cuando la cavidad se halla
sitivamente infectada es cuando debe usarse. Con mi maestro he aprendo

á regatear los toques intrauterinos por considerarlos perjudiciales en mayor parte de las veces y por creer muy poco en sus virtudes terapéuticas. Veo en mi consulta pública de treinta a cuarenta mujeres cada tarde y quizá no de más de dos o tres toques intrauterinos. Creo que no deben emplearse más que como antiséptico y ligeramente caustico teniendo entre todas estas virtudes en un grado prudencial la tintura de yodo.

En los procesos perimetro-aneurísticos hay que armarse de paciencia y no pretender hacer algo cuando estemos convencidos de que no se puede ni se puede hacer nada. Si la irrigación caliente, el iodo, la lavación por la vagina y la revulsión puntada del bajo vientre no nos dan resultado y sigue la enfrema con dolores tenemos nosotros seguridad

diagnostica debemos aconsejar la intervencion quirurgica.

Las manifestaciones del estado patologica son principalmente los dolores y al noceuer estos por medio alguno son los que indican los metios operatorios. El dolor es el sintoma constante de estas perimetrio-aneuritis y que si no existiera las mujeres que padecen tales procesos no se considerarian como enfermas. Algo se alivia e toma dolor con las irrigaciones calientes y con los calmantes pero parece con toda su intensidad en cuanto pasa la accion terapeutica medio empleado.

Al establecer la indicacion operatoria hemos de tener en cuenta que con ella debemos procurar ante todo la supresion del dolor y practicando operaciones quirurgica incompletas, la enferma despues

operada sigue con dolores no se consideraba curada y con razón. Por
y fijándonos atentamente en que la indicación esencial que hemos de
nada es requerida por los fenómenos de molestia y dolor que la enferma
fre hemos de tener presente cuando con el vientre abierto tengamos
descubierto las lesiones genitales, que lo que debemos hacer es extirpar
todo lo que conceptuemos como causa de dolor y no entretenernos en f
grana de operatoria conservadora que no reportaran ninguna clase de
beneficio a la enferma.

Agravando el cuadro clínico se unen al dolor las menorragias
metrorragias abundantes estando entonces más terminantemente indicada
la intervención quirúrgica. Estas hemorragias uterinas ceden muy mal
al cornezuelo, nicotina y demás medicamentos similares por que ha-

cuando degenerado e infiltrado el miometrio no puede efectuarse su función contractil. La digital en cambio me ha dado buen resultado en los casos en los que un compañero muy competente en la materia me aseguró que el centro circulatorio no estaba lesionado. En estos casos de seguro obra la digital resolviendo el estasis circulatorio que en las entrañas no cas existia.

Las irrigaciones a 60° (Suarez de Mendoza) tampoco hacen mas que gir temporalmente la metrorragias de los procesos perimetrio-anexiales

El raspado como tratamiento sintomatico tampoco le conceptuamos como de buenos resultados Walton y Dollris en casos como de los que narramos, han recomendado la citación permanente del utero acompañada

raspado, tratando luego tópicamente las superficie endometrial. Ya no
nos damos que el juicio que nos merece el grado en la terapéutica de
los procesos perimetrio-aneuriales.

Ante un proceso como el que analizamos que determina como si
toma constante los dolores y como síntomas frecuentes los metroorragias
leucorrea esterilidad y fiebre, fenómenos que no cesan nada con la t
rapéutica medica hemos de confesar aun cuando esta represente la inmot
cia de otros tratamientos, que la intervención quirúrgica es la que
impone si es que queremos suprimir en la enferma los fenómenos dolor
que son los que en realidad para ella representan toda la enfermedad

Si fuera posible, una vez reconocida la ineficacia de los tra

mientos médicos el ideal sea un procedimiento

que tuviera por objeto la liberación de adherencias, movilización de
organos, franqueación de orificios y conductos etc. etc. pero esta
regla conservadora puesta tan en moda en estos últimos tiempos no ha
tardeado en producir desencantos hasta sus más venementes partidarios

Aquellas intervenciones en que mediante la parotomia o ca
pocielotomia anterior se libera el utero y anejos de sus adherencias
colocandolos luego en posiciones convenientes, son operaciones cuyo
sufrimiento no han respondido al criterio de su aplicación. Por via ab
minal pueden perfectamente bien desprnderse las adherencias utero
anales y genito-intestinales pudiendo luego muy bien para separar
partes que estaban adheridas hacer la histeropecsia bien mediante e

acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos, cruzándolos por
 delante del útero o siguiendo el proceder de Dartigueus; tambien con este
 objeto pueden usarse las histeropectias por ventro-fijacion y las de sus-
 pension tales como las de mi maestro el Doctor Becasens. Este procedimie-
 to de Becasens consiste en la construccion de dos ligamentos peritoneales
 sacados de los cerros de la herida peritoneal Laparotomica, ligamentos
 que se suturan a los cuernos uterinos y que tienen por objeto la man-
 tienion del utero en una situacion que le aleja de las partes con que se ha-
 caba adherida.

Estas intervenciones que curando las desviaciones uterinas tien-
 den a curar tambien el proceso perimetro-anexitico, desgraciadamente ca-

711

si nunca alcanzar este objeto y aun cuando resultan los métodos quirúrgicos mas conservadores, no pueden ser usados por su ineficacia. Una vez está que de realizarse indicados seria en los casos ligeros de perimetritis pero ni aun así producen beneficiosos resultados por que las superficies denudadas prontamente contraen nuevas adherencias reproduciendo el proceso aun cuando sea en distinto lugar y a distinta altura.

Un grado menor conservador pero conservador al fin es la coelocistectomia anexial que tanto ha sido en estos últimos tiempos motivo de animada discusion. Pasó la cirugía de los anexos un periodo de exagerado radicalismo en el que se mutilaban cuantas trompas y ovarios caian en la mano del ginecólogo y a esta obra mutiladora siguió la

45 9

conservadora reacción tan perniciosa como el mismo mal que trataba de con-
traponer. vinieron una serie de preceptos y de fórmulas técnicas que
aun cuando bien representado una hermosa página de la operatoria gineco-
lógica, están cayendo por impotencia ya que sus indicaciones rarisí-
mamente determinadas de antemano no resuelven en nada los procesos
que no sido empleados en los que y nunca nos cansaremos en repetir
síntoma color se ha sobrepuesto anulando pretensiones y reclamando
técnicas radicales. Yo

Yo no sé hasta que punto habrá convencido la mal llamada
ginecología conservadora a los apóstoles que la predicaron en congre-
siones y revistas, pero se me figura que había en el fondo en que se

76

96

guardan las convicciones habria en ellos alguna cosa que no han podido
velar del todo en sus publicaciones y trabajos notabilisimos.

Nuestro compatriota Jargas, presentó al congreso de Madrid
1903 una muy magnífica comunicacion acerca del asunto y a pesar de
los esfuerzos que el cenirse al tema le imponia no deja de adivi-
narse en algunas paginas de su monografia el concepto especialisimo
que tan sabio ginecologo tiene de la cirugía conservadora.

El ilustre cirujano catalán hace en la comunicacion al Con-
un verdadero reconocimiento de habilidad para defender el criterio conse-
vador de la cirugía anexial, primero reconociendo Macnangton a las
geres el fallo en la eleccion de método y luego al estudiar la cues-
tion bajo otros aspectos, como por ejemplo al ocuparse de la natura

47 97

de las lesiones anexiales diciendo "Al tratar por tanto de hacer cirugía conservadora en los casos de lesiones flogiosas de los anexos debemos conocer si las lesiones anexiales se conservan después de determinadas infecciones para que valga la pena de que procuremos conservar dichos órganos", para que una vez esto sentado le sirva **de mejor** dicho le proceda un argumento en pro de la cirugía conservadora dice Fargas "Es indudable por consiguiente que las infecciones anexiales respetan en la mayoría de los casos las funciones fundamentales de los anexos, únicas que una vez destruidas no podemos rehabilitar." Aquí es donde en realidad está la diferencia de criterio entre unos y otros cirujanos. Para llegar a Fargas a esta discusión (pag. 10 comunicación presentada al Congreso de Madrid, -33- 30, Abril 1903) admite el distinguido catedrático luego

de haber descrito ligera pero magistralmente la pérdida de capacidad funcional de los órganos, que: "tampoco hay que olvidar que estas alteraciones producen sus efectos de una manera secundaria y son susceptibles de ser combatidos eficazmente; las adherencias pueden destruirse, los orificios pueden destaparse, las colecciones se pueden evacuar, y quizá reabsorviendo la infiltración de las paredes, pueda reconstituirse el epitelio y recobrar la capa muscular parte de su contractividad perdida. Es decir: que si se verifica una serie de arreglos artificiales de consecuencia quizá se conseguirá parte de lo perdido.

Cuando el Doctor Jargas estudia en su comunicación las condiciones de la función genital, despues de analizar las ovaricas dice: " La función salpingiana necesita una serie de repuestos casi todos de origen

79

99

mecánico que se altera fácilmente: permeabilidad del conducto, contorsión de sus paredes, integridad de su epitelio y posición normal.

De estas condiciones añade Fargas indudablemente la principal es la permeabilidad del conducto; las demás hacen que esta permeabilidad se apr

que con mayor frecuencia. Después dice "Aunque restablecidos los orifi

cios salpingíticos hayo quedado una trompa corta y algo alterada, indudablemente puede representar el papel trasmisor" siendo por lo tanto uti

Pero debemos apagar ¿cuando hemos de hacer tal cirugía conservadora? S

mos abierto el vientre porque la enferma sufre grandes dolores y nos e

contramos con su aparato genital afecto de inflamación crónica, ¿que n

de hacer en una trompa obstruida por cicatriz conectiva de las frías

han perdido el epitelio? Si se hace el cateterismo tubario permeabilizando la trompa ¿cuanto tardará en soltarse de nuevo?, de seguro, menos tiempo que en cicatrizar la herida abdominal. Prueba de ello son los esfuerzos hechos por Martin Douley Pucci etc, para conservar la permeabilidad merced a trenzados catgut etc. Mi maestro tiene el proyecto de colocar en el interior de la trompa huesos de calcificación de pequeño mamíferos vivos, en porvenir nos dirá los resultados.

Se dice que si se opera antes de que la intensidad y extensión de las lesiones sea la máxima, podría dar buenos resultados la tal cirugía conservadora por ejemplo: la conservación parcial de la trompa cuando parcialmente está lesionada. Este tanto o cuanto de lesiones, le hemos

apreciar macroscópicamente y por lo tanto se comprenderá su fracaso. La inflamación no está todavía en el estado curmiente en que se halla cuando se ha llegado á la fibrosis entonces los resultados serán teoricos y de ello he visto algunos casos: A una enefrema se la hizo en nuestra clinica la restauracion de ambos pabellones tubarios y á los pocos meses tras de grandes dolores hubo que extirparla los dos incrosalinos formados por neumemoranias.

Es imposible que las exeresis y suturas practicas en conductos trechos inflamados den buenos resultados puesto que lo que ocurre generalmente es la repetición de la soltura de las partes desprendidas, las operaciones se hacen tardamente, al resecar tegidos esclerosados quedan superficies avivadas que pueden ser sitio de nuevas adherencias.

82

102

En defensa de la conservacion, aducen los variados efectos que sobre el organismo ejercen las mutilaciones anexiales principalmente por la pérdida de la función ovárica y hemorrágica periódica. Negar en los actuales tiempos el beneficio que el organismo recibe con la mutua acción de los jugos orgánicos que al reaccionar unos sobre otros quizá influyan sobre las funciones tróficas generales proporcionando el necesario equilibrio sería saltar ~~hacia~~ otros muchos años y con ello renunciar á los efectos de una de las mas interesantes conquistas de la biología química moderna y sería ademas, cometer una injusticia con sabios de la categoría de Schiff, Mering y Minkovski, Guil. G. Bernard, Kauffman, Ricone etc. Por lo tanto tenemos que pesar cuidadosamente cual es mayor, si el beneficio alcanzado

85

109

con la secrecion interna de órganos lesionados, o el que se produzca con la estirpacion de tegidos enfermos fuente de dolores y otras perturbaciones. A una enferma a la que mi maestro la estirpó ambos ovarios clero-quísticos la han sobrevenido graves trastornos nerviosos que nunca se podran atribuirse a la falta de la secrecion interna, pero creo terminantemente que tales trastornos son puramente histéricos puesto que se hallan representados por falsas anginas de pecho y por neuralgias que ceden con el hipnotismo. (Enferma a que se refiere la historia XXX- 91- historia publicada este año)

He visto otras ~~enfermas~~ enfermas que presentan vaporismos, rubefacciones y otros trastornos, pero hay que hacer notar que tales molestias

tambien las presentaban antes de ser castradas. Tales molestias se hac
presentes de cuando en cuando y nunca presentan serio sufrimientos. En
algunos la medicacion coeterapica no ha dado resultados.

De ser cierta la manera de pensar de Fraenkel (Die Function d
corpus luteum.- Arch. f. Gyn. Lc. 68) mas importancia que la castrac
ovarica, tendria la estirpacion unica del útero, puesto que al produc
se el cuerpo tóxico ovarico y no determinarse la sangria uterina seri
mas graves los trastornos experimentados. Esto seria pues, mas perjui
cial que la perdida de tal funcion tóxica por lo tanto aceptando lo q
dice Fraenkel si estirpan el utero debe extirpar el ovario.

Hay que tener tambien en cuenta que la indicacion de un proce

miento de cirugía conservadora, viene muchas veces como resultado de un equivocación en el diagnóstico del tumor. Cuando la cirugía conservadora, generalmente puede hacerse es en casos en que era prematura la apertura del vientre. La imposibilidad de establecer antes de la apertura del vientre, la indicación de una liberación de ovario, ooforotomía, ooforectomía, salpingotomía, salpingorrafia etc. es una prueba de lo que acabo de decir y al poner estos medios en práctica se demuestra la falta de precisión para ser radical lo que vale tanto como decir que la indicación operatoria abstracta fué planteada antes de tiempo.

Como ya he dicho, las enfermas generalmente van al ginecólogo en los casos de que hablamos, para que les quite los dolores y si no se les quite, por haberse entretenido en remover órganos, tendrá que

sufrir la continua acusacion de su operacion. Esto es lo que quiere decir Fargas al escribir "Otra limitacion de las operaciones conservadoras es la necesidad de que resulte curativa bajo el punto de vista sintomatico".

En lo referente á la esterilizacion, claro que la operatoria radical la lleva consigo pero es que cuando esta está indicada, la esterilizacion era un hecho.

Director Treub (de Amsterdam) es muy exagerado en cuanto á ser partidario de los métodos conservadores, estando entusiasmado con la ooforectomia, la que segun él debe ser siempre la primera etapa operatoria. Por lo visto Treub es partidario de operar varias veces a las enfermas. La reseccion parcial de la trompa, la salpingotomia y la salpingo-ovario-

87

107

uexis están, para el ginecologo holandés, indicadas en las afecciones
varias no purulentas (comunicacion al Congreso de Maotio, pagina 13) Se
comprende que esta declaracion tan general no puede ser aceptada por
nie. Palmer Dudley (de New York) sustentó en el Congreso de Maotio un
terio parecido al de Treux.

En realidad no es ser conservador en cirugía, contar por
lo enfermo, pues esto lo mas que puede hacer es contribuir a agravar la
situacion de las lesiones exponientomas a fracasos que lleven en si la
te de las operatas. Tucasens dijo en la sesion de 35 de Abril de 1903
greso de Maotio= seccion de Obstetricia y Ginecologia= actas pag. 189)
"Yo creo que castrar completamente a una mujer, que por todos los medi

empleados hasta hoy, no ha podido ser curada, es hacer cirugía conservadora" y como las mujeres se consideran curadas de estos afectos cuando tienen dolores y únicamente la castración total puede quitarlos de ahí que a tales médicos radicales debamos recurrir. J. I. Faure con su criterio de excelente cirujano, hace la crítica de la cirugía llamada conservadora con estas palabras "Il faut se piacer dans les conditions de la technique. Nous operons les malades parce qu'ils souffrent, mais nous ne savons jamais exactement quelles sont les lésions qu'elles présentent".

Ser conservador en la cirugía que estudiamos consiste en saber cuando se ha de operar, no dejándose llevar del filo del bisturí.

No se debe abrir un vientre sin estar plenamente convencido del

estado de las lesiones y así nos ahorraremos la lupa que estoy por usar
que ha sido la madre de los procedimientos llamados conservadores.

Cuando remedios higienicos y farmacologicos hayan sido puesto en práctica y por no dar resultado, nos dejen el convencimiento de la inutilidad del proceso, recurriremos á la cirugía y una vez bien examinadas las lesiones, diagnosticuemos su estado y pronosticada la impotencia de otros medios estableceremos la indicación de métodos radicales que aun cuando defectuosos por representar grandes mutilaciones son los únicos capaces de devolver el bienestar a los enfermos.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

que cortan poco y conservan órganos y otros por que extirmando todo ponen á la enferma al abrigo de nuevas intervenciones. Desde los que en caso de lesión unilateral de anejos, no hacen mas que estirpar lo ostensiblemente enfermo, hasta los que por idénticos motivos practican la histerectomía, hay una serie de epictéticos tintados en mas o en menos de conservadores o radicales y que representan un termino medio muy apropiado para inclinar la balanza hacia el lado que mas convenga .

Pero es el estudio de la indicación lo que nos ha de servir para emplear unos u otros métodos y unicamente despues de estar convencidos de estado y suerte que han de seguir las lesiones es cuando decidiremos nuestra conducta teniendo siempre presente que nuestro objeto debe ser curar

92

112

definitivamente a la enferma.

Si las lesiones parecen unilaterales debemos en primer término establecer detenidamente el estado de los anexos que concuentamos como sanos y luego que estemos convencidos de que la lesión es unicamente unilateral entonces, será hacer buena práctica extirpar exclusivamente los anexos que estén enfermos. Por lo tanto parece altamente exagerada la conclusión de Lawson Tait, pero es que muy bien tan sabio cirujano pudiera haber dado a su sentencia un carácter eminentemente clínico y práctico: Las lesiones unilaterales puras las concuentamos como rarisimas, claro está que hablando, como nos referimos, á los determinados por procesos inflamatorios. He asistido como ayudante á varios cientos de laparotomías

por lesiones anexas y muy raras veces se observa la unilateralidad
positiva. Ahora bien, lo que sucede es que al paso de una salpingitis
típica purulenta y con grandes adherencias puede existir otra salpingitis
en la que el órgano apenas si esté aumentado de volumen hallándose con-
tornado, generalmente en viciosa posición y con alguna brida de adhe-
ras o menos larga. Estos son los casos discutibles, en los que cada cu-
rante hace lo que cree oportuno. Para decidirse en su tratamiento hay que
decidir antes en todo lo que valgan las ligeras modificaciones que ane-
teniendo presente cuantas circunstancias podamos recoger, como por ejem-
plo: Los múltiples reconocimientos anteriores, la proximidad del período
menstrual, el estado de la circulación abdominal etc. Estas circunstan-
cias y otras por el estilo puede ser que no las conceptuemos suficientes

P/11

114

ra explicarnos el estado congestivo en que se hallan los órganos cuya
lesion nos ofreciera cada conceptuándolos entonces como positivamente enfer-
mos y procediendo de un modo mas radical en su tratamiento. La cirugía
conservadora en tales casos no se ha visto que de resultado por la serie
de razones ya expuestas en el anterior capítulo. Unicamente la posible exis-
tencia de una verdadera gestación, de lo que se ha registrado contadu-
dos y artificiosos casos podría animarnos a mantenernos con un criterio
conservador, pero las salpingonekias, las salpingorrarias, construcciones
de nuevos papeles tubaricos etc. si los ejecutamos en órganos aun que
aun que no sean mas que ligeramente inflamados no producen mas que altera-
ciones orgánicas definitivas que requieren una nueva operación radical

95

115

De esto puede ser ejemplo la siguiente observacion

I=. Obs.== M. v. de veinte y cuatro años, natural de Guadaluajara casada desde los veinte, nulipara. Menorragica desde los primeros meses de matrimonio y desde los que sufrió varias crisis peritoniticas.

Ordinariamente sentia dolor en la fosa iliaca interna del lado izquierdo. Los dolores que comenzaron por ser intermitentes se fueron aumentando y haciendose continuos. Habia tenido abundantes menorragias y alguna metrorragia independiente; leucorrea y en algunas epocas hipertermias vespertinas.

Habia sido tratada medicamente sin resultado durante mas de 60 años.

Al reconocimiento se pudo facilmente diagnosticar la existencia de una anexitis purulenta de forma tumoral en el lado izquierdo. Los anexos derechos estaban algo dolorosos a la presion y retraxidos hacia atras. El utero era movable pero doloroso a la movilizacion; presentaba en su cuello una ligera erosion del labio posterior.

96

116

Esta enferma fue laparotomizada -- Extirpacion de un piosalpi-
xis de regular tamaño y del ovario, que se hallaba muy aumentado de vo-
lumen y en degeneracion esclerocistica de quistes del tamaño de guiso.
Los anexos derechos estaban protruidos hacia atrás, congestionados y con
algunas bridas de adherencias laxas. El utero se encontraba en ligera
troposicion y fue colocado en posicion normal por cruzamiento de los
ligamentos redondos. Los anexos derechos no fueron extirpados; se hizo
pingopexia y colopropuntura ignea.

La enferma tuvo un excelente curso postoperatorio siendo dada
alta y sin dolores a los veinte dias de la intervencion.

Al año de vuelta á ver a esta enferma: presentaba salpingoovari-
tis derecha; los anexos estaban muy aumentados de volumen siendo sumamente
dolorosos a la presion. Sufría la enferma proximas crisis de agudizacion
dolorosa. Se le instituyó a la enferma nuevamente el tratamiento medico
vista de que no se decidia por el tiempo que fue vista a una nueva inte-
vencion que de seguro habrá que practicarla.

99

177

Cuando no hay duda que las lesiones son unilaterales la doble
extirpacion está del todo justificada. En lo que existe discusion entre
los cirujanos es si en tales casos está o no indicada al mismo tiempo
la histerectomia.

Los escasos resultados que se obtienen para la supresion definitiva
del dolor y de otros fenomenos como la produccion de metrorragias
y leucorrea, con la doble anexectomia, dejan en la balanza el
duda de pensar si este órgano seria el responsable de tales molestias y
por lo tanto de la falta de curacion radical de las enfermas. Esto
que para alcanzar mejores resultados definitivos se procediera sistemá-
ticamente por algunos ginecólogos a practicar la histerectomia siempre
con la extirpacion de los anexos. Efectivamente: Sonau

nasta 1895 (Actas del Congreso de Viena) no habia obtenido mas que el cinco por ciento de curaciones definitivas. Fauchet en su tesis (1896) dice que escasamente se obtienen sesenta curaciones por ciento. Charbin exagera llegando hasta el ochenta y siete por ciento y Auzio en operaciones por Artmann (de Paris) el cincuenta y cinco por cien.

El ascenso de buenos resultados definitivos se alcanzó definitivamente con la histerectomía pues en comparación con las cifras anteriores mencionaremos las obtenidas con la histerectomía. Fichelot ha alcanzado el noventa y cuatro por ciento de curaciones. Segond el noventa y cinco por ciento. J. L. Faure el noventa y siete, tres por ciento. Chauta el noventa y ocho por ciento. En nuestra clínica se pasa del noventa y cinco

por ciento en las curaciones definitivas.

Una vez convencido, como lo estoy que el extirpar el útero junto con los anexos proporciona mas y mejores resultados curadores, analizaremos algunos detalles que servirán para dar mas firmeza a la indicación de la histerectomía en los procesos que estudiamos.

En primer lugar ¿que utilidad reporta al organismo un útero sin trompas y ovarios?. Al organismo es cierto que no le estorba ninguna parte de él en tanto no esté enferma o mientras los beneficios que de ella saquen sobrepasen o equiparen por lo menos el tanto de los perjuicios que cetero mine; pero de esto a que la economía femenina reciba beneficios de un útero solitario y remediado por la pediculización de la sección de las trompas

pas va mucha diferencia. Es cierto que cuando se conserva el utero puede de la hemorragia catamenial producirse pero no suele curar tal anarquiencia de funcionamiento genital mas que dos o tres periodos a no ser que el utero enferme. Puede dejarse al mismo tiempo un trozo de ovario y entonces seguiria la menstruacion por tiempo indeterminable pero esto exige que la mujer siga enferma y necesite nuevamente ser operada, vease este caso clinico de esse mismo año.

Obs. II. --- Josefa M. montanesa, de treinta y siete años de edad multipara. Padecia una perimetritis no tumoral, siendo operada.

Laparotomia: Utero grande en retroversion, anexos aumentados de volumen, los derechos quisticos los izquierdos no ambas trompas con el oviducto oculto y con marcada perisalpingitis. Se extirparon las trompas de los dos lados y el ovario derecho; el ovario izquierdo se

101 121
punteo con el termo. El utero fue puesto en posición normal mediante la histerectomía de Tecasens.

La enferma reaccionó muy bien, tuvo buen curso postoperatorio y fue dada de alta.

Al mes escaso de operada nuevamente comenzó con dolores y tuvo una gran metrorragia; los dolores siguieron y las metrorragias se repitieron con frecuencia;

Al examen clínico el utero aparecía doloroso y muy aumentado de volumen. El ovario conservado también se hallaba doloroso y recubierto por una masa de adherencias. Los dolores espontáneos eran continuos.

La enferma que era sierviente estaba decidida a operarse de nuevo practicándosele después la histerectomía y la extirpación de aquel ovario que en esta segunda intervención se encontró estrangulado por adherencias fibrosas. El utero estaba sumamente congestionado y era muy desagradable.

Como se ve es pagar muy cara la buena intención de que una mujer después de operada siga menstruando =

La utilidad que el útero pueda proporcionar con su secreción interna no la conocemos. Los trastornos de la menopausia quirúrgica también se presentan aun cuando dejemos el útero en su sitio, si tiene otra función no conocida, debemos declarar que la ignoramos. Claró está que los que admiten secreción interna hasta en el rincón dejando en una histerectomía subtotal (Cosnechal = Actas de las Sesiones de la Sociedad Ginecológica Española = curso de 1905 á 1906) dejar el útero debe tener una gran importancia, nosotros no la creemos así.

el papel que puede desempeñar el útero durante el coito no nos parece muy interesante, además que en la histerectomía subtotal, dejando el cuello de tenca, puede darse gusto á los que defiendan su importancia.

Respecto a las condiciones en que queda la estática de las vísceras abdominales y pelvianas con la extirpación del útero hemos de decir que el útero en realidad no representa ninguna pieza de resistencia en

103

la óvula vaginal sino que por el contrario, mas bien hay que considerarle como un peso más, que obra sobre ella. La vejiga no pierde nada en equilibrio con la estimación de la matriz, está como todos sabemos principalmente sujeta por sus tres ligamentos superiores (uraco y restos de arterias umbilicales) y por los pubovesicales de inserciones tan fijas como que son conceptuados como prolongación tendinosa de las fibras longitudinales anteriores de la musculatura vesical. Además la vagina proporciona a la vejiga un sólido sosten.

El recto tampoco percibe su estática con la estimación del útero y únicamente el intestino delgado podría pensarse en que se prolapara a la vagina (enteroceles postoperatorias) cuando cediera la cicatriz de

106-

construcción del suelo pelviano y la de los paramétricos y vagina. El teretere se forma cuando el útero existe en el fondo de Douglas y no ve para evitarle la presencia de la matriz. Si se tratara de una enferma con tendencia a la ptosis visceral de seguro también se formaría hasta qui-á antes concentración abdominal y sería casi seguro el pro-uterino, puesto que en enfermas de vísceras nada puestas á la ptosis dejar un útero al que se le hubieran seccionado los ligamentos ancho estaría en condiciones para perder su sitio, dirección y posición normal.

También debemos apuntar los efectos que el útero sufre cuando se extirpan los anexos.

105

125

Los cambios en la estática son frequentísimos adoptando posiciones viciadas. Como generalmente su situación ya era anormal, al privarse de los anejos y con ellos de varios medios de sosten queda el útero muy móvil y puede con facilidad caer en cualquier sentido y adherirse á las partes cruentas más próximas. Estas posiciones viciadas son á su vez origen de modificaciones estructurales y de trastornos circulatorios capaces de producir metrorragias copiosas y persistentes. Gassier (citado por Delmas) ha estudiado las lesiones atroficas sufridas por el útero después de extirpado los anejos y menciona la desaparición de los elementos musculares y la organización del tejido conjuntivo ~~en~~ ^{embrionario} ~~en~~ ^{ai}

así á las esclerosis estas alter

embriionario ai
~~en~~
 ar de

á un proceso de periarteritis que segun Bassier es el fenomeno patológico inicial. Desde el punto de vista patogénico, esta cirrosis tenoria no causa la ligadura de los vasos de los cuernos uterinos y la atrofia tambien pudiera depender de la falta de estímulo ovárico. A todo el proceso se le da como Bassier el nombre de cirrosis uterina.

He visto en algunas operadas que el utero despues de la extirpación aneural, sufre con facilidad accidentes infecciosos y que las metritis y endometritis toman en tales uteros caracteres especiales por su curso y gravedad. Al tacto vaginal se halla el cuello esclerotico, evaginado delante y el cuerpo se encuentra coloroso a la palpacion combinada con tacto,

107

127

Estacionando con lo que venimos diciendo ultimamente diremos tal y en ello no existiremos mucho por haberlo escrito aun cuando no hay sido con la detencion que merece, que el utero se encuentra enfermo siempre que los anexos se hallan en un estado lesional que justifique extirpacion. Principalmente la envoltura peritoneal siendo por sus adherencias motivo de los dolores sufridos por las enfermas, constituye una lesion que por si sola justificaria los metodos radicales.

Para evitar los accidentes colorosos se ha puesto en practica la hysteropexia, pero sin grandes resultados. Esto es debido a que la superficie posterior del utero, cuando desaparecen por arrancamiento las adherencias que en ellas se insertaba queda cruenta e infectada en los

118

728

que nuevamente se adquieren los órganos. En varias enfermas de mi clínica (permítase que así llame a la que me ha servido de excelente escuela), maestro he practicado muchas veces la histeronexia por perimetritis y como complemento de la exeresis aneural, siendo los resultados costeados bastante regulares. En la enferma a que se refiere la observación seguida ya puede verse el resultado, muy parecido al obtenido en una tal Dolores sevillana, a la que primero se le hizo la restauración de ambos cuernos uterinos y cauterización ovarica porbeata, lo que se complementó con la histeropexia. A esta enferma hubo un año después que extirparia dos microsarcomas que se formaron en los restos de trompas viejas. A los dos años de sufrir esta segunda operación la enferma seguía con ocu-

109 129

res y aun cuando desiera hacerse la histerectomia, la mujer todavia no está muy decidida. Casos analogos a los vistos por mi, dice H. Walther tambien los ha observado, segun cita recién por Delage en la monografia que ya he mencionado (pagina 24 de la monografia de Delage).

Respecto a las facilidades o dificultades que aporte a la tecnica extirpacion del utero cuando está justificada la coeleoexeresis anexial tenemos de poder constar, que cada vez maravillas de operatoria de que puede disponer gracias a las creaciones tecnicas debidas a Nichelet, Ferrer, Folk, Kelly, J. L. Faure etc. no resulta en nada dificultosa la intervencion por que nada que extirpar el utero. Por el contrario la extirpacion del utero facilita en muchos casos la extraccion de los an

110

130

nos puesto que permite su liberación de abajo arriba. Claro está que
los casos de aneas sin grandes adherencias y poco voluminosos es cu
la cual puede existir, por que lo que es, cuando hay grandes adhesi
fuerzas adherencias y pocas modificaciones estructurales entonces,
efectuar la histerectomía es un error técnico de primer orden puesto
empeñarse en sacar los aneas aisladamente es retroceder todos los a
de mas brillo y orgullo para la historia de la operatoria ginecologi
J. L. Faure, el eminente, habil y concurrentísimo cirujano del hospita
Tienen la proporción de procedimientos expeditos y meritisimos, con
que las intervenciones se simplifican hasta el punto que una operac
que duraría de seguro con otros procedimientos cerca de dos horas, ahor

111

te hay tiempo para ejecutarla con una hora si se emplean los procedimientos de tan insigne cirujano. Extirpar únicamente los anexos para conservar un útero inservible a costa de dificultades técnicas que alargan y agravan la intervención no se cumplir ni como cirujano conservador ni quiera como cirujano prudente. Visto el caso, analizadas las lesiones, se el procedimiento que podrá resultar mejor aun cuando sea radical, teniendo presente que muchas veces entorpeciendo el útero, por sacar los anexos de abajo a arriba se evita quizá la rotura de un plicarmino la lesión grandes vasos de la cavidad y hasta la del intestino, poniendo así mismo cubierto a la enferma de los riesgos de una segunda operación.

Diremos también que la gravedad no es por lo tanto mayor cuando

se hace la anexiis aneiall unicamente. En la clinica de mi maestro
se pierden mas que un dos por ciento a lo sumo de las operacas por le
siones aneiales.

Por lo tanto esta justificada la histerectomia en los casos
bilaterales de las lesiones aneiales.

Creemos terminantemente que si:

Primero: por que el utero que dejamos no reporta interes ni fis
iologico ni mecanico al organismo.

Segundo: Porque el utero que dejamos sin estimular enferma faci

Tercero: Porque generalmente no tiene en utero necesidad de
fermar puesto que ya se halla enfermo; representando su estancia en

1/3

18

previa un motivo de la continuacion de dolores y que por lo tanto las enfermedades no se consideren curadas y con razon,.

Cuarto: Por que estirmando el utero se proporcionan grandes facilidades técnicas y

Quinto: Por que no resulta la operacion mas grave y casi nunca morimos decir que en muchos casos lo es menos.

ELECCION DE VIA.=

:::::=====

La via por que se debe hacer la extirpacion de uteros y anejos en lesiones inflamatorias, será aquella por la que mejor se puedan ejecutar

114

todos los detalles de técnica y por la que se lleva a cabo mas completa
la **intubacion** resultando por lo tanto curativa.

En cuanto a las facilidades técnicas, la via abdominal las
ciona en mucho mayor escala que la vaginal. En primer termino, la am
del campo operatorio que proporciona la abertura del vientre constit
una gran ventaja cuando efectuarse las maniobras mas libremente y c
mayor seguridad. Las condiciones especiales de las lesiones que estu
mos son por si solas, respecto a la tecnica, una circunstancia muy c
tener en cuenta en la eleccion de via, pues todo lo sencilla y rapida
que puede hacerse una histerectomia vaginal en un caso de cancer cer
cal sin propagacion, o o de adenoma de cuerno resulta dificultosa y

retardada cuando los anexos y el peritoneo inflamado y con pridas su

tan al útero dificultando su descenso, su liberación, su vascularización y la pediculización aneural. Si los anejos están algo aumentados de volumen y contienen colecciones purulentas, entonces la histerectomía vaginal resulta mucho más engorrosa. En estos casos al pretender movilizar la matriz para sacarla hacia la vulva las maniobras tienen grandes dificultades y al agarrar los órganos, se vierten sus contenidos naturales ensuciándose muchísimo la operación. En tales circunstancias son frecuentes las hemorragias operatorias de difícil contención porque desde la vulva no puede practicarse una escurridora hemostasia. Los coágulos y bitsos restantes que se hallan por encima del estómulo superior de la pelvis. La falta de flexibilidad de los medios de fijación

116

ción del útero es otra de las causas que dificultan la técnica así como también lo es la existencia de las frecuentes adherencias a los órganos vecinos. Las adherencias al pequeño intestinal, tan raras en algunas ocasiones, se desinsieren muy mal desde la vagina y puede ocurrir que cuando después de haberse desgarrado la serosa y hasta la muscular del intestino. Entonces pueden producirse fistulas estercoreas que si bien cierto que pueden curar, alargan el curso postoperatorio colocando a enferma constantemente en peligro de muerte. El inconveniente de estos desgarros intestinales consiste también en que pueden producirse sin que el cirujano se aperceba de ello y entonces como no se ha cuidado en fijar el asa intestinal adherida a la abertura quirúrgica vaginal no

417

de verse el contenido en la cavidad abdominal siendo causa de peritonitis sépticas mortales.

Entre las adherencias que también han de quitar facilidades a la intervención figuran las apendiculares, tan frecuentes cuando los anejos cecales se hallan inflamados. El detalle de técnica necesario cuando el apéndice cecal está sujeta, y que consiste en liberarle, hacer su resección y suturar a lo Czerny es imposible que se pueda hacer la vagina teniendo que abandonarle en malas condiciones las que han de ser muy apropiadas para que se determinen fistulas apendiculares.

En estas histerectomías por lesiones anexiales, debe hacerse siempre la hemostasia de pericualización final por pinzamiento externo a los

anexos lo que representa dificultades insuperables en muchos casos por que las bridas que sujetan a las trompas aumentadas de volumen, imposibilitan la colocacion de pinzas por fuera de ellas. Para que estas maniobras puedan facilitarse algun tanto puede hacerse la amiotomia al estilo de Boyen haciendose con esto mas manejable cada mita uterina con sus anexos correspondientes. Al mismo tiempo la amiotomia es util tambien por que suele tratarse en los casos de que nos ocupamos, de uteros grandes de difícil extraccion si no se seccionan. Esta amiotomia suele resultar torcida por lo mal que se moviliza el organo y por lo corriente que suelen ser las desviaciones patologicas cuando los anexos estan adheridos. De todos modos siempre la amiotomia resulta mayor complicacion

119

operatoria .

Se comprende que la histerectomia vaginal resulte una operacion incompleta, pues si en un caso de cancer no importa que se dejen rastros anexiales, en los procesos que estudiamos representa la continuacion de los dolores y por lo tanto que la enferma no se encuentre curada. Paises membranas restos de placenta, peduculos de ovarios etc. etc. seran motivo de supuraciones eternas que entretengan una leucorrea fetida de mal aspecto, por otra parte, los medicamentos cebrados constituyen superficies de nucaas a las que se fijan nuevas adherencias intestinales enlincicas y mesentéricas que perpetuaran la continuacion de los dolores. No creo que ningun ginecologo considerará como curada a una enferma operada por él que antes tenia leucorrea y dolores. luego tiene leucorrea purulenta

178

140

siguiente quizá con mas intensidad los colores.

Por la vagina, desdoblándose lo debido a la existencia de adheren-
cias, pueden ser mas frecuentes que por el abdomen, las lesiones de los
organos vecinos. Las de la vejiga al desprendimiento de la parte anterior
del utero, las del intestino al espantar la liberación de los anexos mediante
manipulaciones ciegas y las del utero en los últimos tiempos de la operaci-
on por que al sacar el utero por la vagina la arteria uterina se puede an-
trar sacándose y como no hay que cortar al ras del utero por que enton-
ces dejaríamos parse a todos los anexos inflamados, se comprende la fa-
cilidad con que podría lesionarse los conductos trasversos de orina.

La pérdida entre los tegidos magullados, de la boca de una uteri-

121.

determinando gran hemorragia, puede ser en algunas circunstancias un
 ve accidente por que al encontrarse el vaso entre tegidos fiabres por
 to de la inflamacion, pueden resultar inutilies los intentos de coloca
 de pinzas por desgarrarse los tegidos o por no hallar el punto en qu
 arteria lesionada se encuentra. Hay que recurrir en tales casos a la
 parotomia que entonces practicamente resulta neutra en malas condicior
 to por parte de la enferma como por la del operador.

En defensa de la histerectomia vaginal se ha arbuico que es meno
 lapante que la abdominal. El hecho puede ser cierto pero yo diré que
 varios cientos de histerectomias abdominales que he presenciado en mu
 de las que he ayudado a mi maestro, no he visto ni un solo caso de mu

por colapso. Mi ilustre maestro el Doctor D. Jose Lopera, cita en su
nifica comunicacion al XVI Congreso internacional de medicina celebrado
Madrid sobre "Enfermedades post-operatorias", dos casos de colapsos sucesivos
a intervenciones abdominales; de uno de ellos hace la siguiente reseña
tecnica".

"Trábase de una mujer de treinta y dos años que tenia un fibroma
del útero con adherencias a la piel e intestinos consecutivos a un
de una operacion que habia sufrido y que no habiamos determinado
que la enferma hablaba de castracion doble, al intervenir me puse con
vencer de que, cuando menos los ovarios estaban en su sitio. Laparotomía
el 8 de enero de 1896. En los primeros tentativos se produjo una ras
cura extensa del intestino que se suturó resistiendo de llevar acabo
de la intervencion. Ano artificial consecutivo, que se corrigió a una"

125

"La intervención el día 31 de febrero. La incisión amplia me permitió
"se trataba de un ano artificial que nacía de un paquete de asas inte
"nales adheridas al tumor que, por su tamaño, no permitía maniobras f
"ciles; por esto é incidiendo directamente y por encima del ano artifi
"incindi la pared anterior del útero, procediendo a la enucleación de
"mo que era intersticial, consiguiendo lo cual y hecha la sutura de la
"ca uterina procedí a tratar el ano artificial. Entonces vi que eran
"Las asas intersticiales y á fin de operar sobre algunas sañas resequé u
"cinco centímetros de cada una de ellas para hacer la doble anastomosis
"intersticial, terminando por cerrar la herida abdominal. Muere de colera
"a las seis horas de la intervención."

"En el otro caso de trata de una hipertrofia abdominal to
"tal en que la muerte sobrevino á las pocas horas de la intervención".

(Comunicación citada página 92)

124

141

En verdad que el caso reseñado por el Doctor Sibera constituye uno de los verdaderamente graves y excepcionales y que solo puede ponerse parangón con las metrorragias vaginales en las que ocurren percance hemorrágicos ó en las que se levanta grandes porciones de intestino.

Vemos que el caso del Doctor Sibera tampoco es de los que nos permitan que trabar aquí pero se le conoce porque al fin y al cabo, la muerte ocurrió por colapso tras una metrorragia abdominal.

En el Hospital Provincial he visto a un querido amigo mio hacer una metrorragia abdominal por lesiones anexas graves. Se hizo a la intervención de Jauré, pero como el cirujano por ser médico del mismo hospital que yo pertenecíamos a la clase de principiantes, la operación curó

125

14

de las once y diez de la mañana hasta las once menos cinco. Pese a pesar
de ello, la enferma no se colapsó, libró bien del acto quirúrgico y hoy
encuentra totalmente curada.

En la clínica de mi maestro, han sido llevadas a cabo por él las
laparotomías abdominales sumamente complicadas y ninguna fué seguida de
lapso ni de muerte. La observación que sigue puede servir de ejemplo.

Observación III - Sr. J. Navarra de treinta y dos años, múltiple
fue operado por padecer una neoplasia-aneurisma grave, de forma tumoral
el día cinco de Abril de 1906.

Anestesia cloroformica. Laparotomía media infraumbilical. Los
testinos sumamente adheridos a los órganos pelvicos formaban un gran
plastron y al intentar liberarse se produjo un desgarramiento intestinal, se
parado acto continuo. Después de penosas y largas maniobras se pudo

arrancar al adherencias intestino-genitales, produciéndose una hemorragia en sábana al desgarrar el embrión, la que fue controlada mediante suturas. Los genitales constituía un bloque inflexible que no se podía dividir los órganos. Al intentar separar el útero de lo que parecía nada más y resultó ser vejiga se rompió esta, siendo luego muy difícil la separación vejiga uterina. Inseguida que ambos órganos estuvieron aislados se hizo la doble sutura vesical. Las adherencias posteriores eran firmes lesionándose la parte más alta del recto cuando se liberaron. La histerectomía se hizo como se pudo no siguiendo ningún sistema fijo o pues ni la disección de laure fue posible llevar a cabo. La anestesia fue entretentísima. Se colocó catéter a la izquierda después de hecha correspondiente distorsión cerca del punto lesionado. La enferma reaccionó y no tuvo colapso. Se le presentaron fistulas urinarias y estercoreas que han curado, hallándose la enferma bien.

197

14

Por el resto y aun peores han sido operadas este año cinco enfermas
ninguna de las cuales ha muerto ni sufrió colapso.

Aun no quiere decir que no se pudiera haber presentado, pero
no he visto semejantes colapsos sucesivos a las hysterectomias por ane-
tis y perimetritis.

Entre las causas de colapso tras las intervenciones abdominales
por procesos perimetro-aneurismaticos señalariamos en primer lugar la curación
del acto quirúrgico pero pondremos en claro, que cuando tales lesiones no
crean interés por la vagina el tiempo en que se hacen por laparotomía,
pasaría mucho de los 15 o 20 minutos, como he tenido ocasión de observar
operando de mi clínica. El contacto no muy prolongado del aire con los in-

138

141

testinos no es causa de dolor y además que el perfeccionamiento técn

le impide casi durante todo el tiempo de la operación.

Por lo que a las infecciones post-operatorias se refiere, las hem
de ser ventuales de la misma frecuencia cuando se opera por la vagina qu
cuando se interviene por el abdomen pues si bien es verdad que siendo
anatomía más extenso el campo de acción y por lo tanto el de infec
no hay que dejar de tener en cuenta la difícil asepsia de la va-
gina y del perine. Podría decirse que por la vagina está favorecido e
desague y es cierto pero es que por el vientre en los casos de eucosa
sía puede dejarse abierta la vagina y sobre todo, si las lesiones han
querido maniobras complejas con rupturas de bolsas de contenido purule

o seroso (tan temibles segun Pozzi las segundas), despues de las que queda un campo post-operatorio irregular, puede establecerse el cese abdominal a lo Mikulicz que a nosotros nos ha dado tan maravillosos resultados.

Creemos que el desague abdominal tiene mas ventajas que el vaginal puesto que este casi no obra mas que mecanicamente por el declive y el declive no siempre es positivo ya que en ocasiones en la mujer es de sentido horizontal, no es la vulva la parte mas baja de la pelvis. La gas que se coloque por la vagina y que obra por capilaridad, deja muy pronto de funcionar por que empapanose de orina y de secrecion vaginal, los gases perivianos no pueden descender y por el contrario ascienden los j

130

46

gos sépticos urinosos y vaginales contribuyendo de este modo a aumentar la septicidad del foco operado. he visto morir a una vieja operada de terectomia vaginal y en la autopsia vi conversados los coigajos vaginales hacia la luz del conducto y sobre ellas unas colecciones purulentas de las que habia partido la infeccion. La camilaridad en el cesague a mixturiez es perfecta primero, por la abundancia de material absorbente y segundo, por la facilidad con que pueden moverse las piezas de apósos superiores en las que poco á poco pero continuamente se va empanando e empujando séptico.

Tengo la completa seguridad que si en los casos de que antes he mencionado no se hubiera hecho cesague las operadas hubieran muerto pronto

Las operaciones fueron largas, muy mutiladoras y hubo derrames de coles
 nes sépticas (de neclonco color algunas de ellas) y de foco post-opera-
 rio irregular en extremo. Pues bien de 12 á 14 mujeres operadas con es-
 taticiones y a las que se les puso cesague a lo Mikuliez, no murió ma-
 que una operada de cancer por el procedimiento de Wertheim y en la que
 fue preciso resecar gran parte de la pared anterior del recto y de la
 anterior de la vejiga (curso de 1905 á 1906)

Entre otros, Lerruyer (Tesis-Paris 1901) Kelly, Jucea (Tesis
 Paris 1902) etc, atribuyen al cesague abdominal a lo Mikuliez los inco-
 venientes siguientes:

1º= estancamiento en la curación.

2º= Producción de adherencias por organización de los abun-
 dantes

132

952

tes exudados que el taponamiento provoca y que al retirarse determinan
des dolores y hemorragias.

3°= La desunión de los bordes de la herida por infección producida
por la constante salida de exudados sépticos.

4°= La infección secundaria que aunque rara suele alguna vez pro-
ducirse.

5°= La producción de compresiones viscerales (intestino, vejiga
y bazo) que puede llegar a producir por alteraciones parietales la for-
mación de fístulas muy difíciles de curar y

6°= La producción de abscesos post-operatorios.

Como quiera que durante este último curso (1905 á 1906)
he podido observar varios casos en los que ha sido necesario recurrir a lo

183



Mikulicz (18 o 20) diré algunas palabras de lo que yo he visto en lo relativo a los inconvenientes señalados de un modo principal por Tuete.

En cuanto al retraso de la curación, si la lesión no es tuberculosa y no ha habido formación de fistulas, puede estar completamente cerrado el vientre antes de los 30 días de hecha la operación y así lo he observado muchas de las operaciones en la clínica de mi maestro y eso que nosotros tenemos la costumbre de no quitar el saco envolvente del Mikulicz hasta los diez o doce días de la intervención ejemplo de rapidez en la curación es el caso siguiente.

Observación IV. = Simona G. natural de Cuerva, Toledo de 23 años ingresada en la clínica el 14 de octubre de 1905.....

Esta enferma acusaba dolor en la fosa iliaca derecha cuando se h

134

147

cia la palpacion profunda pero con ella no se apreciaba ninguna tumbracion. Convinando este medio exploratorio con el tacto vaginal se notaban perfectamente los anillos del lado derecho aumentados de volumen hasta el tamaño de una manzana, cuando los fondos de saco lateral derecho y posterior estaban dolorosos a la presion y desviaban el utero hacia abajo, á la izquierda y adelante; el utero era del tamaño normal algo doloroso y gozaba de cierta movilidad; no habia erosion cervical y la direccion del eje uterino era la fisiológica aun cuando exagerada y un poco inclinada hacia la izquierda.

Los anillos izquierdos, aun cuando aumentados de volumen no lo estaban tanto como los derechos y se hallaban altos y dirigidos hacia atrás.

Diagnostico. Anelitis doble; tromba derecha constituyendo nicotina y plin anelitis.

OPERACION: Hechada el 17 de octubre. Previa anestesia por el eter y c...

135

155

En cada la enferma de posición de Trendelenburg, se hizo laparotomía medio
 infraumbilical; abierta la cavidad abdominal y colocada una valva de D
 yon se vió que las trompas estaban adheridas hacia atrás y adentro y mu
 abundantes, principalmente la del lado derecho; además había fuertes ad
 herencias entre el útero, trompas y ovarios y una muy vascular entre el
 fondo del útero y la cara posterior de la vejiga; en una palabra una v
 uacera perimetrio-aneuritis; los ovarios también estaban enfermos. Se de
 cidió la castración total empleando el método supra-vaginal.....

Al desmenuar el miosarcoma de pecho, por las muchas adheren
 cias que tenía, se rompió la bolsa purulenta y cayeron unas gotas de n
 en la cavidad abdominal, las que se limpiaron con gasa seca.....

.....
 Aun cuando la mayor parte de las veces el pus de los miosarcom
 no es séptico por morir los microbios dentro de la cavidad quística ya
 por la falta de elementos nutritivos o ya envenenados por sus propios
 lino se creyó prudente establecer desagüe con bolsa grande a lo Mikul

136

256

suturándose después el resto de la pared abdominal.

La enferma reaccionó bien pronto, la temperatura se mantuvo dos décimas por debajo de 37° . La frecuencia del pulso osciló entre 90-100 primero y 70 á 80 después.

El desagüe se quitó a los siete días y los puntos superficiales los trece. A los 30 días estuvo totalmente cicatrizado siendo esta de acuerdo al parecer totalmente curada. (Francisco Larra (Historia publicada en el curso de 1905 á 1906)

Podemos decir por lo que a las operaciones que nosotros hemos observado se refiere que en setenta y cinco por ciento la cicatrización precoz dejada por el Mikuliez se ha verificado entre los 30 a los 30 días de hecha la intervención. El resto estaba constituido por enfermas en las que se había lesionado algún órgano cavitario o en las que el proceso es de naturaleza tuberculosa.

El inconveniente de que la producción de adherencias por organización de exudados puede ser causa de grandes dolores y hemorragias al

137

260

desprender la bolsa de desague no es tan importante como a primera vista pudiera parecer.

He estado encargado de la clinica de mi maestro de los cuidados post-operatorios de muchas laparotomizadas y jamás al avanzar el hígado he determinado grandes hemorragias ni dolores intensísimos.

Como ya he dicho nosotros tenemos la costumbre de retirar la bolsa de desague, pasados los doce o quince días siguientes a la operación; si antes se intenta la hemorragia y dolor serán mayores, en efecto la organización del hilo conectivo que se forma alrededor del hígado entrelaza los primeros días á través de la malla de la gasa, arrastrando los hilos que la constituyen. Si entonces tratamos de arrancarla la he-

138

957

morragia podría ser profusa y veremos como en el tegido mamelonar de cicatrización han quedado marcada la cuadrícula que forma el tegido de la gasa, pero si aguardamos mas tiempo, una ligera exudación se produce entre el Mikuliez y los tegidos cicatriciales y poco a poco se va verificando una disección obtusa del saco de cesague pudiendo retirarse sin ningún esfuerzo.

Levantando cuidadosamente las uniones de los bordes del Mikuliez y tirando del hilo central perpendicularmente al plano de occa de herida se hace facilmente el arrancamiento y si se produce hemorragia, esta no sera mas que algunas gotas que manchaen el aposito.

Aguas (Fozzi, Clado etc) han aconsejado mojar el Mikuliez con

139

159

agua oxigenada, favoreciéndose así el arranque del sacco. He empleado en algunos casos el agua oxigenada y diré que no he notado ninguna diferencia cuando a su debido tiempo se le retirado en seco. Mi amigo el aventajado alumno Don Salvador Cravijo en un precioso artículo publicado por él en la revista "Caja" (Nº 8) estudia las ventajas e inconvenientes del desague Mikulicz, declarando que aun cuando se obtienen grandes facilidades para el desprendimiento de las gasas mediante el uso del agua oxigenada se obtienen resultados verdaderamente sorprendentes, sin determinar traumatismos alguno despojando a la operada de la bolsa Mikulicz en condiciones favorables sin hacer uso del agua oxigenada.

Si la extracción se hace cuidadosamente, suspénciéndola si se n

160

260

tan dificultades en la extracción hasta el tiempo en que por los exámenes se halla esta invivida de serosidad, podrá retirarse el casaque sin ningún dolor o siendo este insignificante. Tengo muchas veces observado que el dolor determinado al retirar el casaque está en razón inversa del tiempo que se tiene colocado. Muy pocas veces habrá que recurrir a la anestesia para retirar el hidrociz pues solo será difícil de extraer cuando haya sido mal colocado. Si al colocar la bolsa se la pone muy apretada en el fondo de Douglas comprimiendo al intestino el arranqueamiento será muy doloroso.

La hemorragia consecutiva al desprendimiento del apósito hidrociz se ha observado únicamente tres veces. El caso en que la hemorragia

141

140

mas copiosa se trataba de una histerectomia subtotal en la que los pedu-
los fueron ligados con gran dificultad que hubo que recurrir a la sutu-
ra . La hemorragia en este caso empapó el nuevo aposito durante dos o t-
rias. En otro caso se trataba de una enferma a la que se hizo histerec-
tomia por perimetritis-tuberculosa; el campo de la operacion quedo
irregular en el que fue preciso cejar falsas membranas por que de arra-
carias hubieron sido inevitables extensos desgarros intestinales. Se colo-
có a esta enferma un desague muy apretado, como hemostatico y hubo que
tirarle prematuramente por que a los cuatro dias de la intervencion apa-
recieron sintomas de ileus por compresion. Cuando quité la bolsa se li-
cápicamente de sangre la cavidad aislada por el Mikulicz y fue preciso

11.2

162

nuevo relleno para detener el aflujo de sangre.

Uno y otro caso no son para ser tenidos en cuenta en reproche de la práctica del cesárea abdominal, sino muy al contrario, porque de no haberlo empleado, de seguro la enferma hubiera muerto de hemorragia no operatoria o de infección.

La desunión de los bordes de la herida por infección cepica al constante fluir de exudados sépticos no creo que sea un grave inconveniente del Mikulicz. Los bordes que quedan desunidos son los de la parte inferior de la herida, de manera, que si se coloca bien el cesáreo haciendo que salga la boca de la bolsa por el extremo inferior de la incisión suturada, no se producirá en la generalidad de los casos la

165

269

union de los bordes de la herida. Si por el contrario se ponen algunos puntos mas abajo de la salida del desague, entonces casi siempre se niegan tales puntos aun cuando sean metálicos; nosotros no hemos obtenido en los puntos ~~así~~ debajo del mikulicz aun cuando hayamos usado, nio plata o garfios de michneri. Ahora bien estos puntos infrapositarios no deben colocarse ni aun en los casos en que la vejiga haya sido herida y la colocacion del mikulicz no resulta perjudicial para la cicatrizacion si fuera preciso la fistuloplastia podria hacerse algo lateralizada o independiente de la sutura de los planos abdominales.

En realidad mas que el desague en si son las curas siguientes m...
nechas las que desunen los bordes y sobre todo cuando las curaciones se

164

262

hacen lavando con agua el fondo de la cavidad dejada por la bolsa de
desague. Nosotros hemos observado profunda antipatía a los riegos de las
superficies curvas y por mi tiré que únicamente en excepcionales circun-
stancias mojó las cavidades post-laparotómicas de cuatrización. Las cu-
ras las hago en seco, empapando con gasa esterilizada y desecada las ex-
cavaciones purulentas que se producen y barnizando las superficies despu-
es con tintura de yodo. Si en los puntos de sutura próximos a la salida de
desague se percibe la más ligera señal de infección, uso también la tin-
tura de yodo, de la que estoy completamente satisfecho por sus excelen-
tes cualidades de antisepsia y difusibilidad.

Las infecciones secundarias por efecto del desague abdominal y

115

114

el mismo Jucet las califica de raras, y en efecto, rarísimas han de ser si las curas se hacen como se debe, con material esterilizado y observando todos los minuciosos detalles de la asepsia rigurosa. La infección secundaria tampoco habría de ser muy importante ni acarrear serias complicaciones, todo lo más sería una ligera supuración que no trascendería más por que el aislamiento de la cavidad peritoneal ya se habría efectuado. Lo que sí puede ocurrir es que apesar del kikuliz se detengan exudados por debajo de las adherencias que le rodean viniendo así a constituirse abscesos cerrados o no que complican y alargan el curso postoperatorio. Este curso he observado dos casos de estos; en uno de ellos el absceso se formó entre el muñon cervical y la parte lateral del fondo de

146

265

Douglas, el pus se abrió camino hacia el intestino lo que tuvo origen se hacia la vagina mediante la ectopionia solitaria. En otro caso el se se formó al lado derecho entre la pared y las adherencias del Miku
el pus fluia por una pequeña abertura situada debajo de la pared. El
mudar las piezas mas profundas del apósito hasta el cuarto o el quinto
es una garantía para que la infección secundaria no se produzca, pero
por cualquier motivo fuera necesario la renovación de las gasas antes
esta fecha, procediendo cuidadosamente en cuanto a la asepsia, la inf
ción secundaria no tendrá lugar.

El inconveniente del taponamiento a lo Mikulicz, que parece
ner verdadera importancia es la producción de fistulas intestinales

147

xicales de curacion dificultosa. A lo que sean debidas las formaciones de estas fistulas, es lo que hemos de tener en cuenta, no haciendo responsabilidad a la aplicacion de la bolsa en conjunto, de la determinacion del accidente. Nosotros creemos que estas fistulas pueden ser:

1º. = De heridas operatorias de los organos, y que habiendose o no circunscrito dado cuenta de ellas han sido mal reparadas o no se ha hecho su reparacion. Tengo una observacion de esta naturaleza en la que en el curso de una histerectomia dificultosa se hizo una perforacion rectal que fue reparada muy trabajosamente y sin seguridad de que la sutura fuera completa. Se produjo una fistula enterocoracea, de doble salida, abdominal y vaginal que al cabo de mes y medio estaba completamente curada; se visto a la e

748 188
Perma un año despues de caua de aita y su estado es del todo satisfactorio y normal.

La lesion necra en el intestino o vejiga puede ser incompleta llegando a ser perforante. Esta clase de lesiones se suelen determinar al arrancar adherencias tras de las que salen colgajos de la serosa hasta de la muscular de los organos vecinos. Ayudando yo a mi maestro una intervencion por tuberculosis genito-peritoneal, arranqué con una adherencia las dos capas mas superficiales de un tramo intestinal que cuando unicamente cerraba el intestino por la mucosa sangrante. La fistula estercoreacea que sobrevino aparecio a los catorce dias de la intervencion y se curó a los veinte y tantos dias de la operacion.

Si despues de merico un organo se procura peritonizar a
perficie cruenta colocando despues el hixulicz sigue entonces la le
sion el camino que habia de seguir como si no se hubiera colocado el
desague y si llega a necrosarse la tenue gana que quedó contactada la
perforacion sobreviene la fistula que levanta los tegidos de adheren
cia y que al avanzar podemos añadir al drenamiento. Creemos que
en tales circunstancias el hixulicz presta incomparables servicios r
to que sin el ni efectuarse la perforacion se determinaria una perit
tis que si bien pudiera felizmente ser localizada y de defensa, lo a
nchural es que fuera aguda y que con seguridad determinaria la muer
te. Quizá a este mecanismo se deban muchas de las peritonitis mortales
que se presentan tras de laboriosas intervenciones abdominales.

que salvase un modo precioso el desague a lo Mikulicz.

2º: La producción de la fistula puede ser debida a maniobras extemporaneas hechas en el Mikulicz. Los arrancamientos precoces figuran en primera linea. Como ya he dicho los primeros dias que siguen a la colocacion del apósito de desague la adhesion entre la gasa y la tegida es muy recia y todo intento de arrancamiento es peligroso en otros casos por esta producción de fistulas por desgarros de órganos vitales. La enfermedad a que se refiere la historia numero XXVI de las enfermedades en el curso de 1905 a 1906 es un ejemplo de esta segunda causa producción de fistulas, un parrafo de tal historia, hecha por el **Inte** gente alumno y mi compañero Don Jesus H. Sampedayo, dice asi "Pasaron

gunos días y su estado fue completamente satisfactorio, apirético: A los cinco días se levanta la curación retirando el Mikulicz, siendo esta operación bastante dolorosa; por lo demás el estado de la herida era bueno en perfecto estado su cicatrización. A los pocos días y cuando todo iba en las mejores condiciones, empezó a salir orina por la herida (Historia mencionada el referido curso página 80). Como se vé este caso clarísimo en el que la producción de la fistula siguió al arrancamiento del Mikulicz la causa radicó en lo prematuramente que se hizo, siendo un precioso ejemplo para asegurarnos más en la idea ya expuesta: de que el desague debe quitarse gradualmente.

3°: = También puede producir fistulas, el desague mal puesto,

152

relleno de mala manera y a la baqueta con el que se pueden hacer pernias
sas compresiones que recorren las paredes de los organos en que se apoy
el aparato. No he visto ningun caso de este genero.

4º y ultimo: y principal: = Generalmente las fistulaciones sobrevi
nen en los casos en que el proceso es tuberculoso, y ellos en en los qu
la curacion es dificilissima o sobreviene la muerte sin que la cicatri
zacion se efectue. Dos casos seguidos de muerte he presenciado. Los dos
a mas de tres meses de la produccion de la fistula. Uno lo observe en e
curso de 1903 a 1904 y el segundo en este ultimo curso de 1905 a 1906.
Los dos casos la fistula estercoracea fue irremediable apesar de los es
fuerzos hechos: en el primero se hizo reseccion intestinal secundaria a

extirpacion de ano contranatural; la enferma estuvo sin arrojar escre
mentos *tiempo hasta que de nuevo sobrevino*

tulacion que curó hasta la muerte que tuvo lugar a los dos meses de curado el intestino. La otra enferma fue operada en marzo del curso pasado y murió en Agosto durante todo el curso post-operatorio tuvo la enfermedad una hipertemia de más de 38° , 5, que al principio no se sumó a que curó cecica. Se hizo analisis de sangre por mi querido amigo el Doctor Sar y no se vió nada de particular mas que una abundante leucocitosis, y una notable baja de la hemoglobina. Otra fistula intestinal y vesical se curó en una joven tuberculosa, la fistula se curó cinco meses por fin se ha verificado la curacion y ahora que la he visto (ano y mes de la intervencion) está completamente restablecida.

Este curso hemos tenido ocasion de observar tres o cuatro

195

244

fistulas enterocoraceas, dos de ellas son de mujeres tuberculosas; ano de ellas las dos estan en via de curacion; Las otras fistulas de este caso estan o curadas o casi curadas; este casi quiere decir que la salida de liquidos escraementicios no es clara.

En resumen: respecto a la produccion de fistulas hemos de decir que o son debidas a defecto de tecnica o a la naturaleza tuberculosa del proceso y claro está que ninguna de estos casos la ariacion del material, tal y como debe de hacerse es la causa de tan graves y mortificantes accidentes.

Unos doce casos de fistulas enterocoraceas post-laparotomicas neologicas he observado de ellos siete u ocho n n son debidas a tuberculosis tras a lesion tecnica del intestino. otras son arrancadas

156

245

prematuramente el desague, y alguna mas por causa que a escapado a nue
cálculo.

Se debe decir que curan mas facilmente las fistulas urinarias que
las esteatorreas. Sin embargo dos casos de este genero, que es uno de los
tú varias intervenciones vaginales para curar y otro no ha curado aue
sar de siete u ocho operaciones que ha sufrido (penita la neipadra).

El inconveniente del desague abdominal, representado por
la posibilidad de eventraciones seria muy de tener en cuenta si fuera
frecuente de lo que en realidad es (tres casos en sesenta Mikulicz).
Tres casos consecutivos al establecimiento del desague se observaron en
rucas de nuestra clinica. Una de ellas era una ~~ben~~ enferma en la que hab

151

226

marcada predisposición a la ptosis ; tenía al mismo tiempo que el proce-
peritebrocanal que motivó la histerectomía, una hernia inguinal cere-
una que fue curada radicalmente al intervenir por causa genital. Otra
enferma era una chica de vida alegre que se escapó de la clínica antes
que cicatrizara completamente la herida abdominal. En otra enferma se
taba de una mujer que durante el curso post-operatorio tuvo una gran su-
racion que infiltró los planos parietales. Pensando con lógica, cuando
cicatrización de la cavidad del desague se efectúa sin contratiempo,
mas que predisposición a la hernia parece que habría de verificarse un
defensa contra la eventación , defensa proporcionada por el rico con-
de tejido conectivo que teniendo por base la herida abdominal, imbia

su vertice en el sitio mas profundo a que llego la gasa del Mikulicz. A
retraerse este tegido cicatricial, representado por un cono alargado de
tegamac inocular, se constituye una brida que sujeta la pared del vien-
tre impidiendo su dilatacion de continente herniario. Es menester tener
en cuenta si la produccion de la hernia es cecica al cesague o si es i-
pende a la cecatriz abdominal. Credo que muy principalmente el factor re-
presentado por la cesicidad congenita de resistencia de las paredes ab-
dominales tiene la maxima importancia en la produccion de estas eventraci-
nes.

Usamos nosotros tras la aplicacion del cesague a lo Mikulicz
una verdadera cinta de esparacrapo aglutinante con la que damos una o

159

47

vuelvas alrededor del vientre de la operada. Esta faja bien ceñida y fija hace que al abandonar la enferma el decúbito horizontal, el paquete de intestinos no gravite sobre los segmentos teblizados, proporcionando así, la faja de esparadrapo una superficie de apoyo más firme y potente. El peligro que a estas operadas se le para levantarse de la cama, se puede evitar lo más posible y con ello tendremos más garantías para la lucha en contra de la producción de estas eventraciones post-operatorias. Es también recomendable la vigilancia de las funciones de excreción del vientre, procurando que se haga con facilidad y sin esfuerzos, pues estas contribuyen bastante a la formación de eventraciones post-operatorias.

Tenemos pues, que todos los inconvenientes señalados al mixtil

160

479

aun sin dejar de serlo, pesan mucho menos que la inmensa ventaja de liberar de la muerte segura a muchas operadas que fallecerían si no se hubiese en ellas establecido el cesaje abdominal. Antes de ocuparme de otro punto concreto entre el paralelo de la vía vaginal y la abdominal para la ejecución de la histerectomía, citaré un accidente que oí en un dependiente del establecimiento del Mikulicz y que no he hallado consignado por ningún autor. Me refiero a la formación de un tejido fibrogelatinoso resultante de las adherencias que suelen tener la forma tumoral y que en el caso por mí observado se constituyó en las vecindades de la parte distal de la meso de la 3.ª ligada y que sin duda de ningún género debió ser motivado por la organización de embriónes y por la excitación determinada

161 180
gasa de cesague. la historia clinica es la siguiente:

(Historia N°XXXVIII- dama n° 13- pag. 108; publicada bajo la direcci
de nuestro maestro en el curso de 1905 a 1906)

Simona C. natural de Cuerva de 35 años de edad.

Esta enferma á la que se refiere la historia número tres fué operada de misectomia abdominal suo-total por el método americano y como durante el curso de la intervencion se abrió una coleccion purulenta se colocó un cesague á la izquierda. Este cesague se retiró á los siete dias y la cicatrizacion se produjo de manera rapida, pues a los quince dias de operada estaba la cavidad abdominal completamente ocluida y cutificada la superficie cicatricial.

A los dos meses de verificada la operacion, se presentó ocluido nuevo la enferma en el hospital, quejandose de dolores en la fosa ilia

162

480

interna al mismo tiempo tenía abundante leucobrea.

Reconociendo entonces, se encontró un cuello de útero perfectamente movilizable y por completo incoloro al tacto. En el fondo de saco lateral izquierdo se apreciaba una tumoración, bien limitable si uníamos a la tactación por la vagina, la palpación abdominal profunda.

Esta tumoración era alargada en sentido oblicuo hacia arriba, a y afuera; parecía seguir la dirección de la sutura que sirvió para reconstituir los restos del ligamento ancho del lado izquierdo. La tumoración era colorosa a la presión y no podía movilizarse. En el lado derecho no apreciaba absolutamente nada.

Por el especulum se veía un cuello de útero erosionado, por cuyo orificio rezumaba un flujo leucorreico, de poca consistencia.

Las funciones digestivas, no estaban alteradas en lo más mínimo. Rigiendo la enferma el vientre á diario y sin la menor molestia. No había timpanismo, ascitis, ni dolores en la parte alta del abdomen.

Por el tacto rectal se apreciaba la tumoración hacia adelante

463

y al lado izquierdo, pero no parecía que tuviese relación con el intestino.

que

Pensando que lo tenía esta ~~enferma~~, era una inflamación del tejido celular subperitoneal de la base del ligamento ancho izquierdo, quizás producida por la acción irritante del material de sutura, se ordenó a la enferma el reposo en cama, las irrigaciones vaginales calientes y al interior las capsulas de iodo (0,50 gramos diarias). Nada se adelantó con este tratamiento, así como tampoco, con las embrocaciones de tintura de yodo en el fondo de saco vaginal y en la fosa iliaca izquierda; se continuó paciente acudiendo a la consulta, por que los dolores no cesaban y por este motivo se la dió nuevo ingreso en la clinica para ser operada.

Permaneció antes de ser operada, quince días acostada y sometida al uso de las irrigaciones calientes, lo que no reportó ningún beneficio.

Decidido ya a operar á esta enferma, se la practicó el día primero de febrero, bajo la anestesia clorofórmica una incision paralela al arco

166

188

de Foupart del lado izquierdo y á unos cuatro centímetros por encima de la fosa ilíaca interna. La incisión cortó todos los planos parietales del abdomen, excepto el peritoneo, el cual fué despegado, primero de la pared anterior ventral, luego sobre la fosa ilíaca interna. De esta manera se practicó una laparotomía supereiteneal, más llamada de Pozzi, puesto que el primero que la practicó, fué Lamontier, habiéndola después usado antes que Pozzi Poser y otros.

Despegado el peritoneo en la forma que dejamos indicada, se encontró nada en el sitio correspondiente a la base del ligamento albugíneo y entonces se pudo apreciar que la tumoración era intraperitoneal. Con fines de esto, se procedió á la apertura del peritoneo, pudiéndose entonces apreciar que el tumor se hallaba constituido por un gran engrosamiento del meso de la parte más baja de la S. ilíaca. El tumor era de consistencia leñosa y no tenía ninguna comunicación con el tejido celular del plano.

El intestino estaba permeable y el engrosamiento no llegaba más

para hacer la histerectomía figura como inconveniente de la primera la
 del aumento de la apertura del vientre patentizada por la cicatriz ab-
 dominal. En los métodos vaginales también existe cicatriz aun cuando no
 que en estos casos esté oculta se halla acompañada de algunos inconveni-
 tes.

Estos inconvenientes de las cicatrices pueden clasificarse en
 comunes a ambas y particulares de cada una.

Entre los inconvenientes comunes, lo mismo en la cicatriz ab-
 dominal que en la vaginal hallamos la predisposición a la producción de
 hernias y los dolores espontáneos y provocados.

Los inconvenientes particulares son: Por parte de las cicatr

169

ces abdominales; el menoscabo de la estética del vientre de la mujer por parte de las vaginales las atrexis superiores de la vagina y el color provocado en las relaciones sexuales.

La producción de hernias es mucho mas frecuente en las cicatrices abdominales que en las vaginales 13.5X100 segun O Shausen. Yo no he visto mas que una hernia vaginal y hebre observado 20 ó 25 abdominales (entre otras de nuestra clinica y de otras). El caso de hernia vaginal observado por mi se refiere a una enferma de aspecto cretinoide llamada Pascuala; sufre desde los 31 años un prolapso uterino de segundo grado, sin haber tenido parto ninguno. Se trató curaria, haciendo un acortamiento extra-peritoneal de los ligamentos redondos y una colpo-perineorrafia. Al poco tiempo de operaci

se reprodujo el prolapso siendo entonces del tipo exvisceratio; se hizo una histerectomía y salió la enferma del Hospital totalmente curada al salir. A los nueve meses de la operación se volvió á verla en mi consulta presentaba una hernia vaginal-intestinal que asomaba por la vulva; hay que hacer constar que aun cuando algo caíva estaba la vagina, el continente de la hernia están formados principalmente por el segmento vaginal que cura por cicatrización; la vagina fué sujeta durante la operación a los restos de los ligamentos infundibulo-perivianos.

En cuanto a los dolores espontáneos, se presentan tan frecuentemente en la cicatrización abdominal como en la vaginal. Los enfermos se quejan algún tiempo después de operados de dolores, que las laparotomizadas reconocen de un modo inudable á la línea cicatricial. Los dolores de las

han sido operadas por via vaginal son referidos a reproduccion de los antiguos que motivaron la intervencion. Tanto en un caso como en otro, aecno se debe a la compresion de filletes nerviosos por el tegito de nueva formacion cicatricial. La cicatriz abdominal duele cuando se ancha pucienose entonces tocarse con los dedos un cordon grueso fibroso que duele dolor al ser comprimido. Los dolores espontaneos suelen ser lancinantes é irradiantes, percienose la sensacion colorosa a lo largo del trayecto del conductor nervioso. En las laparotomizadas el dolor marcha hacia atrás hasta los lados del raquis. alguna vez pudiera ser tan exagerado dolor que fuera preciso extirpar la cicatriz, teniendo cuidado despues afrontar bien los bordes de la herida para que la cicatrizacion en toda

490

188

linea para efectuarse por primera intencion. Puede deberse a la ne-
ca abdominal, el epiploon y hasta un bloque de asas intestinales, en e-
casos el dolor es grande y la sensacion de tirantez sufrida por la en-
ma es sumamente molesta sobreviniendo al mismo tiempo trastornos dige-
tivos que pueden llegar a ser de importancia.

Tengo una observacion de una enferma (mujer de un camarer-
a que se le ha abierto el vientre dos veces y que despues de la ubi-
parotomia de la han presentado dolores abdominales, vómitos y trastor-
intestinales variados (diarreas, estreñimiento, flatulencias).

El dolor, cuando se presenta en las operaciones por via vaginal
de de las compresiones nerviosas que tienen lugar en los parametricos.
sensacion es casi identica a cuando los dolores eran motivados por la

ganos inflamados que se extiendan. Es difícil en ocasiones esclarecer á
 es debido este color postoperatorio vaginal, puesto que tambien pudiera
 debido á peritonitis crónicas post-operatorias localizadas sobre la cicatríz
 triz vaginal. En estos casos el color tiene peor remedio que cuando se
 venta por la cicatríz del abdomen.

Las abresias de la mitad superior de la vagina, y el color con mo
 de las relaciones sexuales son muy de tener en cuenta, principalmente lo
 segundo, puesto que es motivo de pertinaces reclamaciones de la enferma,
 uso de irrigaciones calientes salinizadas alivian el padecame.

Por lo que se refiere á las razones de estetica, particulares

de las cicatrices post-laparotómicas cirenos que cuando la cicatríz se
 ce en buenas condiciones

112

~~caso se hacen asépticamente,~~ no suele quedar más que una línea fina apenas perceptible.

Tanto para este inconveniente como alguno de los anteriormente citados, han sido en las laparotomías usadas, las incisiones transversales propuestas por Mackenrodt, Pfannenstiel etc.

En nuestra clínica han sido puestas en práctica algunas veces (

ó 25)

Las incisiones estas, pueden ser: transversales totales en la que la incisión corta á través todos los planos parietales del abdomen y cruciales en las que unos planos se seccionan uno ó unos de través y otros longitudinalmente.

175

4

Las totalmente transversas (Mackenrodt) unicamente las hemos usado dos veces. Proporcionan un campo angosto principalmente hacia los lados dificultando las manipulaciones operatorias sobre los anexos. La sutura de los musculos rectos abdominales a traves, es muy irregular, los hilos desgarran el musculo y se separan los puntos. Es muy dificil conseguir la cicatrizacion profunda por primera intencion, impidiendo esto la union de los tejidos. Pueden producirse hematomas que si se infectan retardan la cicatrizacion de un modo considerable. En estas incisiones, Mackenrodt, aconseja un detalle que tambien se le ha visto hacer a mi maestro y que consiste en suturar el borde superior de la incision transversa del peritoneo, al contorno posterior del estrecho superior de la pelvis, con estos se pre-

174

298

tende aislar la mayor parte de la cavidad abdominal del foco en que se opera; la idea es buena pero prácticamente resulta de grandes dificultades; primero por que la sutura hay que hacerla en el congado peritoneal que resulta muy tirante y segundo por que efecto de esta tirantez se desgarran los puntos no alcanzándose así el objeto que se pretendia.

Las incisiones cruciales superpuestas, son mas utiles que las de Macrobert. En nuestra clinica las hemos hecho varias veces. Con ellas se pretende un modo principal evitar dos inconvenientes de las incisiones longitudinales. Uno de estos inconvenientes es lo mucho o poco que pueda afear a un vientre una incision longitudinal. Las incisiones transversas cóncavas hacia arriba y hechas lo mas bajas posible, son cuando la cicatrizacion se efectua

195

199

tua en buenas condiciones, apenas perceptibles; las fotografías adjuntas, de operaciones en nuestra clínica pueden servir de comparación entre unas y otras incisiones.

El otro inconveniente que con las incisiones transversas se pretende evitar es la producción de la hernia.

Se ha dicho que la hernia ventral post-1 anatómica se forma porque las paredes pierden su normal tonalidad y resistencia al sectionarse con la incisión, los filamentos nerviosos con que reciben su inervación. Esta razón de la hernia no es positiva: en la parte media del vientre, más allá ya los ramos lumbares sus filamentos nerviosos que después de salir del conducto de perforación llevan los finos ramificados direcciones

496

ascendentes y descendentes y aun cuando alguno la llevara transversa para unirse al similar, la incision no **anularia** inervacion alguna puesto que estas ramas anastomóticas no son concéntricas de ninguna clase. Quizá la incision transversa pueda herir á mayor numero de conductores nervios pues jamas puede darse el exacto paralelismo entre la linea de seccion y la direccion de los nervios.

Se ha atribuido la virtud de las incisiones cruciales para evitar la formacion de hernias a la superposicion de las dos cicatrices que se cruzan y que por lo tanto se reforzarian mutuamente. Esto no puede admitirse por que una vez que la resistencia de la cicatriz profunda se ha vencido ¿que significa la piel en la contencion? ¿significa algo en las

147

196

hernias inguinales, crurales etc/ La piel de seguro cecaria, lo mas que
 uria conseguirse seria que la cicatriz tegumentaria, adherida a el plano
 sobre el que descansa; dividida la eventracion en un abultamiento su-
 perior y otro inferior tomando la hernia la forma de calabaza.

Desde muy poco tiempo hacia que nosotros hemos empleado las in-
 cisiones crurales, para hacer cosas algo concreto respecto a la fre-
 cuencia de las eventraciones; acerca de que el numero de veces en que
 hemos hecho no ha sido muy limitado.

Por lo que en las veces que en la clinica de mi maestro he
 visto emplear y he hecho las incisiones crurales cité que son exactas
 y algunos de los inconvenientes que se las atribuye:

El campo operatorio que proporcionan es limitado e improlongable por que una vez separadas y disecadas las partes tegumentarias se establece una limitacion definitiva de la extension que hacen de cara a la incision vertical profunda.

Esto supone un considerable inconveniente en la técnica siempre que los órganos tengan gran volumen o sean pediclas manicomias de poca movilidad o de gran movilidad como se requieren en algunos procedimientos operatorios.

Otro inconveniente sin duda no muy grande es la dificultad de la sutura, lo desigual que puede resultar y el fraccionamiento y superposición de partes cutáneas que suele ocurrir. La mala coaptación de partes de la incision superficial resulta por que la sutura hay que

cería penetrando hilo por muy cerca de los labios de la herida, luego iría
 cerca pasar un gran camino hacia el sitio donde se estuvo la disección
 de la piel y aneurrosicos y despues volviendo hacia la incision, seguir
 en orden inverso por el otro lado hasta que se saque la aguja en un sitio
 equidistante con el de entrada, de la linea de incision.

El maestro, ultimamente ha adontado la técnica siguiente al su-
 turar las incisiones cruciales: Sutura la incision longitudinal del per-
 toneo con unos puntos perdidos de seda o de catgut bien preparados; des-
 pues los músculos los une con puntos aislados de seda o catgut y luego
 sutura continua de seda con agnos a los extremos, cose la aneurrosis y
 piel. De este modo resulta mas facil el cosido y mas perfecta y firme

480 200
sutura de los planos superficiales.

No creo que pueda temerse como inconveniente la hemorragia que pueda producirse al incidir transversalmente los tegumentos; el vaso mayor que se puede herir, si la incisión fuera muy precisa, sería la subcutánea abdominal y si se corta se liga. En la clínica de mi maestro no he visto nunca este contratiempo.

La producción de hematomas sub-tegumentarias durante el curso post-operatorio, no he visto una vez, curó el hematoma unos seis días, fué pequeño y no representó ninguna complicación. Atinson y Foster aconsejaron para en los casos de hematomas el uso de sacos con mercurio para comprimirlos y ayudar a su reabsorción; nosotros no hemos

181

mas que hacer la compresion con la venda del apóstito y con ello bastó;

En resumen: No creemos que tengan grandes ventajas las incisiones transversas sobre las longitudinales y el uso de las cruciales nos demuestra que para adentro nos conviene la incision longitudinal y para exterior la transversa que es tanto como decir que su unica cualidad atenuable es el proporcionar una cicatriz mas disimulable sobre todo en los vientres un poco ajacos, por arrugas. Claro está que á estas mujeres de vientre arrugado, una cicatriz ni las quita ni las proporciona belleza de ningun genero.

Representa además algo la existencia de una cicatriz en el vientre al lado de las enormes ventajas que á la técnica presta la via acci-

182

207

.....

minal? -- No. ¿Vamos por detalles que afectan a la morfología, á preferir una vía estrecha, en la que hay que trabajar a tientas y en la que la curación no se pueda hacer completamente? Creemos que en primer lugar hay que buscar lo que de mas garantías para la curación definitiva y todo lo demás podrá discutirse despues pero siempre con el caracter de las cosas secundarias. Conceptuamos pues a la via abdominal como la indispensable para uno de los procesos perimetrio aneuriales supurados ó nó, si es que tenemos la idea de curar pronto y definitivamente á las enfermas.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

=====
=====

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL Y LA SUB-TOTAL

::::::::::

El utero junto con los anexos, pueden extirparse por via abdominal siguiendo uno de estos dos métodos: o desinsertando la vagina alrededor del cuello del utero entrayendo por tanto el utero en su totalidad o seccionando transeversalmente y en un plano horizontal el cuello uterino con lo que dejamos una rotaja constituida por el hocico de tenaca y tapona la vagina. Aquel es el método total, este el sub-total.

Amos procedimientos pueden aplicarse al tratamiento de las lesiones perimetro-aneziales, pues para la curacion del dolor de las en-

nada i la conservacion de un ovario

184

90

fectamente recubrirse con peritoneo sano.

La superioridad de uno u otro método ha sido objeto de grandes discusiones en el mundo ginecológico habiendo sido varangoneados ambos procedimientos con motivo de las distintas lesiones en que se les ha juzgado indicados. Nosotros para el objeto de nuestra memoria, únicamente analizamos las ventajas e inconvenientes de ambos métodos aplicados a la curación de los procesos inflamatorios pelviperitoneales.

En primer término diremos que la histerectomía sub-total es tan capaz de producir la curación de los procesos como la total.

Antes de todo hemos de decir que en esta como en todas las discusiones de métodos terapéuticos lo verdaderamente útil a la par que bien

185

207

figo el establecimiento con el mayor acierto posible de la indicación de cada uno de los métodos de tratamiento. Empeñarse en mantener exclusivamente la supremacía de uno de ellos es una exageración que no conduce a nada bueno. Hay casos en los que terminantemente están indicados los procedimientos totales, y esta indicación envuelve la absoluta contraindicación de los sub-totales. Pero nosotros creemos que cuando no está contraindicado el método sub-total, este es el que debe preferirse por reunir ventajas técnicas y clínicas de primer orden.

Consideramos como contraindicaciones del método sub-total todas las aquellas lesiones cervicales que pudieran dar lugar a que tras la intervención, la enferma siguiera por lo menos con molestias, tales como

186

206

dores, flujos sangorreicos o sanguinolentos sintomáticos de procesos endocervicitis, cervicitis con infiltración, en las que haya erosiones rebelde, formaciones de neovos de Nabot, mucosas cicatriciales, cicatrices francas y deformes etc, etc..

No habrá necesidad mas que de indicar, que el metodo sub-total para el todo prescrito cuando las lesiones cervicales tengan aun cuando no sea mas que el aspecto de malignidad. En tales casos seria una ve falta conservar un cuello uterino que podria ser el punto de origen de una afeccion neoplásica de caracter maligno. Ya que citamos esto de nos hablar de la idea sustentada por algunos, entre los que principalmente se ha distinguido, de que es muy posible en los cuernos a

además en las histerectomías sub-totales, la degeneración maligna del
cervix. Inundablemente que si el útero se extirpamos total~~mente~~ no será te-
nible la aparición del cáncer cervical, pero esta prerogativa no tiene
valor científico de ninguna clase, pues con la misma razón debemos histerectomizar total~~mente~~ a todas las mujeres a medida que se aproximan la época me-
nstrual. Si es verdad que el cuello desprovisto de sus medios principales
de nutrición y abonado por un tejido cicatricial tal como es el que
resulta en su lugar después de las intervenciones, que la vida anatómica
y fisiológica que se queda es una vida precaria y de escasez que
conduce a la degeneración del epitelio y por lo tanto predispone a la
producción de lesiones cancerosas.

188

208

Son las estadísticas, cuando se hacen sin ningún prejuicio la razón demostrativas de la veracidad de los hechos representado en un total por ciento numérico; en este asunto de que tratamos las estadísticas demuestran que el cáncer cervical en los muñones post-operatorios se presentan en una relación idéntica a la que aparece en los úteros enteros por lo tanto es quizá una exageración el pretender que siempre está contraindicada el método sub-total por la probable contingencia de aparición del cáncer según los anti-subtotalistas y que según los totalistas no resulta más que una contingencia posible. Por la misma razón debía de extirparse junto con el útero la vagina por que también puede ser asiento de futuras formaciones neoplásicas.

189

209

Particularmente, en los procesos inflamatorios, supurados de
anexos se ha considerado por algunos completamente contraindicada la
taponamiento sub-total por que el muñon del cuello inmovilizaría o por
menos dificultaría el desague vaginal. Nosotros que concebíamos super
el desague abdominal a el vaginal no damos importancia a esta contrain
dicacion. El desague vaginal se hace mecanicamente por inclinacion, en t
to que el desague abdominal se efectua por capilaridad. De estos dos m
canismos el mas completo y mas perfecto es el de absorcion capilar. Es
cierto que las mechas de gasa que desde el abdomen llegan hasta la vag
funcionan por capilaridad, pero teniendo en cuenta que la vagina es un
servicio septico podria muy bien ocurrir que la absorcion se hiciera r

grava sucediendo entonces fenómenos contrarroducentes puesto que podría llegarse a hacerse septicas las colecciones periviscerales. El desage abdominal, procurando que esté perfectamente protegido por un buen apósito de gasas esterilizadas, seguramente funcionará muy bien, absorberá exudados, y estos sino eran septicos permanecerán asepticos. Es preciso para que esto tenga lugar efectuar el reclutamiento de apósito en condiciones de asepsia extrema pues de lo contrario el foco se infectaría y la evolución se haría eterna. Posteriormente J. I. Faure ha propuesto un procedimiento de desage abdominal que a nosotros nos ha proporcionado muy buenos resultados; consiste el desage a lo Faure, en la colocación de un tubo de goma que se coloca apoyado en el fondo del foco que se quiere

191

saguar y que se hace salir a través de la parte mas baja de la merica
 cominal que se sutura excepto en el punto de salida del tubo. Este tu
 de goma será un tubo largo y su extremo libre se envolverá con un pel
 de gasas asepticas que formaran parte del aposito aislador. Al dia sig
 de de la intervencion mediante una geringa aspiradora se succionaran
 empuados del fondo del foco y acto continuo se retirara el tubo de de
 que no haciendo luego mas que colocar un aposito cohesivo ordinario.
 hacer la succion se determina color a la enferma pero muchisimo meno
 fuerte que el determinado al arrancar el miculicz. Al dia siguiente l
 cura consistirá en el cambio de aposito, la empuacion será escasa y a
 cuatro o cinco dias nada del todo. Tiene la ventaja ademas este métoc

199

212

que el orificio de salida del tubo es mucho mas pequeño que el de la
Mikulicz y que por lo tanto cicatrizará mas pronto y en mejores condic
nes. Como no hay lugar a que se constituyan adherencias viscerales se
tan por una parte la formación de fistulas y por otra la constitucion
peritonitis crónicas que serian causa de futuros dolores.

Es cierto que en algunas ocasiones, dejando el muñon y con
estando cerrada la vagina se imposibilita el descenso de ciertos exud
que pueden formarse despues de retirado el desague y que pueden ser m
vo de accesos peri-muñomales y dificiles de evacuar. Si las curas diar
se practican en buenas condiciones no sobreveneran estos accesos a no
ser que exista perforacion intestinal en cuyo caso por tratarse de le

113

213

nes complicadas nada tiene de particular que ocurran esta clase de acci-
dentes. Además estos casos de formación de abscesos pelvicos son extraños
en los actuales momentos de la técnica operatoria; sin embargo alguno que
otro que se da y sirva de ejemplo el siguiente caso.

Observación: Valeciana X., de treinta y ocho años de edad, nati-
vamente de Fontanar (Guacajarara) a esta enferma por padecer una lesión de
carácter anéurístico, con colecciones tubarias y peritéricas se le hizo una
histerectomía abdominal sub-total; el proceso probadamente sería de natu-
raleza tuberculosa (no fue posible hacer el análisis). Después de haber
sobrevenido en el curso post-operatorio una fistula intestinal luego de
retirado el hígado, se produjeron unos abscesos situados delante y a
los lados del muñon cervical, en pleno peritoneo los que no pudieron evi-
tuarse por colpocotomía y siguieron manteniéndose durante bastante tiempo
supuración fistularia.

194

Antes de entrar en el analisis relativo de las ventajas e inconvenientes de los métodos total y sub-total debemos decir cuales son las condiciones que debe reunir un muñon cervical para ser bien tolerado y que no represente un motivo de continuacion de la enfermedad.

En primer termino el muñon debe ser lo mas pequeño posible, reduciendo el cuello del utero casi al rás de las inserciones vaginales posteriores. Si este corte lo hacemos perpendicular al eje del utero resultará que debe ser inclinado hacia abajo y adelante. Pero si los otros queremos hacer imitando a Killy, Segond, y Lartigues, que en muñon queda escabado en doble visel para poder supurar disminuyendo asi su masa, entonces el corte lo haremos mas alto dejando un par de centímetros o tres por encima

195

21

de las inserciones vaginales para que al tallar el viselamiento no nos
ungamos en la vagina. Conviene seccionar con cautela no llegando muy a
ras para no introducirnos en la cavidad que quedamos que continúe sin a

El conducto cervical, lo mas conveniente es cauterizarle
el termo bien antes de la intervencion o mejor como nosotros hacemos
vez que se ha seccionado el utero.

Conviene tambien mucho que la hemostasia de las uterinas se
haga con pulcritud puesto que el hacer la hemostasia a fuerza de nudos
recosidos podria dar lugar a la supuracion sub-peritoneal del muñon que
que podria ser causa de supuraciones prolongadas.

La sutura del muñon por union de sus bordes anterior y posterior

194

216

es sumamente conveniente por que así se suprime la comunicación del cuerno cervical con el tegido celular sub-peritoneal y pericervical, cuya infección daría lugar a dolores y supuraciones constantes.

La peritoneización de la faceta de sección del cuello uterino se hace ajustando perfectamente los bordes del corse peritoneal ranversantorio y cogiendo debajo de ellos todas las ligaduras y pediculaciones hemostáticas. Esta peritoneización debe comprender también a los pediculos del ligamento redondo y del ligamento infundibulo-ovariano.

Por no olvidar de todos estos detalles es por lo que a veces sobrevienen formaciones de abscesos pericervicales que son causa de grandes dolores, de flujo leucorreico supurante etc, etc,.

veamos ahora las ventajas que nosotros conseguimos que ti...

197

217

el método sub-total sobre el total.

Todas las ventajas pueden resumirse al modo siguiente:

Primera, las que constituyen el grupo de mayores facilidades técnicas.

Segunda y consecutiva en parte a la primera la menor gravedad de la histerectomía sub-total.

Es mucho más fácil técnicamente la histerectomía sub-total que la total por lo siguiente:

En primer término en la histerectomía sub-total no hay que hacer la desinserción de la vagina que es un tiempo operatorio sumamente peligroso y lleno a veces de graves dificultades. Tanto la busca y hallazgo

198

218

del fondo vaginal interior como la del posterior, requiere profundas incisiones de tejidos que a veces por los procesos inflamatorios que intervienen en la intervención se hallan en un estado de fibrosis y adherencia que constituyen un verdadero obstáculo pudiendo ser motivo de la vulneración de los órganos vecinos tales como la vejiga, el recto y los ureteres. La sección de la vagina hay que ejecutarla casi siempre después de introducir en ella una pinza larga para poder cortar sobre sus bocanudos; esta pinza que se introduce hacia el peritoneo puede ser un motivo de infección pero siempre es una complicación técnica.

Para la sección o recortamiento de los fondos laterales de la vagina es precisa la disección de la base del ligamento ancho la que tie

.....
como principal peligro la presencia del ureter. Este organo cuando se
en su sitio normal puede muy bien ser reconocido y respetado pero otr
veces cuando se halla desviado de su situacion fisiologica puede ser p
zado, ligado o cortado lo cual siempre resulta un grave contratiempo p
requerir si se corta sus sutura o bien la uretero-cistoneostomia (caso
operado por nuestro maestro y publicado en año 1902 en la Revista de
Especialidades medicas)

La seccion de la vagina lleva consigo la de muchos vasos depe
dientes unos de la uterina, otros de la vaginal y otros de la vesical
todos ellos que constituyen la amplia comunicacion anastomotica de los
sos del segmento superior de la vagina son motivo de abundante hemorra

200

20

dificil de cohibir en algunas ocasiones pues la profundidad a que se trabaja, la frialdad de los tegidos y el modo de ser en sabana de la técnica de sangre requieren para la detención de la pérdida sanguínea maniobras difíciles casi siempre y que entretienen bastante tiempo. Esta necesidad que ejecutaria en muchas ocasiones mediante la sutura que siempre resulta inconveniente.

Una vez ejecutada la histerectomía total se suele dejar la vagina abierta o suturaria por arriba para despues peritoneizar la sutura. La vagina se deja abierta haciendo atravesar por ella una gasa para el que abdomino-vaginal el tiempo no resulta difícil pero si se cierra la vagina, entonces si que las maniobras de costura para peritoneizar se encuan-

201

227

tran dificultadas.

con la histerectomia sub-total, por seccionar el utero bien separado de los fondos vaginales resulta que la seccion se hace sin necesidad de separar la vejiga ni el recto asi como tambien alejandonos de la parte del ligamento ancho. quedamos asi a cubierto de la posible lesion de la vejiga del recto y del ureter.

La hemostasia casi siempre se puede hacer previa anclamientos de la sangre y tiempo. como quiera que la uterina la cortamos a su vuelta de cayado y enseguita se secciona el cuello por su parte parametral cayendo enseguita en la uterina del otro lado que se aprisiona secciona y resulta que la hemostasia es rapida facil y completa siendo muchisimas

202

222

las veces que no se pierden ni un par de gotas de sangre.

La separacion del utero resulta muchisimo mas sencilla en la histerectomia sub-total puesto que de un tizeretazo se secciona el cuerno del utero en tanto que el recorte del collar vaginal, resulta dificil por la mayor profundidad a que se trabaja, por la falta de aislamiento anterior del conducto y por los peligros que amenazan al hacer la seccion.

Despues de amputado el utero, en la histerectomia sub-total la sutura del muñon es cosa facil y su peritoneizacion siempre resulta sencilla. Como el peritoneo se secciona en una parte muy alta, la sutura de los peritoneales se puede ejecutar muy bien permitiendo la sub-peritoneizacion de los muñones de ligadura.

905

229

De todo esto resulta que el foco post-operatorio queda mucho más regular tras la histerectomía supratotal que consecutivamente la total. Siempre que se ha peritoneizado el muñón y si la sutura peritoneal se ha ejecutado con delicadeza, el suelo peritoneal pelviano queda sumamente bien reconstruido. A veces parece como si no se hubiera extirpado nada, queda una superficie cóncava en total abultada en su centro por una pequeña prominencia convexa que es el cuello y que deja las partes en un estado tan regularizado que garantiza mucho la terminación de los dolores de las endometriomas.

En la histerectomía total el foco es muy irregular; como casi siempre resulta necesario la colocación del cesáreo vaginal el foco

104

224

ca sumamente alterado. Si la vagina se cierra nunca tampoco se consigue que queden las partes tan perfectamente como en la histerectomía sub-total por que los cortes de la vagina y los del peritoneo no pueden bien imponerse y además por que para llevar la exeresis hasta las profundidades de los conductos vaginales son precisas mas amplias exeresis peritoneales y mas intensos magullamientos de los tejidos para-uterinos.

De las condiciones expresadas resulta que la histerectomía sub-total puede hacerse en mucho menos tiempo que la total.

Bien sabemos que la rapidez en las intervenciones expresada absolutamente no tiene ningun valor pero si lo tiene cuando resulta de facilidades técnicas y que representa por lo tanto el resumen de las ventajas

operatorias.

Resulta la rapidez relativa del método sub-total, de las economías parciales de los tiempos de la intervención, queda en efecto ahorrado el despegamiento de las anexiones purc-vaginales superiores, que no es necesario en la amputación cervical del útero es tiempo más rápido que la desinserción del collar vaginal. La hemostasia por ser mucho más sencilla en el método sub-total que en el total también es tiempo más abreviado. En cuanto a la sutura del muñon y su peritonización, no hay que decir que es más rápida y por lo tanto más rápida que la reconstrucción del suelo pélvico en la histerectomía total.

Conforme dijimos al mencionar las facilidades técnicas, la nea

gla es casi siempre mayor en la histerectomia total que en la amputación.

El punto en que se secciona la uterina en uno y otro método y la sección de vasos vaginales en el método sub-total explican el porque de la parte curricular que señalamos. Además durante las maniobras de hemostasia se pierde mucho tiempo en la total que es razón por ser mas difícil, de que la hemorragia sea mayor y cure mas tiempo.

De todo cuanto hemos indicado se deduce que la histerectomia sub-total es menos grave que la total.

Esta menor gravedad depende pues; de sus mayores facilidades técnicas de ser menos sangrante de ser mas rápida, de ser menos riesgosa y finalmente por que en el método sub-total no se abre la vagina.

La abertura de la vagina siempre supone un riesgo de infección por lo
fácilmente que se puede hacer la antisepsia vaginal. El mismo cuello
útero hay que rozarle por las visceras abdominales al desprendierlas uti
las adherencias vaginales. Bien es verdad que el inconveniente del roce
logico de tenca puede suprimirse haciendo previamente por via baja un
rete vaginal que se sutura encerrando el cuello, pero esto que es muy
en los casos de cancer remate superficial para la histerectomia por lesio
nes perineorotico-aneuriales; este proceder aplicado al cancer es de nu
tro Maestro.

Como ventajas secundarias del método sub-total mencionaremos

idea de Faure (L'hysterectomie = Indications et technique = Paris = 1906)

te ilustra dirigiendo hacia el cuello del útero; sujeto con los ligamentos utero-sacras, no se modifica la estática pelviana. Esto sería una ventaja para evitar las ptosis viscerales de aparición vaginal.

Esperando el cuello del útero en su lugar, queda la vagina por la parte superior en su disposición normal y de lo contrario, quedaría cicatrizada estrechada; esta cicatriz retráctil de la parte superior de la vagina podría ser fuente de tumores espontáneos o durante la cúpula de lesiones metastásicas.

Algunos (conocidos en la Academia Ginecológica Española)

han emitido la idea de que el muñeco cervical podría servir para la continuación de la secreción interna uterina. Con el respeto que nos merece

nuestro ginecólogo español, creemos que, conentamos exagerada la nota
 la emisión de tal idea; el tejido del cuello del útero así como sus sim-
 ples tubulaciones glandulares del conducto no creemos que puedan reproc-
 tiva secreción interna que aquella que resulta de la suma de las escre-
 tas celulares y que bien puede despreciarse. Sin embargo si algún día se
 demostrara la secreción interna del útero la conservación del cuello,
 za entonces lógicamente tendría esta ventaja; hoy por hoy es llevar
 cosas a un término un tanto extraviado.

Lo que apenas merece citarse es el papel ventajoso que ocurre
 tener el cuello del útero en las excitaciones sexuales. No creemos que
 asunto serio .

Basta y sobra el método subztotal cuando no está contraindicado

en las ventajas que resultan de sus facilidades técnicas.

ELECCION DE PROCEDIMIENTOS.

=====

cuenta la técnica actual con un verdadero lujo de procedimientos
razonios dentro de cada método que puede darse está hacerse tanto total
como sub-totales, siendo algunos (destrucción a lo Faure) que son pura-
mente sub-totales)

Hay casos en que cualquier procedimiento puede emplearse por
el estado de las lesiones así lo permiten, debiéndose en tales circunst
cias ejecutar los mas sencillos. Por otra parte, a veces requieren las
siones procedimientos especiales por que con ellos, las familiares téc

cas son mayores, las intervenciones resultan menos lesionantes, son menos posibles los traumatismos accidentales de las visceras vecinas, el desplazamiento de las masas que se han de extraer es mas sencillo y cómodo etc. etc.

Para emplear perfectamente indicados los procedimientos operatorios, agruparemos las formas lesionales en dos grandes categorías:

Primera: casos en los que los anejos aun cuando mas o menos aumentados de volumen, son movilizables y en los que los ligamentos infundibulo-periviscerales y recintos no se hallan confundidos o borrados por el engrosamiento y adherencias de los anejos.

Segunda: casos mas graves de grandes adherencias; anexas y útero
inmovilizables, trompas con colecciones etc. etc.

En el primer grupo se trata muchas veces de casos tan sencillos
que si no fuera por que no hay otro modo de curar el dolor, no se consi-
deraria indicada la histerectomia. En estas formas sencillas de los pro-
cesos pelvi-anexiales, pueden ejecutarse todos los procedimientos que
ten. Claró esta que no es logico usar procedimientos complicados y que
sean preferirse los de mayor sencillez ejecutoria.

En nuestra clinica los que mas convenientemente usamos son
que siguen:

Procedimiento por seccion continua transversa (procedimiento americano

de A. Kelly, Rovaro) Es un procedimiento de una sencillez extraordinaria

Nuestro maestro, en muchas ocasiones ha ejecutado intervenciones de es-

ta índole en algunos minutos (10, 15, 35)

Con este procedimiento queda el ligamento ancho cortado en excelentes condiciones para poder ejecutar la neurectomizaci6n de un modo completo y seguro; permitiendo la succion completa de los pediculos de manducatoria. La intervencion puede ser sea todo exangue; el pinzamiento previo de las uterinas se ejecuta matemáticamente, de un modo preciso. equisito para ser ejecutado exactamente que no haya grandes diferencias principalmente aneliales, que los anillos sea por lo tanto movilizables sea todo para poder seccionar, por debajo de ellos para abrir los

ligamentos anchos y cásé sobre la uterina.

Si este proceder se emplea en casos con anexos voluminosos y sobre todo adheridos firmemente, la intervencion resulta mala porque la cura del ligamento ancho está muy dificultada siendo motivo en primer lugar de la posible rotura de la coleccion tubaria, de la rotura tambien de los enquistamientos peri-sarpiñaticos y finalmente de la probable lesion del ureter y de la dificultad para verificar la hemostasia de la arteria uterina.

Procedimiento de coelocinción a la Faure. Este proceder relativamente moderno (1900) es de una simplicidad extraordinaria y acredita la imaginacion eminentemente practica y las habilisimas manos de su autor

particularmente útil el procedimiento de decoloración en los casos de sínciza placentar, en los que los anexos se hallan poco aumentados de volumen y libres; claro está que con tal de que los anexos sean movilizables importa mucho que sean de mayor o menor volumen pero de todos modos la operación resulta entorpecida si particularmente las trompas se hallan en un estado quístico. También es condición precisa para poder ejecutar este procedimiento de laure que el útero esté libre de adherencias por su cara anterior o por la posterior o mejor todavía por las dos. La relativa normalidad de los parámetros también es dato preciso para poder efectuar el desgarro a ciego. Nosotros las veces que hemos empleado con nuestro método el procedimiento de decoloración, ha sido en casos en que el útero

216

236

perfectamente movilizable, bien aislado por las caras anterior y posterior del cuello y con anexos cisticos. En tales casos el procedimiento resulta de gran sencillez pudiendose ejecutar en casos sencillos.

Faure en su paterna pasion hacia el procedimiento le considera perfectamente factible en los casos de complicacion lesional de anexos y adherencias firmes hasta en los casos en que existen colecciones tubaricas. Propone para estos casos la ejecucion de la decoloracion de adelante atras tanto el tijeretazo amputador del mismo de adelante atras. Para los casos en que los anexos se hallan muy fijos el autor del procedimiento de decoloracion propone una hemiseccion uterina que hace del corte de decoloracion y que secciona el cuerpo del utero de abajo a arriba (pagina 61 L'hystomie indications et technique J. L. Faure -Paris 1906) No creemos nos

tros que la hemisección ascendente secundaria a la decoloración propuesta por Faure aventaje a la hemisección descendente de la que luego habiáramos por que se nos figura aún cuando no ~~la~~ hemos practicado la hemisección consecutiva a decoloración que ha de tener dificultades manifiestas.

Creemos pues que las decoloraciones únicamente resultarían sencillas cuando sean simples siendo indiferente que se practiquen de atrás a adelante como es lo corriente o de adelante a atrás como es lo excepcional.

Un punto que hay que tener en cuenta en la ~~decoloración~~ ^{decoloración a lo} de Faure es el concerniente a la necrosis. Primeramente su autor aconsejaba la cura en masa de la pediculización ligamentaria y más tarde pudo modificarse esta parte de la técnica ligando aisladamente las uterinas las ut

218

238

robarricas y las del ligamento redondo. Esta modificación a dicho serie
ocurrió a J'aure quizá por haber tenido algunos casos desgraciados, como
uno que tuvimos nosotros en el que la enferma murió por hemorragia post-
operatoria consecutiva a la soltura de una de las uterinas ligadas en
bloque. Este caso a que me refiero fue operado en breves instantes que-
tanto la enferma perfectamente a los pocos momentos de operar pero por
retracción arterial alguna coquilla se escapó de la ligadura y determinó
una hemorragia sub-peritoneal que no tardó en cesar los bordes del lig-
amento ancho y en hacerse peritoneal. La enferma fue relaparotomizada pero
desgraciadamente se llegó tarde, la muerte sobrevino a la media hora de
segunda intervención .

La ligadura aislada de los vasos garantiza la hemostasia

219

239

pero queda entonces al procedimiento rapidez y hasta originalidad pues
se ha convertido en sus rasgos principales en un procedimiento americano
de curación de dentro a afuera.

La peritonización del muñón en el procedimiento de que hablo
puede ejecutarse muy bien y quedar la sutura del todo confeccionada por
la peritonización por cierre de las bases de los ligamentos anchos no
queda nunca también como en el procedimiento americano por que la ras-
tura se hace cutáneamente por desgarramiento digital.

En los casos de sencillez lesional esta histerectomía
es fácil y resulta curadora.

Hemos ahora de ocuparnos de los casos de mayor complicación

220

40

signa; aquellos en que los anexos se encuentran tumorales, conglutinados y adheridos a las partes vecinas, en los que la trompa forma un quiste contenido hemático, seroso o purulento, en los que las paredes tubarias tienen lesión post-inflamatoria de forma hipertrofica y de cuya cubierta externa parten bridas que sujetan adherencias con otros órganos. En tales casos complicados los ovarios suelen estar pegados a la trompa y profundamente clavados en la foseta de Douglas, siendo quísticos de contenido purulento hemático o hioroseroso. Además en estas circunstancias es en que el útero se encuentra adherido de neomembranas y cambiado en su dirección.

En este grado de complejidad lesional pueden ejecutarse distintos procedimientos dentro del método sub-total entre los que tenemos el ame

cano, el de hemisección ascendente, el de hemisección descendente y el
separación previa uterina de Terrier etc.

La condición precisa o por lo menos ventajosa para poder tratar
con éxito estas lesiones tumorales sarclingíticas que reclaman la histero-
tomía, es el comienzo de su liberación por el polo inferior empezando el
desprendimiento por la parte más próxima a la línea media. Resulta mucho
más ventajoso esto que el atacar las lesiones por arriba y afuera con
que son más frecuentes las lesiones intestinales las vasculares y las tu-
berculicas. Al mismo tiempo la rotura de las colecciones tubarias se podrá
evitar mejor desprendiendo las trompas primeramente por debajo y por cer-

por que así las adherencias externas y superiores que son las más firmes se liberan cuando ya los anexos están sueltos por toda su parte inferior. Este objeto le cumplen todos aquellos procedimientos que comienzan por la sección del útero, siendo de ellos los preferibles los de hemisección. De estas hemisecciones, la central descendente es la que proporciona mayores facilidades técnicas.

Antes de entrar en la crítica del procedimiento de hemisección hemos de mencionar la conducta operatoria que debe seguirse en aquellos casos en que los anexos de un lado se hallan aumentados de volumen y adheridos á las partes vecinas y que en cambio en el lado opuesto se encuentran más ó menos libres y de tamaño igual ó poco más del normal. En estas circunstancias no hay que recurrir ni al procedimiento de decolación de Faure ni al de hemisección. Para atacar en estos casos los anexos voluminosos y pegados, por su polo inferior basta con practicar el procedimiento americano de sección continua transversa comenzando por el lado en que los anexos

están movilizables y poco voluminosos. En estos casos la primera parte de la intervencion no ofrece ninguna dificultad y en unos cuantos segundos puede haberse llegado ya á ligar la arteria uterina del lado en que existe menos lesion; la seccion del útero á nivel del cuello y la inmediata ligadura de la arteria del otro lado se hace tambien sin dificultades encontrandonos entonces en el polo inferior de los anexos voluminosos y adheridos, que si se ha seccionado previamente el peritonéo útero-voxico resulta el desprendimiento casi siempre bastante sencillo, es suficiente en tales casos el arrancamiento por traccion moderada para quedar unidos los anexos unicamente por el ligamento redondo y por el infundibulo-pelvicano cuya seccion completan la exeresis del aparato genital.

Con este procedimiento quedan las partes en bastantes buenas condiciones para proceder á la peritoneizacion sobre todo en el lado en que las lesiones eran menos marcadas. Del lado en que los anexos se hallaban voluminosos, á veces suele faltar tela peritoneal para ejecutar el reve-

timiento necesario aun cuando si se ha tenido cuidado de seccionar previamente la vertiente peritoneal anterior, puede ejecutarse con facilidad la reconstrucción del suelo peritoneo-pélvico.

PROCEDIMIENTO DE HEMISECCION

Ya hemos dicho que cuando los anexos de ambos lados se encuentran formando un bloque voluminoso y pegado á las partes vecinas hay que recurrir para poder atacar su polo inferior á la seccion del útero. Nosotros entre los procedimientos existentes preferimos la hemiseccion á lo Fauvel pues la de Terrier que es del todo distinta, consiste en una seccion doble, una en cada arista del útero y que proporciona con la seccion transversal del mismo, la separacion primitiva de este órgano pudiendo despus procederse á la liberacion de los anexos por su parte inferior. Este procedimiento de extirpacion previa del útero aconsejada por el notable cirujano Terrier tiene como desventajas la menor sencillez y la gran he

215

rragia que proporciona la seccion de ambos bordes uterinos. Bien es verdad que esta seccion se hace entre pinzas las que muchas veces son de dificilissima colocacion y que dificultan la seccion transversal del cuello uterino. Estas mismas pinzas son causa de la dificil maniobra de comienzo de la seccion inferior de los anexos y hasta de la dificil ligadura de las arterias uterinas.

El procedimiento de hemiseccion verdadero, segun la técnica de Faure proporciona extraordinarias facilidades en los casos que de no usar tal proceder resultarian embrollosos y dificilissimos para ser operados. La seccion de la matriz hecha en su linea media y de arriba á abajo á tixereta con tixereta fuerte y que corte bien se hace exangüe y rapidamente; queda útero partido en dos mitades, por seccion limpia y completa. Al llegar á nivel del istmo, ó si se quiere más abajo se seccionará hacia fuera primero una mitad del útero cayendo asi sobre la arteria uterina la que se liberará y seccionará antes de proceder á la denudacion inferior de los anexos

con lo cual se evitará el estorbo que proporcionan las pinzas hemostáticas.

La primera mitad que se separa junto con los anexos correspondientes requiere para ser liberada cierta habilidad por ser de más difícil liberación que la mitad que se deja para después; se trabaja en efecto en estrecho campo ocupado por la mitad uterina y tumoraciones anexiales del otro lado. La mitad que se saca posteriormente puede extirparse con suma facilidad puesto que son más movilizables las partes enfermas pudiendo maniobrase con gran libertad.

Quedan las partes después de estas hemisecciones un tanto irregulares costando á veces un verdadero derroche de destreza quirúrgica la recontención por peritoneización del suelo pélvico.

Las ventajas de este procedimiento de hemisección son verdaderamente notables; en ellos el desprendimiento anexial se puede hacer con sencillez.

127

llez extraordinaria evitandose casi siempre el desgarro de las paredes de los quistes anexiales no efectuandose asi el derrame de los exudados en ellos contenidos. Además las adherencias intestinales pueden ser tratadas con escasa violencia lo que proporciona garantias para no lesionar la pared del intestino puesto que encontrandose libres por toda su parte inferior los anexos las bridas de anexion con el paquete intestinal se pueden seccionar á la distancia que se quiera y luego recortar las piltrafas con todo cuidado. Las adherencias apendiculares pueden tambien tratarse despues de la liberacion del los anexos derechos por todo su contorno inferior resecando si se quiere el apendice en bloque con la trompa y ovario derecho.

Las veces que el foco post-operatorio queda muy irregular, hay adherencias sangrantes ó se han vertido colecciones de sospechosa virulencia puede dejarse colocado desagüe á lo Miculicka ó á lo Faure. Nosotros preferimos el primero porque el desagüe tubular á lo Faure no proporciona ni mucho menos las garantias que el desagüe con bolsa de gasa.

228

A veces desfiguran las lesiones tanto la fisionomía y la topografía de los órganos que es preciso poner en práctica procedimientos particulares de cada cirujano hijos de las circunstancias del caso y que resultan de mayor ó menor sencillez y elegancia según la habilidad manual del que opera.

Muy raras veces ocurre ahora esto dada la sencillez de los diferentes procedimientos de que nos hemos ocupado pero sin embargo en ciertos casos es preciso recurrir á maniobras irregulares requeridas por la complejidad lesional. Como ejemplo de esto citaré un caso operado por mi maestro y ayudado por mí en que las lesiones y la operación estaban y fueron del siguiente modo.

Se trataba de una perimetritis-anexitis de forma quística con grandes adherencias á la pared posterior de la pelvis y al paquete intestinal. El útero se encontraba en retroversión, flexión pronunciadísima, tanto que el hocico de tenca formaba un relieve á través del fondo vaginal anterior

229

y que hacia prominencia hacia el peritonéo retrocistico. Para hacer la histerectomia en tales circunstancias se sujetó con una pinza americana la prominencia que hacia el labio anterior del hocico de tenca y despues de seccionar el peritonéo se abrió el fondo vaginal anterior recortando vagina en toda su circunferencia como se hace en los procedimientos de Doyen y Richelot en las histerectomias antiguas por Miomas. Una vez recortado el collar vaginal se procedió á la hemiseccion uterina de cuello á fondo quedando asi simplificado el caso pues pudo procederse despues de enderezado el útero y de desprendidas las adherencias como en un caso de hemiseccion vulgar. Este caso fuó tambien notable porque hubo perforacion rectal que apesar de haber sido cosida originó fistula ostercolacea abdomino-vaginal que curó perfectamente al mes y medio de la intervencion.

Otras veces las intervenciones irregulares consisten en la previa extirpacion del útero á lo Terrier lo cual nosotros conceptuamos que no debe constituir nunca procedimiento de eleccion. En otras circunstancias hay

230

250

que recurrir á la extirpacion de los anexos procediendo de arriba á abajo. Esto trae consigo grandisimas dificultades técnicas y serios peligros de traumatismos viscerales.

Algo hemos de decir ya que nos ocupamos de estas arriesgadas intervenciones de las complicaciones operatorias que pueden producirse durante el curso asi como de su oportuno remedio.

En primer término diremos algo de la complicacion más frecuente, que es la lesion del intestino. Esta puede tener lugar: al incindir el peritoneo, al desprender las adherencias intestinales y al extirpar los anexos cuando se los desprende por su polo inferior.

Los cortes dados en el intestino cuando se abre el saco peritoneal casi siempre son debidos á que el paquete intestinal forma plastron con el peritoneo de la pared; en estas circunatancias aun cuando se proceda cautelosamente se hiere con facilidad el intestino delgado. Esta lesion

201

debe ser reparada inmediatamente por sutura mucomucosa recubierta por serosa que penetre hasta la muscular. El asa herida y remendada debe siempre colocarse al terminar la operacion muy cerca de la herida abdominal para que si se produce fistulacion estercolacea se constituya un anillo abdominal salvador de la vida de la enferma.

La lesion del intestino al desprender las adharencias casi siempre suele ser por desgarradura quedando la muscular ó la mucosa al descubierto. En algunas veces la lesion puede ser perforante. En estas circunstancias tambien debe ejecutarse inmediatamente la restauracion bien por sutura directa del intestino, ya por recubrimiento plastico con peritoneo ó falsa membrana de partes contiguas ó ya con reseccion intestinal si el destrozo del conducto hubiera sido notable.

Las lesiones del intestino ocurridas al desprender el polo inferior de los anexos prolapsados en el fondo peritoneal de Douglas casi siempre

232

252

ocurren por hallarse desgastada en parte la pared del intestino recto quedando perforada al desprender los anexos. Casi siempre en estos casos es dificultosísima la sutura por la gran profundidad á que hay que ejecutarla quedando el orificio incompletamente obturado. Suelen suceder á estas lesiones fistulaciones estercoraceas francamente fecales en la lesión rectal y de aspecto fecaloideo-gleroso en las lesiones del intestino delgado. Las curas sucesivas de estas lesiones intestinales que nosotros hemos tenido la suerte de que no nos haya matado más que á dos enfermas tuberculosas deben ejecutarse con sumo cuidado y dos veces al día, limpiando perfectamente el foco cloacal y lubricando la superficie cutanea con pomada de oxido de zinc y subnitrate de bismuto á base de baselina. Con las curas diarias dobles de estas fistulaciones hemos obtenido curaciones verdaderamente curiosísimas pues grandes anos abdominales han cerrado en quince veinte veinticinco dias de curacion.

Las lesiones de la vejiga casi siempre dependen de deficiencias técnicas; unas veces pueden ser debidas á que al preparar á la enferma no se hizo la debida evacuacion del reservorio urinario; en otras ocasiones la vejiga se hiere durante ciertas maniobras de las dificiles histerectomias por los procesos inflamatorios quisticos. Si no se tiene cuidado antes de ejecutar la hemiseccion de seccionar el peritoneo vésico uterino y romper las conexiones vesico cervicales, puede ocurrir que al llevar la tigura hacia el itsmo uterino se muorda la pared vesical perforándose asi la vejiga. Principalmente hay más peligro en las histerectomias totales que en las subtotales de herir la vejiga puesto que en esta ultima histerectomia hay que llevar la exéresis más profundamente. En la histerectomia por decolacion á lo Faure unicamente hay peligro de lesionar la vejiga cuando la operacion se hace cortando el cuello de atras adelante pero si se tiene cuidado de aislar bien la pared vesical posterior entonces se evitará la lesion; si la decolacion se hace de adelante á atrás, no hay cuidado de

herir la vejiga. En el procedimiento americano es muy difícil á no ser que se obre torpemente, que ocurran las lesiones que mencionamos.

Las lesiones de la vejiga ocurridas durante el curso de estas histerectomias tanto si han sido producidas por el bisturí, con la tigura ó por desgarró al pretender desinsertar adherencias, se repararán inmediatamente con la sutura hecha con catgut y protegida por algunos puntos seroseros puestos con seda . Algunas veces es preciso completar la reparacion de la herida vesical mediante la cistopexia, por sujecion del fondo vesical hacia la herida abdominal; es muy prudente colocar en estos casos desagüe mediante una mecha de gasa estrecha y que en el caso de constitucion de fistula urinaria servirá para salvar la vida á la enferma.

Cuando se constituyen las fistulas urinarias, puede verterse el contenido de la vejiga hacia la herida abdominal ó si la vagina se ha abierto hacia la vulva. El olor amoniacal del aposito manifiesta bien tempranamente la existencia de la fistulacion urinaria.

205

255

La curacion de estas fistulas urinosas suele efectuarse con facilidad relativa cuando son abdominales y mucho más pronto la salida abdominal cuando son fistulas urinosas abdomino-vaginales. Las curas consisten en el lavado hecho dos veces al dia cuidando de proteger la superficie cutánea abdominal mediante la pomada de oxido de zinc y subnitrate de bismuto.

Las fistulaciones urinarias que son sumamente rebeldes al tratamiento son las vaginales. Nosotros las hemos observado en cuatro enfermas entre cerca de seiscientas intervenciones.

De estas cuatro enfermas que quedaron con fistula, una curó espontáneamente por obliteración retráctil del orificio fistular, esta curación sobrevino próximamente al mes de la intervención.

En otra enferma fueron precisas varias operaciones vaginales curando por fin la operada (Lolita) mediante una colpoclesis muy alta ingeniosamente ideada y practicada por nuestro maestro mediante la talla y sutura de colgajode la pared posterior de la vagina cuyo borde libre se unió al inf

136

ro-anterior de la fistula.

Otra enferma (Pepita, la peinadora), desgraciadamente no ha podido a pesar de las seis intervenciones que se han hecho con este objeto; actualmente el orificio fistular es tan pequeño como el que se puede hacer con la punta de una pluma y no acaba de cerarse apesar de las repetidas cauterizaciones que con el thermo se le han hecho.

Y otra enferma en fin, operada en este curso que se pensaba hacer una histerectomia subtotal y resultó total; esta enferma que en el curso postoperatorio sufrió una grave pulmonia doble, comenzó á orinarse por la vagina al dia siguiente de la operacion y actualmente (tres meses de fecha de la intervencion) la fistula no lleva trazas de curarse.

Otro órgano que puede lesionarse durante el curso de las graves histerectomias de que hablamos es el ureter aun cuando gracias á la histerectomia subtotal rarisimamente suele ser lesionado. Apesar de todo en estas lesiones inflamatorias-quísticas con adherencias suelen estar sumamente alt

257

25

radas las relaciones anatomicas y no seria de extrañar que el ureter por confusion fuera seccionado.

Una vez he visto seccionar á mi maestro el ureter en un caso de lesiones anexiales muy complicadas; el conducto urinario fué resecaado en dos ó tres centímetros y no hubo más remedio que hacer una uretero-cistoneostomia con cistopexia; la enferma curó definitivamente.

En otro caso aun cuando no de lesiones anexiales pero que por ser de la indole que tratamos aqui lo cito, seccioné yo el ureter; se trataba de un mioma telangiectásico que habia rechazado el ureter derecho hacia arriba y afuera; entre dos ligaduras y creyendo que se trataba de una brida de adhesion corté el ureter en una extension de tres ó cuatro centímetros. En este caso no fué posible hacer la anastómosis ureteral; el conducto se abocó á la piel. La enferma al mes y medio de operada murió en la clinica.

Una vez que hemos dicho que en general y salvo los casos de contraindicación conceptuamos preferible la histerectomía subtotal á la total vamos á mencionar ahora segun los casos observados por nosotros la suerte de la muñon cervical así como las complicaciones y accidentes á que puede dar lugar.

En primer término diremos que la mayor parte de las veces el cuello del útero sigue en su sitio sin sufrir ninguna alteración nutriendose perfectamente gracias á los ramos cervicales de las uterinas y á las anastomosis de las vesicales, vaginales y hemorroidales medias. El aspecto que suele ofrecer por el especulum un cuello que se ha dejado tras la histerectomía subtotal es el aspecto de un cuello normal y á veces hasta por el tacto parece como que existe útero pudiendo esto dar lugar á equivocaciones respecto á la existencia de órganos que han sido amputados.

Citaremos por lo muy curiosos dos casos en los que la menstruación

29

25

por lo menos una hemorragia periodica, se producía á expensas de la mucosa del cuello del útero y de lo que hubiera quedado de segmento inferior del mismo. En uno de estos dos casos tenemos la seguridad de que se dejó un pedazo de ovario pero en el otro caso creemos que no se dejó el menor vestigio de organo ovulogeno.

Esto unido á que la sensacion de tacto hecho por la misma enferma la deja más ilusionadas respecto á su papel sexual es un fenomeno ventajoso en favor de los procedimientos subtotales.

Por el contrario hay casos en los que el muñon sufre graves alteraciones que pueden reclamar su ulterior extirpacion.

Hemos visto, de una parte la atrofia y retraccion del cuello; otras veces hemos observado el edema y abultamiento del hocico de tenca. Las erosiones, huevos de Nabott, cicatrizaciones retractiles localizadas en uno de los labios cervicales, etc. etc. pueden ser otros tantos accidentes que ocurran en el muñon.

240

250

El muñon cervical puede ser motivo de dolores y de leucorrea conceptuándose en tales casos las mujeres tan enfermas como antes de la intervencion.

El dolor puede ser espontaneo y en estos casos se halla ó localizado en el sitio del cuello ó extendido hacia las regiones iliacas y lumbosacras. El dolor provocado puede serlo durante el coito ó mientras las maniobras exploratorias. Este dolor unas veces es producido al comprimir el cuello otras al movilizarle; en el primer caso se suele tratar de inflamaciones parenquimatosas del muñon y suele tratarse de cuellos grandes abultados e inflamados y lividos; cuando el dolor es producido por la movilizacion se trata de procesos inflamatorios perimuñonales y en estos casos el cuello suele aparecer retraido y atrofico.

En un caso (Encarnacion Bodegas) fué preciso que extirparamos secundariamente el muñon por sufrir la enferma dolores provocados y espontaneos. La extirpacion se hizo como el primer tiempo de una histerectomia vaginal.

241

257

tuvo de notable este caso la abundante hemorragia que se produjo una vez se llevó la enferma á la cama para cuya colbicion tuve yo que intervenir puesto que mi maestro ya se habia marchado de la clinica, para detener la sangre fué preciso hacer una sutura del collar vaginal. Esta enferma dejó de tener dolores y al cabo de algun tiempo volvió á la clinica por encontarse enferma de su aparato renal.

Tambien debemos mencionar aquí las veces que el muñon es motivo del mantenimiento de supuraciones muy largas debidas á la deficiencia del desgüe. Suele producirse detras del muñon voluminosos accesos que entretiene la supuracion abdominal. Es preciso en tales circunstancias recurrir ó la colpotomia ó la extirpacion del muñon.

Estos casos no son muy frecuentes. En nuestra clinica unicamente en tres se han producido estas colecciones paramuñonales. En uno se hizo la extirpacion del muñon, en los dos restantes se ha ejecutado la colpotomia.

242

247 20

RESULTADO DE LAS INTERVENCIONES

--:--:--:--

Despues de operadas las enfermas suelen curar radicalmente en un ~~por~~ por ciento muy elevado de los casos. En nuestra clinica se alcanzan en 98 por 100 de curaciones definitivas. La curacion sobreviene rapidamente, quedando la enferma sin dolores en cuanto desaparecen los inherentes á la operacion. Es verdaderamente admirable como mujeres que tenian que estar constantemente encogidas por el dolor, dejan de sufrir y en cuanto se hayan contractado los planos abdominales, pueden abandonar el lecho sin que el menor accidente sobrevenga. Cuando las cosas vn bien puede ocurrir como he visto en algunas histerectomizadas de nuestra clinica que al dia siguiente ó á los dos dias de la intervencion pueden cambiar de posicion en la cama con movimientos agiles y desenvueltos. El abandono del lecho puede permitirse de los quince á los veinte dias de la operacion y generalmente pueden

243

andar las enfermas sin ninguna molestia. Algunas veces los movimientos de flexion del tronco determinan dolor lumbar y lumbosacro y ciertas tirantes hacia las fosas iliacas y á la region infraumbilical. El uso de faja hipogástricas que sujeten las vísceras abdominales evitan mucho los dolores de las recién operadas.

La miccion y la defecacion, cuando las intervenciones resultan bien no quedan dificultadas y lo que unicamente suele observarse es una anuria pasagera que no dura más que uno ó dos dias. Esta anuria en los casos de que nos ocupamos puede ser debida ó á fenómenos inhibitorios reflejos provocados por el traumatismo pélvico ó á causas mecánicas tales como la desaparicion del bloque constituido por el útero y los anexos tumorales. Los cateterismos repetidos con prudencia son suficientes para que estimulada la vejiga continúe auctoconamente su funcionalismo corrigiendose asi esta anuria pasagera postoperatoria. Estos cateterismos, claro está que tienen el inconveniente de la posible infección vexical.

244

26

Los trastornos de la defecacion que siguen á las intervenciones de que nos ocupamos no suelen pasar dentro del limite fisiologico de un estreñimiento más ó menos rebelde. Nosotros tenemos la costumbre si no hay contraindicacion, de administrar un purgante (treinta gramos de aceite de ricino), al tercero ó cuarto dia de la operacion. Consideramos contraindicaciones del uso del purgante la existencia de infeccion peritoneal y la del desagüe abdominal; tambien cuando hay temor á hemorragia juzgamos contraindicado el purgante. Cuando se ha colocado desagüe á lo Miculickz ó se ha herido en el curso de la intervencion un asa intestinal en vez de purgante usamos lavativas de agua herbida á la que se le adiciona por litros cien gramos de glicerina neutra.

A nuestras operadas si el curso postoperatorio es bueno las damos de comer al tercero ó cuarto dia de la operacion.

Puede por el contrario la intervencion ser motivo de muerte aun cuando gracias á los adelantos modernos de la técnica operatoria con su practica

245

aseptica ocurre este hoy en un tanto por ciento sumamente bajo.

En nuestra clinica cuando se opera en buenas condiciones, en las que podemos garantizar los medios de limpieza resulta rarisima la muerte tras de estas intervenciones aun cuando hayan sido sumamente laboriosas.

Casi siempre la muerte sobreviene por infeccion peritoneal y alguna que otra vez puede ser debida ó á hemorragia (caso ya citado) ó á ileus mécánico.

En nuestra clinica soy yo casi siempre quien hace las autopsias y estoy completamente convencido que es la infeccion la causa frecuente de las muertes postoperatorias. Casi siempre he observado al abrir el vientre de las que han muerto tras la intervencion, que existian las causas de muerte ó á nivel de las suturas del peritoneo pelviano ó en la herida abdominal. Las colecciones purulentas ó las sanies hematomurulentas parecian estar en relacion intima con los sitios que más se habian manoseado durante las técnicas. El epiploon, las asas intestinales, etc. se hallaban embadurnados p

246

masas semisolidas, grumosas, formadas por pus fibrinoso; en el epiploon se suelen hallar principalmente hacia el borde libre conglomerados fibrinosos de peritonitis infectiva. Casi siempre las asas del intestino se hallan dilatadas por parexia, inyectadas por congestion y salpicadas de grumos purulentos. Los bordes suturados en el foco operatorio suelen hallarse necrosados y desprendidos.

Otras veces la muerte como hemos dicho puede sobrevenir por hemorragia; esta no la hemos observado más que una vez y fué debida al uso de un procedimiento sin acabar de perfeccionar.

La muerte por ileus mecánico la hemos observado otra vez; sobrevino una operación á la que se le habia practicado una operacion de cirugía conservadora complementada por cruzamiento de los ligamentos redondos con el objeto de modificar una retroposicion. Sobrevinieron los accidentes de la parálisis intestinal que llegaron á completarse con los fenomenos de la obstruccion. Recurrimos á las inyecciones de atropina, á los enemas abundantes,

247

aguar herbida jabonosa, agua salada, agua de seltz, onemas electricos, et
Nada dió resultado, cuando se iba á intervenir la enferma falleció. En la
autopsia encontramos además de la obstruccion del intestino por acodadura
una perforacion intestinal.

Los defectos de peritoneizacion, las malas direcciones en que se pue
den dejar colocados los organos en las operaciones conservadoras pueden s
motivos de esta clases de accidentes.

Como caso curiosisimo hemos de mencionar la muerte de una enferma ac
cida este curso, que sobrevino tras un delirio agudo de persecucion. En e
ta enferma el pulso nunca pasó de las 85 por minuto y la temperatura esta
ba en harmonia con la velocidad cardiaca. No habia timpanismo ni vomitos,
etc., es decir no habia ningun sintoma de infeccion peritoneal, el deliri
pues, era independiente de toda infeccion. Esta enferma que por su deliri
agresivo fué causa del susto de todas las operadas de por entonces murió
los cincobdias de comenzada su transformacion mental. No sabemos si atri-

buir el delirio, á la anestesias ó al traumatismo operatorio; la intervencion fué sencillamente una doble salpingectomia con fijacion del útero ha adelante.

El colapso no lo hemos observado tras ninguna intervencion.

En un tanto por ciento de los casos, más de lo que fuera de desear la curacion no sobreviene tras las intervenciones aun cuando estas sean las más radicales posibles. La continuacion de la enfermedad es considerada por las enfermas porque despues de operadas siguen con tantos ó más dolores que antes de la intervencion. Esta continuidad de los dolores unas veces tienen lugar inmediatamente despues de la operacion sin que haya habido ningun periodo de alivio; otras veces pasan las enfermas un tiempo más ó menos largo sin dolores sobreviniendo despues con tanto ó más impetu que antes tenian.

El que las enfermas no curen definitivamente despues de operadas, es debido á una serie de circunstancias que hemos de analizar y que pueden agruparse en los siguientes capitulos.

1.º - Casos de incurabilidad debidos á que la operacion se practicó prematuramente.

2.º - Casos en los que la incurabilidad es debida á que el proceso se haya extendido al peritonéo parietal y al intestinal.

3.º - Casos en que la incurabilidad es debida á la naturaleza de la lesion.

4.º - Casos en que la incurabilidad es debida á defectos en la técnica.

Cuando se opera á las enfermas antes de que se haya extinguido la virulencia por decirlo así, del proceso las intervenciones resultan incompletas por que no se puede formar idea el cirujano de hasta donde se debe llevar la exeresis.

Hay periodos subagudos en estos procesos cuya terapeutica estudiamos que duran bastante tiempo durante los cuales las lesiones definitivas no tñan acabadas de constituir.

En estos periodos subagudos son muy corrientes las agudizaciones motivadas por reinfecciones unas veces externas y otras debidas á la rotura de enquistamientos de exudados septicos.

En estas fases de subagudizacion el dolor es continuo y la temperatura escrupulosamente observada, denota elevaciones hipertermicas que manifiestan la actividad del proceso infectivo.

Las lesiones tienen en estos periodos un especial caracter de difusi pero no suelen ser lo suficientemente avanzadas para justificar á primera vista la histerectomia.

Principalmente existen lesiones de perisalpingitis y de perimetritis exudativas, con formacion de finas adherencias laxas. El peritoneo pelvico, tanto el parietal como el derevestimiento de las visceras se encuentran injurgitado por basos dilatados en congestion pasiva. El ostium peritoneo de la trompa se halla ó obstruido ó en vias de obstrucion y la trompa en conjunto se encuentra desviada de su posicion normal.

251

En estos casos, en los que como hemos dicho la lesión se encuentra en evolución resulta sumamente difícil la elección de conducta operatoria puesto que parece demasiado practicar la histerectomía en tanto que hace temer resultados defectuosos hasta la salpingectomía uni ó bilateral.

Se suele en estas circunstancias extirpar ambos anexos y ejecutar al mismo tiempo una histeropexia temporaria con el objeto de que las bridas posteriores no se vuelvan á soldar. El resultado de esto casi siempre es muy malo, la enferma sigue con dolores que se continúan sin pausa con los de antes de la intervención.

Aun cuando se hagan histerectomías en los casos en que el proceso se encuentra en su agudización, los resultados no suelen ser buenos por que alrededor de la sutura del peritonéo pelviano sigue la marcha de las lesiones inflamatorias contribuyendo así á la continuación de los dolores.

Es pues consejo de sana práctica aguardar á que el proceso se halle verdaderamente en frío como dicen los franceses para que de este modo no nos

252

quepa la duda de lo que debamos hacer.

Somos partidarios de los métodos radicales pero siendo completamente conservadores en las aberturas de los vientres, los que una vez abiertos deben serlo para curar definitivamente á la enferma no haciendo intervenciones que por lo prematuras resulten ineficaces.

Y es que además en estos periodos tempranos del proceso es muy difícil diferenciar los estados congestivos pelvigenitales inherentes á la marcha del proceso de aquellos otros que pudieran ser motivados por la proximidad del periodo menstrual, los reconocimientos repetidos, las congestiones intestinales, etc. etc.

Sería muy lamentable extirpar un útero que podría haber sido conservado por lo que la decisión para extirparle hubiera partido de equivocación en la manera de apreciar fenómenos al parecer lesionales.

Los casos en que el proceso se extiende al peritonéo visceral vecino constituyendo peritonitis crónicas periintestinales, epiploicas, rectales

253

etc. aun cuando estén ligadas á perimetroanexitis, es lógico que no se modifiquen con la extirpacion del útero y anexos puesto que se trata de perivisceritis independientes. Es muy difícil diagnosticar la preponderancia de proceso inflamatorio genital ó del perivisceral independiente puesto que la exploracion vaginal proporciona los signos de las perimetroanexitis; en realidad estas perimetroanexitis existen pero no suelen constituir más que la mitad del conjunto lesional y con la extirpacion de los organos genitales no se alcanzará por lo tanto la curacion del proceso. Bien es verdad que algo se alivian estas enfermas pero este alivio no es duradero.

Tenemos nosotros entre las operadas en nuestra clinica algunos ejemplos de este grupo de causas de incurabilidad, entre ellos el siguiente:

Tratase de una muchachita de diez y seis años que padecia una perimetroanexitis blenorragica. A esta niña se la hizo primeramente una extirpacion de los anexos izquierdos y una salpingopexia y ooforo-punctura del lado derecho. Al mismo tiempo se colocó el útero en su posicion normal media

254.

te un cruzamiento de los ligamentos redondos. La enferma despues de una mejoria que escasamente duró un mes comensó de nuevo con dolores, tan agudos que tras la ineficacia del tratamiento médico requisieron nuevamente la intervencion. Esta se ejecutó, decidiendonos entonces por la histerectomia; el ovario y la trompa derechos estaban soldados y constituian un enquistamiento supurado, se encontraban pégados ambos al apendice ileo-fecal; el útero se hallaba adherido al epiploon y al paquete intestinal; las adherencias no eran sin embargo muy firmes. Esta enferma apesar de la histerectomia no ha curado; sigue con bastantes dolores en el vientre espontaneos ó provocados por los movimientos intestinales ó por la exploracion. En esta enferma si se moviliza el muñon de la histerectomia subtot no se produce dolor y en cambio si se determina cuando se comprime el ba- vientre.

En esta enferma se trata de peritonitis cronicas viscerales que alg se han modificado con el masage y el iction.

255

Estas peritonitis periviscerales del intestino principalmente no tienen posible tratamiento quirurgico y hay que recurrir á los medios paliativos médicos tales como el masaje vibratorio y el ictiol.

En estos casos hemos recurrido tambien á la fototermoterapia y no hemos obtenido ninguna clase de resultados.

Hemos dicho que la incurabilidad podia ser debida á la especial naturaleza del proceso.

Ocurre muchas veces en los casos incurables, que se trata de perimetranexitis no diagnosticadas ni aun teniendo las piezas patológicas á la vista.

Clinicamente no son más que perimetranexitis cuya naturaleza no hay procedimiento logico con que poderlo adivinar. Unicamente el curso postoperatorio y la falta de curacion definitiva puede sugerirnos la idea de que se trata de tuberculosis. Esto principalmente ocurre en los cursos postoperatorios accidentados por la existencia de fistulas estercoreas á urina

25

rias, suelen ser de larga duracion y despues de curar como fistula vector de orina ó escremento, continuan como fistulas supurantes de gran duracion algunas veces el pus que sale por estas fistulas es espeso y contiene grumos de aspecto caseoso.

Aparte de la existencia de esta fistulas la continuacion del dolor es lo que representa el que la enfermedad no sea curada; las enfermas siguen con dolores y su estado con relacion al anterior de la operacion es peor puesto que al sufrimiento tienen que añadir las molestias y suciedades que proporciona la fistula aun cuando no sea más que purulenta.

En estos casos claro está que se trata de continuidad del proceso tuberculoso en la serosa peritoneo-intestinal ó cuando menos en los restos parietales de peritoneo pélvico.

No siempre la incurabilidad es absoluta; las enfermas pueden mejorar notablemente por cesacion de los dolores y por agotamiento de la manacion de la fistula.

Varios casos notabilísimos de curación por lo menos, porque al presente que hace más de tres años que han sido operadas algunas y aun siguen perfectamente, varios casos notabilísimos decía hemos tenido en nuestra clínica. Entre ellos tenemos el de una muchacha de diez y nueve años que fué operada por un notable ginecólogo el que después de hecha la parotomía, ante el mal aspecto de las lesiones volvió á cerar el vientre; á los pocos meses y por petición de la enferma nuestro maestro volvió á laparotomizarla procediendo ala extirpación del aparato genital superior por histerectomía hemisectora á lo Faure. Esta enferma tuvo un curso postoperatorio largo y penoso en el que se abrieron varios orificios de fistulaciones que dieron salida á materiales de aspecto caseoso; actualmente á los tres años de la intervención la enferma se halla tan perfectamente que figura en el cuadro artístico de una compañía teatral.

Parece ser que los restos del proceso tuberculoso que quedan tras

254

la panhisterectomia quedan ahogados por el proceso de cicatrizacion que se constituye en contornos del desagüe abdominal que se coloca por necesidad en esta clase de operadas. Es esto pues aun cuando el curso postoperatorio sea muy dilatado un precioso beneficio puesto que el proceso de esclerosis viene á aprisionar y á esterilizar las lesiones tuberculosas. A esto creemos nosotros que puede achacarse la curacion mejor que á esa influencia de la laparotomia simple que ciertos autores declaran á cuya opinion nosotros no la encontramos razon suficiente para llegar al convencimiento; en nuestros casos al menos es mucho más lógico suponer que la formacion cicatrizal ahoga á las lesiones finicas, constituyendose asi un proceso esencialmente identico al que usa la naturaleza para curar la tuberculosis (fibrosis de las lesiones).

Vamos á entrar ahora en el estudio de las condiciones que quizá más influyan en la incurabilidad del proceso perimetritico-anexial. Me refiero á los defectos de la tecnica operatoria. A pesar de que tiene todos los

Los de una sanción de Iero Grullo hemos de decir que es muy diferente el resultado de las intervenciones según que se haga la operación hábil y cuidadosamente ó que se haga una verdadera chapuceria quirúrgica. Quizá en otros procesos no tenga tanta importancia la perfección y pulcritud de la técnica pero lo que es en estos grupos de lesiones inflamatorias pelvi-metrotécnicas les vá mucha diferencia según que las secciones y las suturas se hagan atentamente ó que resulten picadillos y recosidos.

Principalmente contribuyen como defectos de técnica á que no cure el proceso por ser fuente de dolores: 1.º la incompleta extirpación de partes enfermas. 2.º la mala peritoneización. 3.º las ligaduras mal ejecutadas. 4.º la falta de constitución de buenos muñones. Y 5.º la sutura mal hecha de la pared abdominal.

Claro que influye muchísimo para que luego se puedan hacer bien las suturas y ligaduras que las exéresis y las secciones se hayan hecho de buena manera puesto que una hemisección torcida, sobrepasada ó corta, resulta

siempre motivo de dificultades técnicas posteriores.

Cuando incompletamente se extirpan las partes enfermas se comprende que la curación definitiva no se alcanza puesto que quedan tejidos inflamados y contundidos que serán asientos de adherencias.

Operando con cuidado puede muchas veces evitarse el olvido y abandono de piltrafas de órganos incompletamente extirpados pero otras veces apesar de proceder con gran orden es imposible llegar á extirpar todo lo enfermo sin correr el riesgo de lesionar órganos importantes.

Es casi siempre la trompa ó el ovario los órganos que no se pueden extirpar del todo cuando se trata de casos en que las lesiones son muy complicadas y sobre todo cuando existen salpingoovaritis quísticas de contenido purulento cuyas paredes se hallan engrosadas y adheridas á las partes vecinas.

Aun cuando se ejecuten los procedimientos de histerectomía que proporcionan la ventaja de poder atacar los anexos por su polo inferior resulta

261

que al desprender la parte externa de los quistes tubaricos ó ovaricos, los se desgarran y sus paredes posteriores sumamente adheridas quedan pegadas al ureter, intestino ó region de los vasos hipogástricos.

Nosotros hemos visto á nuestro maestro en algunas ocasiones costarle verdadero trabajo el desprendimiento de las últimas porciones de los anexos inflamados principalmente las paredes ovaricas muy alteradas y adheridas. Suelen estos tejidos ser sumamente friables y desgarrarse con la tracción de una pinza aun cuando esta tracción se haga de un modo moderado. Estos restos de anexos ocupan principalmente la vertiente posterior de los ligamentos anchos cuya hoja posterior de tales ligamentos se halla intimamente adherida á los espesamientos parietales de los quistes tuboovaricos de origen inflamatorio.

Merece tambien citarse como extirpacion incompleta de lo enfermo el hallado de un muñon cervical sumamente grande que se halla constituido en su parte por el tercio inferior del cuerpo del útero. Estos muñones colosa

262

no tienen ninguna ventaja sobre la doble anexiectomy con conservación del útero sino que por el contrario resultan más defectuosos puesto que sección transversal del útero y la sutura del peritonéo sobre él siempre motivo de cicatrizaciones que pueden ser dolorosas y que pueden dar como resultado inflamaciones y supuraciones muñonales. El vaciamiento interior muñon mediante el tallado de una cuña de base superficial de sección tal como la ejecutaban Kelly, Doyen, Dartigues, etc. no reporta otra ventaja que la más fácil sutura del mismo muñon pero que tiene la dificultad de poder dejar un espacio en comunicación con la cavidad del cuello que puede convertirse en antro de supuración.

Los pedazos de órganos abandonados en unión con el intestino son también motivo de dolores postoperatorios cuyos dolores son preferibles a la lesión del intestino que reclamaria un zurcido ó la resección. Estos trozos pegados á las asas flotantes permanecen libres más ó menos tiempo pero al fin y al cabo se adhieren á la pared íntimamente y son causa de gran

dolores durante los movimientos intestinales.

Los defectos de técnica que se cometen al reconstituir el suelo pélvico después de practicada la histerectomía pueden tener como resultados la producción de dolores postoperatorios.

La infección de los puntos de la sutura de peritoneización determina por encima, peritonitis adhesivas a los órganos móviles y por abajo parametritis que pueden llegar a ser supuradas.

La línea de sutura en sí, constituye cuando se infecta un engrosamiento alargado sumamente doloroso a la exploración de la palpación y tacto binados.

La peritonitis que se verifica encima de las suturas, cuando no llega a generalizarse constituye únicamente en el curso postoperatorio el motivo de una elevación térmica más ó menos notable y una frecuencia de pulso que muchas veces pasa de las ciento por minuto.

Generalmente estas peritonitis dependientes de la infección de 1-

sutura de peritoneizaci3n se localizan y el pus si es que se forma puede enquistarse. Estos enquistamientos puede ocurrir que se rompan y si la enferma no guarda el reposo debido pueden sobrevenir peritonitis mortales tardias. Ejemplo de estos casos tenemos uno muy reciente de nuestra clinica.

Se trataba de una enferma que padecia un proceso perimetritico anexo en el que las trompas constituian piosalpingx. Se la practic3 por el Doc Parache una histerectomia por el procedimiento de hemiseccion 3 lo Faure. La operacion perfectamente llevada 3 cabo por este joven cirujano no tuvo ningun accidente. La enferma reaccion3 pronto y bien. Seguramente seria una mujer un tanto desequilibrada pues la misma tarde de la intervencion por ni la enfermera ni sus compa1eras la quisieron dar agua segun nuestra orden. salt3 de la cama y ~~comio~~ ^{bebio} agua de un pesado c3ntaro que estaria 3 tres 3 cuatro metros del lecho. El pulso era de noventa y tantas pulsaciones por minuto y la enferma se encontraba bien. A los tres 3 cuatro dias de operada se vio 3 repetir su viaje 3 por agua y 3 las cuatro 3 cinco horas de esta -

265

gunda barbaridad el pulso ascendió á ciento veinte y comenzaron á manifestarse típicamente los síntomas de peritonitis. Al finalizar el segundo día del accidente la enferma estaba gravísima, los vómitos eran incosantes, e meteorismo abdominal exagerado, el pulso veloz y la enferma se hallaba fr. Hice el reconocimiento vaginal á esta enferma y hallé el fondo de saco posterior de la vagina, ocupado por una colección líquida. Después de hacerle una inyección de suero subcutánea la practiqué una colpotomía y di salida unos doscientos gramos de una sangre turbia con ráfagas purulentas y de mal olor; junto con la sangre salió el esfacelo del borde de sutura. A continuación la puse una inyección intravenosa de suero fisiológico y se la locó en la cama rodeada de calentadores. A las ocho horas la enferma entró en la agonía.

Las parametritis debidas á la infección de los puntos de sutura del peritonéo, no siempre terminan por la supuración y lo que generalmente ocurren son celulitis que acaban por la retracción cicatricial dolorosa ~~con e~~ ~~frustración~~ con e

fruncimiento peritoneal; sin embargo he visto casos en que se han producido inflamaciones retrofemorales que han llegado á la constitucion de accesos que fué preciso abrir por colpotomia.

Las veces que estos accidentes y de un modo principal la peritonitis ocasionan la muerte pueden ser causa de procesos inflamatorios crónicos que continuen los dolores que sufría la mujer antes de operada.

Aun cuando los puntos de sutura de peritoneizacion no se infecten puede ocurrir que por la mala coadaptacion de los bordes de peritoneizacion sulten partes mal peritoneizadas que seguramente serán el asiento de bridas de adherencias.

El cosido de la peritoneizacion lo más prudente sería ejecutarlo desde la precisa adaptacion de bordes, mediante puntos entrecortados; esto tendría el inconveniente de alargar muchísimo la duracion de este tiempo operatorio pero tendría la ventaja de que las infecciones debidas á un punto, serian perfectamente localizadas. Para hacer algo intermedio á la sutura

continua y á la entrecortada; puede ejecutarse una sutura continua para cada trecho de cuatro ó cinco puntos; así si sobreviene una infección debida á la seda podrá quedar localizada.

De los sitios más difíciles de peritoneizar son la parte superior y externa de lo que fué base de los ligamentos anchos y la parte correspondiente al muñon aun cuando esta última queda facilitada con el cierre mismo del muñon.

Las peritoneizaciones á estilo de Queirel, Judet, Tuffier, Terrier, pueden algunas veces emplearse con éxito en los casos de difícil reconstrucción. Nuestro maestro en algunas ocasiones le hemos visto peritoneizar con el meso de la S. iliaca.

Tienen mucha importancia en los detalles técnicos la buena ejecución de las ligaduras y la constitucion de muñones.

268

Desde que la histerectomia se ejecuta con la reglamentacion y orden en cuanto á los pedículos vasculares, ha quedado la hemostasia en las extirpaciones del aparato genital reducida á una sencillez extraordinaria; en realidad no se necesitan más que seis ligaduras para dejar exangüe el campo operatorio pélvico.

Estas ligaduras se deben siempre efectuar por aislamiento de cada boquilla vascular pues la ligadura en conjunto de la piltrafa que contiene vaso produce una irregularidad que puede ser motivo de adherencias y por ende de la continuidad de los dolores.

Es cierto que si la seda está bien esterilizada no ocasiona ningun retorno y que por lo tanto no son achacables á la ligadura en si los fenómenos subsiguientes, pero como quiera que este material es de difícil esterilizacion y de facil contaminacion durante las técnicas operatorias se comprenderá la gran importancia que tiene la ejecucion de ligaduras con poca seda colocadas más aisladas posibles.

Dos clases de accidentes que entretengan la curacion del curso postoperatorio pueden dar lugar las ligaduras; uno la inflamacion aguda seguida de supuracion y otro la inflamacion que desde el primer momento clinicamente la podemos considerar como crónica.

La supuracion á lo que casi siempre dá lugar es al establecimiento de pequeños accesos determinadores de fistulas de larguísima duracion. Estas fistulas son sumamente rebeldes al tratamiento y unicamente concluyen cuando por el orificio fistuloso se expulsa el nudo de seda.

En varios casos hemos observado nosotros esta falta de curacion debido á la seda y muy pocas veces hemos podido nosotros directamente extraer la causa del accidente pues casi siempre lo que ocurre es que las sedas caen solas pero al cabo de muchísimo tiempo de la existencia de la fistula.

Usamos como medios de limpieza en estos trayectos fistulosos, el agua oxigenada, la tintura de iodo y las locciones con agua esterilizada.

Cuando los accesos determinados por las sedas de ligaduras se encuen-

219

en los lados del muñon; suelen tender á abrirse hacia la vagina y de esto he tenido yo el ejemplo con una enferma que despues de operada por mi maestro tuve que colpotomizar yo en mi consulta de la Cruz Roja.

Los accidentes que con mayor frecuencia suelen producir la mala constitucion de pedículos de ligadura son los de peritonitis cronicas localizadas al sitio en que se coloca la seda. Casi siempre se trata de inflamaciones de marcha insidiosa que ocasionan las adherencias de los organos con que se unen lo cual determina en último término la constitucion de bridas productoras del dolor.

De los pedículos que se constituyen en la histerectomia el que merece más especial cuidado es el del ligamento infundibulo-pélvico. Este casi siempre suele ser bastante largo é irregular y puede ser motivo de los unos de los accidentes á que hemos hecho mencion.

El pediculo de la uterina cuando se ha hecho en buenas condiciones el hallazgo del vaso no ofrece ninguna dificultad. Ocurre sin embargo alguna

271

veces que por encima y por dentro del tronco principal de la uterina axo-
dente que es la que se liga en la histerectomia subtotal, sangran alguna
arteriolas hijas de la misma uterina y que para cohibir su hemorragia se
ce preciso la ligadura por sutura. Esta ligadura resulta en bloque y por
tanto ligadura atípica.

La ligadura de la arteria del ligamento redondo puede ejecutarse mu-
bien y casi nunca es motivo de accidentes.

El mejor procedimiento para evitar los accidentes que origina la pro-
duccion de peritonitis crónicas adhesivas peripediculares, es la invagin-
cion de los pediculos por debajo de la linea de sutura de peritoneizacio-
del suelo pelvico.

Esta peritoneizacion que abarca las ligaduras en lo que tiene impor-
cia es en los sitios del pediculo infundibulo-pélvico. Estos ligamentos
despues de haberse dejado en buenas condiciones su ligadura deben imbric

se por debajo de los restos del ligamento ancho quedando así ocultos después de la sutura.

Cuando se llega á nivel de la ligadura de la arteria del ligamento ancho donde la aguja cojerá la serosa peritoneizante por fuera del sitio ligado de este modo se podrá quedar oculto el cabo de ligadura.

La arteria uterina claro está que siempre queda profundamente.

Cuando en realidad las ligaduras están expuestas á la infeccion es en los casos en que hay necesidad de dejar establecido el desagüe á lo Micul y en aquellos otros en que no ha sido posible una completa peritoneizaci

Ultimamente diremos algunas palabras acerca de la falta de curacion completa que pueden determinar las cicatrices abdominales.

El dolor y la infeccion aparte de otro accidente del que ya nos hemos ocupado, pueden ser las complicaciones de la cicatriz abdominal y que dan por resultado ó la constitucion de fistulas ó la produccion de dolores.

Casi siempre estos accidentes dependen de la mala ejecucion de las s

275

turas.

Los fenomenos infectivos claro está que son extraños á la habilidad operador pero los fenomenos dolorosos casi siempre son motivados por que suturas están hechas en malas condiciones. Los dolores pueden depender de cicatriz defectuosa producida en el seno de la pared ó de la falta de uno de los bordes peritoneales que dan por resultado la existencia de una superficie desprovista de serosa muy apropiado para que se adhieran á ella el intestino ó lo que es más comun el epíplon.

Nosotros hemos visto en algunas relaparotomizadas como se pega el omento mayor á la pared desprovista de serosa parietal. En algunas enfermas la adherencia era muy firme y sujetando á un organo que debiera ser movable comprende que fuera causa de dolores y tirantezas durante los movimientos activos del estómago é intestinos.

La mala sutura de los bordes musculares ocasiona aparte de la constatación tardía de una cicatriz apropiada para las eventraciones, hemorragias

inmediatas que forman colecciones ó hematomas que tienden á salir al exterior siendo motivo de la desunion de los bordes superficiales.

La gran separacion de los bordes musculares al producir la cicatriz tractil ocasiona fruncimientos que pueden ser dolorosos.

La sutura de los bordes superficiales requiere cierta delicadeza por que la falta de coadaptacion de la herida laparotomica entretiene la cura por la formacion de bordes carnosos que tienen que ser cauterizados con nitrato de plata.

Esta falta de coadaptacion de bordes puede ser causa de la desunion un trozo más ó menos extenso de la herida y esta soltura produce unas superficies cruentas que tardan en cauterizar.

Para acelerar esta cicatrizacion empleamos en la clinica desde hace muy poco tiempo el antiguo emplasto ó bálsamo cativo-mangle modernizado. La modernizacion de este antepasado terapeutico consiste en su completa esterilizacion.

279

Hemos de declarar apesar de los recelos que la anticualla terapeutica nos inspiró los resultados obtenidos son bastante satisfactorios pues algunas cicatrizaciones que por lo atónicas resultaban casi ulcerosas mejoraron muchisimo y rapidamente entraron en plena curacion. U

Unicamente á titulo de curiosidad indico este detalle.

Todas estas causas de tardanza ó de falta de curacion despues de los procedimientos radicales constituyen un tanto por ciento sumamente reducido pero cremos conveniente su estudio porque es muy dificil su tratamiento. Principalmente aquellos accidentes debidos á la constitucion de peritonitis crónicas por continuar el proceso ante la opinion de la enferma que es sin duda alguna el sujeto interesado.

De todas las causas que hemos examinado la estension del proceso más allá de la esfera genital y el haber intervenido antes del tiempo oportuno son las que más corrientemente ocasionan la incurabilidad del proceso.

Ante estos fenomenos bien poco puede hacer la terapeutica; menos mal

270

se trata de los accidentes ocasionados por localizaciones inflamatorias
los muñones porque últimamente de un modo directo se puede ir á ellos y
tirparlos.

En las continuaciones difusas del proceso crónico hay que recurrir
no haber otra cosa á los medios que ya indicamos en el tratamiento médico
tales como el ictiol, la termo-fototerapia, el masaje, la fibrolixina, e
etc.

El masaje ocasiona bastantes alivios; nosotros le ejecutamos ó con
mano ó con el aparato de que proporciona una vibracion
gularizable muy apropiado para poderla aplicar. Bastan algunas sesiones
masaje dado en la parte dolorosa del vientre para proporcionar mejoría á
enfermas.

La fibrolixina fabricada por Merck la he empleado yo en mi consulto
de la Cruz Roja en enfermas que despues de operadas en nuestras clinicas
bian seguido con dolores.

Este medicamento le he administrado en inyecciones profundas puestas en las nalgas.

La dosis es de dos centímetros cúbicos administrada un día si y otro no.

En algunas enfermas he obtenido alguna mejoría pero en otra no ha habido gran diferencia.

En algunas mujeres la inyección produce un ligero malestar con dolor de cabeza y un sabor como á cloroformo que se nota al poco tiempo de la inyección. Las inyecciones no son dolorosas y no proporcionan flemones ni abscesos.

He procurado en esta Memoria poner de manifiesto las dificultades y accidentes que tienen y á que exponen los procesos pelvimetro-anexiales su relacion con su terapeutica. Creo que sea esto más util que el contar detallar los éxitos porque de la apreciacion y estudio de los inconvenien surge la idea de la posible manera de evitarlos.

Quizá he abusado en los accidentes que ocasionan la falta de complet ppsteoperatoria pero tiene sumo interees el conocer porque una mujer á la se le ha extirpado el útero, las trompas y los ovarios, sigue con dolores ella se considera y con razón como si no estuviera curada. Claro está que algunas veces estos dolores postoperatorios no son definitivos pero duran mucho más que lo que debian curar porque las pobres enfermas al tener que ser dadas de alta en la clinica pperatoria se vén en la inmediata necesidad de dedicarse unas á las labores de su casa, otras á la explotacion indust

219

y otras en fin á la explotación de su sexo averiado. Rara es la mujer de operadas en el hospital que pueden curarse con toda comodidad despues de intervencion; tendria pues verdadera importancia científica y social la fundacion de establecimientos para convalecientes de este género en las que tuvieran las mujeres más ó menos tiempo despues de operadas.

Estos sanatorios asilos no habria inconveniente en que pudieran ser mismo tiempo talleres de obra que no fuera penosa y sobre todo que no requiriera principalmente el ejercicio de la mitad inferior del cuerpo.

Bien cuidadas en esta clinica de convalecientes podrian salir las enfermas completamente curadas.

Todos cuantos accidentes hemos referido unos intrinsecos del proceso otros dependientes de la crueldad del tratamiento manifiestan la importancia social de primer orden que tienen en la patologia los procesos pelvi-metr

230

anexiales por atentar contra la vida del individuo y por anular la reproducción y con ello ir contra la especie.

La blenorragia, la infección puerperal y la negligencia facultativa son las causas de tales desastres principalmente la primera de muchísima importancia la segunda y beneficiosamente rarísima la tercera.

Es pues una obra de protección social de gran importancia luchar contra la blenorragia asistir los casos obstétricos con extremada asepsia y enseñar ginecología á los médicos.

CONCLUSIONES

-:-:-:-

- 1.^a - Los procesos inflamatorios pelvi-genitales, que constituyen el grupo clínico de las perimetro-anexitis, llegan á determinar el profundo deterioro del útero, trompas, ovarios, y peritonéo pélvico, dejando inútiles á los órganos para fecundidad.

- 2.^a - Desde que comienza el proceso, hasta que alcanza los grados de mayor complejidad lesional, el sintoma constante es el dolor, que es el motive de la indicacion terapeutica.

- 3.^a - La mejoría ó la supresion del dolor se alcanza algunas veces gracias á los medios higienicos ó á los medios médicos tales como las ir-

gaciones calientes, el ictiól, la revulsion, etc. etc.

^a
- 4. - La mejoría ó la supresion del dolor representa la mejoría t
bien de las lesiones, lo cual puede tener lugar, unicamente cuando el cu
po principal del proceso anatomo-patológico lo constituyen fenómenos de
congestion.

- 5.^a - Cuando las lesiones llegan á ser de esclerosis con constitu
de adherencias, bridas de fijacion, enquistamientos de exudados y de
colecciones, etc. el dolor no desaparece definitivamente con los medios
dicos cuya impotencia representa la necesidad de los medios quirurgicos.

- 6.^a - Esta indicada pues, la intervencion quirurgica, cuando resu
ineficaces los medios médicos tras su oportuna aplicacion durante bastan
tiempo; pero si la enferma se alivia ó se resigna al padecimiento de los

lores, la indicacion de intervenir queda suprimida.

- 7^a - Indicados los medios quirurgicos, creemos que debe proceder por via abdominal, principalmente para poder examinar de visu el estado las lesiones, del que depende la conducta que se siga.

- 8^a - Si las lesiones se encuentran limitadas á los anexos de un do unicamente, con su extirpacion es suficiente; pero la unilateralidad esta clase de lesiones en estos procesos es rarissima cuando la indicacion operatoria llega á establecerse.

- 9^a - La llamada cirugia conservadora anexial, contadisimas veces dá resultados satisfactorios en el tratamiento del proceso de que nos ocupamos, ocurriendo que despues de operadas, siguen las enfermas con tanto dolores ó mas que antes de la intervencion, por continuar el proceso su

marcha complicandose las lesiones.

- 10.^a - A lo que hay que recurrir para dejar curadas á las enfermas definitivamente en la casi totalidad de los casos es á la histerectomia

- 11.^a - Esta histerectomia creemos que debe practicarse por via abdominal, porque por via vaginal la operacion resulta difícil ó incompleta, siendo por lo tanto radicalmente curadora.

- 12.^a - De los métodos abdominales de histerectomia preferimos el total, por creerle más sencillo, más rápido y menos grave que el total.

- 13.^a - Entre los procedimientos preferimos: El americano de Kelly en los casos en que los anexos de uno ó de los dos lados son movilizables no son tumorales; y el de hemiseccion á lo Faure cuando los anexos de am

lados están fijos y aumentados de volumen.

- 14.^o - A pesar de la histerectomía hay casos en que los dolores desaparecen, continuando la enfermedad por extensión de las lesiones al peritonéo parietal pelviano y al visceral intestinal vexical y rectal. tales casos nada puede hacer la cirugía, teniendo que volver á recurrir los medios médicos que unicamente resultan paliativos.



- 15.^o - Esta incurabilidad del proceso puede depender: 1.^o de no haber operado en tiempo oportuno. 2.^o de la gran extensión de las lesiones. 3.^o de la naturaleza tuberculosa del proceso. Y 4.^o de defectos de la técnica.

Madrid 1.^o de Mayo de 1907

*Admirable
y allent*

Nicolas Recano y Trueta

Signature

Recepción de examen del grado de doctor
el día 2 de Julio 1907 obtenido por el Sr.
de Sobresaliente

Mano propia
de Aguilar

Antonio García

Antonio García

Antonio García
José Serrano

