2421

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DE LAS

SUPURACIONES PELVIANAS

TÉSIS INAUGURAL

DE

FRANCISCO MOLLARD

Ex-practicante mayor del Hospital Francés

BUENOS AIRES

IMPRENTA EUROPEA, MORENO ESQUINA DEFENSA

1893

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DE LAS

SUPURACIONES PELVIANAS

TÉSIS INAUGURAL

DE

FRANCISCO MOLLARD

Ex-practicante mayor del Hospital Francés

BUENOS AIRES

IMPRENTA EUROPEA, MORENO ESQUINA DEFENSA

1893

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DÉCANO

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

VICE-DÉCANO

DR. D. EUFEMIO UBALLES

ACADÉMICOS HONORARIOS

DR. D. SANTIAGO LARROSA
« « ERNESTO ABERG
« « PABLO MARENGO
« « EDUARDO WILDE
« « IGNACIO PIROVANO
« « MARTIN SPUCH

ACADÉMICOS TITULARES

DR. D. MAURICIO GONZALEZ CATAN
« « MANUEL ARAUZ
« « LEOPOLDO MONTES DE OCA
« « JOSÉ T. BACA
« « RAFAEL HERRERA VEGAS
« « PEDRO MALLO
« « JOSÉ M. ASTIGUETA
« « JACOB DE T. PINTO
« « EUFEMIO UBALLES
« « JUAN R. FERNANDEZ
« « ENRIQUE E. DEL ARCA
« « PEDRO N. ARATA
« « MANUEL BLANCAS
« « ROBERTO WERNICKE
« « PEDRO LAGLEYZE

SECRETARIO TITULAR

DR. D. LUIS DE LA CÁRCOVA

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomia descriptiva	Doctor Juan José Naon.
Anatomía topográfica	» Mauricio Gonzalez Catan.
Histologia teórico-práctica	» Andrés F. Llobet.
Fisiologia general y humana	» José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	» Meliton G. del Solar.
Patologia general y ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma.
Patología externa	» Guillermo Udaondo.
Patologia interna	» José Penna.
Anatomia patológica	» Telémaco Susini.
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	» Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	» Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	» Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas	» José M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	» Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	» Ignacio Pirovano. / Julian Aguilar.
Clínica Médica	» Eufemio Uballes. / Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y clínica respectiva	» Samuel A. Molina.
Medicina Legal y Toxicologia	» Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la medicina	» Pedro N. Arata.
Química Médica	» Francisco Barraza.
Física Médica	» Jaime R. Costa.
Historia Natural Médica	» Eliseo Canton.
Fisio-patología experimental	» J. B. Señorans.
Enfermedades venereas y de la piel	» Baldomero Sommer.
Farmacia y práctica farmacéutica	» Juan A. Boeri.
Obstetricia para alumnas parteras	» J. R. Fernandez.
Odontologia	» N. Etchepareborda.

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomia descriptiva	Doctor Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	» Vacante.
Fisiologia general y humana	» »
Higiene pública y privada	» Enrique Revilla.
Patologia general y ejercicios clínicos	» Vacante.
Materia Médica y Terapéutica	» Enrique E. del Arca. / Angel M. Centeno (en ejerc.)
Patología externa	» Obdulio Hernandez.
Patología interna	» Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	» Cárlos Malbran.
Medicina operatoria	» Vacante.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	» Enrique Bazterrica (en ejerc) / Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	» Antonio F. Piñero. / Facundo Larguia.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	» Eduardo Obejero. / Francisco Barraza (en ejerc)
Enfermedades nerviosas y su clínica	» José A. Esteves.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	» Vacante.
Enfermedades venéreas y dermatología	» »
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo. / Juan B. Justo. / Alejandro Castro (en ejerc.)
Clínica Médica	» Abel Ayerza. / Julio Mendez. / Francisco Sicardi.
Obstetricia y clínica obstétrica	» Luis F. Vila.
Medicina Legal y Toxicología	» Vacante.
Quimica aplicada á la medicina	» José M. Irizar.
Farmacia y práctica farmacéutica	» Atanasio Quiroga.

PADRINO DE TÉSIS

Académico DR. JUAN R. FERNANDEZ

Señores Académicos:

Señores:

Por una parte la sorpresa que he experimentado al ver el número y la variedad de los procedimientos quirúrgicos empleados para el tratamiento de las supuraciones pelvianas, y el vivo interés despertado por los animados debates habidos en los últimos Congresos de Cirujía sobre esta cuestion; y por otra la oportunidad que he tenido de presenciar la ejecucion y de observar los resultados de varios de ellos me han inducido á escribir esta tésis sobre el tratamiento quirúrgico de las supuraciones pelvianas.

Despues de haber hecho la exposicion de los métodos operatorios principales admitidos hoy, he tratado de establecer sus indicaciones apoyándome sobre opiniones autorizadas y he terminado este pequeño trabajo que no tiene

mas pretension que la de ser un resúmen suscinto de las ideas modernas sobre este asunto, con la descripcion de algunas observaciones de casos en que se han aplicado los diferentes tratamientos.

En la gran evolucion que ha sufrido la medicina en estos últimos años, bajo el impulso de la bacteriologia, todas las ramas que la componen han soportado transformaciones ó modificaciones mas ó menos profundas, y la ginecologia es entre todas ellas la que tal vez mayores beneficios ha realizado con la aplicacion de las ideas nuevas.

La bacteriologia, en efecto, demostrando el papel de la infeccion por los micro-organismos en los procesos mórbidos, creando una nueva patogenia, nos ha revelado el secreto de ciertos procedimientos propios á la mujer y nos ha dado el medio de combatirlos.

Las inflamaciones de las trompas y de los ovarios que tan importante papel tienen en la patologia, ignoradas hace poco, están hoy perfectamente clasificadas; las metritis y todas las afecciones perimetríticas, salpingitis, pelvi-peritonitis, flemones de los ligamentos anchos tienen hoy su patogenia definitivamente establecida.

Las investigaciones de los anatomo-patologistas practicadas no ya en las autopsias, donde generalmente el estado avanzado de las lesiones no permitia averiguar su orígen y su modo de formacion, pero sobre las piezas anatómicas resecadas por los cirujanos en las laparotomias, y las observaciones clínicas de estos mismos cirujanos han contribuido casi exclusivamente á

echar luz sobre esta parte de la patologia pelviana, antes tan oscura. Pero para que esas investigaciones sorprendiendo los procesos en plena evolucion y esas observaciones clínicas pudiesen ser llevadas á cabo, era imprescindible la aplicacion de la antisepsia, es decir de los medios de combatir la infeccion. Se puede decir, por consiguiente, que la terapéutica quirúrgica favorecida por la antisepsia, es la que ha hecho entrar la ginecologia en su período de gloria, haciéndole realizar progresos asombrosos.

Lawson Tait y Hégar fueron los primeros que osaron abrir el abdómen para estirpar trompas y ovarios alterados por la inflamacion; y esta tentativa audaz fué tan feliz que muy pronto muchas otras la siguieron. En Inglaterra, en Alemania, en Austria, en Francia, en todas partes, todos los cirujanos viejos y jóvenes, algo timoratos los unos, mas entusiastas los otros, tuvieron que aplicarse con ardor en ese nuevo campo abierto á la cirujia. El temor de la infeccion desvanecido, la inviolabilidad del peritóneo extinta, no quedaba ya razon para no tratar los tumores inflamatorios agudos ó crónicos de la misma manera que los tumores verdaderos, por la ablacion.

Fué entonces un verdadero furor para practicar laparotomias y pronto se publicaron estadísticas de cien, doscientos y mas casos tratados por la laparotomia en un año solamente en cada uno de los servicios quirúrgicos de alguna importancia en Europa Podemos decir francamente, que abrigamos mucha duda al respecto de la exactitud de las indicaciones de cada uno de estos casos, y creemos que se ha sacrificado mas de una vez trompas y ovarios cuando esos órganos hubie-

ran vuelto *á* su estado normal ó por lo menos mejorado con un tratamiento menos radical.

Pero no tardaron en aparecer muestras evidentes de reaccion en contra de esa tendencia de operar *á outrance* y tambien en este sentido hubo exageraciones. Se hicieron tentativas para traer de nuevo la ginecologia hácia las prácticas mas antiguas y menos severas en apariencia que las de la cirujia actual.

Como lo ha dicho Doleris (1) «esos ensayos de retorno á la preponderancia de la terapéutica llamada médica, son la prueba que falta á la ginecologia una base sólida ó que por lo menos esa base está desconocida por muchos en la eleccion de la intervencion. Es preciso despertar en la masa recalcitrante ú hostil, por qué no comprende, por qué no sabe ó por qué desconfia, la idea de que los procedimientos terapéuticos que empleamos no son, de aquí en adelante, ligados á azares ó á caprichos operatorios, pero que nacen de deducciones de ideas científicas sólidas. La fisiologia tal es la base de esas ideas y su punto de partida; la conservacion de la funcion, tal es el objeto primordial».

Esas palabras que se aplican á la ginecologia en general no pueden ser aplicadas estrictamente en el tratamiento de las supuraciones pelvianas, ya que es sabido que una vez establecido el pus en un órgano hay destruccion del mismo y por consiguiente pérdida de la funcion. Sin embargo además de representar la línea de conducta que se debe seguir en el tratamiento preventivo, han sido plenamente confirmadas por

---

(1) Annales de Gynecologie et d'Obstétrique Aout. 1890.

la aparicion de métodos quirúrgicos menos severos que la laparotomia y todos tendentes á dar salida al pus por vias mas directas y con menor peligro para la vida de la enferma. Pero su mas alta confirmacion ha sido la introduccion en la terapéutica, de los métodos de la cirujía conservatriz. Su importancia que los partidarios los mas ardientes del bisturí no dejan de proclamar, nos obliga á dedicarle algunas palabras.

La cirujía conservatriz se apoya en lo que se ha llamado el tratamiento indirecto de las afecciones inflamatorias peri-uterinas. Ese tratamiento indirecto comprende á la vez el conjunto de los medios médicos capaces de combatir el elemento dolor, de detener el mal en su marcha ó de levantar el estado general, y toda la série de las maniobras locales mas directas que constituyen la terapéutica uterina propiamente dicha. Los medicamentos anestésicos ô reconstituyentes, el reposo local ó general, los baños, los revulsivos locales, las inyecciones vaginales calientes y prolongadas, etc., etc., constituyen los principales medios médicos. Nadie niega su gran poder curativo en los casos benignos y su influencia benéfica en los casos graves. Mas importantes son, sin embargo, los medios empleados por la teraupéutica uterina propiamente dicha y Doleris que tanto se ha empeñado en demostrar su eficacia, afirma que su aplicacion estricta y bien dirigida le ha permitido muchas veces alcanzar una curacion completa ó una mejoria tal que las mujeres rehusaban una intervencion de mayor importancia.

Esos medios son la antisepsia vaginal, el curetage, la dilatacion y el drenaje del útero. Siendo el útero siempre el punto de partida, cuando no el asiento prin-

cipal del mal, es evidente que tal terapéutica debe ser la primera tomada en cuenta. En efecto la dilatacion del útero, además de facilitar la salida de las secreciones patológicas, permite la aplicacion de los remedios que van á actuar directamente sobre la mucosa enferma; el curetaje que puede considerarse como su complemento la destruye totalmente. El drenaje, en fin, instituido por Walton cirujano belga, como método especial de tratamiento de los exsudados salpingeanos ha sido diversamente apreciado. Walton pretende que la dilatacion del útero produce la abertura del *ostium uterinum* cuya luz está obliterada y provoca de esa manera el derrame del contenido de las trompas, pudiéndose despues drenar su cavidad. Esta opinion admitida en los casos de hidrosalpingitis, encuentra una séria oposicion en los casos de piosalpingitis, habiendo demostrado la anatomia patológica que la parte de la trompa obliterada está generalmente situada afuera de las paredes uterinas. En cuanto al curetaje del útero, cómo explicar su influencia sobre la inflamacion de los anexos? ¿actuaria por derivacion sanguínea y nerviosa? lo cierto es que se suele observar el retroceso de la salpingitis con la curacion de la metritis.

Añadiendo á estos medios, la electricidad y el masage, habremos enumerado todos los elementos del tratamiento indirecto.

Antes de exponer los diferentes métodos operatorios que constituyen el tratamiento directo, debemos recordar brevemente cuáles son las diferentes clases de supuraciones peri-uterinas ó mejor dicho las diversas localizaciones del pus en el interior de la pelvis.

Segoud (1) divide las supuraciones pelvianas en primitivas y segundarias. Las primeras corresponden á las colecciones peri-uterinas propiamente dichas; tienen por punto de partida un proceso inflamatorio situado, sea en los anexos, sea en el tegido celular peri-uterino y segun su localizacion pueden ser divididas en intra ó extra peritoneales. Ellas con el hematocéle supurado, que por excepcion se añade por la dificultad que muchas veces se presenta para diagnosticar si la supuracion es primitiva ó consecutiva á un derrame sanguíneo, forman las supuraciones pelvianas propiamente dichas.

La segunda clase de supuraciones pelvianas comprende aquellas que se desarrollan en el interior ó al rededor de un tumor preexistente, ya sea cancer, fibroma, kiste ó embarazo extra-uterino. Por su caracter de ser segundarias, estas supuraciones pierden su interes propio en parte borrado por el tumor que las acompaña, y su tratamiento no es otro que el que comparte ese tumor.

Nos ocuparemos, por consiguiente, solamente de las supuraciones primitivas. Entre estas, como se ha visto mas arriba comprendemos la pelvi-peritonitis, que consideramos como una verdadera entidad mórbida, independiente de las otras. Sabemos que Pozzi (2) la niega terminantemente y no le concede un capítulo en su obra; pero nos apoyamos sobre las demostraciones de Reclus, Delbet y muchos otros no menos dignos de fé que han dado pruebas de la existencia

---

(1) Annales de Gynecologie et d'Obstetrique.—Octubre 1892.

(1) Traité de Gynecologie.—Pozzi.

de la inflamacion primitiva y aislada del peritoneo pelviano.

Vamos á describir ahora los métodos operatorios que constituyen el tratamiento directo.

Tratamiento directo

Dos métodos muy distintos se encuentran en presencia: el uno se propone la simple evacuacion del pus, el otro mas radical, realiza á la vez esa evacuacion y la supresion mas ó menos completa del foco generador del mal. Numerosos son los procedimientos que pertenecen al primer método y difieren solamente por la via que se toma para alcanzar la bolsa purulenta.

La mayor parte de ellos son procedimientos de excepcion pues en ciertos casos el cirujano encuentra una coleccion purulenta que en si misma se ha acercado de un punto accesible ya sea la pared abdominal, ya sea la pared vaginal y queda evidente el modo de intervencion: se da abertura al pus por el punto mas saliente como si se tratara de un abceso comun. Sin embargo en muchos casos la aplicacion de uno de estos procedimientos está perfectamente indicada por exclusion de los otros. Estos procedimientos son: la incision vaginal, la incision inguino sub-peritoneal ó laparotomia sub-peritoneal, la incision rectal, la sacro-coccigea y la perineal.

Describiremos sucesivamente cada uno de estos procedimientos y apreciaremos sus indicaciones.

Incision vaginal

La evacuacion del pus por la via vaginal presenta dos variedades principales segun que se abre o nó el peritoneo en su ejecucion.

La primera ha sido recomendada por Fritsh en el Congreso de Ginecologia de Berlin. Este autor la propone para las colecciones parametríticas de origen puerperal.

Su modo de operar es el siguiente: incision en el fondo de saco lateral, previa puncion exploradora ó no, sin temor de herir el ureter ó la arteria uterina que están los dos alejados por el abceso lateralmente, el primero hácia adelante, la segunda hácia arriba. Una vez abierto el foco, se hace las suturas de los labios de la incision hecha á la bolsa no adherente á los bordes de la incision vaginal. Esta sutura presenta tres ventajas: cohibe la hemorragia, cierra el tegido conjuntivo paravaginal y abriga el peritoneo de la infeccion cuando no hay adherencias que lo aislen.

La segunda variedad que se practica con mas frecuencia es la incision vaginal sin abertura del peritoneo. El manual operatorio no presenta dificultad ninguna, á pesar de la importancia que le ha querido dar Laroyenne: fijado el útero con una pinza, abierta anchamente la vagina con separadores se incinde capa por capa hasta llegar á la bolsa purulenta. El raspado de la cavidad que recomienda Laroyenne, en general está abandonado por los peligros que ofrece.

El tratamiento consecutivo consiste en frecuentes lavages antisépticos; el taponamiento iodoformado ó

el drenaje con la gaza aseguran la asepsia mientras se va retrayendo la cavidad hasta cerrarse completamente bajo la influencia de la presion intra abdominal.

La intervencion por la via vaginal está indicada en los casos, de hematocele supurado, de abcesos pelvianos consecutivos, ya sea á pelvi-peritonitis del fondo de saco de Douglas, ya sea á flemones del ligamento ancho. Los piosalpinx prolabados detrás del útero y adherentes, responden tambien á esta indicacion, que ha sabido llevar á la práctica Bouilly, varias veces y con éxito muy satisfactorio. Como se vé bastante numerosos son los casos que se puede tratar por la via vaginal: dadas su benignidad y su eficacia indiscutibles creemos que ella ha de ser siempre uno de los métodos de predileccion. El único peligro que ofrece, cuando se hace la abertura en uno de los fondos de saco laterales, es la ruptura del ureter ó de la arteria uterina, que puede evitarse con algunas precauciones y siguiendo los consejos de Fritsh. La incision lateral debe hacerse en sentido vertical y por encima de una linea trasversal que pasaria por el borde superior del cuello. Se practica casi siempre una puncion exploradora; es una medida muy prudente tanto mas que el trocar sirve de guia para el bisturí.

Creemos inutil estendernos sobre el empleo de la puncion sola como medio curativo. Ella no puede constituir un método de tratamiento y debe ser abandonada. Mas adelante, á propósito de la histerectomia vaginal, hablaremos de la incision vaginal como medio de exploracion.

Incision Inguino-sub-peritoneal

Este método operatorio presenta á su vez dos variedades segun que las lesiones que se quiere atacar son mas ó menos profundamente situadas. A veces se trata simplemente de un desbridamiento que se hace al pus que ha venido á hacer punta por encima del arco de Fallopio. Otras veces se trata de una verdadera intervencion que Pozzi ha llamado laparotomia sub-peritoneal. Esta consiste en penetrar en la pelvis por encima del arco crural sin atravesar el peritoneo desprendiéndolo de las paredes á medida que se avanza en la profundidad. La incision, la marcha operatoria son exactamente iguales á los de la operacion que se practica para la ligadura de la arteria iliaca interna.

La indicación de la intervencion por esta via se reduce á los casos de abcesos pelvianos muy elevados y contiguos á las fosas iliacas. Sin embargo, en el último Congreso de Ginecologia. [1] Goubaroff cirujano de Moscow ha llamado la atencion sobre ella. Este autor, despues de varios ensayos sobre el cadáver, y despues de estudios hechos sobre la disposicion del ligamento redondo en relacion con el tegido celular pelviano piensa que todas las colecciones purulentas situadas por delante ó por detrás de ese ligamento pueden ser abiertas y fácilmente drenadas por la via inguinal. En cuarenta y nueve casos tratados por esa via, Sueguireff y él han conseguido buenos resultados.

---

(1) Semaine Medicale. Octubre 92.

Incision por las vias rectal, perineal y sacro-coccigea

Reunimos en un mismo grupo estos tres métodos operatorios por juzgarlos muy segundarios en el tratamiento de las supuraciones pelvianas.

La incision por la via rectal preconizada por los antiguos cirujanos y aconsejada todavia por Gaillard Thomas en su obra y por Byford (1) está absolutamente abandonada hoy. Si la naturaleza en los casos librados á su propia suerte procura á veces una mejoria temporaria ó en muy raras ocasiones una curacion completa abriendo una bolsa purulenta en el tubo intestinal, no debemos imitarla por que podemos hacer mejor. La imposibilidad de hacer drenage antiséptico y por consiguiente la dificultad de evitar las fístulas que se forman casi siempre, prohiben terminantemente se lleve á la práctica tal incision.

La perineotomia preconizada por Willems consiste en una incision profunda hecha por delante el ano y en el desdoblamiento del tabique recto-vaginal. Willems (2) pretende que el fondo de saco de Douglas es muy accesible por ese procedimiento y que su contenido puede facilmente ser vaciado con las inyecciones y el drenage. Ademas se podria hacer cómodamente la exploracion de la pelvis. Creemos que no presenta ventaja séria esta intervencion, y que por el contrario existe el peligro de la abertura del recto en la direccion del tabique recto-vaginal. En cuanto á

---

(1) American Journal of Obstetricia.
(2) Annales de Gynecologie et d'Obstetrique.—Octubre 1892.

su utilidad bajo el punto de vista de la exploracion poco la estimamos, dadas la longitud del conducto creado y la resistencia del periné difícilmente deprimible.

La via sacro-coccigea ha sido utilizada por primera vez por Hegar y Wiedou para el tratamiento de las supuraciones pelvianas. Ella habia sido empleada ya mucho tiempo antes por Kraske para la estirpacion del recto canceroso y mas tarde por Hochenegg para la ablacion del útero canceroso. De los varios procedimientos que han empleado los cirujanos, dos principales deben llamar la atencion. Con uno de ellos se practica la reseccion definitiva ó temporaria de una porcion del sacro; con el otro se incinde solamente las partes blandas á uno ó dos centímetros de distancia de éste hueso. En los dos procedimientos la incision es larga, empieza al nivel de la parte media del sacro y termina cerca de la comissura posterior de la vagina.

La aplicacion reciente de esta operacion al tratamiento de las supuraciones pelvianas, no permite emitir juicio sobre su valor terapéutico. Pero si nos fijamos sobre las apreciaciones de los cirujanos, vemos que todos la consideran muy dificil y laboriosa; en el Congreso Ruso de Abril de 1891 los ginecólogos estuvieron de acuerdo para decir que debia ser abandonada para la estirpacion del útero canceroso. Por lo tanto no le auguramos un porvenir muy halagüeño para el tratamiento de las inflamaciones peri-uterinas supuradas. Sin embargo Delbet (1) la juzga de la

---

(1) Suppurations pelviennes.

manera siguiente: «la laparotomia superior necesita mas descalabros, pero da mas facilidades que la laparotomia anterior; es imposible para los que no han visto hacer esa operacion ó no la han hecho, imaginarse la luz que dá sobre los órganos de la pelvis». Segun él merece ser sometida á la esperimentacion.

Asi hemos visto los procedimientos operatorios que constituyen el primer grupo de los que forman parte del tratamiento directo. Los del segundo grupo, es decir, de los que estan basados no solamente sobre la incision, pero tambien sobre la excision y la ablacion de las partes supuradas, son en número de dos simplemente pero los dos muy importantes; esos son la laparotomia, y la histerectomia vaginal. Pasaremos á describir cada una de esas operaciones suscintamente, despues trataremos de establecer sus indicaciones y de exponer sus ventajas y sus inconvenientes.

La Laparotomia

La abertura del abdomen, para la ablacion de las trompas alteradas ha sido llamada operacion de Lawson Tait del nombre del primer cirujano que la vulgarizó. Hoy ha entrado en la práctica comun de todos los hospitales para la estirpacion de las lesiones inflamatorias de los anexos supurados ó nó, y de todos los exsudados purulentos de la pelvis en general.

Dada la inmensa variedad de estas lesiones es difícil preveer todas las maniobras que se pueden ejecutar en el curso de una laparotomia; por consiguiente es

imposible fijar un manual operatorio para esa operacion. Unicamente diremos que el cirujano no debe dejarse sorprender; antes de empezar todo debe estar preparado para obviar á los mayores inconvenientes y remediar á los accidentes.

En los casos mas sencillos, los de piosalpinx con pocas adherencias por ejemplo, la marcha es la siguiente: Incision sobre la línea media de seis á siete centímetros de largo. Una vez abierto el peritóneo sobre la sonda acanalada, el operador introduce dos ó tres dedos en el abdómen y busca el fondo del útero; sirviendo este último de punto de reparo se examina sucesivamente los anexos de cada lado; encontrado el tumor se libera de las adherencias contorneándolo con el dedo; una vez separado de los órganos vecinos se pediculisa, se liga fuertemente y se reseca; generalmente se quema con el termocauterio el muñon adherente al útero con el fin de destruir los gérmenes que puede conservar. Si no ha habido accidente ninguno como hemorragia ó derrame de pus se cierra inmediatamente el abdómen por doble plan de suturas. Un plan único de suturas no parece suficiente para asegurar una cicatriz sólida. Cuando la bolsa del piosalpinx voluminosa y de paredes delgadas amenaza romperse durante las manipulaciones, es bueno punzarla para sacar una parte de su contenido y disminuir su tension. Sobre el orificio hecho por la aguja se pone una pinza para evitar el derrame de la materia séptica dentro del peritoneo. Si por desgracia ha habido hemorragia ó derrame de pus, entonces la generalidad de los cirujanos aconsejan hacer el lavaje del peritoneo. Para eso se usa el agua caliente esterilizada adicionada de clo-

ruro de sodio al 6 por 1000 ó de ácido bórico al 3 por 100. El sublimado no debe usarse por ser muy tónico. Despues del lavage se seca con cuidado todos los fondos de saco con compresas asépticas. Las esponjas no deben ser empleadas por la dificultad de tenerlas en estado de asépsia.

En casos mas complicados cuando la enucleacion de la bolsa es laboriosa por las múltiples adherencias que la unen, al epiploon, al intestino delgado, al intestino grueso, al útero, etc., entonces es preciso agrandar la incision abdominal y ayudar el tacto con el sentido de la vista que Pozzi desde la altura de su gran experiencia parece desdeñar. En efecto la prudencia exige que todas las partes que se van desgarrando á medida de la liberacion de la bolsa estén visibles, para poder remediar inmediatamente á alguna ruptura accidental del intestino ó de un vaso. Las hemorragias que se observan cuando las adherencias son numerosas son generalmente hemorragias en mapa difíciles de cuartar por la ligadura; entonces está indicado el drenage de los fondos de saco. El drenage en esta circunstancia debe ser hemostático; se emplea el de Mickuliez que es el que mas obedece á este objeto y de cuya práctica hablaremos mas adelante.

En fin el cirujano encuentra á veces casos en que es imposible hacer la escision total de las partes alteradas. Eso sucede generalmente con las peri-metro-salpingitis muy adherentes y las pelvi-peritonitis á bolsas múltiples. Entonces el cirujano hace lo que puede y no lo que quiere; su conducta debe acomodarse á las necesidades del caso. Pero como al fin y al cabo el único objeto que busca es aislar la serosa perito-

neal de las partes sépticas troncadas ó de las cavidades purulentas he ahí las varias maneras de que puede obrar para conseguirlo. Cuando la bolsa es bastante grande para que sus paredes puedan llegar al contacto de los labios de la incision abdominal, se las sutura á los bordes de esa incision; eso es lo que se llama la marsupializacion. Otras veces la bolsa es muy pequeña para ser reunida á la pared abdominal pero es suficiente para que sus bordes puedan adherir el uno al otro, entonces se aplica el método de Martin el drenage vaginal. Despues de una perfecta antisépsia de la vagina, se hace una incision profunda y se drena la cavidad purulenta cuyos bordes se suturan sobre el dren, quedando asi completamente apartada del peritoneo y en comunicacion solamente con la vagina. En fin, en otros casos cuando quedan troncos de tumores, partículas sépticas, tegidos mórbidos, acompañados de derrame sanguíneo y secrecion de pus, está indicado el taponamiento con la bolsa de Mickuliez. Este se practica de la siguiente manera: se toma un pedazo simple de gaza iodoformada de la dimension de un gran pañuelo; en el medio de éste se ha atado un fuerte hilo de seda. Se dispone el pedazo de gaza en forma de bolsa de modo que el hilo de seda esté situado por dentro con su estremidad libre saliendo por el cuello de la bolsa y su extremidad fija correspondiendo al fondo; se hunde esta bolsa con una pinza larga, en el interior de la pelvis de manera que esté al contacto de todas las partes que se quiere aislar sin dejar vacios ni huecos por debajo de ella; en seguida se llena la bolsa con largas vendas de gaza iodoformada con el fin de que las paredes estén en

perfecto contacto con la herida. El hilo fijado en el fondo de la bolsa sirve para sacarla invirtiéndola como un dedo de guante. El objeto del drenage es de aislar la cavidad purulenta, de hacerla extra-peritoneal: se consigue con la multitud de adherencias que se forman alrededor de la bolsa de gaza, lo que se consigue cuando se puede suturar los bordes de la cavidad con los bordes de la incision, es decir la separacion del foco de infeccion. Ademas la bolsa de Mickuliez sirve de tapon hemostático, (1) drena la abertura pelviana perfectamente y la mantiene aséptica. Este es el método de drenage mas perfecto; muchos otros han sido empleados: Hegar usaba tubos de vidrios ó de caoutchouc en el interior de los cuales ponia vendas de gaza iodoformada; otros cirujanos usaban los tubos solos; estos han sido abandonados por que no daban resultados.

Pozzi aconseja, cuando se hace el taponamiento con la gaza, de poner un tubo en el medio, de manera que no pueda haber retencion de los líquidos demasiado espesos para filtrar al través de la gaza. Mas comunmente se emplea simplemente el drenage con dos ó tres vendas de gaza sola. Por otra parte no es indiferente aplicar cualquiera de esos drenages; cada uno de ellos tiene su indicacion. El de Mickuliez debe ser aplicado sobre todo cuando se quiere obtener una perfecta hemostasia, el de Pozzi cuando se quiere dar salida á líquidos purulentos; el drenage vaginal que muy raras indicaciones encuentra se reserva para los casos de supuracion del fondo de saco de Douglas. En fin, algunas veces se

---

(1) Delbet-Etudes sur le drainage du peritoine. Annales de Gynecologie.

combina el taponamiento antiséptico del abdómen con el drenage por la vagina. La duracion del drenage es muy variable: generalmente dos dias son suficientes, pero muchas veces su duracion debe ser mas prolongada y solamente de un modo progresivo debe ser retirado.

En el curso de la operacion cuando la enucleacion de la bolsa purulenta es difícil y que el operador no puede asegurarse de lo que hace con el control de la vista, se ha aconsejado usar una de las maniobras siguientes: la evisceracion y la posicion declive. La evisceracion consiste en sacar del vientre todas las ansas intestinales que cubren el campo operatorio teniendo mucho cuidado en taparlas bien con compresas asépticas y calientes. Es evidente que queda aumentado el peligro que corre la enferma, pero no es tan grande con el socorro de la antisépsia, para que se deje de emplear una maniobra que suministra grandes comodidades al operador. La posicion declive recomendada por Trendelenburg, consiste en colocar la enferma sobre un plan inclinado de manera que los miembros inferiores y la pelvis estén mas elevados que el tronco, siguiendo las leyes de la gravedad las ansas intestinales se retiran hácia el diafragma y desocupan la cavidad pelviana. Esta manera de hacer, si bien es muy lógica y aplicable, presenta tambien el peligro de que el pus siguiendo el movimiento de los intestinos vaya á infectar toda la cavidad peritoneal.

Histerectomia vaginal

Esta operacion, llamada tambien castracion uterina de Pean fué propuesta pór este eminente cirujano en el

Congreso de Berlin en Agosto 1890 para el tratamiento de las supuraciones pelvianas. Tan atrevida pareció la idea de Pean que muy pocos prosélitos hizo primeramente, y tal vez esa operacion no hubiera tenido existencia larga, si Segoud su fiel y ardiente defensor en sus conferencias y en todos los Congresos de cirujía no le hubiese dado una vida nueva demostrando su absoluta necesidad en la terapéutica ginecológica, y sus indiscutibles indicaciones. Se puede decir que solamente desde la comunicacion de Segoud (1) á la Sociedad de Cirujia de Paris la histerectomia vaginal ha entrado á ocupar el rango primordial que ocupa en la terapéutica de las inflamaciones pelvianas; sin embargo Segoud no ha hecho mas que aplicar el método de Pean sin hacerle sufrir modificacion de ninguna especie.

El tratamiento ante-operatorio exige los mismos cuidados que para la laparotomia. Se prepara la asepsia de la vagina con frecuentes inyecciones y tapones iodoformados tres dias antes de la operacion. La vulva y el pubis completamente afeitados deben estar en perfecto estado de asepsia. Colocada la enferma en la posicion dorso-sacra ó en el decúbito lateral, se mantiene la abertura de la vulva y de la vagina con separadores especiales, separadores de Pean, y se agarra el cuello del útero con la pinza de Museux. El primer tiempo consiste en desinsertar la vagina del cuello: para eso el bisturí va cortando alrededor del cuello en el punto mismo de las inserciones de la vagina; en seguida se desprende el cuello, con el dedo ó con un instrumento de punta roma, de los tegidos que lo envuel-

---

(1) Annales de Gynecologie et d'Obstetrique, Marz. 1891.

ven hasta lo mas arriba que se pueda y se empieza el morcellement ó despedazamiento por resecciones trasversales. El morcellement se hace progresivamente por etapas sucesivas y cada una de esas etapas comporta cuatro tiempos principales: 1° Se hace la liberacion de las caras anterior y posterior del útero; 2° la seccion de los ligamentos anchos; 3° la division en dos valvas de la porcion del útero liberada; y 4° la escision de esas dos valvas.

La liberacion de las dos caras anterior y posterior del útero, se hace por desprendimiento junta-uterino, siguiendo con cuidado las paredes del órgano para evitar las heridas de la vegiga ó del recto. A veces sucede que esa liberacion se lleva á cabo sin que se haya abierto el peritoneo, lo que no es una necesidad.

Para la seccion de los ligamentos anchos, los dos separadores se introducen profundamente contra las dos caras del útero; se toma con una pinza larga la parte de los ligamentos anchos correspondiente al segmento uterino liberado y se secciona cerca del útero. El segmento del útero asi completamente libre se divide despues en dos valvas que se reseca una despues de la otra. Se hace asi la reseccion de todo el útero por varios segmentos repitiendo la misma maniobra para cada uno de ellos, y con facilidad para los últimos como para el primero, merced á los separadores y á la escision de las valvas que permite el descenso del útero.

En algunos casos de útero hipertrofiado por metritis antigua ó por fibromas, el morcellement por resecciones trasversales empezado no puede ser continuado por la dificultad de poner las pinzas sobre los ligamentos anchos; entonces se practica el morcellement por évidement

ó vaciamiento central sin hemostasis preventiva. Con este objeto se agarra con una pinza de Museux la parte media del útero, y con tijeras se va resecando porciones en forma de cono, del tegido del útero hipertrofiado hasta que este órgano suficientemente vaciado y siempre atraido hácia abajo, descienda hasta la vulva y presente al alcance del operador sus ligamentos anchos destinados á ser tomados por las pinzas. Se vuelve entonces á seguir el morcellement por secciones trasversales como se habia empezado.

El método del morcellement que acabamos de describir es el que caracteriza la castracion uterina de Pean. Sin embargo este cirujano en ciertos casos practica la ablacion del útero de una sola pieza. Esos son los casos en que las lesiones inflamatorias estan localizadas en los anexos y que el útero muy móvil puede ser atraido hacia la vulva. Se procede del siguiente modo: tomado el cuello con una pinza se desinserta en toda su altura; en seguida ó despues de haber abierto los fondos de saco peritoneales, se libera completamente por desprendimiento gradual las dos caras del útero. Durante ese tiempo y á medida que avanza el desprendimiento, las valvas separadoras se introducen mas profundamente con el fin de separar el peritóneo desprendido y de proteger la vejiga y los ureteres. El tercer tiempo consiste en agarrar los ligamentos anchos y seccionarlos. Para eso se coloca sobre la base de uno de los ligamentos una pinza y se secciona todas las partes tomadas por esa pinza antes de aplicar otra. La seccion debe hacerse lo mas cerca posible del tegido uterino. Se debe evitar de poner una pinza que abrace de un solo golpe todo el ligamento ancho de abajo arriba, para no exponerse á

apretar entre las ramas de aquellas uno de los ureteres ó el intestino. »Siempre el operador debe ver lo que está haciendo» dice Segoud (1). El cuarto y último tiempo consiste en hacer bascular dentro de la vagina el fondo del útero, tomar el otro ligamento ancho de arriba abajo y cortarlo; así queda libre la matriz.

Para terminar con la técnica operatoria de la histerectomia vaginal, nos falta hablar de la modificacion que ha hecho Quenu (2). Este cirujano en los casos de difícil descenso del útero hácia la vulva, despues de haberlo desprendido, hace una seccion antero-posterior de este órgano sobre la línea media y lo divide en dos partes. El objeto de este procedimiento es de facilitar el descenso del útero que en efecto vá bajando á medida que avanza la seccion. Si la incision sola no dá resultados, entonces Quenu hace el morcellement sobre la línea media á la manera de Müller en los úteros cancerosos, y aconseja no apartarse de la línea media para evitar la hemorragia que se produce en abundancia si no se la sigue con exactitud.

Vamos á examinar ahora cuál debe ser la conducta del cirujano que interviene por la histerectomia vaginal en los diferentes casos de supuraciones pelvianas. Dos eventualidades pueden presentarse: Ya el útero está en contacto inmediato con las colecciones purulentas que lo envuelven y estas quedan abiertas en el curso de la operacion por la ablacion del útero; ya la estirpacion del útero se ha llevado á cabo con ó sin abertura de los fondos de saco peritoneales, sin que el pus haya salido de las cavidades mas ó menos lejanas que ocupa.

---

(1) Traité de Chirurgie, tome 8.

(2) Annales de Gynecologie et d'Ostetrique, Mai 1892.

En el primer caso la histerectomia realiza la abertura ancha y el drenage perfecto de todos los focos, no hay necesidad de hacer mas, ella constituye toda la intervencion. En el segundo caso la cosa es diferente: despues de la ablacion del útero es preciso ir á buscar el pus con el dedo, abrir las colecciones si se encuentran ó hacer la ablacion de los anexos. En esta emergencia el cirujano debe ser muy prudente y no desgarrar ó sacar nada sin el control de la vista; es muy fácil tomar el intestino con sus túnicas modificadas por la inflamacion, por la pared fluctuante de un abceso ó de un piosalpinx. Si los ovarios y las trompas se presentan de si mismo ó si ellas ceden á ligeras tracciones efectuadas con una pinza, deben ser estirpados previa hemostasis por la (forcipressure). Pero cuando las adherencias los mantienen fijos y que se teme alguna desgarradura visceral con los esfuerzos que se hace para atraerlos, es necesario dejarlos y contentarse ó bien con su ablacion incompleta ó bien con la simple abertura de las colecciones purulentas accesibles al ojo ó al dedo. Se vé que no siempre se hace la ablacion de los anexos, sino que debe practicarse solamente cuando ellos están alterados y accesibles. De manera que la paciente puede quedar en dos condiciones diferentes despues de la operacion: ó se han extirpado todas las partes enfermas, útero y anexos y está en perfecta condicion para una curacion pronta; ó se ha hecho simplemente un drenage, pero un drenage inmejorable desde que todas las coleciones purulentas abiertas en la brecha dejada por el útero pueden derramar fácilmente su contenido, ademas de que se ha extirpado el órgano autor de los desórdenes, el útero.

Terminada la operacion despues de haber asegurado una hemostasis perfecta, se hace la toilette del campo operatorio. Se coloca una sonda en permanencia en la vegiga que siempre queda algo paralizada despues de las intervenciones, y se llena la cavidad vaginal con tiras de gaza iodoformada, empujándolas hasta mas allá del nivel de las estremidades de las pinzas con el fin de evitar el contacto de estos con los intestinos. Es bueno colocar, la noche de la operacion, una bolsa de hielo sobre el hipogastrio y mantenerla durante los primeros dias. Al cabo de 48 horas se saca las pinzas y la sonda uretral. En la tarde del tercer dia se empieza las irrigaciones vaginales con una solucion debilmente antiséptica, las que se repiten diariamente mientras salen productos esfacelados. Generalmente las enfermas pueden levantarse y caminar al fin de la segunda semana.

Hemos terminado la descripcion de los dos grandes métodos operatorios que hoy se disputan el predominio en el tratamiento radical de las supuraciones pelvianas. Debemos ahora de limitar las indicaciones de cada uno de ellos y trataremos de establecerlas, guiándonos sobre los elementos que hemos sacado de las discusiones levantadas por la histerectomia vaginal desde su aparicion á falta de los que pudiera habernos sugerido nuestra practica en los hospitales.

En primer lugar debemos dejar bien sentado que las intervenciones graves como la laparotomia ó la histerectomia vaginal deben ser siempre escrupulosamente reservadas para las mujeres cuya mejoria ó curacion no ha podido ser obtenida por un tratamiento mas conservador. La forma anatomo-patológica de las lesiones muchas veces, juega un papel segundario

en la eleccion de la intervencion; por lo contrario la antigüedad de estas lesiones, su incurabilidad, la intensidad ó la gravedad de los fenómenos generales ó locales que provocan son los fundamentos en que debe estar basada la intervencion; mas aun la profesion de la enferma, su edad, su rango social son elementos que deben ser puestos en tela de juicio para determinarla: una mujer del pueblo por ejemplo obligada al trabajo para ganar su pan de cada dia, necesita una intervencion mas urgente que otra de existencia mas holgada, porque no puede soportar los largos períodos de reposo que exige el tratamiento, ni tomar las precauciones y las cuidados que reclama su afeccion.

Decidida entonces la intervencion radical, cuándo se practicará la laparotomia, cuándo se optará por la histerectomia vaginal?

La laparotomia está indicada:

1.° En todos los casos de piosalpinx unilateral libre ó poco adherente (no hablamos de las otras formas de salpingitis por no salir del objeto de este trabajo).

2.° En algunos casos de pelvis-peritonitis poco estensa, de piosalpinx adherentes ó abcesos muy elevados en la pelvis.

3.° En los casos de diagnóstico dudoso en que la bilateralidad de las lesiones anexiales no puede ser establecida de una manera categórica.

4.° En los casos de supuracion segundaria (Kiste supurado por ejemplo).

Por el contrario son pasibles de la histerectomia:

1.° Los casos en que la bilateralidad de lesiones supuradas en los anexos ó fuera de ellos, es evidente.

2.° Los casos de pelvi-peritonitis con cavidades múltiples y extensas con ó sin comunicacion fistulosa con los órganos vecinos.

3.° Los casos en que la laparotomia ha sido insuficiente ó ha sido simplemente exploratriz (histerectomia segundaria).

Por este breve cuadro se ve que no están del todo bien separadas las indicaciones de estas dos operaciones; sin embargo creemos haber reflejado fielmente las opiniones de los cirujanos. Por otra parte pensamos que en teoría será siempre muy difícil trazar el límite de cada una de ellas en la terapéutica, tanto mas que en la práctica el diagnóstico es rara vez definitivo; y en resumidas cuentas, ellas no se excluyen sinó que se completan mutuamente.

Veamos cuáles son las ventajas y los inconvenientes que presentan una y otra.

Los laparotomistas dicen que la histerectomia exige un diagnóstico infalible y que por el hecho de ser empezada la operacion se consuma el sacrificio del útero, cosa que no sucede con la laparatomia en que el cirujano puede detenerse á tiempo si encuentra lesiones poco pronunciadas.

En efecto es una ventaja que redunda en bien para la enferma que no se lleve á cabo una operacion ya empezada cuando hay razon para ello; pero debemos hacer notar que la laparotomia exploratriz no es siempre inofensiva y debe ser empleada con mucha parsimonia por que basta la menor falta de antisépsia para hacer peligrar los dias de la enferma cuando no para determinar un éxito fatal. Ademas por mas exploratriz que sea la intervencion, siempre el shock consecutivo

prueba que el peritoneo no es de tolerancia indefinida.

Los histerectomistas responden que tambien su operacion puede no ser definitiva é invocan la incision vaginal (que constituye el primer tiempo de la histerectomia) como presentando suficientes ventajas para la exploracion y menos peligros. El testimonio de Segoud puede ser sospechado de parcialidad en este caso, por eso citaremos á Routier menos interesado en la contienda y por consiguiente mejor juez. Este último (1) aboga mucho en favor de la incision exploratriz en el fondo de saco posterior de la vagina, la que, segun él, permite con facilidad, el exámen digital de todos los órganos de la pelvis.

Los partidarios de la laparotomia reprochan ademas á la histerectomia, la dificultad operatoria, los peligros de hemorragia segundaria y el carácter incompleto de la intervencion. Las dos primeras objeciones, si bien son verdaderas no dejan de ser de segundo órden y se puede decir que se desvanecen completamente delante de la experiencia y la habilidad de los cirujanos. La tercera reviste un carácter mas sério, pues es evidente que la brecha abierta en la pelvis no es siempre suficiente para alcanzar las colecciones alejadas de la vagina. Terrier (2) en un informe sobre 59 casos de supuraciones pelvianas tratadas por la laparotomia, dice que encontró 10 casos de focos en relacion con el intestino y casi todos situados al nivel del estrecho superior, lejos del útero por consiguiente. En el mismo informe hacía notar este cirujano que los focos se abren algunas veces en partes del intestino mas elevados que

---

(1) Annales de Gynecologie et d' Obstetrique—Mai 1892.

(2) Semaine Medicale—Avril 1893.

el recto y deducía de este hecho que la evacuacion de un abceso por el ano no es siempre sinónimo de abertura de abceso en el recto.

En fin, el último argumento que parece el mas decisivo en favor de la laparotomia y que ha hecho salir los partidarios de la histerectomia de la cuestion, ha sido formulado por Lucas Championiere (1) de esta manera:

«Admitamos que la histerectomia vaginal sea el tratamiento de eleccion para las supuraciones pelvianas; cómo vamos á asegurar el diagnóstico de la presencia del pus? Sobre qué signo nos guiaremos para preferir al control de la laparotomia lo que puede haber de irremediable en la histerectomia?» Impotente para contestar el argumento, Segoud ha desviado la histerectomia de su objeto primitivo diciendo que para él, la indicacion de la histerectomia no era constituida solamente por la purulencia de las lesiones sino por su incurabilidad médica y su bilateralidad; de modo que para este cirujano toda lesion bilateral de los anexos supurativa ó no, puede ser tratada por la histerectomia vaginal.

A su turno los histerectomistas invocan á favor de su operacion, su menor gravedad, su mayor eficacia y la ausencia de cicatriz. En efecto, creemos que la histerectomia no constituye un traumatismo tan grave como la laparotomia: el shock ó no existe ó es casi nulo, lo que demuestra que el peritoneo pelviano ofrece mas tolerancia que la gran serosa del abdomen, debido tal vez á la *acoutumance,* siendo ya desde mu-

---

(1) Traité de Chirurgie—Tome 8.

cho tiempo el asiento de las lesiones en la mayor parte de los casos. En cuanto á la eficacia, la histerectomia es soberana en las pelvi-peritonitis difusas porque permite un drenage perfecto, y en general no es menos útil en los casos en que la ablacion de los anexos no puede ser completa, puesto que despues de la intervencion todas las porciones respetadas sufren la atrofia y la transformacion cicatricial. En fin, la ausencia de cicatriz es otra ventaja de la histerectomia, ventaja basada no solamente en las condiciones de estética que siempre tienen su importancia para ciertas mujeres, sino tambien en los peligros que ofrece para mas tarde de formacion de una hernia: siendo la linea cicatricial el punto de menor resistencia del abdomen, sin elasticidad ninguna y precisamente colocada en la parte donde mayor presion ejercen las vísceras durante los accesos de tos y en los momentos de cualquier esfuerzo.

En esta contienda que divide los cirujanos franceses en dos grupos, es dificil por ahora emitir un juicio certero. Nosotros simples espectadores, solo podemos decir que la histerectomia vaginal, va ganando terreno cada dia en la ginecologia operatoria. En el momento de su aparicion, la operacion de Pean y Segoud encontró opositores en todas partes; hoy muchos cirujanos la han adoptado sino exclusivamente como Segoud, por lo menos le han reconocido verdaderas indicaciones y hasta los mas entusiastas defensores de la laparotomia como Terrier y Pozzi le conceden derecho de vida en la terapeútica.

El porvenir traerá revelaciones importantes en esta cuestion; el nos mostrará los resultados lejanos de la

laparotomia y de la histerectomia y creemos que estos seran los elementos que mas van á influir sobre la decision definitiva.

Si interrogamos las estadísticas sobre los resultados próximos, estadísticas expuestas en el último Congreso de Cirujía de París y relativas á series muy recientes vemos que la laparotomia en casos de supuraciones pelvianas da con Terrier 6.45 o|o de mortalidad sobre 31 casos, con Pozzi 7.93 o|o sobre 63 casos. La histerectomia en las mismas condiciones da con Segoud 4.28 o|o de mortalidad sobre 21 casos, con Pozzi cero por cien sobre 14 casos. En fin, en una estadística general de casos de supuraciones pelvianas operadas en varios servicios quirúrgicos de Paris y por los mismos cirujanos, 375 histerectomias han dado 34 muertes ó sea 9.06 o|o de mortalidad, mientras que 396 laparotomias han dado 58 muertes ó sea 19 o|o de mortalidad.

Observaciones

Observacion núm. 1—Salpingitis tuberculosa—Laparotomia. Operador: Dr. Mabit.

N. R . . . Judia Edad 18 años, casada á los 16 años, ha tenido sus reglas por primera vez á los 13 años siempre muy escasas. Temperamento linfático.

A los dos meses de estar casada empezó á sentir dolores en el vientre, en las caderas y en el muslo izquierdo, los que han seguido molestándola hasta que se decidió á entrar al hospital francés á fines de Noviembre 1892.

Exámen. Estado general bastante bueno. Vagina

roja y congestionada, cuello del útero algo grueso, turgescente y doloroso al tacto. La palpacion combinada con el tacto revela una matriz aumentada de volúmen, dolorosa y dislocada en latero-flexion derecha; en el fondo de saco lateral izquierdo se siente facilmente un tumor del tamaño de un huevo de gallina, muy doloroso á la presion.

Diagnóstico—Metro-salpingitis.

Tratamiento—Inyecciones calientes antisépticas. Reposo completo.

Al cabo de algunos dias, hecha la asépsia de la vagina, se instituye el tratamiento intra-uterino. Enderezada la matriz, dilatada con laminarias, se hace el taponamiento con la gaza iodoformada; al mismo tiempo se aplica varias veces tintura de iodo en el fondo de saco lateral izquierdo.

Trascurrido un mes con ese tratamiento, no sintiendo la mujer un alivio notable, pide que se le haga una intervencion radical, la que se lleva á cabo el 26 de Diciembre 1892.

Abierto el vientre por una incision de ocho centímetros, se encuentra la trompa izquierda muy aumentada de volúmen. Hechas las ligaduras correspondientes se practica la ablacion de ella y del ovario. El aspecto microscópico de la lesion hizo sospechar la naturaleza de la afeccion: en efecto, las paredes de la trompa muy engrosadas, presentaban granulaciones semi-trasparentes y amarillentos, en su espesor, y algunas de estas granulaciones sobresalian en la superficie interna. El contenido era un pus espeso, caseoso. El exámen microscópico que se hizo mas tarde confirmó la sospecha; se trataba de una salpingitis tuberculosa.

Del lado derecho presentándose tambien la trompa algo mas gruesa que en el estado normal, se hizo igualmente la ablacion de los anexos, las que resultaron atacadas de la misma afeccion que las del lado izquierdo, pero mucho menos avanzada.

Se curó el abdomen con un solo plan de suturas.

Las consecuencias operatorias no presentaron particularidad digna de notar. Al séptimo dia se sacaron las suturas superiores, al décimo las inferiores. La enferma pudo levantarse á los quince dias de la operacion, siendo dada de alta algun tiempo despues en perfecto estado.

Observacion núm. 2—Salpingitis purulenta—Laparotomia. Operador: Dr. Laure.

J. M. . . . de 43 años de edad, casada, ha tenido siete hijos, ningun aborto. Hace un año que ha empezado á sufrir del vientre sobre todo durante el período de la menstruacion; desde hace tres meses esos dolores se han hecho intolerables y las reglas antes normales en su periodicidad y en su cantidad aparecen ahora cada 15 dias son abundantes, largas y dolorosas.

Exámen. El estado general deja mucho que desear; la enferma está sumamente debilitada; se administra el cloroformo para practicar el exámen que no puede soportar la enferma sin anestesia.

La exploracion con el espéculo no revela nada de particular. La palpacion y el tacto combinados demuestran las lesiones siguientes: Utero en retro-version, duro aumentado de volúmen y poco movible; en el fondo de saco lateral izquierdo se percibe un tumor perfectamente separado por un surco de la ma-

triz, de consistencia semi-blanda y del volúmen de una pequeña naranja; los anexos del lado derecho parecen tambien aumentados de volúmen.

Diagnóstico.—Piosalpinx á la izquierda.

Tratamiento.—Sobre las instancias de la enferma cansada de sufrir y visto que su estado de demacracion no permite aplicar un tratamiento conservador que exije mucho tiempo, se decide la intervencion por la laparotomia.

Esta se practica el 7 de Mayo 1893. Abierto el vientre, se encuentra el tumor diagnosticado. Está formado por la trompa muy dilatada, y ésta unida por fuertes adherencias con el epiploon y los intestinos. Se hace la liberacion del tumor con cierta dificultad; una vez libre se reseca entre dos ligaduras, una del lado interno, otra del lado externo.

La trompa y el ovario derechos encontrados sanos se dejan. Quedaba terminada la operacion cuando se notó un derrame de sangre en el fondo de la pelvis: este provenia de las adherencias que habian sido cortadas. Se pusieron algunas ligaduras sobre los vasos mas abundantes, pero como la hemorragia continuaba à pesar de esto y como no podia ser cohibida por la ligadura de los innumerables pequeños vasos en particular, se hizo la forcipresura *en bloc* con la aplicacion de una larga pinza que se dejó en permanencia. Para tener una hemostasia perfecta, se empleó ademas el saco de Mickuliesh, y se cerró el abdomen con un solo plan de suturas, dejando la parte inferior de la incision abierta para dar paso á la bolsa hemostática.

Las consecuencias operatorias fueron excelentes. El

tercer dia se saco la pinza que habia sido colocada y la bolsa de Mickuliesh. No habia presencia de sangre ni de pus; se colocó simplemente sobre el abdomen una curacion antiséptica. El décimo dia se sacaron todas las suturas y á los quince dias de la operacion la enferma se levantaba.

Observacion nùm. 3—Peri-Metro salpingitis—Tratamiento indirecto insuficiente—Laparotomia. Operador: Dr. Laure.

M. D. Edad 28 años, francesa, casada, ha tenido tres hijos, no ha tenido abortos. La menstruacion que empezó á los quince años ha sido siempre normal hasta el mes de Diciembre del año pasado. Su salud que habia sido inmejorable empezó á alterarse en esa época. La enferma acusa de la manera siguiente la série de sus padecimientos: Sintió primeramente mucho dolor al orinar y casi simultáneamente vió aparecer flujos vaginales abundantes acompañados de mucho ardor; el coito era imposible; algun tiempo despues se presentaron dolores muy fuertes en el hipogastrio, con irradiaciones en las fosas iliacas y en la region lumbar, que le obligaron á guardar cama. Desde ese momento las reglas se hicieron irregulares y muy dolorosas. La enferma quedó en ese estado, con alguna atenuacion de sus sufrimientos sin embargo; hasta el doce de mayo 1893 fecha de su entrada al hospital francés.

Exámen.—Estado general mediocre; la mujer se ha enflaquecido mucho desde el principio de su enfermedad.

Examinada la uretra se encontró pus en su interior lo que vino á asegurar definitivamente el diagnóstico

etiológico ya hecho muy probable por los preciosos antecedentes que daba la mujer (1) Las paredes de la vajina algo espesas presentaban un aspecto granuloso; por el cuello del útero salia una secrecion verde amarillenta muy abundante.

El exámen bimanual hizo reconocer el útero muy doloroso, un poco desviado á la derecha, la trompa izquierda muy dilatada formando un tumor perceptible con facilidad en el fondo de saco lateral y muy doloroso tambien á la menor presion. La exploracion del fondo de saco lateral derecho no permitió reconocer lesion alguna.

Diagnóstico—Peri-metro—salpingitis.

Tratamiento—Tratamiento general tónico: buena alimentacion, quina, alcohol etc. . . .

Tratamiento local indirecto: Inyecciones vaginales abundantes dos veces por dia y taponamiento con glicerina y tanino.

Instilaciones de nitrato de plata al 1 por 50 en la uretra. Al cabo de una semana, tratamiento intra-uterino propiamente dicho: Inyecciones intra-uterinas, leves cauterizaciones con glicerina creosotada y drenage de la cavidad uterina con gaza iodoformada. A los veinte dias, la mujer estaba muy mejorada; sin embargo los dolores del vientre y de la cintura no le permitian la marcha. El tumor formado por la salpingitis no habia disminuido de volúmen. Se decidió intervenir por la laparotomia.

Abierta la cavidad abdominal, se encontró el tumor formado por la trompa izquierda considerablemente

---

(1) El examen bacteriológico demostró la presencia en ese pus del gonococco de Neisser.

aumentada de volúmen. Estaba completamente inmovilizada por las adherencias que la sujetaban á las paredes de la pelvis y al intestino. Se pudo sin em bargo, hacer la liberacion con relativa facilidad, y se hizo la escision entre dos ligaduras de la trompa y del ovario íntimamente ligados entre si.

La abundante hemorragia en mapa que se produjo, obligó como en el caso anterior á dejar en permanencia una larga pinza con objeto de cohibirla; por mas seguridad se colocó tambien una bolsa de Mickuliesh, y se cerró la parte superior de la incision. La operacion duró 40 minutos.

Las consecuencias operatorias fueron de las mas felices. Al cuarto dia se sacó la bolsa de Mickuliesh y la pinza hemostática, y en lugar de ellas se puso simplemente unas tiras de gaza iodoformada, que se cambiaron todos los dias, teniendo la precaucion de llenar siempre menos la cavidad dejada por la bolsa de Mickuliesh; de manera que el duodécimo dia, ésta estaba completamente obliterada y cicatrizada la pared abdominal. La enferma se levantó á los 15 dias de la operacion, sin haber tenido accidente ninguno.

Observacion núm. 4 —Salpingitis unilateral con fístula intestinal. Laparotomia. Operador Dr. Laure.

M. G., 38 años, casada, no ha tenido hijos. Desde un aborto que ha tenido lugar hace 7 años ésta mujer ha padecido de dolores violentos en el vientre causados por una enorme salpingitis del lado izquierdo. Sometida en diferentes ocasiones á un tratamiento médico muy riguroso, no ha habido mejoría ninguna; por el contrario, la presencia de pus en las materias fecales demos-

tró que la coleccion purulenta se habia abierto camino por el intestino.

En una consulta en que tomaron parte los doctores Villa, Quinche y Laure, se resolvió hacer la salpingotomia, la que se practicó en el Hospital Francés.

El vientre abierto, se encontró en lugar de los apéndices izquierdos un tumor del volúmen de una naranja grande; ocupaba toda la parte izquierda de la pelvis dirigiéndose hácia la parte posterior y el recto. El desprendimiento del tumor con las adherencias duró mas de una hora; en la parte posterior especialmente donde debia existir la fístula rectal que no se pudo ver, hubo que segmentar despues de ligaduras, numerosas bridas adhesivas. Ya estaba casi enteramente decorticado la bolsa, cuando ella se rompió derramándose en el peritoneo su contenido, es decir, como cien gramos de materia purulenta muy fétida.

Se hizo inmediatamente un lavaje minucioso del peritoneo con agua hervida, se cortó el pedículo que se había podido formar y se cerró completamente la pared abdominal.

No hubo nada de especial en las consecuencias de la operacion. La temperatura máxima fué de 37° 4. Veinte dias despues la enferma estaba en estado de salud excelente.

Observacion núm. 5. Salpingitis supurada doble.

Laparotomía. Operador: Dr. Laure.

R. N. Rusa de 20 años de edad, prostituta. Los antecedentes acusan una blenorragia y un aborto que ha tenido lugar hace tres años. Una primera vez entra al hospital por fenómenos dolorosos que provocaba una peri-metro-salpingitis.

Despues de un tratamiento médico combinado con el tratamiento intra-uterino se obtuvo una mejoría tan acentuada que la enferma salió del hospital. Pero poco tiempo despues se presentó de nuevo, en peor estado que antes, y pidiendo una intervencion radical. Se efectuó la laparotomia el 24 de Noviembre 1891.

En este caso las lesiones eran bilaterales y principalmente constituidas por dos voluminosos piosalpinx. La decorticacion fué muy trabajosa; una capa de epiploon habia contraído fuertes adherencias con el tumor del lado derecho y, particularidad digna de notar, aunque las lesiones fuesen igualmente desarrolladas de los dos lados, es en el sitio de estas adherencias que la enferma sentia los fuertes dolores.

El hecho puede explicarse por los tirones que debían producirse cada vez que por los fenómenos digestivos, el epiploon era sujeto á tracciones. Durante las maniobras de liberacion se rompieron sucesivamente las dos bolsas purulentas, sério inconveniente que fué salvado como en el caso anterior, por un lavaje abundante del peritoneo.

La operacion duró una hora y media. El resultado fué absolutamente satisfactorio. La incision abdominal que se habia saturado en toda su estension, estaba cicatrizada el séptimo día.

Al terminar la descripcion de esta pequeña série de la parotomías que hemos visto emplear para el tratamiento de las supuraciones pelvianas, creemos oportuno hablar de algunas consideraciones que nos ha sugerido nuestra corta práctica.

Se ha visto en las observaciones 4 y 5 el buen resultado que se ha conseguido á pesar del derrame de pus

dentro de la cavidad peritoneal. Si bien el lavaje del peritoneo que se ha practicado inmediatamente, ha sido un poderoso agente para evitar la infeccion, creemos encontrar en este hecho una confirmacion de las observaciones de Schröder y de las esperiencias de Boileux. Estos autores han dicho y probado por esperimentos llevados á cabo sobre conejos, que el pus en ciertas salpingitis viejas pierde mucho de su poder virulento; precisamente las lesiones de que se ha tratado en las observaciones citadas, tenian ya mas de tres años.

En cuanto al tratamiento post-operatorio debemos decir tambien que la administracion del hielo y del champagne para combatir los vómitos provocados por el cloroformo, ha sido casi siempre estéril, y que por el contrario ha sido el orígen de verdaderas gastritis. Mucho mejor resultado se ha conseguido con el café y la leche calientes que exclusivamente deben ser administrados durante los primeros dias.

Para combatir la paresia intestinal que acompaña siempre las grandes interrupciones sobr el eabdomen, Fritsh, dá por la mañana de la operacion un purgante suave á sus enfermos. Creemos que en esta práctica no tiene imitadores. Es mejor dar, en la tarde del segundo dia una lavativa compuesta de seis cucharadas de vino de Burdeos, tres de glicerina y un vaso de agua de Hunyadi Janos, ó administrar un purgante de calomel. Cuando el timpanismo abdominal está muy exagerado y se opone á los movimientos del diafragma ocasionando la diarrea consiguiente, un medio fácil y de aplicacion rápida para aliviar á la enferma, es el de poner en permanencia en el recto un tubo de caoutchouc de grueso

calibre. El inmediato escape de los gazes permite al intestino recobrar muy pronto su tonicidad.

Intervencion por la vía vaginal

Observacion núm. 6—Piosalpinx prolabado y pelviperitonitis.

Operador: Dr. Laure.

A. F. 36 años de edad, francesa. Ha tenido á los 16 años una blenorragia que le provocó uretritis, vaginitis y metritis, por la que estuvo en tratamiento en el hospital Saint-Louis de Paris. Se casó á los 21 años, las relaciones sesuales han sido casi siempre dolorosas; con alternativas de mejoria y de mal estar, ha podido soportar su enfermedad hasta ahora. Desde algunos dias el mal se ha agravado, obligándola á entrar al hospital.

Exámen—Estado general, bueno. Localmente el vientre está un poco abultado del lado izquierdo y muy doloroso á la presion al nivel de la fosa iliaca del mismo lado. Anestesiada la enferma con el fin de hacer un exámen mas detenido, se encuentra el útero llevado hácia arriba y á la derecha y completamente inmovilizado. En el fondo de saco lateral izquierdo se siente un tumor renitente, separado del útero por un surco y envuelto en una atmósfera de tejidos infiltrados y edematosos; ese tumor se estiende hasta el fondo de saco posterior donde es muy accesible á la exploracion; por arriba es imposible limitarlo. El fondo de la vagina presenta una elevacion de temperatura notable y en algunos puntos se percibe los latidos arteriales.

Tratamiento—Reposo general, calmantes, revulsivos. Inyecciones calientes, taponamientos vaginales.

Despues de 15 dias de este tratamiento, la enferma se encontró muy mejorada pero conservando siempre los dolores que aunque no tenian la agudez de los del principio la molestaban contínuamente, presentándose de una manera intermitente y por verdaderas crísis. La infiltracion peri-metrítica habia desaparecido en gran parte, limitándose cada dia mas el tumor de los tejidos vecinos, y con tendencia á ocupar el fondo de saco de Douglas. Era sustituido probablemente por una salpingitis en prolapsus acompañada de pelvi-peritonitis del fondo de saco de Douglas.

Se decidió intervenir por la vía vaginal. Se preparó la asépsia de la vagina durante tres dias y se llevó á cabo la operacion.

Puestos los separadores y tomado el cuello del útero con la pinza de Museux para sostener este órgano aplicado á la sinfisis pubiana, se hizo primeramente una puncion en el punto mas culminante del tumor que correspondía á la union de los fondos de saco lateral izquierdo y posterior. Habiendo dado por resultado la puncion, la salida del pus, inmediatamente se incendió con el bisturí, partiendo la incision del punto mismo en que se habia hecho la puncion y dirigiéndose hácia abajo y afuera en una estension de dos centímetros. Una vez abierto el fondo de saco el operador introdujo el dedo en el ojal formado, para explorar la cavidad de la cual, cosa extraña, no salia nada. Esta exploracion demostró que el fondo de saco de Douglas estaba sano y que un poco mas arriba estaba la coleccion purulenta perfectamente aislada; entonces guiando el bisturí sobre

el dedo que tocaba la pared de esta coleccion se hizo una pequeña incision, la que dió salida á una gran cantidad de pus. Con el fin de facilitar esta maniobra, un ayudante comprimia fuertemente la parte izquierda del hipogastrio para hacer bajar el tumor en la pelvis y traerlo al alcance del operador. Como la incision muy pequeña podia ser insuficiente, dos largas pinzas colocadas sobre los dos bordes ó labios de ella permitieron agrandarla por medio de tracciones ejercidas en sentido opuesto. Despues se hizo una abundante irrigacion con bicloruro de mercurio al 1 por 3,000, y se llenó completamente la cavidad purulenta siempre mantenida por las pinzas con tiras de gaza iodoformada. No se colocó sutura ninguna.

Los buenos efectos de la intervencion se hicieron sentir muy pronto por la desaparicion de los dolores; el tercer dia al hacer la primera curacion se notó que una red de adherencias formada alrededor de la gaza iodoformada, aislaba absolutamente la cavidad del piosalpinx de la gran cavidad peritoneal, haciéndola comunicar por un canal de nueva formacion con la vagina. Además el útero se encontraba en su lugar y habia recuperado su movilidad; se practicaron nuevamente amplias irrigaciones y el drenaje del saco. Los dias subsiguientes se continuó el mismo tratamiento, observándose cada vez que la cavidad disminuia poco á poco. A los 15 dias de la operacion ésta quedaba completamente cerrada y cicatrizada la incision. La enferma estaba en perfecto estado: al examinar el fondo de saco postero-lateral se sentia únicamente una induracion del volúmen de una nuez detrás de la línea cicatricial.

Observacion núm. 7—Hematocele en vía de supuracion operado por la vía vaginal.

G. O. 34 años de edad, menstruacion primera á los 15 años, se ha casado á los 19, ha tenido 5 hijos; siempre sus reglas han sido normales. Estas no habian aparecido desde el mes de Abril de 1890, cuando el 7 de Junio del mismo año la mujer sintió súbitamente un violento dolor en el vientre acompañado algunas horas despues, por grandes pérdidas de sangre y expulsion de coágulos por la vagina. Una partera llamada en el momento del accidente, dijo que se trataba de un aborto, nosotros, basándonos sobre la existencia de una hematocele que se comprobó mas tarde, pensamos que existia probablemente un embarazo tubario cuyo kiste se rompió cayendo una parte de su contenido en el útero, la otra en el peritoneo y provocando una fuerte hemorragia. Cualquiera que sea la hipótesis que se haga, lo cierto es que pronto aparecieron los otros síntomas de un derrame sanguíneo en el peritoneo; anemia repentina, constipacion, disuria y continuacion de los dolores. Dos médicos llamados despues, diagnosticaron efectivamente hematocele, pero desgraciadamente no fueron tan felices en la tentativa de intervencion que llevaron á cabo. No teniendo el arsenal quirúrgico necesario para practicarla en debida forma, estos dos prácticos se sirvieron de dos cucharas comunes para mantener abierta la vagina é hicieron una simple puncion con el bisturí en el fondo de saco posterior. El resultado fué el siguiente: salida de algunas gotas de sangre y penetracion de gérmenes infecciosos en el interior del tumor, que por otra parte era un excelente medio de cultura. Poco tiempo despues

no tardó en aparecer la fiebre; entonces fué llevada la enferma al hospital francés.

Exámen—Estado general bastante bueno á pesar de una anemia bastante pronunciada. Anorexia completa; algunos vómitos; temperatura oscilando entre 38° y 39°, dolores muy fuertes en el vientre con irradiaciones en la region lumbar y en las piernas.

Se siente por la palpacion en la fosa iliaca izquierda un tumor voluminoso é irregular que asciende hasta cerca del ombligo. Por el tacto vaginal se reconoce el mismo tumor haciendo proeminencia en el fondo de saco posterior izquierdo; el cuello del útero está levantado y aplicado contra el arco pubiano, el cuerpo del útero llevado hácia la derecha y arriba.

Tratamiento—Siendo anestesiada la enferma, se practica sobre la pared posterior de la vagina una incision de 5 centímetros, partiendo del punto mismo de la puncion que habia sido hecha anteriormente. Se dió así salida á una cantidad enorme, 1200 gramos, de coágulos sanguíneos, los unos en perfecto estado de conservacion, otros ya supurados. Con la sonda de Fritsh se hizo un lavaje abundante de la cavidad que media 10 centímetros en todos sentidos; el agua usada fué una solucion de naftol; despues se rellenó completamente de gaza iodoformada, y se dejó en la vagina un tapon de algodon iodoformado.

El dia mismo de la operacion, 15 de Agosto, los dolores disminuyeron mucho de intensidad, la temperatura alcanzó totalmente á 38°, los dias siguientes no pasó 37°5. El 18 de Agosto se hizo la primera curacion: la cavidad estaba en perfecto estado de asepsia, no presentando mal olor ni señas de supuracion. La

mejoría del estado general se acentua cada vez mas: los vómitos han desaparecido, el apetito aumenta, los movimientos de evacuacion del vientre se establecen con regularidad, el sueño imposible de conseguir antes de la operacion sino con hipnóticos, es ahora tranquilo y reparador. El 5 de Setiembre reaparecen las reglas, las que duraron cinco dias sin molestar de ninguna manera á la enferma. Mientras tanto se iban haciendo cada tres dias las curaciones, disminuyendo poco á poco la cavidad hasta que el 14 de Setiembre quedó completamente cerrada.

El exámen practicado entonces mostró todos los fondos de saco de la vagina libres, la fosa iliaca normal, el útero vuelto á su posicion normal y movibles. La enferma salió del hospital el 21 de Setiembre en estado de salud excelente.

Observacion núm. 8. Pelvi-peritonitis.—Abertura vaginal.

O. M. 32 años, casada, no ha tenido hijos, ha sido siempre menstruada con regularidad hasta el mes de Febrero de 1891. En esa época ha empezado á sufrir del vientre, igualmente en los dos lados y la parte media del hipogastrio. Es imposible averiguar el orígen de la afeccion y la marcha de la enfermedad. La única parte positiva que se saca de los antecedentes, es que esta mujer ha sido obligada á guardar cama desde el mes de Febrero, presentando su enfermedad períodos alternativos de atenuacion y de recrudescencia hasta su entrada al hospital el 3 de Agosto de 1891.

Exámen—Mujer sumamente debilitada, ha perdido la mitad de su peso; completamente inmovilizada en la cama por los dolores de vientre; el cuadro de tem-

peratura indica fiebre de supuracion. Anorexia muy pronunciada.

El abdómen está retraido y presenta una dureza extraordinaria, la palpacion no dá resultado ninguno en cuanto á la exploracion de los órganos profundos. Parece que hubiera un tabique de madera debajo de la pared abdominal, tal es la sensacion de resistencia que se experimenta. El tacto vaginal hace reconocer lo siguiente: vagina muy corta, casi aplanados los fondos de saco por la presencia de una induracion que envuelve todos los órganos. El útero un poco prolabado, está comprimido contra la sínfisis pubiana y absolutamente desprovisto de movilidad. El fondo de saco posterior presenta una consistencia desigual, es duro, muy duro en algunas partes, mas blando en otras. En conjunto parece estar completamente solidificado el suelo de la pelvis.

Diagnóstico—Pelvi-peritonitis.

Tratamiento—Era preciso obrar rápidamente, pero sin hacerle soportar una gran intervencion, tal era el grado de debilidad de esta mujer. No se podia pensar en darle cloroformo. Por eso se decidió intervenir por la simple incision vaginal, la que se llevó á cabo sin anestesia ninguna.

Puestos dos separadores laterales y sostenido el útero por una pinza, se hizo una incision de 4 centímetros en el fondo de saco posterior. Primeramente la incision dió salida á un poco de líquido claro, pero profundizándola mas, se abrió una coleccion purulenta escapándose un pus espeso, amarillo verdoso. Prévio un lavaje suficiente para limpiar esta cavidad, se introdujo en la abertura el dedo índice con el objeto de explorarla. No era una cavidad única sino una cantidad

de pequeños compartimentos separados los unos de los otros por tabiques febrosos mas ó menos completos. En su exploracion el dedo pudo abrir todavía algunas bolsas de pus, al mismo tiempo que buscaba conseguir, por la desgarradura de los tabiques, un canal central por donde pudiesen evacuarse fácilmente los líquidos. En fin, una abundante irrigacion hecha por medio de una cánula veginal que se hundia casi enteramente en la pelvis, aseguró la limpieza y se terminó la operacion por un taponamiento con gaza iodoformada.

Operada el 8 de Agosto la enferma sintió poca mejoria al principio; la fiebre siguió á presentarse hasta el 25 del mismo mes á pesar de las curaciones minuciosas que se hacian todos los dias. En esa época desapareció completamente el pus, cesó la fiebre y empezó á mejorarse el estado general.

El 15 de Setiembre la cavidad estaba cerrada, y la mujer se levantaba; siguió la mejoria hasta encontrarse ella dispuesta á volver á su casa en buen estado, el 22.

Examinada antes de su salida del hospital, se notó que la pelvis habia recuperado en parte su blandura pero el vientre quedaba siempre enteramente duro.

Vista á los tres meses de la operacion esta mujer seguia en estado de salud inmejorable.

Observacion núm. 9—Abceso del ligamento ancho, abierto por la via inguino-sub-peritoneal. Hospital San Roque. Operador, Dr. Revilla.

M. S., española, de 24 años de edad, casada á los 19 años, ha tenido sus reglas por la primera vez á

los 15 años. Estas siempre han sido dolorosas y poco abudantes. No ha tenido familia ni sentídose ja más embarazada.

Hace dos meses que empezó la enfermedad actual, manifestándose por intensos y agudos dolores en el vientre radicados especialmente en el lado izquierdo. El 9 de Febrero fecha de su entrada al hospital, esos dolores continuan, la fosa iliaca izquierda es dolorosísima á la presion. Hay vómitos contínuos, cefalalgia y fiebre muy alta por la noche habiendo llegado varias veces hasta 40°. El estado agudo de estos síntomas no permitiendo un exámen de la pelvis, se somete la enferma á un tratamiento médico: dieta rigurosa, reposo absoluto, antipirina, hielo y despues cáusticos sobre el abdómen.

Al cabo de 15 dias todos los fenómenos dolorosos habian perdido su agudeza, la mujer pedia alimentos, la fiebre habia cedido; una mejoria franca parecia asegurarse cada dia, cuando de repente hubo una recaida cuya causa no ha podido averiguarse, presentándose el mismo cuadro de síntomas que al principio de la enfermedad. Ademas la fosa iliaca siempre muy dolorosa estaba un poco abultada, y se sentia por debajo la pared, un empastamiento profundo.

El tacto vaginal no revelaba nada de particular. La coleccion purulenta colocada probablemente en la parte superior del ligamento ancho tenia tendencia á elevarse por encima del estrecho superior. Se resolvió abrirla por la via inguinal.

Se hizo una incision de 5 centímetros paralela al arco de Fallopio y á tres centímetros de distancia de él.

No estando abierto el peritoneo, el dedo introducido por la abertura, pudo sentir deprimiendo un poco la serosa parietal, el tumor purulento que estaba alejado de dos centímetros mas ó menos de la pared. Un corto desprendimiento del peritoneo fué suficiente para descubrir el tumor. Inmediatamente se abrió por una larga incision, derramándose una gran cantidad de pus. Una vez vaciado de su contenido purulento, y lavada la cavidad hasta que el agua del lavage saliera limpia, se secó y se llenó de gaza esterilizada.

Los resultados de la operacion fueron muy satisfactorios. A los pocos dias dejó de supurar la bolsa, cerrándose á grandes pasos. La fiebre no reapareció despues de la intervencion. A los 19 dias ya no existia cavidad ninguna; para facilitar la cicatrizacion de la incision cuyos bordes no se afrontaban perfectamente, se hizo un avivamiento de ellos y se suturaron.

Algunos dias despues, la enferma salia del hospital, con sus órganos pelvianos en estado normal.

Buenos Aires, Julio 8 de 1893.

Sírvanse informar respecto de la admisibilidad de este trabajo, los señores Académicos Dr. Pedro Mallo, Profesor Dr. Samuel A. Molina y Profesor Suplente Dr. Enrique Bazterrica.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.

Francisco Cogorno,
Pro-Secretario.

Buenos Aires, Julio 19 de 1893.

Esta tésis está en las condiciones de admisibilidad que señala el Reglamento de la Facultad.

PEDRO MALLO.

E. Bazterrica.—S. Molina.

Buenos Aires, Julio 31 de 1893.

En vista del informe que antecede, entréguese esta tésis al interesado para su impresion, debiendo señalarse por Secretaría el dia en que haya de ser sostenida en acto público.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.

Francisco Cogorno,
Pro-Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

MEDICINA LEGAL—Aptitud para la procreacion en la mujer.

OBSTETRICIA—Fenómenos mecánicos del parto.

PATOLOGÍA INTERNA—Pericarditis.

GINECOLOGÍA—Consideraciones generales acerca de la patología y el tratamiento de las afecciones uterinas.

PATOLOGÍA EXTERNA—Lesiones inflamatorias de la piel y sus anéxos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA—Proceso de regeneracion.

HIGIENE PÚBLICA Y PRIVADA—Influencia de los clímas.

MATERIA MÉDICA Y TERAPÉUTICA—Sales calcáreas.

PATOLOGÍA GENERAL—Medio de exploracion.

FISIOLOGÍA—Reflejos medulares.

ANATOMÍA TOPOGRÁFICA—Region raquídea.

HISTOLOGÍA—Glándulas linfáticas simples.