2788

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO

DEL

PIO-SALPINX

TESIS INAUGURAL

DE

MANUEL ANZOÁTEGUI

Ex interno del Hospital San Roque
Interno por concurso del Hospital Rivadavia, 1892-1894

BUENOS AIRES

Librería Científica, de Agustín Etchepareborda, Tacuarí, 359

1894

2788

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO

DEL

PIO-SALPINX

TESIS INAUGURAL

DE

MANUEL ANZOÁTEGUI

Ex interno del Hospital San Roque
Interno por concurso del Hospital Rivadavia, 1892-1894

BUENOS AIRES

Librería Científica, de Agustín Etchepareborda, Tacuarí, 359

1894

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.
La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

3906—Tip., Lit. y Encuad., «MARIANO MORENO», Corrientes, 829.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.

Vicedecano

DR. D. EUFEMIO UBALLES.

Académicos Honorarios

DR. D. SANTIAGO LARROSA.
» » ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE
» » IGNACIO PIROVANO.
» » MARTÍN SPUCH.

Académicos Titulares

DR. D. MAURICIO GONZÁLEZ CATÁN.
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » PEDRO MALLO.
» » JOSÉ M. ASTIGUETA.
» » JACOB DE T. PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNÁNDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.

Secretario Titular

DR. D. LUÍS M. ACUÑA.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Anatomia Descriptiva	Doctor	*Juan José Naon.*
Anatomia Topográfica	"	*Mauricio González Catán.*
Histologia teórico-práctica	Dres.	*Andrés F. Llobet.* / *Rodolfo de Gainza* (interino.)
Fisiologia General y Humana	"	*José M. Astigueta.*
Higiene Pública y Privada	"	*Melitón González del Solar.*
Patologia General y Ejercicios clinicos	"	*Roberto Wernicke.*
Materia Médica y Terapéutica	"	*Justiniano Ledesma*
Patologia Externa	"	*Guillermo Udaondo.*
Patologia Interna	"	*José Penna.*
Anatomia Patológica	"	*Telémaco Susini.*
Medicina Operatoria	"	*Adalberto Ramaugé.*
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica	"	*Jacob de T. Pinto.*
Enfermedades de niños y Clinica Pediátrica	"	*Manuel Blancas.*
Enfermedades de los ojos y Clinica Oftalmológica	"	*Pedro Lagleyze.*
Enfermedades nerviosas y su clinica	"	*José M. Ramos Mejia.*
Enfermedades mentales y clinica respectiva	"	*Domingo Cabred.*
Clinica Quirúrgica	Dres.	*Ignacio Pirovano.* / *Julian Aguilar.*
Clinica Médica	Dres.	*Eufemio Uballes.* / *Gregorio N. Chaves.*
Obstetricia y clinica respectiva	Doctor	*Samuel A. Molina.*
Medicina Legal y Toxicologia	"	*Eduardo M. Pérez.*
Quimica aplicada á la Medicina	Dres.	*Pedro N. Arata.* / *Atanasio Quiroga.*
Fisica Médica	"	*Jaime R. Costa.*
Historia Natural Médica	"	*Eliseo Cantón*
Fisio-patologia experimental	"	*Juan B. Señorans.*
Enfermedades venéreas y dermatologia	Dres.	*Baldomero Sommer.* / *Maximiliano Aberastury* (int.)
Laringologia, otologia, rinologia	Doctor	*Eduardo Obejero.*
Farmacia y Práctica farmacéutica	"	*Juan A. Boeri.*
Obstetricia para alumnas parteras	"	*Juan R. Fernández.*
Odontologia	"	*Nicasio Etchepareborda*

Asignaturas	Catedráticos sustitutos	
Anatomia Descriptiva	Doctor	*Juan D. Piñero.*
Anatomia Topográfica	"	*Juvencio Z. Arce.*
Histologia teórico-práctica		*Vacante*
Fisiologia General y Humana		*Vacante.*
Higiene Pública y Privada	"	*Enrique Revilla.*
Patologia General y Ejercicios clinicos		*Vacante.*
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	*Enrique E. del Arca.* / *Angel M. Centeno.*
Patologia Externa	Dres.	*Obdulio Hernández.* / *Pascual Palma* (en ejer.)
Patologia Interna	"	*Marcial V. Quiroga.*
Anatomia Patológica	"	*Carlos Malbrán.*
Medicina Operatoria		*Vacante.*
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica	Dres.	*Enrique Bazterrica* (en ejer.) / *Alfredo Lagarde.*
Enfermedades de niños y Clinica Pediátrica	Dres.	*Antonio F. Piñero.* / *Facundo Larguia.*
Enfermedades de los ojos y Clinica Oftalmológica	Doctor	*Francisco Barraza* (en ejer.)
Enfermedades nerviosas y su clinica	"	*José A. Esteves.*
Enfermedades mentales y clinica respectiva		*Vacante*
Clinica Quirúrgica	Dres.	*Antonio C. Gandolfo.* / *Juan B. Justo.* / *Alejandro Castro* (en ejer.)
Clinica Médica	Dres.	*Abel Ayerza* (en ejer.) / *Julio Méndez* / *Francisco Sicardi.*
Obstetricia y Clinica respectiva	Doctor	*Luis F. Vila.*
Medicina Legal y Toxicologia		*Vacante.*
Quimica aplicada á la Medicina	"	*José M. Irizar.*
Farmacia y Práctica Farmacéutica		*Vacante.*
Laringologia, otologia, rinologia		*Vacante.*
Enfermedades venéreas y dermatologia		*Vacante.*
Obstetricia para alumnas parteras		*Vacante.*
Odontologia		*Vacante.*

PADRINO DE TESIS

Académico Dr. Manuel Blancas

A la memoria de mi padre

Dr. Vicente Anzoátegui

A mi madre

A mis hermanos

Señor Presidente:

Señores Profesores:

Cumpliendo un precepto reglamentario, vengo á presentaros mi trabajo inaugural, fruto de la observación y del estudio.

No he vacilado en la elección del tema. Tres años de internado en el Hospital Rivadavia, los que he pasado en el servicio de Ginecología del Dr. Bozetti, mi maestro y amigo, me indicaban sobradamente la índole del trabajo que debía presentar á vuestra consideración.

No encontraréis en él nada de nuevo. Es una enumeración detallada de los medios de tratamiento de una afección temible. Apunto sus ventajas é inconvenientes; el modo de realizar las unas y subsanar los otros; las modificaciones que pueden introducirse para la práctica diaria, y en fin, sus resultados. Es un trabajo al alcance de mis fuerzas, que realizo sin pretensiones de ningún género, y sin otra autoridad, que la que suministra la observación frecuente y circunstanciada de numerosos casos; de los que os presento ocho observaciones, de diez y seis casos que se presentaran, en cuatro de los cuales intervine como operador, bajo la hábil dirección del Dr. Bozetti.

El tratamiento del Pio-Salpinx, ha llamado mi

atención repetidas veces, y en más de una ocasión me he propuesto este problema: Dado un saco lleno de pus, libre ó más ó menos adherido á órganos importantes, ¿cuál es el mejor procedimiento, el método más racional, para conseguir la desaparición del pus y el retorno al estado normal de los órganos comprometidos, sin exponer la enferma á los peligros de la infección?

He buscado pacientemente en la práctica su solución; he puesto en uso el tratamiento preventivo, el médico y el quirúrgico; y comparando los resultados, me he declarado partidario de este último, no porque ofrezca menos peligros, sino porque pienso que allí donde hay pus, la intervención cruenta es necesaria, indispensable.

Tal es, en síntesis, el trabajo que someto á vuestro juicio; si él os satisface, habré colmado mis deseos y satisfecho una de mis más grandes aspiraciones.

Y puesto que esta es la primera y última vez que subo á esta tribuna, y la última que me presento ante vosotros reunidos, como alumno permitidme que desde ella os haga público mi agradecimiento por vuestra sabia enseñanza y vuestros consejos, con tanta benevolencia prodigados. Permitidme recordar el nombre del Dr. Bozetti, el modesto ginecólogo del Hospital Rivadavia, que durante tres años ha querido ser mi guía paciente y constante, y del cual he recibido no sólo enseñanzas provechosas, sino consideraciones especiales como amigo, que nunca sabré agradecer bastante.

I

El gran empeño de casi todos los ginecologistas ha sido siempre el hacer abortar las salpingitis, oponiendo á éstas diversos tratamientos más ó menos enérgicos, pero que casi siempre daban resultados mediocres, al menos en la mayor parte de las enfermas, sobre todo en las de la clase pobre, por las condiciones especiales de vida en que se encuentran y la poca frecuencia con que se presentan al principio de la enfermedad.

Casi siempre el médico es llamado á verlas cuando ya han tenido uno ó dos *poussée* inflamatorios, y su papel se reduce á una medicación calmante; lo que pasado esto, vuelven á la vida ordinaria, hasta que minadas completamente por sus males y atormentadas por sus dolores, se deciden á buscar una medicación más radical.

El tratamiento preventivo de la salpingitis purulenta, se confunde en un todo con el de la salpingitis en general; aunque en este caso se lo deba llevar con mayor escrupulosidad, por ser mayor también el peligro inmediato y lejano que hace correr á la paciente.

Todos sin excepción están acordes en prescribir como primera medida el reposo absoluto, y por

esto no debe entenderse como generalmente se cree, que con guardar cama uno ó dos días, se satisface la indicación médica: es necesario no solamente la quietud absoluta en el lecho, sino hacer abstracción de todas las ocupaciones que puedan interesar en cualquier grado á la paciente, y de no abandonarlo sino después que haya pasado todo fenómeno congestivo, y que los dolores se hayan suprimido, ó al menos que se aminoren á tal grado, que no produzcan sino una insignificante molestia. Este reposo debe continuarse sistemáticamente durante todos los días que la mujer esté en el período menstrual.

El coito debe ser formalmente prohibido, no tanto por el traumatismo, sino por la congestión intensa á que daría lugar en la totalidad del aparato genital.

Además, el cirujano dispone de otros medios, que si no tienen tanto poder, al menos sirven de adyuvantes muy útiles y que siempre se encuentran asociados: tal es, entre uno de ellos, las inyecciones vaginales calientes á 40 ó 45°.

No basta hacer pasar uno ó dos litros de líquido antiséptico caliente, de un irrigador á la vagina de la mujer, sino que es necesario seguir ciertos preceptos para que den el resultado debido, y á este respecto encuentro en Terrillon sabios consejos dando la manera de ejecutarlos. Él dice así: «Habiendo sido sacado el aire del tubo, la enferma puede por sí misma hacerse el lavaje de la manera siguiente: Después de haber introducido la cánula dejará entrar cierta cantidad de líquido, deteniendo

la corriente por medio del robinete cuando la sensación de calor sea muy viva. Espera algunos momentos si está muy caliente para que baje la temperatura, recomenzando la anterior maniobra, esforzándose de sufrir una temperatura bastante elevada, y haciendo pasar de esta manera, uno á dos litros de agua en el espacio de quince á veinte minutos; cantidad que reputa ordinariamente suficiente. Sin embargo, hay enfermas que no pueden soportar sino agua tibia, encontrando gran alivio con ella.»

El irrigador nunca debe estar colocado más arriba de un metro sobre el nivel de la enferma, siendo contraproducente y lo mismo dañoso, las grandes presiones en las inflamaciones de los anexos.

Uno de los puntos á que más atención se deba dar, es la manera como se practiquen los exámenes de las enfermas y especialmente de las atacadas de pio-salpinx.

He tenido oportunidad de observar, que la mayor parte de las mujeres examinadas en los consultorios de ginecología de los hospitales, después de los reconocimientos salen demostrando en su físico grandes sufrimientos; y no es necesario que su mal esté en su período agudo para experimentar tanto dolor, sino aún estando en su período de calma, se exaspera éste por la más pequeña presión y se nota en algunas, particularmente en las de pio-salpinx, elevaciones de temperatura que llegan á más de un grado, el dolor reavivarse y en muy pocas, por felicidad, reagravarse el estado general.

Así que es preferible y como lo decía antes, en

las con pio-salpinx en especial, reservar lo más que sea posible el examen, y en particular el bimanual por ser el que mayores males puede producir, siendo mayor las presiones ejercidas sobre el saco.

Como se verá en una de las observaciones de las enfermas, después de cada exploración la temperatura subía de 39° á 39°5; se ponía la lengua pastosa y presentaba todos los signos de una peritonitis localizada. Inconvenientes que se presentaron como los apuntados en este caso con exámenes hechos con sumo cuidado y delicadeza, nos podemos dar cuenta de lo que hubieran sido llevándolos con torpeza, que traerían como consecuencia casi fatal la ruptura del saco en el peritoneo, dado el adelgazamiento de este lado, como pudimos verlo en el momento de la operación.

En una tesis presentada en París por Tenturier, apunta varias observaciones en las que sacos conteniendo pus ó sangre habían sido rotos, y echádose el líquido al peritoneo, después de exámenes sin cuidado y muchos de ellos con resultado fatal.

Aquí no he tenido oportunidad de ver ninguno que haya producido tal resultado, pero sí muchos en los que sobrevinieron accidentes de poca importancia, como los apuntados. Como se comprenderá, deben estar formalmente contraindicadas todas las exploraciones en los órganos genitales internos, como descenso del útero, sondajes, etc., etc.

Los norteamericanos se han preocupado mucho de la manera como deben viajar estas dolientes. Contraindican el coche por los barquinazos, la mucha movilidad y las sacudidas bruscas que produce; vienen en seguida los ferrocarriles como menos malos, aunque tienen el inconveniente de la trepidación que fatiga en gran manera á la enferma, y producen aún en trayectos cortos, muchos dolores; y aconsejan como vehículo el más adecuado y conveniente, el tramway, por la suavidad de su marcha.

Dáse los purgantes ligeros con mucha frecuencia para mantener libre de materias fecales la parte inferior del intestino, por el dolor que produciría la compresión de éstas contra los órganos enfermos. Se contraindican los drásticos por la congestión que producirían en los órganos pélvicos.

Tal es, en general, el tratamiento preventivo que dan la mayor parte de los autores para oponerse á la salpingitis; pero desgraciadamente no dan sino un resultado muy mediocre, aunque sirven siempre como adyuvantes de gran valor, asociados á los otros medios.

II

El tratamiento médico en la salpingitis purulenta, tiene casi el mismo resultado que el preventivo; y digo casi, porque si bien es cierto que en algunos casos produce buen resultado, hay

otros, y éstos constituyen la mayoría, en los que son inútiles y hasta contraproducentes todas estas tentativas; que lo único que se saca es hacer perder un tiempo precioso á la enferma, y el médico exponer su fama por accidentes imprevistos. Sin embargo, los pasaré en revista, si no todos, al menos aquellos que están más en boga ó que se dice han producido mejor resultado, haciendo notar de paso los inconvenientes que creo padezcan.

Se ha dicho hasta la saciedad, que en esta dolencia, quitando la causa que la haya producido, se curaría la enfermedad, sin pensar acaso que el mal estaba ya producido con un líquido que no se reabsorbe, con un saco ya formado con adherencias en los demás órganos vecinos, con tejidos que han llegado á su completa evolución, y lo que es más que todo, con una cavidad sin comunicación con el exterior ni otro órgano, en que pueda echarse el todo ó parte de su contenido, y éste con una tendencia cada vez más pronunciada á perder su parte líquida, volviéndose una masa más ó menos espesa y de apariencia caseosa, pero sin ninguna tendencia á la reabsorción completa.

Los que creían que curando la metritis, causa productora, estaban por consiguiente en un error; y digo en un error, porque la curación de ésta, no puede influir de ninguna manera sobre el pio-salpinx, que está aislado por lo general del útero en el extremo externo de la trompa, impidiendo la libre comunicación de ésta con la cavidad de la matriz, ya sea

por una obliteración debida á una proliferación del epitelio del extremo uterino, ó á un soldamiento más ó menos completo de las paredes de la trompa. Esto sin contar las desviaciones que sufre en su dirección y los estrechamientos de su cavidad.

Las cauterizaciones de la mucosa uterina, han sido siempre á las que se ha recurrido en todo tiempo, empleando con este fin casi todos los cáusticos conocidos; pero de los que con más frecuencia se hace uso son la tintura de iodo, el percloruro de hierro y la creosota, aconsejada últimamente por el Dr. Auvard, quien dice haberle dado muy buenos resultados con su empleo.

Por lo que he visto en los hospitales, ninguno de estos agentes ha producido un resultado cierto, teniéndose que recurrir en la casi totalidad de los casos, al curetaje del útero.

El raspado, que ha llegado por su frecuencia y simplicidad á no ser considerado ya como operación, sino como una simple curación, tendría gran ventaja según algunos autores, volviendo aséptica la cavidad uterina y preparando ya el terreno para si la mujer se decidiera á la laparotomía, quitando la posibilidad de una infección que tuviera su origen en esta cavidad; pero Delbet piensa todo lo contrario, diciendo que en toda salpingitis, y sobre todo en las que contengan mucho líquido (sin especificar la cantidad) y en particular pus, se debe diferir el raclaje hasta después de la extirpación de las trompas, dado el poco beneficio que reportaría y se expondría á accidentes serios.

Sin embargo, Valton cree todo lo contrario, y

aconseja tratar todos los pio-salpinx por la dilatación forzada, el raspado y drenaje del útero, y cree atacar con esto directamente el mal, pretendiendo obtener con su método la evacuación del contenido de las trompas á la cavidad uterina.

Él sostiene que dilatando el útero, dilata al mismo tiempo los orificios de las trompas, demostrándolo de la manera siguiente: Que se tome, dice, una pera hueca de caucho teniendo la forma de la matriz, con un orificio simulando el del cuello y otros dos en la parte superior más estrechos, los de las trompas; que se introduzca dentro de ésta un pesario de Gariel ó un dilatador de Barnes. Á medida que se llene la vejiga la pera de caucho se dilata, así como los orificios, que representan los de las trompas y el que simula el cuello del útero. Hace anotar además la diferencia del tejido de la bolsa de caucho al del útero, y dice que sacando el dilatador, aquélla tomará su forma primitiva mientras que el del útero no.

Sin embargo, en los doce casos que presenta, en ninguno ha podido producir la evacuación en un tiempo tan corto, que se crea fuera producida por la dilatación; y en cuatro casos, ésta ha tenido lugar entre cinco y quince días después. No refiere haber seguido ninguna, un tiempo algo largo que le permita afirmar en la curación.

Doleris, dice haber ensayado este método, pero confía poco en sus resultados.

Tratamiento es este que no solamente no debe dar buenos resultados, sino que no me parece aceptable por las siguientes razones: Como decía

antes, todas las maniobras llevadas contra el útero son dañosas y pueden ser de fatales consecuencias por los motivos que expuse, igualmente que el raspado. Queda solamente la dilatación. Ésta es practicada siempre con instrumentos cónicos, sólidos, que se van introduciendo en el orificio del cuello cada vez un número mayor, hasta el efecto querido. La forma de éstos, la ausencia de una abertura en su interior que permita la salida de los líquidos estancados en el interior del útero, la adaptación íntima á las paredes del cuello, los hace que ejerzan las funciones de un pistón, lo que contribuye á que la presión en el interior de éste, se encuentre elevada, tanto más, cuanto mayor sea el calibre del dilatador; explicándome por esto el aumento de dolor, siendo lo más grave y de peores consecuencias para la enferma, el aumento al mismo tiempo de presión en el interior de las trompas (si no están obliteradas), y por consiguiente, más probabilidad de que el líquido que contengan pase al peritoneo, ó si su abertura abdominal está obliterada, más condiciones favorables de ruptura del saco, cosa que el médico debe ante todo tratar de prevenir.

Así, me parece preferible toda vez que se tenga que dilatar el cuello, efectuarlo con preferencia haciendo uso de un dilatador de ramas, ó si se prefiere los cónicos, que sean éstos perforados.

El raspado debe diferirse siempre hasta después de la extirpación de la trompa.

El masage de los anexos, preconizado ardiente-

mente por Seiffart en Alemania y por algunos rusos en estos últimos tiempos, sólo podría dar buenos resultados en las salpingitis profluentes, pero de ninguna manera debía ni aun ensayarse en las enquistadas, pudiendo dar lugar á rupturas y hemorragias graves, como Koplik refiere un caso en que esta operación dió origen á una grave hemorragia. Se debe reservar este medio, únicamente para los exudados antiguos ó salpingitis crónicas.

El cateterismo de la trompa, preconizado ya en el año 1849 por Tyler Smith en el tratamiento de la esterilidad, y algún tiempo después por Frankenhauser en el de la salpingitis, no ha dado nunca el resultado que se esperaba, por carecer de reglas fijas para su ejecución, dada la dirección anormal de las trompas inflamadas; más si tenemos en cuenta que el quiste se forma en la porción externa de éste, y que siempre sufre una torción sobre su eje, volviéndose friables sus paredes y lleno de estrechamientos su trayecto. En todo caso, este método no tendría más valor que el de la punción, reputado por todos como únicamente paliativo, pero de ninguna manera que pueda curar.

Martin, por su parte, niega la posibilidad del cateterismo, pero muchos citan casos seguidos de autopsia en los que no se puede negar que se la haya podido efectuar, sobre todo en úteros en subinvolución y en quistes del ovario, en que las paredes uterinas se encuentran hipertrofiadas.

El exudado que siempre se acompaña á la producción del pio-salpinx, dando lugar á la exacer-

bación del síntoma dolor, es tratado con ventaja por los mismos medios preventivos, es decir, por las inyecciones vaginales calientes, compresas al bajo-vientre, y de una manera más eficaz, por el empleo de la glicerina, ya sola ó acompañada de otros medicamentos, tales como el ictiol, que se ha demostrado en estos ultimos tiempos su gran poder resolutivo, no solamente en este caso, sino aun en las deformaciones reumáticas, además de su poder antiséptico, aunque débil, pero perfectamente comprobado. Úsase también asociada al ioduro de potasio, siendo su acción algo incierta.

Este medicamento se aplica por medio de tapones de algodón colocados en los fondos de sacos vaginales, después de la inyección, por medio de un espéculum y renovados cada doce horas.

Contra el dolor y la congestión, se usan además de los medios señalados, las escarificaciones del cuello, la revulsión de la piel del hipogastrio, los cáusticos, puntas de fuego y emisiones sanguíneas.

Pozzi, en su última obra, recuerda como conveniente la aplicación sobre la parte avivada por el cáustico, de morfina asociada á un polvo indiferente.

Prestan también grandes servicios, los supositorios y enemas de sustancias narcóticas, tales como el cloral, valeriana, láudano, etc., etc.

Lo que de ninguna manera debe olvidarse en estas enfermas, es su estado general, é instituir desde el principio una medicación tónica y reconstituyente.

III

Se ha visto que con los medios que hemos pasado en revista, ninguno de ellos tiene una acción segura y cierta sobre el pio-salpinx, y que si bien mejoran ó aminoran los síntomas más salientes, no es sino por un tiempo más ó menos largo ; pero de ninguna manera tienen el poder de curar y ni aún el de asegurar una mejoría algo durable.

Ya en el siglo pasado, Louis había dicho que existen muchas enfermedades que hacen la desesperación de los médicos, y que curan fácilmente con el concurso de la cirugía.

En efecto, ahora es más cierta esta aserción gracias á los progresos de la antisepsia en estos últimos tiempos, á la par que el de la cirugía, que han hecho la mayor parte de las intervenciones tan familiares salvando de una muerte segura gran cantidad de enfermas, que en otros tiempos eran sometidas á una medicación puramente médica y por consiguiente ineficaz.

A Lawson Tait pertenece el honor de haberse elevado contra todas las preocupaciones de su época, y llegado á convencer é imponer por los hechos, los beneficios que reportan tales operaciones, venciendo el horror que causaba á todos los cirujanos la abertura del peritoneo, demostrando que cuando se opera en un buen medio y rodeado de las precauciones que la ciencia aconseja, no

hay que temer la infección ni las numerosas complicaciones que presenciaban antes, de las heridas mal cuidadas y sin rodearse de estos medios.

Siguiendo su ejemplo tanto en Francia como en Alemania y otros países, todos los cirujanos han puesto en práctica con resultados tan satisfactorios, que ya su éxito está asegurado, encontrándose á cada paso en todos los diarios y revistas médicas, estadísticas con éxitos tan felices, que ya ningún otro medio curativo es puesto en práctica.

Hay tres vías por las que se puede tentar la extirpación de las trompas: tales son la anterior ó abdominal, la sacra y la vaginal; pero me circunscribiré únicamente á la primera, por ser ésta la única puesta en práctica en todas las operaciones de las observaciones adjuntas, mereciendo la elección de casi todos los ginecologistas por ser la más cómoda, fácil y natural.

El primer cuidado que se debe tener, es preparar convenientemente á la enferma, haciendo con este fin la desinfección de la vagina y, si es posible, la del útero también. Administrásele un purgante el día anterior y trátase de desinfectar el intestino por medio del naftol.

La técnica operatoria que se ha seguido en todos los casos es la siguiente: La incisión de la piel se empieza á dos traveses de dedo sobre el borde superior del pubis, y termina cinco centímetros hacia arriba; en la parte media se incinde la piel, tejido celular y aponeurosis, hasta llegar al peritoneo, al que se practica un pequeño ojal, teniendo cuidado que las ansas intestinales no estén adhe-

ridas en este punto, y agrandándose esta abertura hasta llegar á los límites de los de la piel, cortando siempre sobre una sonda acanalada.

Como aconseja Terrillon, esta abertura tan reducida daría entrada á dos ó tres dedos de la mano izquierda del operador, para que se diera cuenta del estado, posición y forma de los anexos, dificultando de esta manera la salida de las vísceras en los esfuerzos de la enferma, hacia afuera; impediría el enfriamiento del peritoneo y ahorraría la colocación de una compresa ó esponjas para contenerlas.

En muchos casos la extensión de esta herida permite hacer la extracción de las trompas, pero es únicamente en los casos que el tumor sea de muy poco volumen y que no se tema la ruptura del saco; prolongándose entonces sin temor hacia arriba la incisión, permitiría extraer con mayor facilidad el tumor, volviendo más practicables las suturas y el *toilette* de la pelvis, así como la colocación del drenaje y la facilidad con que se dominaría la hemorragia, en caso que ésta se produjera, ya sea en el pedículo ó las adherencias rotas.

La mayor dificultad en este tiempo es la abertura del peritoneo, que en estos casos, está con mucha frecuencia adherido al epiplón é intestinos, y es por esto, como decía antes, la precaución de hacer un pequeño ojal, tratando de evitar de todos modos la abertura del intestino, pues, en algunos casos es de tal manera difícil efectuar su desprendimiento, que se tienen que hacer grandes disecciones para evitarlo, debido esto á antiguas perito-

nitis localizadas que apelotonan de una manera tan particular, las ansas alrededor del saco, que Terrillon lo llama *plastrón abdominal.*

Siempre que el epiplón se presente en la herida unido á los órganos que se tenga que extirpar, se lo deberá resecar, y no proceder á la manera de Price, que hace una incisión en éste y opera al través de este ojal, lo que tendría el inconveniente de dificultar los maniobras y exponer á las hemorragias, dada la friabilidad de las paredes de sus vasos. Delbet cita un caso en que la pared de la trompa estaba perforada por una ulceración, en que sólo el epiplón adherente en este punto impedía que el pus se echara en el peritoneo.

Los bordes de la herida del peritoneo se los toma con pinzas de Pean, para evitar el invertimiento de los bordes, al mismo tiempo que para tender éste y hacer más accesible el interior.

Una vez levantado el epiplón, se va en busca del tumor; se da cuenta de su situación, de la relación que tiene con los demás órganos y de la existencia ó no de adherencias. Si no las tiene, es lo más facil atraerlo á los bordes de la herida y practicar la sutura, formando el pedículo á expensas del tercio interno de la trompa y de los ligamentos anchos y ováricos, cortando éstos entre dos pinzas y cauterizando profundamente su extremo interno con el termo-cauterio. Pero en la mayor parte (y esto es lo general en los piosalpinx antiguos) son tan resistentes las adherencias que lo unen al útero, vejiga, intestinos y

apéndice ileo-cecal, que es difícil y en muchos casos imposible desgarrarlas.

En la observación N° 3 estaba de tal modo confundido el apéndice con el saco, que fué necesario extirparlo, efectuándose una ligadura en su nacimiento, como lo recomienda Routier, y cauterizando su extremo intestinal.

Hemos tenido en los casos N° 1, 2, 6, 7, 9 y 10, grandes adherencias con el útero é intestinos, siendo en las cuatro primeras que se pudo desprender, si bien con algunas dificultades. El N° 9 presentaba una en la parte superior (uniéndolo al ciego) tan gruesa y vascularizada, que se cortó entre dos ligaduras, dejándose una parte de ésta sin desprender del intestino, por temor de una desgarradura; no se ha producido en ningún caso ruptura de los otros órganos.

En la N° 1 y 2 se colocaron ligaduras en algunas vasos de las adherencias.

Hemorragias en napa se tuvo en algunos casos, en los que se la cohibió por compresión y como veremos después, con el taponamiento abdominal de gasa.

Las adherencias fibrinosas recientes, no tienen en su desprendimiento indicación especial, pero sí las antiguas, que son resistentes y fibrosas. Se aconseja, y es la práctica que se ha seguido, el cortarlas entre dos pinzas, efectuando la ligadura de sus dos extremos. Si éstos son cortos, sin dejar lugar á la ligadura, se ensaya la compresión, los diversos cáusticos, y como recurso el más eficaz, el termo-cauterio.

Lo más difícil y engorroso en todas las operaciones de vientre, es sin duda el desprendimiento del saco, presentando á veces tales dificultades, que es preferible, en los casos más difíciles, dejarlas inconclusas. En efecto, es tal la dificultad de separar el saco de los demás órganos unidos fuertemente á él, que el cirujano tiene que armarse de toda su paciencia para conseguir la disección con los dedos, pues está contraindicado ejercerlo con instrumentos, por el temor de herirlos, haciéndose por esto el tiempo más largo y fastidioso.

Generalmente se ha hecho como lo aconseja Terrillon: empezar el desprendimiento por la parte inferior, é ir con los dedos avanzando poco á poco entre la bolsa y los tejidos subyacentes, poniendo el mayor cuidado en la proximidad del intestino y demás órganos importantes, de manera de no atacarlos y dejando más bien tejidos sobre ellos, para no ejercer el menor traumatismo; prosiguiendo de esta manera la liberación, el tumor queda como aprisionado en la mano del operador, pudiéndose sin grandes dificultades y ejerciendo más bien tracciones sobre el pedículo, atraerlo al nivel de la herida abdominal.

La forma y situación de las adherencias, es la más caprichosa é irregular, no respondiendo nunca á ninguna determinada. La situación de éstas la hemos encontrado con especialidad al útero, S ilíaca y en el fondo de saco posterior de la vagina. En un solo caso al apéndice vermiforme, y en la mayor parte al intestino, tanto grueso como delgado.

En algunos casos, como se verá en las observaciones, era de tal manera imposible el desprendimiento de las adherencias, que tuvo que dejarse parte de la bolsa, practicando una sutura en cadena alrededor de ella, para impedir la hemorragia.

Se pregunta, y con razón: ¿debe hacerse ó nó la punción de la trompa, antes de practicar el desprendimiento? Las opiniones están muy divididas en este punto: los más, sostienen que es más fácil éste con un saco lleno, siendo de temer poco su estallido haciendo con delicadeza el desprendimiento; pero la mayoría piensa que es más prudente efectuar de antemano la punción, volver lo más aséptica posible el interior de la bolsa después de haber extraído el pus de su interior, y recién efectuar su extirpación. Es la conducta que se ha seguido en todos los casos, y me parece preferible, porque si bien es cierto que tiene el inconveniente de hacer más difícil el desprendimiento, tiene en su favor, la de impedir la posibilidad del contacto del pus con el peritoneo é intestino, previniéndose de este modo los accidentes posteriores, en esta clase de operaciones, que tanto hay que temer.

No hay que creer que el derrame de pus en el peritoneo sea siempre de resultados fatales, curándose un gran número de enfermos en estas condiciones. Muchos cirujanos han llegado á considerar sin importancia este accidente, fundándose en la poca virulencia de este pus dada su antigüedad.

Sin embargo, en las estadísticas publicadas, siem-

pre se encuentran algunos casos fatales en que la causa atribuida de la muerte sea ésta.

Boisleur, en un trabajo presentado á la Sociedad Ginecológica de Berlín (1890), ha dado á conocer el resultado de sus experiencias, que consisten especialmente en culturas é inoculaciones hechas con pus de salpingitis purulenta.

En unos casos la cultura se desarrolla sin dificultad, mientras que en otros, era soportada sin graves accidentes, explicándose de esta manera la diferencia de mortalidad que dan los distintos cirujanos.

En todos los casos que se tema la ruptura de un saco conteniendo pus, se debe tratar de que no se ponga éste en contacto con el peritoneo é intestinos, colocando á este fin compresas asépticas, separando los intestinos del saco, y si por casualidad llegaran á ensuciarse, se deberá limpiarlos con una gasa mojada en una solución antiséptica caliente.

Roto el saco, el pus debe sacarse con tapones, tocarse la superficie que haya estado en contacto con éste, con una solución de ácido fénico al 3 % y practicar irrigaciones abundantes en la cavidad de la pequeña pelvis, con una solución templada de ácido bórico al 4 %, preparada con agua hervida y filtrada.

En todos los casos que se ha empleado este procedimiento, ha sido con buen resultado.

Gusserow, en dieciocho casos operados y en que se haya producido la ruptura, dice no haber tenido ninguna muerte usando estos medios. Al contrario, Delbet, en ocho casos en que no usó ninguno, tuvo

cuatro muertes. Se ve por esta estadística, la importancia que tiene el empleo de éstos, y que no es indiferente, como creen algunos, el derrame de pus.

La parte externa del ligamento ancho, se encuentra á veces engrosada é invadida por induraciones inflamatorias: es necesario con frecuencia pediculizarla y aplicar una ligadura á lo que Terrillon llama el pedículo externo, al que es conveniente cortar para concluir la decorticación.

Una vez hecho todo esto, es lo más fácil, tomando el tumor con toda la mano, aproximarlo á la herida abdominal, colocar una pinza de forcipresura en la raíz del pedículo, el que estará formado por la trompa y el ligamento ancho, cortándolo á pequeños golpes de tijera. Cauterízase después profundamente la mucosa de la trompa con el termocauterio.

Se adelgaza todo lo que se puede el pedículo, quitándole todos los tejidos que estén de más, procediéndose acto continuo á la sutura, la que se efectúa por medio de una aguja roma, idéntica á la que se emplea para los quistes del ovario, munida de un hilo doble, prefiriéndose el de seda trenzada que se ha demostrado ser la que produce más sólidas ligaduras, los que se atan en dos partes, habiendo tenido antes la precaución de cruzarlos. Como medida precaucional, puede colocarse más baja que ésta, otra ligadura que abrace en masa todo el pedículo, por el temor de que la primera cediera; soltándose en seguida ésta después que se ha comprobado que no sangra.

Procédese de la misma manera del lado opuesto, si la lesión es doble.

En ningún caso creo que el cirujano esté autorizado á practicar la castración del lado opuesto, no siguiendo la conducta aconsejada por algunos, de extirparlos por temor de la reproducción de la enfermedad. Procedióse de esta manera en todos los casos que presento.

El *toilette* del peritoneo, aunque Martin sostenga que es inútil hacerlo (porque, según él, los líquidos estancados se reabsorben con facilidad) es muy útil sobre todo en este caso, como lo aseguran por su parte Lawson Tait, Delbet, Wylie, Routier y otros, á quienes ha prestado reales servicios.

Hay dos maneras de hacerlo: ya sea con tapones montados llevados hasta el fondo de saco de Douglas, ó ya haciendo pasar una corriente de agua aséptica, teniendo en disolución una sustancia antiséptica, por el peritoneo, la que diluiría y arrastraría la serosidad, sangre y pus. Lawson Tait se declara partidario de este método, rechazando cualquier otro, siendo el que pone en práctica en todos los casos de derrame de pus.

Terrillon se contenta con emplear el agua hervida y filtrada, en cantidad considerable (de diez á quince litros) y á una temperatura que no baje de 36 °/₀ c.

En todos los casos operados en la sala en que se haya derramado pus, se ha practicado lavajes abundantes, hechos con agua hervida y filtrada con ácido bórico al 4 °/₀, acompañado con el drenaje; y como

se verá en las observaciones, se tuvo únicamente una muerte, la que no fué debida á infección.

De todos los reproches que se han hecho á la irrigación peritoneal, ninguno tiene fundamento serio.

En esta clase de operaciones, que se tiene necesidad de efectuar grandes disecciones que quedan después de la extirpación de las trompas, en que la ruptura de la bolsa es tan frecuente, es de regla la colocación de un drenaje. Éste puede hacerse de dos modos: sea empleando tubos, ya de goma ó de vidrio, ó lo que es más general, de gasa. Las experiencias de Delbet sobre el cadaver y perros vivos, le han demostrado ser él único aceptable, produciéndose en el hecho con tubos, más inconvenientes que ventajas.

Como se verá en las observaciones, se lo ha practicado de una manera sistemática, no solamente con el único propósito de drenar, sino en varios casos con el de combatir las hemorragias en napa, y siempre ha dado el resultado que se deseaba.

La manera de efectuarlo es la más sencilla: córtase un pedazo de gasa iodoformada de forma cuadrangular, como de cuarenta centímetros de largo, lávase ésta en agua á 70° para sacar el exceso de iodoformo, se la toma con dos dedos por su parte media, replegándola sobre el antebrazo y se la introduce en la cavidad peritoneal hasta el fondo de saco de Douglas, rellenándose después su cavidad con tiras de la misma gasa, colocándose éstas más ó menos apretadas, según

se desee emplear como drenaje ó como agente compresor.

En algunas enfermas en que la cavidad peritoneal contenía mucho líquido, he visto á las pocas horas después de haber sido colocado, que los útiles de curación y aun las ropas del lecho estaban mojadas por el líquido salido por el dreen. Su extremidad superior debe colocarse en la parte inferior de la herida.

La sacada de la gasa que ha servido para el drenaje, se efectuará á las 24 ó 48 horas después, tomando ciertas precauciones para no dar salida á los intestinos ó epiplón, que pueden presentarse en la herida.

Nunca se lo dejará más de 48 horas, porque daría lugar á adherencias que se formarían á su alrededor, y sí renovarlo después de este tiempo, cuando existiese aún líquido de naturaleza purulenta, no ya en la forma anterior, sino reemplazándolo con una mecha de gasa.

Lo único que falta para dejar completa la operación, es la sutura de la pared abdominal. Esa ha sido llevada, siguiendo el método descrito por Pozzi, que consiste en suturar en dos planos con catgut el peritoneo y la aponeurosis de los rectos, y la de la piel con seda, á puntos separados.

En los casos en que se deja drenaje, se empieza esta sutura inmediatamente sobre él, quedando una pequeña extensión sin éstas, las que se colocan una vez retirado el dreen, siendo siempre muy doloroso para la enferma y molesto para el cirujano. El doctor Bozetti, movido por esto, colocaba

ya en la tercera vez que usó el drenaje (7 de Septiembre de 1892) y los que tomaban en masa toda la pared abdominal unos y la piel otros, á los que anudaba y cortaba bastante largos, á fin de que le permitieran, una vez sacada la gasa, obturar esta parte de la herida sin dolor y con facilidad. Estos puntos nunca eran más de cuatro, dos profundos y dos superficiales. Estos hilos son sacados á los ocho días y en todas las enfermas se obtuvo una buena cicatriz.

Hace unos días, leyendo la *Semana Médica* (del 17 de Abril de este año) encuentro una comunicación del señor Laroyenne (de Lyon), presentada al Congreso Médico Internacional en Roma, en que propone un método algo parecido, diferenciándose en que él coloca hilos de plata primero, tomando toda la pared abdominal, y de crín de Florencia en la aponeurosis, dejándolos largos y sin anudar á los lados de la herida, hasta que saca el dreén y efectúa lo que él llama la *reunión inmediata secundaria*.

Terminase con esto la operación y se coloca una curación á la herida, la que es mantenida por un vendaje de cuerpo.

IV

OBSERVACIÓN I

Pio-salpinx enquistado

L. G., de 34 años, casada, francesa, sin profesión.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes individuales.—Regló por primera vez á los quince años; ha seguido siempre bien hasta la edad de dieciocho años, en que tuvo el primer hijo sin ningún trastorno, y después del cual quedó con un poco de flujo y de malestar al vientre, según la enferma; haciéndose desde entonces las reglas más abundantes y dolorosas, siguiendo así hasta su entrada al hospital. Se casó á los veintidós años y al año empezó á adelgazar bastante, el que se mantiene todavía; su enfermedad empieza, según ella, desde hace seis meses, sintiendo desde esta época bastantes dolores y la leucorrea se hizo más abundante. Es una mujer de constitución francamente linfática, delgada, de pequeña estatura y no demostrando alteración apreciable de los otros órganos.

Examen local.—Al proceder al examen ginecológico, no se encuentra nada de anormal en los genitales externos; el útero, algo aumentado de volumen, con una desviación muy marcada hacia

el lado izquierdo y advirtiéndose, en el derecho, un tumor duro, redondo, liso, sin fluctuación, ocupando el fondo de saco lateral derecho y adosado completamente al útero, del que se apercibía su separación, por un surco colocado como á dos centímetros del cuello.

El tacto combinado, por la pared abdominal y el recto, daba las mismas sensaciones.

Por estos antecedentes se diagnostica por el Dr. Bozetti pio-salpinx enquistado, y se decidió como único tratamiento el quirúrgico, el que se hizo el día 3 de Junio de 1892.

Después de haberse preparado á la enferma, se procedió á la abertura del vientre y efectuado esto, se fué á la busca del tumor, el que se encontró que era formado por la trompa derecha, teniendo una forma ovoidea y del tamaño de una naranja, adosado completamente al útero, á las paredes de la pelvis y á una ansa intestinal, de una consistencia bastante dura en las partes inferior, posterior y lateral izquierda; formada su pared de un espeso tejido fibroso y contrastando con la superior que era blanda y se notaba fluctuación.

Procedióse al desprendimiento de sus adherencias con mucha facilidad en casi todas, cuando en las últimas que se trató de desprender se desgarró la bolsa dando salida á un líquido purulento, verdoso, fétido y de bastante consistencia, que se echó en la cavidad abdominal. Hízose inmediatamente un lavaje abundante, con una solución boratada débil y se prosiguió al desprendimiento, hasta el liberamiento completo del saco, hacién-

dose después una ligadura en cadena á la trompa, ligamentos redondo y ancho.

Como saliera bastante sangre y se temiera que quedara alguna cantidad de pus, se procedió á un nuevo lavaje, con el doble objeto de sacar todos los coágulos y arrastrar al mismo tiempo el pus. Consiguióse hacerlo completo, pero como la hemorragia en napa siguiera y en el temor que continuara, se hizo un taponamiento bastante apretado, en el lugar de que se había sacado la trompa, por el método de Mikulicz.

Se efectuó la sutura solamente en la parte superior de la herida, quedando la inferior abierta, ocupada por la gasa.

El cuadro siguiente demuestra el estado de la operada hasta que se levantó:

Fecha	Hora	Temperatura	Pulso	Orina
Junio 3	11 a. m.	37.2	110	
	Inyección de cafeina			
» »	3 p. m.	37.5	116	80 gramos
	Inyección ergotina (1 gramo)			
» »	11 p. m.	37.3	132	140 »
	Grandes dolores, inyección morfina			
» 4	8 a. m.	37.5	140	400 »
	Se saca drenaje y sutura herida			
» »	11 p. m.	37.5	115	415 »
	Inyección morfina			
» 5	8 a. m.	38.2	115	350 »
	50 centígramos quinina.			
» 7	8 a. m.	37.7	84	300 »

Los días siguientes, sin novedad.

El 8 de Junio se saca los puntos de sutura, quedando una cicatriz regular.

En los días siguientes sin novedad y sale de alta, sin ninguna cosa que le mortifique, el 23 de Junio.

OBSERVACIÓN II

Pio-salpinx enquistado

M. S., 28 años, argentina, soltera, profesión ninguna. Entró al Hospital en Agosto 18 del 92.

Antecedentes hereditarios.—Buenos

Antecedentes individuales.—Regló por primera vez á los 15 años, tuvo un hijo á los 22; sufre desde esta época fuertes dolores al bajo-vientre, guardando cama por cuatro veces por exacerbación del dolor. Tuvo cistitis hace un año, perdiendo sangre cuando orinaba, haciéndose dolorosa la micción. Su estado general es satisfactorio.

Examen local.—Útero inmóvil, chico; cuello rígido; fondos de saco duros y borrados; no hay fluctuación ni por la vagina ni recto.

Tapones de glicerina iodurada renovados cada doce horas.

Procedióse á la operación el 19 de Septiembre. Encontróse la trompa derecha formando un tumor del tamaño de un puño, soldado completamente á todos los órganos vecinos, practicándose con mucha dificultad su desprendimiento y echándose su contenido, que era pus, á la cavidad abdominal.

Practicóse abundantes lavajes en ésta y efectuóse la sutura del pedículo.

Del lado externo se extirpó también la trompa, por haber un hidro-salpinx.

Colocóse un drenaje de gasa y se cerró la herida abdominal por el método de Pozzi.

La temperatura no subió arriba de 37°5 durante todo el día, y el pulso alrededor de 100 hasta las 7 a. m. del día siguiente, en que murió por schoc.

OBSERVACIÓN III

Pio-salpinx y quiste del ovario

C. C., entró al servicio del Dr. Bozetti el 22 de Agosto del 92; tiene 31 años, de profesión costurera, es italiana.

Los antecedentes hereditarios, nulos.

Regló por primera vez á los 14 años, tuvo su primer hijo á los 20; quedando desde esa época con un flujo blanco, muy abundante, el que disminuyó al poco tiempo, pero haciéndose más amarillento. En todo ese tiempo no tuvo sino dolores pasajeros, que se aumentaban en la época de las reglas; pero desde hace tres años aumentan de tal manera, que cada quince días tiene que guardar cama dos ó tres, teniendo en estos períodos, accesos de fiebre y, según dice la enferma, se le eleva el vientre haciéndose sumamente doloroso. Ataques fuertes dice no haber tenido más que tres,

los que la obligaron á guardar cama por más de quince días, cada uno en el espacio de un año; y como desde esa fecha empezara á notar que perdía la fuerza, se adelgazara y sus dolores iban en aumento, decidió venir al hospital á operarse, siguiendo el consejo de un médico de la Asistencia Pública que la examinó.

Esta mujer presenta, en efecto, todos los signos de una anemia, muy adelgazada, con un tinte terroso, las mucosas exangües y un pulso chico y depresible, contándose hasta 80; tiene poco apetito, vómitos en cualquier exceso de comida; no tiene diarrea.

Practicando el tacto vaginal, lo primero que llama la atención es la poca profundidad de la vagina y la inmovilidad de la matriz, la que está rechazada hacia la izquierda, en ante-flexión, y percibiéndose al lado derecho, un tumor grande, accesible en la mayor parte de su extensión y fluctuante en el fondo de saco posterior, pero en una pequeña parte. Por el tacto combinado, se nota otro tumor sobre el anterior, muy movible.

Dados los antecedentes de esta mujer y los datos sacados por el examen, se hizo el diagnóstico de pio-salpinx, pero dejándose en suspenso el del tumor superior, por la imposibilidad de apreciarlo bien.

Fijóse el día 7 de Septiembre para operarla.

Abierto el vientre, lo primero que se nota á la derecha, fué un pequeño quiste del ovario, el que fué extirpado sin dificultad. Pretendióse extraer el saco formado por la trompa, dadas las facilidades que

presentaba al principio, pero se encontró que el apéndice ileo-cecal formaba cuerpo con él, siendo imposible desprenderlo, por lo cual se lo resecó, colocándose una ligadura en su raíz y cauterizándose la mucosa del extremo adherente, con el termo-cauterio. Prosiguióse el desprendimiento del saco, al que se encontró muy adelgazado en su parte inferior, desgarrándose, pero el pus se recibió en unas compresas que habían sido colocadas anteriormente, limpiándose en seguida con tapones. La bolsa muy adherente en la parte inferior, fué resecada en la mayor parte, colocándose en seguida una sutura en cadena alrededor de la parte dejada.

Efectuóse la *toilette* del peritoneo; se hizo el drenaje, se suturó la pared sobre él, y se colocó en la parte inferior de la herida, dos hilos tomando la totalidad de la pared, y otros dos únicamente tomando la piel, dejándolos bastante largos y anudados para efectuar el cerramiento de esta parte, una vez sacado el drenaje. Éste se sacó 48 horas después y como no hubiera líquido, se ajustó los hilos.

En los días siguientes, la enferma no tuvo ninguna novedad, sacándose los puntos de sutura diez días después con la herida completamente cicatrizada.

OBSERVACIÓN IV

Pio-salpinx

M. S., entró al servicio el 12 de Agosto del 93; tiene 27 años, es blanca, italiana, se ocupa de mucama.

Los antecedentes hereditarios no tienen importancia.

No ha estado enferma sino una vez, debidò á un parto en que le vino fiebre y tuvo que guardar cama por mucho tiempo.

Hace tres meses tuvo un aborto, quedando después de esto con muchos dolores al bajo-vientre, y un poco de flujo, el que ha desaparecido hace un mes.

Examinada esta enferma, presenta un tumor grande como una naranja, en la parte posterior del útero, extendiéndose al lado izquierdo. El tumor está inmóvil, con núcleos duros, pero fluctuante en toda su extensión; es muy doloroso á la presión. El útero está en ante-flexión muy pronunciada, echado casi atrás del pubis, con el cuello muy poco accesible. El sondaje da ocho centímetros.

Después del primer examen, tuvo una elevación de temperatura por la noche (39°), pero sin presentar ningún otro síntoma, oscilando los días siguientes entre 38° y 38°8.

Durante quince días se la pone en reposo, ha-

ciéndosele tres inyecciones diarias y aplicándosele tapones con glicerina ictiolada.

Se fija el 30 de Agosto para la operación, la que se efectuó con toda felicidad.

Abierto el vientre, se encuentra un tumor líquido con una bolsa muy adelgazada en muchos puntos, por lo que es necesario una punción con el aspirador, para sacar el líquido que era completamente purulento.

Agrándase la abertura tomando con dos pinzas los bordes, secándose su cavidad, desprendiéndose en seguida con gran facilidad el saco, y se colocó una ligadura en el pedículo.

Como después del desprendimiento se notara hemorragia en napa en el fondo del saco de Douglas, se efectuó un taponamiento bastante apretado y se cerró el vientre dejando en la parte inferior hilos de espera para completarla una vez sacado el drenaje.

El drenaje fué sacado al día siguiente, cerrándose los hilos.

No presentó esta enferma nada de particular los días siguientes, quitándose el 10 de Septiembre los puntos de sutura, y fué dada de alta el 25 completamente restablecida.

OBSERVACIÓN V

Salpingitis purulenta y quiste del ovario

L. R., entró al hospital el 15 de Septiembre del 93; de 32 años, italiana, costurera.

Antecedentes hereditarios, nulos.

Tuvo la primera menstruación á los 15 años, siendo siempre irregular, faltando algunas veces hasta seis meses. Se casó á los 18 años y á los 26 tuvo recién el primer hijo.

Empezó su enfermedad con flujos y dolores al vientre, los que van cada vez más en aumento, y hace dos meses nota que el vientre se le abulta al lado derecho.

El estado general de la enferma es satisfactorio, aunque por la noche con particularidad se ve atacada de dolores al nivel de las trompas, pero que disminuyen y aún desaparecen con simples irrigaciones vaginales y aplicaciones de compresas calientes.

El tacto combinado, nos revela la existencia de un tumor como de una cabeza de feto, situado en la parte lateral derecha, liso, fluctuante, muy movible, rechazando el útero al lado opuesto, y muy poco doloroso á la presión.

La temperatura de la noche es casi siempre de un grado sobre la normal, y á pesar de la administración continuada de quinina, no cede.

Nótase de una manera evidente, el aumento del vientre desde el día de entrada, en que el tumor se encontraba como á cuatro traveses de dedo bajo del ombligo y ahora está á su nivel.

Se resuelve practicar la laparotomía, la que se efectuó el 15 de Octubre.

Abierto el vientre se nota un tumor de color blanco nacarado, un poco adherido á la pared abdominal, fluctuante, con un pedículo muy ancho, y haciendo cuerpo con la trompa que estaba muy gruesa, conteniendo líquido en su interior.

Púnsase el quiste, se saca más de la mitad del líquido, y se trata de pediculizarlo junto con la trompa, lo que presentó pocas dificultades por tratarse de adherencias recientes. Efectuóse una ligadura en cadena al pedículo, el que fué abandonado después de tocarse con el termo-cauterio la mucosa de la trompa, suturándose en seguida el vientre.

Levántase la enferma quince días después sin haber tenido ningún día temperatura sobre 37°5.

OBSERVACIÓN VI

Pio-salpinx izquierdo

J. D., entró el 1° de Septiembre de 1892; tiene 29 años, es casada, blanca, alemana, de profesión cocinera.

El padre, dice la enferma, murió tísico y la madre vive todavía, siendo sana.

Nunca tuvo enfermedad que la hiciera guardar cama. Regló á los 14 años, las que siguieron siempre bien. Hace 14 meses, dice, después de haberse *mojado*, tuvo fiebre y escalofríos y empezó á perder flujo en abundancia; algún tiempo después, á causa de cualquier ejercicio un poco rudo, sufría dolores en el hipocondrio izquierdo, los que han ido en aumento hasta hacerse continuos.

Tiene diarreas frecuentes.

Practicando el tacto se encuentra el útero fijo, con el cuello granuloso y lleno de ulceraciones, el orificio muy abierto, permitiendo la introducción de la punta del dedo, y desviado completamente á la izquierda. El fondo de saco de Douglas y lateral izquierdo, salientes, duros y fibrosos, no percibiéndose en ninguno fluctuación.

Combinando el tacto á la palpación, se siente el tumor remontando como dos dedos sobre el pubis.

El tacto rectal, hace notar la disminución del calibre del recto, y se siente un punto fluctuante muy manifiesto.

Se hizo el diagnóstico de pio-salpinx enquistado, y resolvió el doctor Bozetti practicar la laparotomía el 2 de Noviembre.

Efectuada ésta, se encontró el tumor rodeado de intestinos que estaban adosados en gran cantidad á la pared, junto con el epiplón.

Considerando imposible la extirpación total, ni menos el despegamiento de los intestinos, resolvió desprender el epiplón, punzar en seguida la bolsa, la que fué lavada con cuidado y fijada á la pared abdominal por puntos de sutura.

Siguiósele haciendo una curación diaria, y la mujer salió completamente curada, á los cuatro meses después.

OBSERVACIÓN VII

Pio-salpinx doble

C. O., 23 años, italiana, viuda, blanca, costurera. Entró al servicio el 19 de Enero de 1894; su estado general era bueno, se quejaba sobre todo de desórdenes de la menstruación, que tan pronto era exagerada, como otras veces exigua, llegando á ser casi nula, pero siempre dolorosa. Sentía además un dolor sordo en la región de los anexos, que se exasperaba en la época de las reglas, llegando á imposibilitarla para todo trabajo, y aún para la marcha, y experimentaba accesos febriles de tiempo en tiempo.

Ella atribuye todas sus dolencias á su último parto, en que fué atacada de infección puerperal (según datos obtenidos por minucioso interrogatorio) y se basa para ello en que desde entonces comenzó á sentir todos los síntomas que dejo expuestos.

Una vez obtenidos estos datos, se pasa al examen local y por la palpación bi-manual combinada con el tacto rectal, se descubren dos tumores fluctuantes, colocados uno á cada lado del útero, ocupando los fondos de saco laterales y posterior, móviles y en conexión con el útero (que está

rechazado hacia el pubis y conserva su movilidad) por dos gruesos pedículos, que por la situación, no podían ser otra cosa que la extremidad interna de ambas trompas.

Por el estudio de estos síntomas, se llega al diagnóstico de salpingitis quística bi-lateral, y se emprende un tratamiento médico, reposo, irrigaciones calientes y taponamiento glicerinado de la vagina; y como después de quince días de haber ensayado este tratamiento no diera resultado, resuelve el doctor Bozetti, previo consentimiento de la enferma, efectuar la laparotomía.

Preparada convenientemente la enferma, usando de todas las reglas que la antisepsia prescribe y una vez cloroformada, procede á la operación.

Abierto el vientre, por medio de una incisión de ocho centímetros, practicada sobre la línea media, debajo del ombligo, separados los intestinos por compresas calientes, introduce su mano en dirección al fondo del útero y llevándola hacia la derecha, se encuentra con un tumor en conexión con éste, del tamaño de un puño, poseyendo adherencias con los órganos vecinos, las que son desgarradas por los dedos.

El tumor, que está constituido por la trompa, es sacado fuera del vientre junto con el ovario que le está adherido; se toma su pedículo por medio de una fuerte pinza, por debajo de la cual se hace una sólida ligadura con seda; se escinde el pedículo por encima de la pinza, se cauteriza empleando para ello el cauterio actual y se suelta la pinza. El pedículo no da sangre y, por lo tanto, se aban-

dona en el vientre y se va en busca de la trompa izquierda, donde se encuentra con un tumor en idénticas condiciones que el anterior, con el que se practica el mismo procedimiento.

La operación no está terminada: queda por hacer la *toilette* del peritoneo, que se hace con toda minuciosidad, ligando con seda, como medida de precaución, las extremidades libres de las adherencias que han sido rotas. Hecho esto, se procede á cerrar el vientre por medio de una sutura en tres planos; el primero, hecho con catgut, comprende el peritoneo; el segundo, también con catgut, comprende los músculos y aponeurosis, empleando en ambos la sutura continua, y el tercer plano, hecho con seda, por puntos separados, comprendiendo la piel y tejido celular.

El examen anatómico de ambos tumores, nos dió á conocer que ellos estaban constituidos por las trompas, hechas quísticas, y conteniendo pus en gran cantidad.

El estado de la enferma después de la operación, es satisfactorio.

Temperatura, 37°1. Pulso regular, 115 pulsaciones. Respiración, 25. La cantidad de orina el primer día poca, 400 gramos.

Al día siguiente:

	Temperatura	Pulso	Respiración	Orina
a. m.	37.1	130	25	—
p. m.	37.8	136	28	600 gramos

Al tercer día, el estado mental de la enferma se altera, declarándose un delirio subagudo, al mismo tiempo que el vientre se timpaniza. El delirio se calma con inyecciones de morfina, y el timpanismo desaparece con la aplicación de enemas repetidos.

La temperatura de este día es: a. m., 38°4; pulso, 134; respiración, 30; p. m., 38°6; 145; 32.

Al día siguiente, reaparece el estado de excitación, que cede después de una inyección de morfina. La temperatura se mantiene á 38°5. Por fin al quinto día, el estado de excitación desaparece, la temperatura desciende á 37°5. Se le administra un purgante.

Al sexto día de la operación la enferma se encuentra tranquila, se alimenta y la temperatura ha vuelto á ser normal.

Al séptimo día se quita la curación y se ve que los labios de la herida se han adherido perfectamente; se sacan los puntos de sutura y se cambia la curación.

Desde entonces la enferma sigue sin accidente alguno.

OBSERVACIÓN VIII

Pio-salpinx antiguo

L. P., entró al hospital el 14 de Octubre del 93; tiene 28 años, argentina, blanca, casada, sin profesión.

Esta mujer entró al servicio quejándose de fuertes dolores en la región de los anexos, especialmente del lado derecho, y dificultades para defecar. Tenía fiebre desde varios días atrás. Su estado de nutrición era malo.

Al examen, presenta:

Palpación: Se toca por detrás del útero, acentuándose más hacia el lado derecho, un tumor liso, del tamaño un poco mayor que una cabeza de feto y muy doloroso á la presión.

Tacto: Útero rechazado hacia adelante é izquierda, inmóvil; fondos de saco posterior y laterales ocupados por un tumor, liso, fluctuante en su parte media, pastoso hacia los lados. Vagina acortada.

Por el recto, que está estrechado, la misma sensación de pastosidad y fluctuación.

Se resuelve un tratamiento médico, por no creerse prudente la intervención quirúrgica, en vista del mal estado general de la enferma. Se le prescribe reposo é irrigaciones de la vagina, taponamiento con glicerina, y un régimen fortificante y reconstituyente, hasta que la enferma recupere un tanto su fuerza, para poder resistir una operación.

No se atrevió el Dr. Bozetti á emplear el cloroformo para la anestesia, por presentar la enferma desórdenes del lado del corazón y por su estado anémico, empleándose la anestesia local con el cloruro de etilo.

Abierto el vientre, se encontró con el tumor descrito, lleno de adherencias, se punzó, y con el aspirador se sacó de 500 á 600 gramos de pus; se abrió el saco y se lavó prolijamente, suturándolo

en seguida á la pared y efectuándose un taponamiento.

Se siguieron haciendo curaciones diarias durante dos meses, y la herida se cerró quedando la enferma completamente curada.

Los ocho casos restantes, operados en el servicio del Dr. Bozetti, no son descritos para no exponerme á repeticiones; fueron operados felizmente y con resultado muy satisfactorio.

MANUEL ANZOÁTEGUI

Buenos Aires, Junio 23 de 1894.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

En un embarazo á término, la operacion cesárea es la más conveniente en las grandes estrecheces pélvicas.

II

Los abscesos del hígado no tienen siempre gérmenes infecciosos.

III

El mejor tratamiento de la pleuresía purulenta, es la pleurotomía con resección de costillas.

Buenos Aires, Junio 24 de 1894.

Sírvanse informar respecto de la admisibilidad de este trabajo, los señores Académico Dr. Jacob de T. Pinto y Profesores Suplentes Doctores Enrique Bazterrica y Alfredo Lagarde.

LEOPOLDO MONTES DE OCA
L. M. Acuña

Buenos Aires, Junio 28 de 1894.

Esta tesis se encuentra en las condiciones reglamentarias y puede imprimirse.

JACOB DE T. PINTO
E. BAZTERRICA
ALFREDO LAGARDE

Buenos Aires, Julio 2 de 1894.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida en acto público.

LEOPOLDO MONTES DE OCA
L. M. Acuña