

Sivilla y Botey (D. Antonio)

81-9-4 ^{lin} 14

(nº 105)

Memoria para el Doctorado

del Licenciado en Medicina y Cirujia

Antonio Sivilla y Botey.

(Marzo de 1875)

cc. 2577
(105)

Ylmo. Señor:

Ante la necesidad de presentar una Memoria para obtener el grado de Doctor, halla-
re vacitante mi ánimo ^{por} ante la consideracion
de lo mucho q' deberia exigirme y lo poco
q' puedo ofrecer; solo me alienta el pensar q'
el Tribunal no verá en mi trabajo un alarde
de presunción, sino un medio de q' no puedo pres-
cindir para cumplir con el precepto reglamentario.

Desearia poder presentar la dilucidacion de
alguno de los puntos difíciles de nuestro arte, ¡ta-
mana empresa por cierto! a' la q' no se atreven
mis escasas fuerzas, ni mi poca experiencia en
el ejercicio de la facultad.

Contando, pues, con la indulgencia del Tribu-
nal expondré algunas consideraciones sobre el
Desbridamiento del cuello rígido en
los partos.

El desbridamiento del cuello es una operacion

b 18845063



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315410576

que consiste en incidir el borde del orificio vaginal de la matriz, para permitir la expulsión ó la extracción del feto. Es necesaria siempre que por una causa cualquiera, dicho orificio no se dilata ó se dilata insuficientemente en el momento del parto. No se deberá por lo tanto recurrir á él, sino cuando los ^{otros} medios internos no hayan producido ninguna modificación favorable.

Se la emplea también cuando hay urgencia absoluta de apresurar el parto. En ciertos casos de eclampsia, por ejemplo, estamos autorizados para incidir el cuello aunque no esté rígido, por el solo hecho que una dilatación ó una dilatabilidad impiden un alumbramiento inmediato, indispensable para salvar la vida de la madre y quizás también la del niño.

Lo que exponeré, tanto sobre la operación como sobre sus consecuencias, es aplicable igualmente á todos los casos, pero me ocuparé tan solo de aquellos en que el orificio uterino está rígido. Esta operación se ha llamado por los autores

2.

histerotomía vaginal, u operación cesárea vaginal. Es preferible, con M. Depaul, reservar el nombre de histerotomía vaginal para la operación que tiene por objeto establecer un orificio que no existe, y se practica en los casos de obliteración completa del cuello; operación que ha sido, en estos últimos tiempos, objeto de numerosos trabajos. En cuanto al nombre de operación cesárea vaginal, empleado primero por Laurojerjet en 1788, y repetido después por varios autores, es mejor referirle al estruído completamente, porque no hay ninguna analogía entre la operación cesárea verdadera y la simple incisión del segmento inferior del útero.

Las causas que se oponen á la dilatación se han reunido bajo el nombre de rigideces del cuello, las que pueden ser de tres clases:

1^ª La rigidez verdadera ó anatómica en la que el cuello se halla de ordinario casi borrado, pero sus bordes están duros, gruesos, completamente inextensibles, y dan al parto una sensación especial que ciertos autores han compara-

do al mero empapado de grasa; en el momento de los esfuerzos el segmento inferior se halla bajo, muy tenso, pero el diámetro del orificio permanece absolutamente invariable.

Esta forma de rigidez existe desde el principio del trabajo, no parece susceptible de modificarse por los diversos tratamientos internos y no cede mas q' al desbridamiento.

Parece mas rara q' la siguiente puesto q' Jacquemier ha encontrado en 6000 casos, 10 rigideces mecánicas y 50 espasmódicas.

En 700 casos, de los q' tengo noticias exactas y en cuya tercera parte, ^{por lo} cuando menos, he tenido ocasion de reconocer a los pacientes en el acto del parto, no se ha presentado ninguna rigidez mecánica & verdadera o q' tan solo dos veces la siguiente q' desapareció con facilidad en una de ellas. Otras cinco, aunque de poco valor, no contradicen las de Jacquemier.

2.^a La estrechez espasmódica o espasmo es una estrechez activa q' puede producirse en el cuello despues q' ha ofrecido un grado de dilatacion

mas ó menos considerable. Puede aun presentarse despues del paso de la cabeza y comprimir el cuello del feto. En este caso los bordes son, por lo comun, delgados, cortantes y excesivamente tenso durante los esfuerzos.

En estas dos formas de rigidez la temperatura de las partes es mas elevada q' en el estado normal. Pero, segun Cazeaux, en el espasmo la sensibilidad de las partes, generalmente bastante viva, contrasta con la insensibilidad habitual de la rigidez verdadera.

3.^a La rigidez patológica no presenta caracteres especiales, sus signos varian con las causas q' han provocado la alteracion del cuello. Los mas ordinarios son: las cicatrices q' resultan de traumatismos antiguos generalmente producidos durante el parto, el cáncer y los diversos tumores q' pueden desarrollarse en el cuello.

Los signos q' pueden hacer sospechar una rigidez del cuello, son: 1.^o La longitud del trabajo; 2.^o Los dolores de los riñones, a los q' M^{de} La Chapelle atribuye un valor diagnóstico exagerado.

Estos dos signos tienen poca importancia, y solo permite establecer un diagnóstico preciso el examen directo de las partes. Es preciso pues, ante todo examinar el cuello y principalmente importa tener certeza de que se le ha encontrado.

No insistiré en la dificultad con que a veces se tropieza para alcanzarle, sobre todo en los casos de anteversión; este accidente coincide con bastante frecuencia con la rigidez o mejor con la no dilatación del orificio, y puede entonces ser necesario ya desbridar, lo que no dejará de ofrecer dificultad, y ya también establecer una abertura artificial desmenuando el cuello dilataado; pero me detendré en los casos en que el operador creyendo haber encontrado el cuello, se encuentra detenido por un diafragma vaginal aguzado en su centro por una abertura mayor o menor.

Este accidente no es muy frecuente, sin embargo, he habido comadres distinguidos que, después de haber hecho incisiones sobre lo que ellos tomaban por el cuello, han encontrado a este perfectamente dilatado y normal después del fatigamiento vaginal.

M. Kolaillon ha podido ver en el ^{Hospital de la} ~~de la~~ Caridad una

4

mujer al fin del embarazo que presentaba precisamente un diafragma de este género. Se variaba primero sobre la naturaleza del orificio que se encontraba en el fondo de la vagina, unos creían que se trataba de un cuello delgado y rígido, otros admitían la presencia de un diafragma. Pero introduciendo la punta del dedo en el orificio, manobra que exigía grandes precauciones para no ocasionar una desgarradura, fue posible reconocer la presencia del segmento inferior entre la cabeza y el vello, y aun alcanzar el rodete del cuello que estaba por demás absolutamente blando.

No hay ^{duda} si un obstáculo de esta ^{clase} se opusiera al parto podría no ser útil, en ciertos casos inexcusable, por que la elasticidad de la membrana le puede permitir dilatarse bastante para dejar paso al feto; con mayor frecuencia aun se desgarrará naturalmente y una ruptura espontánea no acarreará por lo general ningún accidente. En el caso de que hemos hecho mención, la mujer parió un niño ^{alguno} sin intervención, y se pudo confirmar algunos días después que el diafragma se había

rotos en tres puntos. En muchos casos, no se podrá juzgar de la conducta que ha de seguir, hasta que la cabeza habiendo pasado el cuello se halla directamente sobre el punto en cuestión.

Pero el operador que no reconozca el obstáculo, viendo de una parte violentos esfuerzos de expulsión y de otra no encontrando modificaciones de lo que el feto por el cuello, puede ^{hallarse} intentar a' desbarrar y se expone así a' hacer una operación inútil.

Cuando el cirujano tenga seguridad de que toca verdaderamente el cuello, deberá preguntarse si está rígido. En efecto, es preciso no olvidar que el orificio puede parecer muy poco dilatado ya simplemente por que el trabajo sea lento, ya por que el cuello esté edematoso. Además, como dice Mad^e Lachapelle, en un segunda memoria: «Un orificio bien abierto se engruesa y se estrecha pronto y después de la ruptura de las membranas, ninguna parte no sostiene la dilatación». Pero dice aun: «entonces es siempre ^{muchs} mas flexible y mas dilatable, y no impide como el orificio rígido la introducción de

5.

la mano en el útero». La conclusión natural es que en estos casos, nunca estamos autorizados para llevar el instrumento obstante sobre el cuello.

Confirmada la rigidez es preciso saber, a' que clase corresponde; en efecto, la conducta que ha de seguir variará según la naturaleza del obstáculo, como tendremos ocasion de notar al ocuparnos de los diversos modos de tratamiento.

En la tercera forma de rigidez, la que hemos llamado patológica, se encontrarán a' veces otras dificultades de diagnóstico; no es siempre fácil reconocer el cuello más o' menos deformado y alterado por las enfermedades de que es asiento, y Bunting refiere un caso en que un tumor del cuello podía tomarse por la cabeza. El error no se cometió, pero M. Dubois hizo notar que era posible. L'interessé recuerda a' este objeto el prudente consejo de M. Pajot que permitiera siempre evitar toda confusión entre los tumores y las partes fetales. «Para orientarnos a' buscar con el dedo el fondo de saco útero-vaginal, después que hayais alcanzado este punto de partida,

asegurados de el cuerpo cuya existencia habéis con-
firmado en la parte superior de la excavacion
y q' os ha hecho experimentar una sensacion inco-
nita, se continua con el tejido del útero y hace
cuerpo con la porcion cervical del organo.

En la afecion q' nos ocupa, excepto el caso de
rigidez patológica q' no es propriamente hablando
tal rigidez, el cuello resiste igualmente en
todo su circunferencia, in embargo Mad^e Lachapelle
refiere un caso de rigidez parcial; el cuello,
dice, estaba blando y dilatado en la derecha y ri-
gido en el lado izquierdo.

La rigidez no solamente se encuentra en el
momento del parto, puede aun complicar el abor-
to y á veces ser causa de la retencion de la pla-
centa.

Entonces Verrier, siguiendo ^{la opinion} ~~la opinion~~ de Joulin
aconseja emplear la esponja preparada q' dilatan-
do el cuello, tiene la ventaja de impedir las
contracciones uterinas.

Tratamiento médico.- No intento estudiar el
tratamiento médico de la rigidez. Dice solamente

6

q' debe precaver á la intervencion quirúrgica, á
lo menos, en los casos de espasmo, pero en los o-
tros se debe contar poco en su éxito. Lazeaux
nos dice q' de la ~~causa~~ causa primera de la gran
diversidad de opiniones, respecto á la accion de la be-
lladona, depende de q' se confunden con frecuencia
la rigidez espasmódica y anatómica, y dicho medica-
mento sin accion sobre la última podrá ser útil en
la primera.

El extracto de belladona en bolitas y llevado al
cuello segun el procedimiento de Dubois, es el medio
mas generalmente adoptado.

Morcan y Faurin han aconsejado los baños gene-
rales.

Wozey Kennedy de Londres, y Churchill emplean el
tartaro estibado á dosis emética; Burns aconseja el
opio, Ramsbotham hijo le rechaza y teme q' provoque
la abolucion de las contracciones uterinas.

Despees, Mad. Lachapelle, Mauriceau, Burns y
Merriman aconsejan sobre todo la sangria llevada aun
hasta el úncupe; tambien la han recomendado Rams-
botham padre e hijo; se dice q' por este medio se ha

obtenido varias veces buen éxito en casos de rigidez del cuello anatómico.

Kissich ha propuesto las duchas uterinas, así como Sinclair y Johnson.

Millet ensalza mucho el uso del clorofor-
mo; según él hay tres grados en la acción de este medicamento sobre el útero. 1º Exageración de las contracciones; 2º Separación del dolor; 3º por último, supresión de las contracciones. Él no admite la opinión de los autores que niegan su acción sobre las contrac-
ciones uterinas y recomienda darlo de una vez a al-
ta dosis para llegar de repente al tercer período.

Todos estos medios pueden dar resultado en la rigidez espasmódica y es bueno recurrir a ellos en cuanto ^{no} haya urgencia de terminar el parto.

En este caso, se deberá emplear la belladonna por el procedimiento de Dubois; pero es preciso recordar que, como dice Chaillé-Honore, la acción de este medicamento es muy rápida, de modo que si al cabo de 10 a 15 minutos, no produce efecto, se puede tener por cierto que no obrará y conviene recurrir a otros medios.

7
Tratamiento quirúrgico. — Me ocuparé aquí de la dilatación forzada y el desbridamiento.

Chaillé-Honore refiere que en ciertos casos de rigidez, mas aparente que real, motivada por la distensión del útero, vio ceder a la rigidez por la perforación de las membranas, practicada antes de la dilatación completa y al parecer contra todas las reglas sentadas por los autores. Por consiguiente podemos considerar a la perforación de la bolsa de las aguas como un tratamiento quirúrgico.

La dilatación forzada cuenta por partidarios, aun restando a esto algunos autores, en ciertos casos particulares.

Aquí ya hemos dicho que Verrier y Joubin lo aconsejan en el aborto, pero no en el parto. Hubert de Loursain lo prefiere a la incisión en los casos en que el cuello se pone espasmódico después del paso de la cabeza, o del tronco cuando se trata de una presentación de pechos nalgas. Sin embargo aconseja la incisión en la rigidez verdadera.

La opinión de este autor es difícilmente admisible, las maniobras de dilatación forzada deben tener por efecto inevitable, ya comprometer ^{gravemente} la vida

Del niño, del cual una parte muy a menudo el cuello se encontrará fuerte y energicamente comprimida, ya irritar el útero y aumentar en vez de disminuir el espasmo.

Excepto en estos casos, casi todos los autores condenan la dilatación forzada y la consideran mas peligrosa q^{ue} la incisión.

Segun Sisier, Smellie q^{ue} la habia empleado, reunió a ella mas tarde, refiriendo en un tratado de parto los casos en q^{ue} incidió tres o cuatro líneas el orificio de la matriz, recomendando obrar del mismo modo en casos semejantes. Burton, Chapman y Hamilton la habian recomendado pero su opinion no prevaleció. Parson ha publicado un resultado obtenido por este método. Mattei es otro partidario. Duparcque ha publicado una memoria sobre este objeto; en los tres casos q^{ue} refiere, estando la madre muerta o moribunda, fueron extraídos los niños muertos y el tercer murió al noveno dia. Velpeau restringe su empleo para los casos en q^{ue} el cuello está bocado, blando y la dilatación comenzada es bastante ^{perceptible} sensible. Ashwell la condena en ab-

suelto y en estas cosas en los cuales ha producido accidentes, tales, como peritonitis y gangrena del segmento inferior del útero y de parte de la vagina. Casi todos los otros autores están unánimes en desecharla y prefieren las incisiones, q^{ue} un inevitablemente mas eficaces e infinitamente menos peligrosas.

Desbridamiento. — El medio mas generalmente empleado, el único q^{ue} es siempre eficaz en la rigidez es el desbridamiento del cuello.

Esta operacion no es nueva; han hablado de ella Ambrosio Paro así como Van-Swieten y desde entonces se han publicado una multitud de trabajos sobre este objeto, habiendo sido perfectamente estudiada la historia de esta cuestion en la tesis de Bunking. Despues de esta época se han publicado aun un cierto número de observaciones, q^{ue} carecen de interés.

Todos los comedrones reconocen la utilidad de la operacion. Solo M. Lechapelle la desecha ante el temor de q^{ue} la incisión se convierta en punto de partida de una degarradura q^{ue} se prolongue al cuerpo de la matriz. Segun ella la incisión

no puede ser útil, sino en casos muy excepcionales, y manifiesta q jamás se ha visto en la práctica de practicarla. Pero en frente de esta opinión aislada, encontramos la importante autoridad de todos los q han escrito sobre la cuestión, y la utilidad del desbridamiento se tiene hoy día por absolutamente incontrovertible. Lansonnet, Coutouly, Velpeau, Jacquemier, Cazeaux, Smellie, Dugés, Bandelvoque y otros sin hablar de los autores, mas recientes, están unánimes sobre este punto.

Incluimos aquí la opinión de Bandelvoque, apesar de q Bunting pretende q participa de la de Mad. Lachapelle; en la 1.ª edición de su obra dice: « Cuando el cuello de la matriz es duro como espirroso, o un ser muy grueso es un tejido seco y rígido, incapaz de extension o dilatacion, despues de un plazo conveniente y la administracion de los medios propios para relajarle, es preciso incidirle en varios sentidos; estas incisiones son preferibles a las desgarraduras siempre demasiado tardias q puedan tener lugar y q por otra parte no tienen iguales consecuencias. Se las debe dar más

o menos extension, segun el grosor del rodete q es, ta como callosa, pero siempre bastante para q el orificio pueda abrirse luego convenientemente. »

En el artículo rupturas del útero repite q es preciso desbridar cuando el cuello está rígido.

Ashwell en una memoria publicada en 1839 insiste en el peligro de prolongar por mucho tiempo la expectacion y refiere casos de rupturas del útero en los q la mujer murió sin haber ahorrado.

Estos hechos prueban q la expectacion prolongada y las vacilaciones del cirujano, exponen a la mujer a peligros mucho mas serios q los q puede hacerle correr la operacion, aun admitiendo con Jodere q este lejos de ser siempre tan inocente como se dice, opinion q es muy discutible.

Si los autores, están de acuerdo sobre la utilidad de la operacion, no sucede lo mismo respecto a la manera de practicarla; desde luego encontramos diversas opiniones para la eleccion del instrumento. M. Arbemas aconseja las tijeras de pélipos de Liebold. M. Garnier las tijeras de pun-

ta curva. Casi todos los demás autores recomiendan el bisturí de botón, cubriendo, con diacotón, la hoja excepto en un estremidad; algunos emplean un bisturí ordinario, prefiriendo otros las tijeras. Las rectas de estuche parecen mas fáciles de emplear q' el bisturí y pueden dispensarnos de otros instrumentos.

La elección de estos puede considerarse como cosa secundaria, divergiendo las opiniones cuando se trata de saber q' longitud debe darse á las incisiones. Hay quien cree q' jamás no es permitido darles mas de 5 á 6 milímetros de profundidad, otros aconsejan incisiones mayores.

Depaul, Hubert de Louvain y Sabota las fijan de 4 á 6 milímetros, Mellie las hace de tres á cuatro líneas, Farneser y Tissier de un centímetro; Rubens dice solamente q' deben hacer se pequeñas y múltiples; Bunting las hace de 2 á 3 centímetros; Moura Bourouillon, Nichez y Veerier de 2. Segun Hyernaux su longitud no debe traspasar la parte q' forma eminencia en la vagina. Paudelocque no las precisa, pero dice q' de

ben prolongarse bastante, para q' el orificio se abra suficientemente. Lanverjat, dice, q' si las incisiones del orificio no bastan, es preciso prolongarlas ~~en~~ por el cuerpo de la matriz, añadiendo q' estas incisiones no son peligrosas, cuya afirmacion no debe de ser atrieva. Ashwell cita un caso en q' las incisiones de una pulgada de profundidad fueron el punto de partida de desgarraduras q' se extendieron casi hasta la vagina y en embargo la mujer curó. Laborie refiere uno en q' Dubois despues de haber hecho pequeñas incisiones, se vió obligado á ensancharlas para poder aplicar el forceps. Por último, se encuentra en la tesis de Tissier, una observacion del D^o Demere, en la cual cortó de una vez cuatro centímetros del borde de la matriz, curando bien la mujer. Estos datos prueban enan contradictorio es aun el punto, concordando todos en q' las incisiones múltiples son preferibles, á una incision única, lo q' es evidente.

Quizás no es posible fijar una regla absoluta en esta materia, pero las pequeñas muy suficientes en ciertos casos, serán completamente inútiles en otros, de

viendo entonces echar mano de las grandes. Es cons-
tante q, con frecuencia, el estado del cuello pare-
ce cambiar inmediatamente despues de las inci-
siones, de suerte q se ha visto seguir á una sola
la blandura y dilatabilidad del cuello; es proba-
ble q existe entonces un estado particular de las
fibras q se modifica bajo la influencia del traus-
matismo; siendo muy racional incluir estos hechos
en la categoria de las rigideces llamadas espasmo-
dicas.

En cuanto á las incisiones ^{laterales} ~~anteriores~~, po-
drán ser mas largas q las anteriores, y sobre-
todo q las posteriores, porq no hay tanto de
peligro de interesar organos como la vejiga y
el recto. ^{probabilidad} El peligro de alcanzar el peritoneo,
no es tanta como se ha pretendido y han impug-
no ciertos autores, se puede cortar toda la par-
te de la matriz q forma eminencia en la va-
gina sin temor de herirlo. Se ha de exceptuar
sin embargo la parte posterior cuya incision sera
siempre mas temible á causa de la contigüidad
del fondo de saco. Las inserciones de la vesica vo-

11

bre el cuello, se hallan mas lejos de un orificio
en el momento del parto de lo q generalmente
se cree; esto no es extraño, porq si se reflexio-
na q el feto encajándose, impule delante de
el el segmento inferior, se comprenderá q este
en virtud de su elasticidad, debe estar distendi-
do de tal suerte q las medidas tomadas so-
bre el útero de una mujer, muerta, al fin
del embarazo ó aun durante el trabajo, no
representan exactamente la distancia q existe en-
tre estas partes durante el trabajo del parto.

Reflexionando en la considerable diferencia q
existe entre las relaciones de la vesica hacia atrás
y en las otras partes del orificio, parece deberia
decirse q es preferible cortar en cualquiera de es-
tas q en la parte posterior. Sin embargo, las
adherencias del peritoneo en la parte superior de
la vagina y en un punto de insercion al útero, no
parecen muy grandes, de suerte q es probable q
si se cortara toda la parte sub-vaginal del cuello,
esto es, unos 5 centímetros, la vesica no seria in-
teresada, y jamás hay necesidad de dar tanta

extensión a las incisiones. Lo q^d parece deducirse de esto, es q^d la de la parte posterior puede ser bastante grande sin ser peligrosa, las de hechas sobre las partes laterales y un poco anteriores podrán ser tan grandes como se quiera, sin riesgo alguno, por q^d en dicho punto es poco menos q^d imposible alcanzar el peritoneo.

Cuando urge apresurar el parto, deberán hacerse incisiones suficientes para permitir inmediatamente la aplicación del fórceps. Será preferible hacerlas un poco más grandes q^d exponerse a desgarraduras q^d aunq^d raras y generalmente sin consecuencias, pueden sin embargo producirse, y en algunos casos degenerados en q^d resistieran en la parte posterior, estenderse mucho más allá y llegar al peritoneo.

La hemorragia al practicar el desbridamiento es tan rara, q^d solo se cita una observación de Laborie, en una presentación de cara complicada rigidez, y q^d se atribuye a una inserción viciosa de la placenta.

Los autores están de acuerdo respecto al mo-

mento del trabajo en q^d es hábito practicar el desbridamiento, conviene aguardar q^d el cuello se haya adelgazado o esté al menos borrado en gran parte; cortar un cuello aun grueso y largo es una operación completamente inútil y siempre expuesta. Los q^d mas han insistido sobre este punto, son: Chailly, Hyernaux y Laborie.

Es imposible decir de una manera general la conducta q^d habrá de requerirse en caso de rigidez patológica, el operador se guiará según las indicaciones de cada caso particular; recuerdese, no obstante, q^d siempre q^d el cuello no esté sino parcialmente abterado, deberá dirigirse el desbridamiento a la porción sana, por ser mucho más eficaz q^d si afectara a la parte enferma.

¿Como se cicatrizan las incisiones?

Si hemos de dar crédito a los autores, nada es mas sencillo, la cicatrización es siempre rápida y completa, de modo q^d pocos dias despues, un mes, tres semanas o aun menos es imposible reconocer por el tacto los vestigios de la cicatrización. operación.

Las afirmaciones sobre este punto son precisas, y su conclusión natural es que si el desbridamiento puede algunas veces ser inmediatamente peligroso, jamás va seguido de semejantes consecuencias.

Lanserey dice claramente: «estas incisiones no son peligrosas». Hyernaux las califica de inofensivas, para M. Jacquemier no tienen peligro inmediato y suele raramente accidentes consecutivos. Fissier refiere una observación del Dr. Bonnelat en la cual dice que la mujer fue tañada un mes después y no se encontraron ya vestigios de la operación. Lanserey refiere otro caso cuya cicatrización fue completa al cabo de dos meses. Dice Martin de Lion que hizo una incisión para remediar una oclusión y que quince días después no encontró ningún vestigio.

A pesar de todas estas afirmaciones los resultados obtenidos, en dos casos por M. Gueneau de Mussy, no corresponden a ellas. Después del desbridamiento se encontró el cuello dividido en segmentos reparados, han persistido, por consiguiente, las incisiones y las partes divididas lejos de hallarse ren-

13 midas, no tenían mas que una simple relación de contigüidad. Por consiguiente nos guardaremos bien de decir que la incisión del cuello es inofensiva y que jamás tenga malas consecuencias. Lejos de encontrarse las dos mujeres, después de curadas, en el mismo estado que antes de la operación, quedaban en cierto modo sin cuello y en situación precaria a la de mujeres a quienes, éste hubiese sido amputado casi completamente; sin duda, que este estado las expone indisputablemente a accidentes serios, y no hablando mas que de los embarazos subsiguientes, se hallaran al menos muy predisuestas a los abortos; siendo difícil creer que un útero tan mutilado pueda permitir al embarazo su marcha regular.

Se ve pues que si la operación es en general inocente para el momento en que se practica, puede presentar graves inconvenientes por sus consecuencias, por tanto el cirujano ~~no~~ no deberá decidirse a ella sino en caso de absoluta necesidad.

Resumiendo: desde luego que el conabron

largas, la posterior mas corta q' todas, y si la cubera no se encaja pronto, es preciso aplicar inmediatamente el forceps o practicar la version. Asi pues una vez resuelta la operacion, es necesario obrar sin temor y cortar ampliamente, las incisiones insuficientes anaden un traumatismo inutil al estado de la enferma q' queda expuesta a todos los accidentes cuya inminencia determine la operacion: ruptura del utero o inercia.

Pero antes de decidirse, es necesario recordar q' si en general no hay q' temer ningun peligro inmediato, la mujer podria quedar expuesta para lo sucesivo a una esterilidad irremediable y a diversas afecciones uterinas. Estas consideraciones son importantes, cuando se trata de principalmente de personas joves, como las q' estan afectas de la enfermedad

q' no ocupa, deberian hacer al cirujano muy reservado, pero no impedirian de intervenir cuando el desbarramiento sea la unica probabilidad de salvacion.

He dicho
 Ant^o Villa y Bokey
